



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

## **Evaluatie versterking eerstelijns GGZ**

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

### **Eindrapportage landelijk onderzoek**

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



ISBN 90-6905-685-2

<http://www.nivel.nl>

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

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2004 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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

# Inhoud

<b>1 Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Achtergrond van het landelijk onderzoek	7
1.2 Vraagstelling en onderzoeksdesign	11
1.3 Verdere indeling van dit rapport	14
<b>2 Methode</b>	<b>15</b>
2.1 Inleiding	15
2.2 Samenvattend overzicht	16
2.3 Inzet van maatregelen	17
2.3.1 Schriftelijke documentatie	17
2.3.2 Monitoring en registratie consultatieve projecten	18
2.4 Dataverzameling bij huisartsen	18
2.4.1 Landelijke enquête onder huisartsen	19
2.4.2 Tweede Nationale Studie (NS2) en Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH)	21
2.4.3 Inventarisatie landelijke aanbod GGZ-nascholing voor huisartsen	23
2.4.4 Inventarisatie regionale (=DHV) aanbod GGZ-nascholing voor huisartsen	25
2.5 Dataverzameling bij het AMW	25
2.5.1 Registratie van VWS omtrent de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW	25
2.5.2 Landelijke enquête onder gemeenten inzet Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW (SGB0)	26
2.5.3 Enquête onder AMW-instellingen	27
2.5.4 Cliëntenregistratie AMW	28
2.6 Dataverzameling bij eerstelijnspsychologen	31
2.6.1 Enquête onder eerstelijnspsychologen 1998 (Trimbos instituut)	31
2.6.2 Enquête onder eerstelijnspsychologen 2002 (NIVEL)	32
2.6.3 Ledenbestand 2002 Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen (LVE)	33
<b>3 Inzet van geëffectueerde maatregelen</b>	<b>35</b>
3.1 Inleiding	35
3.2 Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW	35
3.2.1 Inleiding	35
3.2.2 Inzet extra AMW-middelen door gemeenten	37
3.2.3 Inzet Stimuleringsregeling op instellingsniveau	49
3.3 Consultatieregeling	50
3.4 Samenwerkingsconvenant	52
3.4.1 Inleiding	52
3.4.2 Uitwerking samenwerkingsconvenant huisartsen	53
3.4.3 Uitwerking samenwerkingsconvenant MO-groep (AMW)	55
3.4.4 Uitwerking samenwerkingsconvenant eerstelijnspsychologen	58
3.4.5 Korte Lijnen	60

3.5	Onderzoek ‘Verruiming financiële toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen’	61
3.6	Diaboloproject	62
3.7	Samenvatting en conclusies	63
3.7.1	Tijdelijke Stimuleringsregeling AMW	63
3.7.2	Consultatieregeling	64
3.7.3	Samenwerkingsconvenant	65
3.7.4	Korte Lijnen	66
3.7.5	Onderzoek eerstelijnspsychologen	66
3.7.6	Diaboloproject	66
3.7.7	Inzet maatregelen in 2004 en verder	67
3.7.8	Conclusie	67
<b>4</b>	<b>Capaciteit</b>	<b>69</b>
4.1	Inleiding	69
4.2	Ontwikkelingen in capaciteit AMW op gemeentelijk niveau	69
4.3	Ontwikkelingen in capaciteit AMW op instellingsniveau	72
4.4	Ontwikkelingen in capaciteit eerstelijnspsychologen	73
4.5	Samenvatting en conclusies	74
<b>5</b>	<b>Deskundigheidsbevordering</b>	<b>77</b>
5.1	Inleiding	77
5.2	Ontwikkelingen in deskundigheidsbevordering bij huisartsen	77
5.2.1	Gevolgde en gewenste nascholing	77
5.2.2	Aanbod GGZ-nascholing voor huisartsen	80
5.3	Ontwikkelingen in deskundigheidsbevordering AMW	85
5.4	Ontwikkelingen in deskundigheidsbevordering bij eerstelijnspsychologen	87
5.5	Samenvatting en conclusies	88
<b>6</b>	<b>Samenwerking</b>	<b>93</b>
6.1	Inleiding	93
6.2	Ontwikkelingen in samenwerking vanuit huisartsen	93
6.2.1	Samenwerking met de eerstelijns GGZ	93
6.2.2	Samenwerking met de gespecialiseerde GGZ	96
6.3	Ontwikkelingen in samenwerking vanuit AMW	99
6.4	Ontwikkelingen in samenwerking vanuit eerstelijnspsychologen	107
6.4.1	Samenwerking binnen de eerstelijns GGZ	107
6.4.2	Samenwerking met de tweedelijns GGZ	108
6.5	Samenvatting en conclusies samenwerking	113
<b>7</b>	<b>Verwijsstromen</b>	<b>117</b>
7.1	Inleiding	117
7.2	Ontwikkelingen in verwijsstromen bij huisartsen	117
7.3	Ontwikkelingen in verwijsstromen bij het AMW	120
7.3.1	Instream naar het AMW	120
7.3.2	Uitstroom vanuit het AMW	122
7.4	Ontwikkelingen in verwijsstromen bij eerstelijnspsychologen	123
7.4.1	Instream naar eerstelijnspsychologen	123

7.4.2	Uitstroom vanuit eerstelijnspsychologen	124
7.5	Samenvatting en conclusies verwijstroom	125
<b>8</b>	<b>Kenmerken hulpverlening</b>	<b>129</b>
8.1	Inleiding	129
8.2	Ontwikkelingen in kenmerken (GGZ-) hulpverlening bij huisartsen	129
8.2.1	Morbiditeit	129
8.2.2	Prescripties	131
8.2.3	Werkbelasting	133
8.2.4	Knelpunten bij het verlenen van zorg aan patiënten met psychische en sociale problemen	134
8.3	Ontwikkelingen in kenmerken hulpverlening bij het AMW	134
8.3.1	Cliëntkenmerken en problematiek	134
8.3.2	Wachttijd	136
8.3.3	Duur en type hulpverlening	136
8.4	Ontwikkelingen in kenmerken hulpverlening eerstelijnspsychologen	138
8.4.1	Cliëntkenmerken en problematiek	138
8.4.2	Werkbelasting	139
8.4.3	Wachttijd	140
8.4.4	Duur en type hulpverlening	140
8.5	Samenvatting en conclusies	141
<b>9</b>	<b>Relatie tussen de inzet van versterkende maatregelen en veranderingen in uitkomstmaten</b>	<b>145</b>
9.1	Inleiding	145
9.2	Capaciteit	146
9.2.1	Resultaten	147
9.3	Samenwerking binnen de eerstelijns GGZ	150
9.3.1	Vraagstellingen	150
9.3.2	Resultaten	150
9.4	Samenwerking van huisartsen met de tweedelijns GGZ	153
9.4.1	Vraagstellingen	153
9.4.2	Resultaten	153
9.5	Verwijstroom binnen de eerstelijns GGZ en naar tweedelijns GGZ	156
9.5.1	Vraagstellingen	156
9.5.2	Resultaten	157
9.6	Samenvatting en conclusies	160
<b>10</b>	<b>Samenvatting</b>	<b>165</b>
10.1	Inleiding	165
10.2	Inzet maatregelen	167
10.3	Ontwikkelingen in voorwaardenscheppende factoren	171
10.3.1	Ontwikkelingen in capaciteit	171
10.3.2	Deskundigheidsbevordering	172
10.3.3	Samenwerking	176
10.4	Ontwikkelingen in verwijstroom en hulpverlening	179
10.4.1	Verwijstroom	179

10.4.2	Hulpverlening	181
10.5	Relatie tussen de inzet van versterkende maatregelen en veranderingen in uitkomstmaten	184
10.6	Vervolg	187
<b>Bijlage 1</b>	<b>Samenstelling Stuurgroep tussen de Lijnen</b>	<b>189</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Checklist van onderwerpen in cursussen of cursusonderdelen bij inventarisatie landelijke aanbod GGZ-nascholing voor huisartsen</b>	<b>191</b>
<b>Bijlage 3</b>	<b>Inzet van maatregelen</b>	<b>193</b>
<b>Bijlage 4</b>	<b>Capaciteit AMW eerstelijns GGZ op gemeentelijk niveau</b>	<b>197</b>
<b>Bijlage 5</b>	<b>Deskundigheidsbevordering bij het AMW</b>	<b>199</b>
<b>Bijlage 6</b>	<b>Samenwerking van huisartsen met de tweedelijns GGZ</b>	<b>201</b>
<b>Bijlage 7</b>	<b>Verwijsstromen van huisartsen naar AMW, eerstelijnspsychologen en de tweedelijns GGZ</b>	<b>203</b>
<b>Bijlage 8</b>	<b>Voorschrijven van psychofarmaca van huisartsen bij patiënten met psychische of sociale problematiek</b>	<b>205</b>
<b>Bijlage 9</b>	<b>Methodische verantwoording bij analyses hoofdstuk 9</b>	<b>207</b>
<b>Bijlage 10</b>	<b>Capaciteitstoename van het AMW per DHV</b>	<b>211</b>
<b>Bijlage 11</b>	<b>Vergelijking van huisartsen die wel / niet aan een Diaboloproject en een consultatieproject deelnamen</b>	<b>213</b>
<b>Bijlage 12</b>	<b>Verband tussen aantal consultaties in een regio en samenwerking met de tweedelijns GGZ</b>	<b>217</b>
<b>Bijlage 13</b>	<b>Verband tussen samenwerking van huisartsen en verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ</b>	<b>219</b>
	<b>Literatuurlijst</b>	<b>221</b>
	<b>Afkortingenlijst</b>	<b>225</b>
	<b>Relevante internetadressen</b>	<b>227</b>

# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond van het landelijk onderzoek

Psychische stoornissen komen veel voor in de bevolking en namen in de jaren '90 ongeveer een derde van de ziektejaar-equivalenten en bijna een kwart van de kosten in de gezondheidszorg in Nederland voor hun rekening (Ruwaard et al., 1997). Ondanks dit grote beslag dat psychische stoornissen klaarlijk reeds op de gezondheidszorg legden, bleek het merendeel niet onder aandacht van professionele hulpverleners te komen, en worden de meeste patiënten met psychische stoornissen die wel hulp zoeken, uitsluitend in de eerstelijns, met name door de huisarts behandeld (Bijl et al., 2000). In de periode 1989 - 1996 had weliswaar een groei van de beschikbare capaciteit in de tweedelijns ambulante GGZ (Riagg's, poli's van algemeen psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten) plaatsgevonden, maar deze ging gepaard met een vergelijkbare groei in de hulpvragen zodat per saldo de druk op de tweedelijns GGZ even groot bleef. De capaciteit in de eerstelijns om psychische problemen op te vangen (huisarts, algemeen maatschappelijk werk (AMW) en eerstelijnspsycholoog) bleef in die periode in absolute termen redelijk constant (De Rijk et al., 1999).  
Samengevat: de vraag om hulp bij psychische problemen nam toe, hetgeen resulteerde in wachtlijsten in de tweedelijns. Het oplossend vermogen van de eerstelijns bleef achter bij de toenemende vraag.

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

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

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

In 1998 bracht de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg het advies 'Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw' uit. In dit advies werd bepleit om de GGZ veel meer dan voorheen te organiseren als onderdeel van de gezondheidszorg en wel op de volgende wijze. De kerntaak van de GGZ moest zijn: het voorkomen, behandelen en draagbaar maken van de gevolgen van psychische ziekten en stoornissen. Daarbij werd in het advies uitdrukkelijk gekozen voor een organisatie van de zorg via de bestaande echelons in de gezondheidszorg. Dit betekende dat de tweedelijns GGZ alleen via het eerste echelon (de eerstelijns) toegankelijk zou zijn. Binnen de eerstelijns werd de huisarts als centrale figuur gezien. De huisarts zou binnen de eerstelijns samenwerken met het AMW en de eerstelijnspsycholoog en daarheen kunnen verwijzen. De huisarts zou consultatie kunnen vragen aan de tweedelijns GGZ, zonder dat daarbij overdracht van de patiënt plaats zou vinden. Ten behoeve van recidiverende problemen zou de huisarts de aanvullende mogelijkheid moeten hebben om een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) in te schakelen. En in de gevallen dat specialistische hulp geïndiceerd is, zou de huisarts de 'poortwachter' moeten zijn die de patiënt naar de tweedelijns GGZ verwijst. Om dit georganiseerd te krijgen werden in het advies een aantal voorwaarden geschetst waaraan voldaan zou moeten worden. Schaalvergroting van huisartsengroepen en samenwerking van huisartsen met AMW en eerstelijnspsychologen werden in dat kader genoemd. Er moesten mogelijkheden komen voor de eerstelijns om expertise van de tweedelijns GGZ te betrekken. Ook moest er geïnvesteerd worden in opleiding op het gebied van GGZ-problematiek in de eerstelijns.

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

De drie meest betrokken eerstelijns partijen reageerden hier in principe positief op, maar plaatsten wel een aantal kanttekeningen. In de visie op de eerstelijns-GGZ die Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), VOG/AMW en Landelijke Vereniging van



Eerstelijnspsychologen (LVE) in 2000 publiceerden, noemden ze onder meer de volgende knelpunten (LHV et al., 2000):

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

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

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

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

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

- *De Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW.* VWS subsidieert vanaf 2001 extra fte AMW op voorwaarde dat de gemeente in 2003 de helft van de uitbreiding voor zijn rekening neemt.

- *Consultatieregeling*. Vanaf 1999 is er een budget waaruit tweedelijns GGZ instellingen projecten kunnen bekostigen waarmee consultatie aan de eerstelijns gegeven wordt.
- *Kwaliteitsprojecten* ten behoeve van de drie eerstelijnspartijen (Landelijke Huisartsen Vereniging, Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen en MO-groep) voor de uitwerking van het door deze drie partijen gesloten samenwerkingsconvenant. Deze is met name gericht op deskundigheidsbevordering en kwaliteitsverbetering.
- *Experiment vergoeding eerstelijnspsychologen*. Teneinde na te gaan wat de gevolgen zouden zijn van het onderbrengen van de hulp door een eerstelijnspsycholoog in het ziekenfondspakket, werd dit in twee regio's gedurende een jaar op experimentele basis gedaan.
- *Project 'Korte Lijnen'*. Projecten in een aantal experimentele regio's waarin ernaar gestreefd wordt de samenwerking tussen de eerstelijns partners te verbeteren.
- *'Diaboloprojecten'*. Dit betreft een extra stimuleringsregeling waarmee op lokaal niveau samenwerkingsinitiatieven ondersteund worden en best practices gestimuleerd worden.

Dit geheel aan projecten<sup>1</sup> is het programma dat door VWS is ingezet om tot een sterke en samenhangende eerstelijns GGZ te komen. Het is een mix van subsidieregelingen die de directe zorg betreffen en maatregelen op het niveau van de koepelorganisaties die met behulp van de ondersteuning b.v. bijscholingsaanbod of certificering kunnen regelen. Van de regelingen met betrekking tot de zorg kan landelijk gebruik gemaakt worden (Stimuleringsregeling AMW, consultatie-regeling), of men moet er op lokaal niveau voor uitgekozen zijn (Experimenten eerstelijnspsychologen, 'Korte Lijnen projecten', 'Diaboloprojecten').

Om het overleg tussen alle betrokken partijen te verzekeren, om draagvlak voor de ondersteunende maatregelen te creëren en om ook de regie over de uitvoering van die maatregelen bij de betrokken partijen te leggen, heeft het ministerie van VWS een 'Stuurgroep tussen de Lijnen' ingesteld. In deze Stuurgroep zijn betrokken veldpartijen uit eerstelijns en tweedelijns GGZ, zorgverzekeraars, consumenten en belanghebbende beleidsorganen vertegenwoordigd. Voor een volledige opsomming, zie bijlage 1. Deze Stuurgroep kan in feite ook als een onderdeel van het programma ter versterking van de eerstelijns GGZ opgevat worden.

Dit gehele programma is onderwerp van de evaluatiestudie waarover we in dit rapport verslag doen. Het onderhavige rapport maakt deel uit van een groter geheel. In de hier voor u liggende rapportage wordt verslag gedaan van de evaluatie van het programma ter versterking van de eerstelijns GGZ op landelijk niveau. De situatie vóór de versterkende maatregelen en de situatie twee jaar na aanvang daarvan is in kaart gebracht. Daarnaast is middels casestudies in vijf regio's een separaat onderzoek uitgevoerd naar het beleid inzake de versterking van de eerstelijns GGZ. Ook in deze studies is sprake van een voormeting en een meting twee jaar na het in gang zetten van de versterkende maatregelen. Hierover is gerapporteerd door het SGBO (Kornalijnslijper et al., 2004). In de derde plaats is in vier lokale experimenten middels een procesevaluatie onderzoek gedaan naar de specifieke wijze waarop de eerstelijns GGZ werd ondersteund (Scholten

<sup>1</sup> - Deze concrete maatregelen en projecten worden in paragraaf 2.2 nader toegelicht.

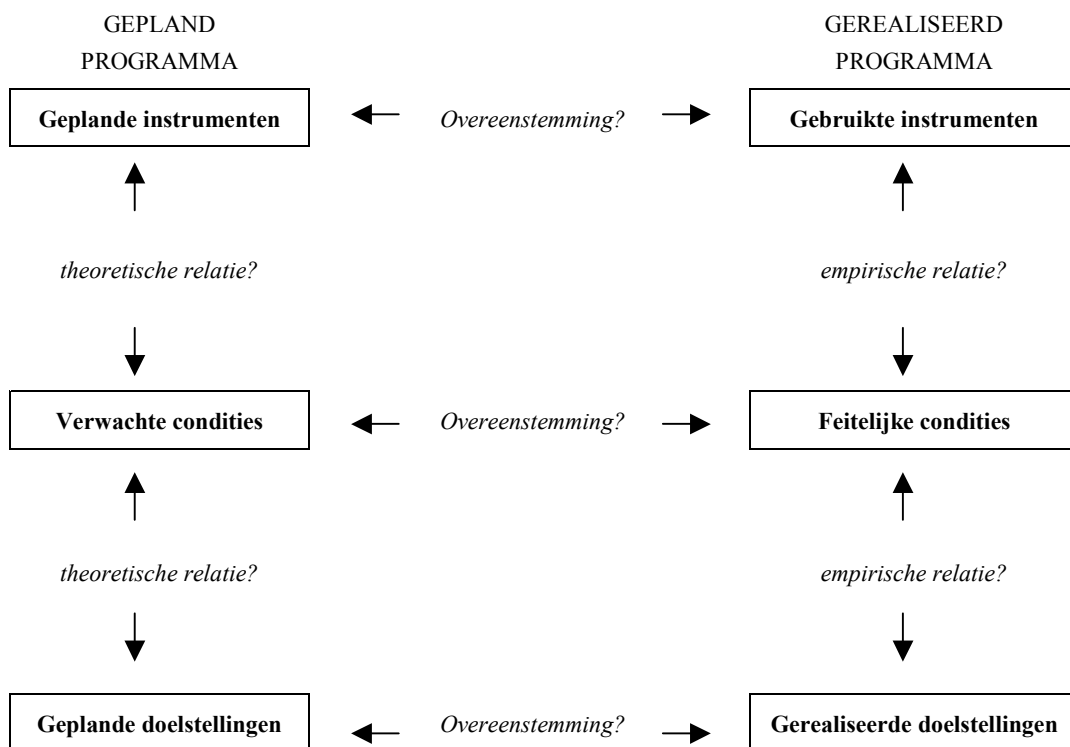
et al., 2004). De bevindingen van de hier geleverde landelijke analyse, de regionale analyse van beleidsontwikkelingen en de analyse van de lokale projecten zijn geïntegreerd in het Integraal Eindrapport Evaluatie versterking eerstelijns GGZ (Meijer et al., 2004).

## 1.2 Vraagstelling en onderzoeksdesign

In dit landelijk onderzoek wordt de vraag beantwoord of we landelijk kunnen vaststellen dat het programma van maatregelen van VWS geleid heeft tot een meer samenhangende eerstelijns GGZ.

Bij de evaluatie van beleidsprogramma's is het model in figuur 1 nuttig, dat ooit door Stake ontwikkeld is ten behoeve van de evaluatie van onderwijsprogramma's en later is toegepast in de gezondheidszorg (Donker, 1990).

Figuur 1.1 Model voor evaluatie van beleidsprogramma's, afgeleid van Stake (1967)



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

Hiertoe zou de capaciteit aan beschikbare hulpverleners binnen de eerstelijns moeten worden verhoogd, de deskundigheid van huisartsen en AMW zou moeten worden vergroot, en de samenwerking of samenhang binnen de eerstelijns en tussen eerstelijns en tweedelijns GGZ zou op een aantal aspecten moeten worden verbeterd (dit zijn de verwachte condities die beïnvloed zouden moeten worden). Verondersteld wordt dat een verbetering van deze voorwaardenscheppende factoren (capaciteit, deskundigheid, samenwerking) zou leiden tot een beter vermogen van de eerstelijns GGZ om patiënten waar dat mogelijk en verantwoord is in de eerstelijns te behandelen en anders gericht te verwijzen. De beoogde maatregelen zouden dus met name effect op deze condities moeten hebben. Daarbij moet gedifferentieerd worden tussen de verschillende typen maatregelen en projecten. De stimuleringsmaatregel AMW en experimentele financiering van eerstelijnspsychologen is gericht op de capaciteit; het project 'Korte Lijnen' is specifiek gericht op samenwerking binnen de eerstelijns en de consultatieregeling op samenwerking tussen eerstelijns en tweedelijns én deskundigheidsbevordering; 'diaboloprojecten' zijn in het algemeen gericht op samenwerking, zowel binnen de eerstelijns als tussen eerste en tweedelijns GGZ én op deskundigheidsbevordering en de kwaliteitsprojecten van de diverse eerstelijnsprojecten richten zich op deskundigheidsbevordering.

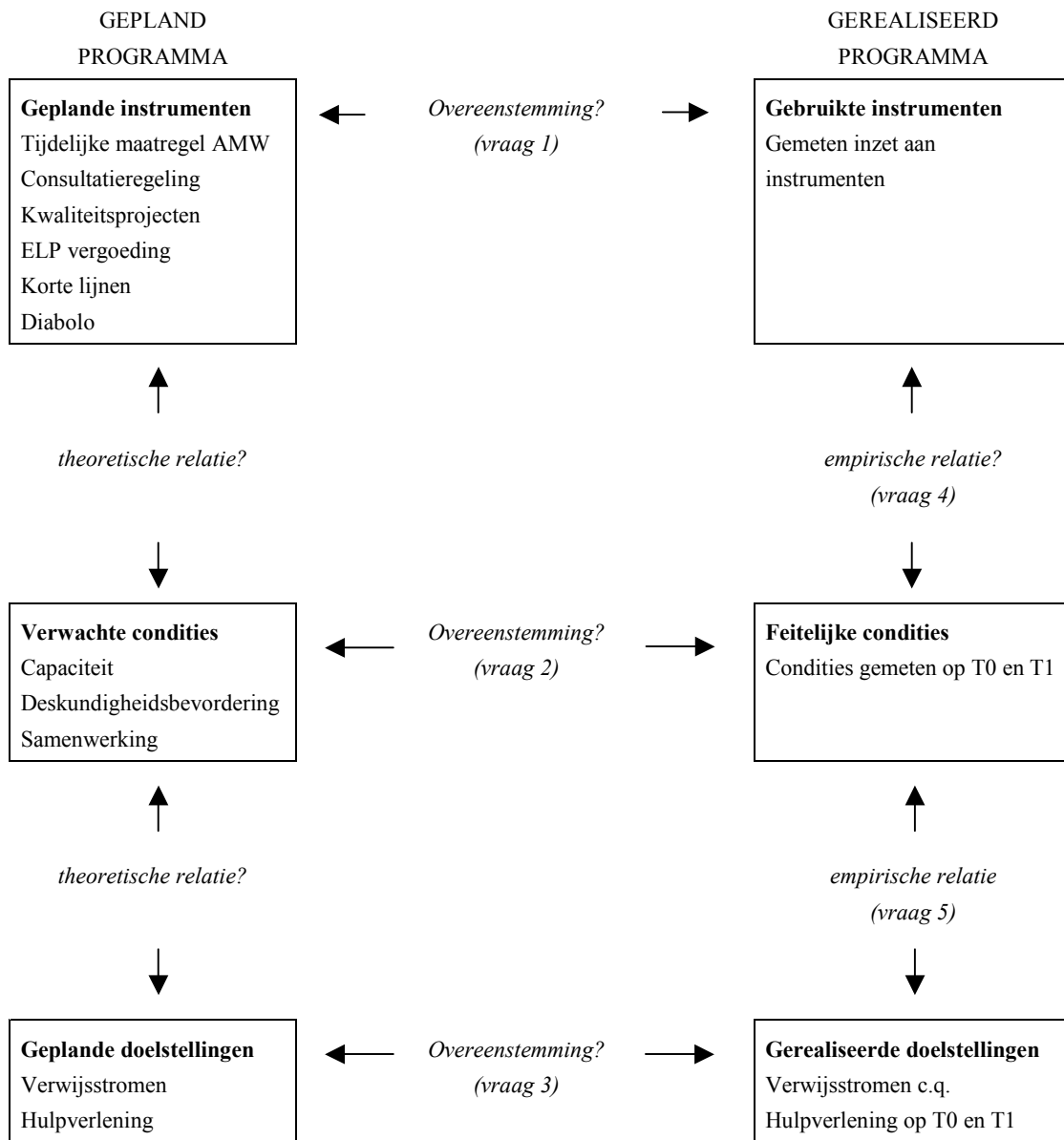
Naarmate de diverse condities meer positieve verandering onder invloed van de maatregelen laten zien zou de doelstelling, waar verantwoord behandeling in de eerstelijns, anders gerichte verwijzing, meer gerealiseerd moeten worden.

Met een dergelijke invulling van het model (voor zover het het geplande programma betreft) kunnen nu de volgende, meer specifieke onderzoeksvragen geformuleerd worden.

1. In hoeverre zijn de geplande maatregelen en projecten volgens verwachting ingezet?
2. In hoeverre zijn de voorwaardenscheppende factoren (capaciteit, deskundigheidsbevordering, samenwerking) verbeterd?
3. In hoeverre is de uiteindelijke doelstelling, meer psychische stoornissen, waar verantwoord, binnen de eerstelijns GGZ behandeld, anders gerichte verwijzing, bereikt?
4. In hoeverre kunnen veranderingen in voorwaardenscheppende factoren en uiteindelijke uitkomsten toegeschreven worden aan de specifieke instrumenten die daarop gericht waren?
5. In hoeverre is de behandeling van meer psychische stoornissen binnen de eerstelijns GGZ toe te schrijven aan toegenomen capaciteit, meer deskundigheidsbevordering of meer samenwerking?

Het model van Stake kan dan voor het onderhavige onderzoek als volgt ingevuld worden:

Figuur 1.2 Modelmatige weergave van de onderzoeksvragen van de evaluatie van de versterking van de eerstelijns GGZ



Wat het landelijk onderzoek betreft, worden deze vragen beantwoord in een longitudinaal onderzoeksdesign. De meeste maatregelen c.q. projecten zijn in 1999-2000 afgekondigd en vanaf die tijd in werking gezet. Sommige maatregelen konden in een paar maanden in een lopend project worden omgezet, andere hadden een aanloop en doorlooptijd van een paar jaar voordat ze effect zouden kunnen sorteren. Ze worden alle in hoofdstuk 3 in detail beschreven.

Om inzicht te krijgen in de ontwikkelingen in de onderscheiden voorwaardenscheppende factoren en uiteindelijke uitkomstmaten, zijn onder de drie kerndisciplines in de eerstelijns GGZ voor- en nametingen gedaan, waarbij gegevens verzameld zijn over

indicatoren voor capaciteit, deskundigheidsbevordering, samenwerking en samenhang, verwijsstromen binnen eerstelijns en tussen eerstelijns en tweedelijns GGZ en hulpverlening. In het geval van AMW en huisartsen konden ook gegevens uit longitudinale databases gebruikt worden. De diverse metingen en de gebruikte meetinstrumenten worden in hoofdstuk 2 in detail besproken.

In het algemeen geldt dat voor de voormeting gegevens tussen 1998 en 2001 gebruikt worden en voor de nameting gegevens tussen 2002 en 2003. Dit geeft al een beperking van het onderzoek aan. Vanwege de relatief korte evaluatieperiode van drie jaar, het feit dat op veel fronten metingen verricht moesten worden én het gegeven dat sommige interventies pas na een jaar of twee volledig geïmplementeerd waren, is het in sommige opzichten niet reëel om op dit moment al een effect te verwachten. We komen hierop terug in de discussie.

### **1.3 Verdere indeling van dit rapport**

Zoals reeds gezegd worden de gebruikte methoden en meetinstrumenten in hoofdstuk 2 uiteen gezet. Hoofdstuk 3 beschrijft de inzet van de geplande maatregelen en projecten en geeft zo een antwoord op onderzoeksvraag 1.

In hoofdstuk 4 t/m 6 worden de veranderingen in de tijd in de voorwaardenscheppende factoren (capaciteit, deskundigheidsbevordering, samenwerking binnen eerstelijns, samenwerking eerstelijns-tweedelijns) beschreven en geanalyseerd, waarmee onderzoeksvraag 2 aan de orde komt.

In hoofdstuk 7 en 8 wordt weergegeven in hoeverre patiëntenstromen en hulpverlening zich in de tijd gewijzigd hebben (onderzoeksvraag 3).

In hoofdstuk 9 komt de vraag aan de orde in hoeverre de gevonden veranderingen in voorwaardenscheppende factoren en definitieve uitkomstmaten toegeschreven kunnen worden aan de diverse versterkende maatregelen (onderzoeksvragen 4 en 5).

In hoofdstuk 10 (de samenvatting) bespreken we alle resultaten. Deze resultaten vormen mede de input voor het Integraal Eindrapport Evaluatie Versterking Eerstelijns GGZ (Meijer et al., 2004), waarin ook de resultaten van het onderzoek op regionaal niveau naar de beleidsmatige samenhang, het onderzoek op lokaal niveau naar de hulpverlening binnen specifieke projecten en het onderzoek naar de rollen en verantwoordelijkheden van participanten in de versterking van de eerstelijns GGZ worden geïntegreerd.

## 2 Methode

### 2.1 Inleiding

Dit methodehoofdstuk geeft een beschrijving van alle databestanden die gebruikt zijn voor het evaluatie-onderzoek 'versterking eerstelijns GGZ'. De dataverzameling was erop gericht om een beeld te krijgen van:

- De inzet van het pakket aan maatregelen die het ministerie van VWS heeft genomen om de eerstelijns GGZ te versterken;
- De stand van zaken op het gebied van ontwikkelingen in capaciteit, deskundigheidsbevordering en samenwerking binnen de eerstelijns GGZ en met de tweedelijns GGZ;
- De stand van zaken op het gebied van ontwikkelingen in verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ en naar de tweedelijns GGZ en ontwikkelingen in hulpverlening;

Voor deze evaluatiestudie is deels gebruik gemaakt van gegevens uit bestaande registratiesystemen en databestanden, en deels zijn de data specifiek voor dit evaluatie-onderzoek verzameld. Dit wordt bij de beschrijving expliciet vermeld. Het methodehoofdstuk begint in met een samenvattend overzicht waarin per hoofdstuk vermeld is op welke databestanden en/of registratiesystemen de resultaten zijn gebaseerd (paragraaf 2.3). Paragraaf 3 beschrijft de informatie die gebruikt is om de inzet van de maatregelen te inventariseren. In de daaropvolgende paragrafen worden per kerndiscipline van de eerstelijns GGZ (respectievelijk huisartsen, AMW en eerstelijnspsychologen) de gebruikte meetinstrumenten en/of registratiesystemen beschreven. Sommige data zijn op meerdere manieren geanalyseerd, afhankelijk van het hoofdstuk waarvoor ze zijn gebruikt. Waar mogelijk is getoetst of verschillen in de tijd en verschillen tussen groepen statistisch significant zijn. Dit was technisch gezien echter niet overal mogelijk, bijvoorbeeld omdat de data niet aan elkaar te koppelen waren. Daarom ontbreekt bij sommige databestanden en registratiesystemen een beschrijving van statistische toetsen. De meetinstrumenten zijn zoveel mogelijk volgens een identieke opbouw beschreven. De gepresenteerde informatie is echter niet overal even uitgebreid, omdat de hoeveelheid beschikbare informatie per bron verschilt.

## 2.2 Samenvattend overzicht

In onderstaand schema is samengevat op welke dataverzameling de resultaten in de verschillende hoofdstukken zijn gebaseerd.

---

<b>Gebruikte databestanden</b>	
<b>H3 Inzet maatregelen</b>	
3.2 Inzet Tijdelijke Stimuleringsmaatregel AMW op gemeenteniveau	schriftelijke documentatie (§ 2.2.1) registratie VWS Tijdelijke Stimuleringsmaatregel (§ 2.4.1) enquête gemeenten over Tijdelijke Stimuleringsmaatregel (§ 2.4.2)
Inzet Tijdelijke Stimuleringsmaatregel AMW op instellingsniveau	enquête AMW-instellingen (§ 2.4.3)
3.3 Consultatieregeling	registratie consultatieve projecten (§ 2.2.2)
3.4 Samenwerkingsconvenant	schriftelijke documentatie (§ 2.2.1)
3.5 Onderzoek eerstelijnspsychol.	schriftelijke documentatie (§ 2.2.1)
3.6 Diaboloproject	schriftelijke documentatie (§ 2.2.1)
<b>H4 Capaciteit</b>	
4.2 AMW op gemeentelijk niveau	registratie VWS Tijdelijke Stimuleringsmaatregel (§ 2.4.1)
4.3 AMW op instellingsniveau	enquête AMW-instellingen (§ 2.4.3)
4.4 Eerstelijnspsychologen	enquête eerstelijnspsychologen 1998 (Trimbos Instituut) (§ 2.5.1) ledenbestand 2002 LVE (§ 2.5.3)
<b>H5 Deskundigheidsbevordering</b>	
5.2 Huisartsen	enquête huisartsen (§ 2.3.1) landelijke inventarisatie aanbod GGZ-nascholing voor huisartsen (§ 2.3.3) regionale (DHV) inventarisatie educatieve interventies voor huisartsen (§ 2.3.4)
5.3 AMW	enquête AMW-instellingen (§ 2.4.3)
5.4 Eerstelijnspsychologen	enquête eerstelijnspsychologen 2002 (§ 2.5.2)
<b>H6 Samenwerking</b>	
6.2 Vanuit huisartsen	enquête huisartsen (§ 2.3.1)
6.3 Vanuit AMW	enquête AMW-instellingen (§ 2.4.3)
6.4 Vanuit eerstelijnspsychologen	enquête eerstelijnspsychologen 2002 (§ 2.5.2)
<b>H7 Verwijsstromen</b>	
7.2 Vanuit huisartsen	enquête huisartsen (§ 2.3.1) LINH/NS2 (§ 2.3.2)
7.3 Vanuit AMW	cliëntenregistratie AMW (§ 2.4.3)
7.4 Vanuit eerstelijnspsychologen	enquête eerstelijnspsychologen 1998 (Trimbos Instituut) (§ 2.5.1) enquête eerstelijnspsychologen 2002 (§ 2.5.2)

---



<b>Gebruikte databestanden</b>	
<b>H8 Hulpverlening</b>	
8.2 Huisartsen	enquête huisartsen (§ 2.3.1) LINH/NS2 (§ 2.3.2)
8.3 AMW	Cliëntenregistratie AMW (§ 2.4.4)
8.4 Eerstelijnspsychologen	enquête eerstelijnspsychologen 1998 (Trimbos Instituut) (§ 2.5.1) enquête eerstelijnspsychologen 2002 (§ 2.5.2)
<b>H9 Relatie inzet maatregelen - uitkomstmaten</b>	
	enquête huisartsen (§ 2.3.1) registratie VWS Tijdelijke Stimuleringsmaatregel (§ 2.4.1) ledenbestand 2002 LVE (§ 2.5.3) schriftelijke documentatie (§ 2.2.1)

## 2.3 Inzet van maatregelen

Om een beeld te krijgen van de mate waarin de door VWS voorgestelde maatregelen zijn ingezet is gebruik gemaakt van:

- schriftelijke documentatie van de koepelorganisaties van huisartsen, AMW en eerstelijnspsychologen en van de landelijke coördinatoren van de afzonderlijke projecten;
- registratie van VWS omtrent de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW;
- landelijke enquête onder gemeenten over de inzet van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW;
- landelijke registratie van consultatieve projecten

De dataverzameling via de registratie van VWS omtrent de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW en de landelijke enquête onder gemeenten over de inzet van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW worden beschreven in paragraaf 4 van dit methodehoofdstuk.

### 2.3.1 *Schriftelijke documentatie*

Over de inzet van kwaliteitsprojecten die vanuit de afzonderlijke koepelorganisaties zijn uitgevoerd wordt door de koepelorganisaties en projectcoördinatoren zelf jaarlijks gerapporteerd en jaarverslagen/voortgangsverslagen van de kwaliteitsprojecten van de afzonderlijke koepelorganisaties, van het gezamenlijk project 'Korte Lijnen' en van het Diaboloproject. Dit zijn merendeels ongepubliceerde werkdocumenten. Ook zijn voortgangsverslagen gebruikt die zijn ingebracht in de Stuurgroepvergaderingen. In hoofdstuk 3 is per maatregel vermeld welke documentatie gebruikt is om de inzet te beschrijven. Achterin dit rapport is een lijstje opgenomen met contactpersonen en internetadressen voor meer informatie over de kwaliteitsprojecten van de koepelorganisaties, Korte Lijnen en het Diaboloproject.

Bovendien is ten behoeve van analyse van de inzet van maatregelen in relatie tot de uitkomstmaten (hoofdstuk 9) een overzicht gemaakt van (4-cijferige) postcodegebieden waarin een samenwerkingsproject liep (zie voor een overzicht van

samenwerkingsprojecten hoofdstuk 3 van dit rapport). Dit overzicht is samengesteld op basis van de betreffende projectplannen en bijgesteld in overleg met de betreffende landelijke projectcoördinatoren en/of regiocoördinatoren.

### **2.3.2 Monitoring en registratie consultatieve projecten**

Om de consultatieregeling te evalueren heeft het Steunpunt tussen de Lijnen - een samenwerkingsverband tussen het NIVEL en het Trimbos-instituut - sinds het begin van de regeling de taak om consultatieprojecten die (deels) vanuit de regeling Consultatiegelden gefinancierd worden te monitoren. Dit houdt in dat landelijk wordt bijgehouden waar zich consultatie-activiteiten ontwikkeld hebben en hoe deze projecten eruit zien. De regionale Zorgkantoren, die door de Minister zijn aangesteld als verdeelpost voor het uitzetten van consultatiegelden, houden het Steunpunt op de hoogte van de toekenning van consultatiegelden aan de projecten in de betreffende regio's.

De projectleiders van de consultatieprojecten worden jaarlijks benaderd met een schriftelijke vragenlijst. Hierin worden per project kenmerken vastgelegd, zoals bijv. wie de betrokkenen van een project zijn, wat voor soort consultatie wordt geboden en of het project zich richt op speciale doelgroepen.

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

Om in dit rapport de inzet van de Consultatieregeling te beschrijven zijn de laatste twee rapportages van het Steunpunt tussen de Lijnen over de monitoring en registratie van consultatieve projecten gebruikt. In 2003 is met betrekking tot de monitoring gerapporteerd over de consultatie-activiteiten in de verschillende regio's en de inhoud van 79 van de 93 consultatieprojecten (Verhaak et al., 2003). In 2004 werd voor het laatst gerapporteerd over de registratie van 54.880 consultaties (Zantinge et al., 2004). Over deze gegevens wordt hier eveneens kort gerapporteerd; voor een uitgebreidere evaluatie van de consultatieregeling wordt verwezen naar de betreffende rapportages.

## **2.4 Dataverzameling bij huisartsen**

Bij huisartsen is gebruik gemaakt van de volgende informatie:

- Landelijke enquête onder huisartsen in 2001 en 2003
- Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2) en het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH)
- Inventarisatie landelijke aanbod GGZ-nascholing voor huisartsen
- Inventarisatie regionale (=DHV) aanbod educatieve interventies GGZ voor huisartsen

### 2.4.1 Landelijke enquête onder huisartsen

De landelijke enquête onder huisartsen is samengesteld door het NIVEL en het Centre for Quality of Care Research van het UMC St Radboud (hierna aangeduid als de WOK). In 2001 is de enquête uitgezet door de WOK, in 2003 door het NIVEL. De WOK gebruikt de enquêtes om in opdracht van de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) en het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG) het GGZ-kwaliteitsbeleid bij huisartsen te evalueren (zie Visscher et al., 2002). Het NIVEL heeft hetzelfde doel als onderdeel van de evaluatiestudie 'versterking eerstelijns GGZ'.

Via de vragenlijst werd geïnventariseerd welke nascholing huisartsen gevolgd hebben in de twee jaar voorafgaand aan de enquête, en welke nascholing ze nog wensen. Ook is gevraagd naar de samenwerking met de eerstelijns- en gespecialiseerde GGZ en knelpunten daarin. Verwijsstromen naar de eerstelijns GGZ en gespecialiseerde GGZ kwamen eveneens aan de orde. Tenslotte is gevraagd naar verschillende aspecten van de hulpverlening op het gebied van de GGZ: ervaren knelpunten bij de uitvoering van psychosociale hulpverlening, opvatting over taakuitvoering ten aanzien van GGZ-problematiek, ervaren werkbelasting op het gebied van GGZ en gewenste ondersteuning op dat gebied.

#### *Verschillen tussen enquête 2001 en enquête 2003*

De enquête van 2003 is ingekort ten opzichte van 2001; vragen waarop gezien de resultaten op de voormeting geen veranderingen verwacht werden zijn weggelaten. Dit is met name het geval geweest bij vragen over knelpunten in de samenwerking en opvatting over taakuitvoering. Van het laatstgenoemde thema wordt in deze evaluatiestudie overigens geen verslag gedaan; hierover zal door de WOK worden gerapporteerd in het kader van hun onderzoek naar het GGZ-kwaliteitsbeleid bij huisartsen.

#### *Doelgroep en respons*

*2001:* Door de WOK zijn 2837 vragenlijsten verstuurd. Hiervan bleken 80 huisartsen niet meer praktiserend te zijn, te zijn verhuisd, langdurig ziek of overleden. Het steekproefkader omvatte dus 2757 huisartsen. De vragenlijst werd door 1435 huisartsen geretourneerd (52%), waarvan er 88 niet of niet voldoende waren ingevuld. Van 1336 huisartsen waren de ingevulde vragenlijsten geschikt voor analyse. De bruikbare respons komt hiermee op 49%.

*2003:* Door het NIVEL zijn 2756 vragenlijsten verstuurd; het adressenbestand is overgenomen van die van de meting in 2001. Hiervan waren 106 huisartsen in de periode tussen voor- en nameting gestopt met hun praktijk. Van 18 huisartsen was het adres onbekend. De daadwerkelijk bereikte doelgroep komt hiermee op 2632. Van deze groep hebben 1359 huisartsen de vragenlijst ingevuld (waarvan er 14 minder dan de helft van de vragen hebben ingevuld). De respons komt daarmee op 52%. Dit is tevens de groep waarover de analyses zijn uitgevoerd. In totaal hebben 931 respondenten ook de voormeting ingevuld (68.5%).

*In 2001* was de gemiddelde leeftijd van de respondenten 47.5 jaar (sd 6.9); 78% was man; 58% werkte als solist, 29% in een duopraktijk en 14% in een groepspraktijk of gezondheidscentrum.

In 2003 was de gemiddelde leeftijd van de respondenten 49.8 jaar (sd 6.6); 79% was man; 60% werkte in een solo-praktijk, 27% in een duopraktijk en 13% in een groepspraktijk of gezondheidscentrum.

De respondenten van 2001 en 2003 komen dus sterk overeen in demografische kenmerken.

#### *Vergelijking tussen respondenten en non-respondenten*

Huisartsen die de uitgebreide vragenlijst niet ingevuld hadden zijn gevraagd om een verkorte vragenlijst in te vullen. Deze gegevens zijn gebruikt om inzicht te krijgen in verschillen tussen respondenten en non-respondenten ten aanzien van de samenwerking met andere GGZ-hulpverleners.

*2001:* Gegevens over verschillen in frequentie van overleg zijn niet bekend. Het verschil in oordeel over de kwaliteit van het overleg met andere GGZ-hulpverleners is weliswaar statistisch significant voor AMW en eerstelijnspsychologen, maar het verschil in rapportcijfer is nergens groter dan 0.2 en wordt daarom niet relevant geacht.

*2003:* Respondenten verschillen van non-respondenten in de frequentie van overleg. Respondenten overleggen minder vaak met GGZ-partners dan non-respondenten ( $p < .01$ ). Ook het verschil in oordeel over de kwaliteit van het overleg met andere GGZ-hulpverleners is statistisch significant voor eerstelijnspsychologen, verslavingszorg en ambulante GGZ (bij respondenten lager dan bij non-respondenten), maar het verschil in rapportcijfer is nergens groter dan 0.3 en wordt daarom niet relevant geacht.

De respondenten vormen dus een enigszins selecte groep die minder frequent overleggen met andere GGZ-partners. Het is dus niet per definitie zo dat de respondenten een betere samenwerking hebben met GGZ-hulpverleners dan de non-respondenten.

#### *Data-analyse*

De data zijn op verschillende manieren geanalyseerd. Ten behoeve van *hoofdstuk 6 t/m 8* (samenwerking, verwijstroom en hulpverlening) zijn de resultaten geanalyseerd met het statistiekprogramma SPSS. Er is voornamelijk beschrijvende statistiek toegepast: frequentieverdelingen, gemiddelden en percentages. Ook is getoetst of er verschillen zijn tussen 2001 en 2003. Daar waar een verschil in gemiddelde score is getoetst is gebruik gemaakt van een (niet gepaarde) T-toets. Daar waar verschillen in verdeling zijn getoetst is gebruik gemaakt van een chi-kwadraat-toets (bij crosstabs). Tenslotte is de correlatie van enkele items getoetst met een Pearson r correlatie-analyse.

Ten behoeve van *hoofdstuk 9* zijn de gegevens geanalyseerd in relatie tot de ingezette maatregelen. Dit is op verschillende manieren gebeurd. Ten eerste is een serie multilevel analyses toegepast om *ontwikkelingen* te schetsen in de samenwerking en verwijstroom vanuit huisartsen in relatie tot de ingezette maatregelen. Ten tweede is met behulp van een serie T-toetsen onderzocht of huisartsen die betrokken zijn bij een samenwerkingsproject in 2003 verschillen van huisartsen die niet betrokken zijn bij een samenwerkingsproject in samenwerking en verwijstroom. Ten derde is een selectie van de data geaggregeerd op DHV-niveau om ze te kunnen koppelen aan andere databestanden, die hiertoe eveneens op DHV-niveau geaggregeerd zijn. Het betreft hier het databestand van registratie van consultaties (zie paragraaf 2.2.2) en het VWS-databestand met de capaciteitsgegevens van het AMW (zie paragraaf 2.4.1). Op DHV-niveau zijn de data geanalyseerd via een Pearson r correlatie-analyse.

#### 2.4.2 *Tweede Nationale Studie (NS2) en Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH)*

Op twee meetmomenten zijn registratiegegevens gebruikt van patiënten met psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk: het eerste kwartaal van 2001 (voormeting) en het eerste kwartaal van 2003 (nameting).

De gegevens van 2001 zijn afkomstig van de Tweede Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2) van het NIVEL. In de periode 2000-2002 zijn gegevens verzameld bij 195 huisartsen die werkzaam zijn in 104 huisartspraktijken. De 195 huisartsen vormen een representatieve steekproef van het totale aantal huisartsen in Nederland (Schellevis et al., 2002). Bij deze huisartsen stonden in totaal 385.461 patiënten ingeschreven, die een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking vormen op leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm (Westert et al., 2004). Voor meer informatie over het gebruik van de gegevens uit de NS2 verwijzen we naar onze tweede interim-rapportage (Meijer et al., 2003).

Voor het eerste kwartaal van 2003 zijn gegevens gebruikt van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH). Binnen dit netwerk worden doorlopend gegevens verzameld bij 229 huisartsen in 114 huisartspraktijken. De LINH-huisartsen vormen ook een representatieve afspiegeling van de Nederlandse huisartsen-populatie. In totaal staan bij de LINH-huisartspraktijken 414.170 patiënten ingeschreven. Deze patiënten vormen eveneens een goede afspiegeling van de Nederlandse bevolking naar leeftijd, geslacht en type zorgverzekering (zie LINH-website). Een groot deel van de huisartsen die deelnamen aan de NS2 maken ook deel uit van registratienetwerk LINH.

Zowel bij de NS2 als bij LINH registreerden huisartsen bij alle contacten die zij met patiënten hadden de gestelde diagnoses, de voorgeschreven medicatie en verwijzingen van patiënten. Alle deelnemende huisartspraktijken maken gebruik van een elektronisch medisch dossier.

Bij de analyse van de LINH/NS2-gegevens hebben we ons gericht 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). De registratiegegevens van de NS2 en LINH worden gebruikt om te kunnen rapporteren over het vóórkomen van psychische en sociale diagnoses in de huisartspraktijk, het voorschrijven van medicatie en om de verwijksstromen in kaart te brengen. Hieronder wordt een toelichting gegeven bij de verschillende onderwerpen. Het aantal praktijken dat betrokken is bij de analyses kan per onderwerp verschillen. Dit is afhankelijk van de kwaliteit en de beschikbaarheid van de gegevens.

##### *Morbiditeit*

De morbiditeit geeft aan hoe vaak psychische en sociale problemen van patiënten gediagnosticeerd worden in de huisartspraktijk. We rapporteren over het aantal deelcontacten waarbij een psychische of een sociale diagnose wordt gesteld. 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.

2001: Bij de beschrijving van morbiditeit in de huisartspraktijk in 2001 zijn gegevens van 88 praktijken gebruikt waar in totaal 342.182 patiënten stonden ingeschreven.

2003: In 2003 zijn de gegevens van 65 praktijken gebruikt waar 296.289 patiënten stonden ingeschreven.

### *Prescripties*

De groep patiënten die in het eerste kwartaal 2001 en in het eerste kwartaal van 2003 een deelcontact met de huisartspraktijk heeft gehad 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 de medicatie ingedeeld in 3 groepen van medicatie die relevant zijn bij psychische en sociale problemen: anti-depressiva, anxiolytica (kalmeringsmiddelen) en hypnotica/sedativa (slaapmiddelen). Deze drie medicatiegroepen vallen onder de gemeenschappelijke noemer psychofarmaca. Er is berekend hoe vaak deze psychofarmaca wordt voorgeschreven bij patiënten met psychische en sociale problemen. Anti-depressiva zijn nog verder onderverdeeld in klassieke anti-depressiva (TCA's, Tricyclische Antidepressiva) en SSRI's (Serotonine heropnameremmers). Over de meest voorkomende P en Z diagnoses is apart gerapporteerd, namelijk depressie, slaapproblemen, angst, stress en problemen met de omgeving. Daarbij is de volgende indeling gebruikt:

- Depressie (P76 en P03, 'Depressie' en 'Down/depressief gevoel').
- Slaapproblemen (P06, 'Slapeloosheid/andere slaapproblemen').
- Angst (P74 en P01, 'Angststoornis/angstoestand' en 'Angstig/nervus/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').

2001: Er waren prescriptiegegevens beschikbaar van 87 huisartspraktijken waar 14.834 patiënten bekend waren die in het eerste kwartaal van 2001 een deelcontact met een P of Z diagnose hebben gehad. In totaal stonden bij deze 87 praktijken 339.577 patiënten ingeschreven.

2003: De prescriptiegegevens van 59 huisartspraktijken zijn gebruikt, met 9242 patiënten met een psychische of sociale diagnose in het eerste kwartaal van 2003. In totaal stonden bij deze 59 praktijken 271.286 patiënten ingeschreven.

De praktijken waarover we prescripties beschrijven maken onderdeel uit van de praktijken waarover we morbiditeitsgegevens rapporteren.

### *Verwijzingen*

Uit de registratiegegevens van de NS2 en LINH is bekend hoeveel patiënten de huisarts heeft verwezen binnen de eerstelijns of naar de tweedelijns GGZ. Er is onderscheid gemaakt tussen de eerstelijns GGZ-disciplines AMW en eerstelijnspsycholoog en de tweedelijns disciplines RIAGG, psychiatrie, psycholoog en psychotherapeut. Daarbij is er altijd sprake van onderrapportage. Huisartsen waren alleen verplicht om nieuwe verwijzingen van patiënten te registreren; herhaalverwijzingen of achteraf verwijzingen zijn niet of nauwelijks geregistreerd. Men was ook niet verplicht verwijzingen naar de psycholoog, psychotherapeut en het maatschappelijk werk te registreren. Vooral verwijzingen naar het

AMW zijn veel minder 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. Ook bij de verwijzingen is onderscheid gemaakt tussen patiënten met de meest voorkomende psychische en sociale diagnoses.

2001: Er zijn verwijsgegevens van 63 huisartspraktijken beschikbaar waar in totaal 245.519 patiënten staan ingeschreven, waarvan 11.269 patiënten met een P of Z diagnose in het eerste kwartaal van 2001.

2003: Er zijn verwijsgegevens beschikbaar van 48 huisartspraktijken waar in totaal 209.286 staan ingeschreven, waarvan 7723 patiënten met een P of Z diagnose in het eerste kwartaal van 2003.

De praktijken waarover we verwijsgegevens beschrijven maken onderdeel uit van de praktijken waarover we morbiditeitsgegevens rapporteren.

### **2.4.3 Inventarisatie landelijke aanbod GGZ-nascholing voor huisartsen**

Om het landelijke nascholingsaanbod op het gebied van GGZ-problematiek voor huisartsen in kaart te brengen is in 2003 een schriftelijke enquête gehouden onder potentiële landelijke aanbieders van nascholingsactiviteiten. Deze schriftelijke enquête is afgestemd op een inventarisatie die in 1999 met een ander doel is uitgevoerd door het NIVEL (van Weert, Heiligers en Verhaak (1999), zodat de gegevens uit beide jaren te vergelijken zijn. De inventarisatie uit 1999 betrof de periode januari 1996-december 1998; de inventarisatie uit 2003 betrof de periode 2000-2002.

Via accrediteringsoverzichten van de KNMG zijn adressen achterhaald van landelijke aanbieders van nascholing. Vervolgens is een schriftelijke enquête gehouden onder deze potentiële aanbieders van deskundigheidsbevordering op het gebied van de GGZ. Voor een uitgebreide procedurebeschrijving wordt verwezen naar het rapport van van Weert, Heiligers en Verhaak (1999).

De enquête bestond uit een kort algemeen gedeelte. Daarnaast werd aan iedere aanbieder gevraagd om voor alle cursussen die men in de periode 2000-2002 georganiseerd had op het gebied van psychische en sociale problematiek een 'vragenlijst per cursus' in te vullen. Het woord 'cursus' werd gedefinieerd als 'elk nascholingsprogramma voor huisartsen, ongeacht het aantal onderwijsuren'.

Bij de inventarisatie is gevraagd naar specifieke cursusonderwerpen en generieke cursusonderwerpen. Specifieke cursusonderwerpen zijn gericht op ziektecategorieën. Deze zijn samengesteld op basis van de ICPC-codering en samengevat in dertien hoofdcategorieën (zie bijlage 2). Naast categorieën over psychische stoornissen zijn ook categorieën gevormd over sociale problemen, zoals bijv. relatieproblemen. Generieke cursusonderwerpen zijn gericht op vergroting van vaardigheden met betrekking tot het herkennen van psychische en sociale problemen en de begeleiding hiervan. Het gaat hierbij om (onderdelen van) cursussen waar de scholing van de huisarts gericht is op a) communicatie tussen huisarts en patiënt, b) psychosociale begeleiding m.b.t. specifiek onderwerp, of c) het optimaliseren van de begeleiding van psychische problematiek die samengaat met somatische klachten. Tenslotte is nog een categorie 'anders' opgenomen. Ter ondersteuning bij het invullen van de onderwerpen werd een checklist toegevoegd

met 16 categorieën waaruit men een keus kon maken bij het beantwoorden van de vragen over onderwerpen die binnen een cursus aan bod waren gekomen.

De respondenten werd onder andere gevraagd naar het aantal uren dat besteed is aan de verschillende cursusonderwerpen, hoe vaak de cursus gegeven is in de gevraagde periode en waarop de keuze van de onderwerpen gebaseerd was en of de cursus geaccrediteerd was.

#### *Versillen 1996-1998 en 2000-2002*

De vragenlijst die voor de inventarisatie van 2000-2002 is gebruikt is vrijwel identiek aan die van de inventarisatie uit 1996-1998. Het enige verschil is dat er twee onderwerpen zijn toegevoegd die bij de inventarisatie van 1996-1998 relevant bleken te zijn: post-traumatische stress en problemen in de werksituatie.

#### *Respons*

*In 1996-1998* had 64% van de potentiële aanbieders een nascholingsaanbod, met een totaal van 157 verschillende cursussen. Tweederde deel van de aanbieders was zorg- en maatschappij-georiënteerd, 13% was commercieel en 15% universiteiten/PAOG's. Er was één aanbieder van schriftelijke nascholing.

*In 2000-2002* hadden 29 van de 52 potentiële aanbieders van GGZ-nascholing een nascholingsaanbod; dit is 56%. Deze instellingen hebben samen 113 GGZ-nascholingscursussen genoemd. Meer dan de helft van de organisaties die een nascholingsaanbod hadden was zorg- en maatschappij-georiënteerd (55%), er waren 7 commerciële organisaties (24%) en 5 universiteiten/PAOG's (17%). Er was één aanbieder van alleen schriftelijke nascholing. Commerciële organisaties waren in 2000-2002 dus wat sterker vertegenwoordigd dan in 1996-1996. Dit komt nog duidelijker tot uiting in het aantal verschillende *cursusonderdelen* (dat wil zeggen verschillende onderwerpen die aan bod kwamen, zie hoofdstuk 5, tabel 5.3) dat door de drie typen organisaties werd aangeboden. In 1996-1998 werd 17% van de verschillende cursusonderdelen aangeboden door commerciële organisaties, terwijl dit in 2000-2002 45% was.

Opgemerkt moet worden dat de inventarisatie niet volledig is omdat niet alle potentiële aanbieders hebben meegedaan aan de inventarisatie. Het is niet bekend of deze aanbieders een aanbod hadden van GGZ-gerelateerde cursussen. Bovendien hadden respondenten soms niet meer alle informatie uit voorgaande jaren tot hun beschikking. Ook moet opgemerkt worden dat enkele cursussen niet specifiek aan huisartsen zijn aangeboden. Wanneer bekend was dat er wel huisartsen hebben deelgenomen aan deze cursussen, zijn ze echter wel in de inventarisatie opgenomen.



#### **2.4.4 Inventarisatie regionale (=DHV) aanbod GGZ-nascholing voor huisartsen**

In het kader van kwaliteitsbevordering bij huisartsen op het gebied van GGZ zijn kwaliteitsbevorderende activiteiten, waaronder scholing, op DHV-niveau ontwikkeld. Begin 2004 is door de WOK via een telefonische enquête gepeild wat in dat opzicht de stand van zaken was in elk district. Van de 23 districten hebben er 20 geparticipeerd in deze telefonische enquête. Gevraagd is onder andere naar de precieze doelgroep, de vorm van de interventie en het succes van de interventie. In deze evaluatiestudie is de mate waarin DHV's actief zijn op het gebied van educatieve interventies gerelateerd aan de door huisartsen gerapporteerde deelname aan GGZ-nascholing en de wens daartoe.

### **2.5 Dataverzameling bij het AMW**

Bij het AMW is gebruik gemaakt van de volgende informatie:

- Registratie van VWS omtrent de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW
- Landelijke enquête onder gemeenten inzet Tijdelijke Stimuleringsmaatregel (SGBO)
- Landelijke enquête onder AMW-instellingen
- Cliëntenregistratie AMW (Symbiose)

#### **2.5.1 Registratie van VWS omtrent de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW**

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

De gegevens zijn per gemeente geregistreerd en hebben betrekking op:

- al dan niet subsidie aangevraagd door de betreffende gemeente;
- inwoneraantal 1998 en prognose inwoneraantal 2003 (gebaseerd op gegevens uit 2001);
- aantal fte's AMW en bezettingsgraad in relatie tot een door VWS vastgestelde capaciteitsnorm van 1 fte AMW per 6000 inwoners. De bezettingsgraad is 100% als een gemeente over 1 fte uitvoerend AMW per 6000 inwoners beschikt;
- nagestreefd aantal fte's AMW en op basis daarvan berekende nagestreefde bezettingsgraad;
- grootte van de toegekende subsidie, omgerekend naar fte's uitvoerend AMW die de gemeente op basis van de subsidie kan inzetten.

Deze gegevens zijn geregistreerd in het jaar 2000; de gegevens over het nagestreefde aantal fte's en de grootte van de toegekende subsidie zijn na een tussentijdse evaluatie (zie hoofdstuk 3, § 3.2.2) bijgesteld in 2002.

De registratie bevat geen informatie omtrent de verdeling van gelden over instellingen binnen elke gemeente.

### 2.5.2 *Landelijke enquête onder gemeenten inzake Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW (SGBO)*

Door het onderzoeksbureau SGBO is in 2001 en 2003 een landelijke enquête uitgezet onder alle gemeenten in Nederland om inzicht te krijgen in de mate waarin door gemeenten gebruik is gemaakt van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW. Ook is via de enquête informatie verzameld over hoe de gemeenten invulling geven aan deze subsidieregeling. In de enquête is ingegaan op de volgende onderwerpen:

- De door gemeenten beschikbaar gestelde middelen voor het AMW (bedrag per inwoner of anders).
- De wijze waarop het AMW door gemeenten wordt gefinancierd.
- Het gevoerde beleid en de wijzigingen in het beleid ten aanzien van het AMW.
- De intensiteit en de mate van bestuurlijke samenwerking tussen gemeenten onderling ten aanzien van het AMW en met andere partijen op het terrein van de eerstelijns GGZ.

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

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

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

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

#### *Verschillen tussen 2001 en 2003*

Uit de meting in 2001 bleek dat het merendeel van de gemeenten (92%) voor 1 juli 2000 een subsidieaanvraag heeft ingediend bij VWS om de capaciteit van het AMW te vergroten. Het gevonden percentage aanvragers en niet-aanvragers kwam overeen met de gegevens per 31 december 1998 van het ministerie van VWS. Om praktische redenen is

daarom besloten om de vragenlijst voor de tweede meting in 2003 naar alle gemeenten te sturen. Gemeenten die geen aanvraag hadden ingediend, konden de enquête vanzelfsprekend terzijde schuiven. Om inhoudelijke (relevante beleidsontwikkelingen) en methodische redenen zijn in 2003 enkele extra vragen opgenomen, zoals bijvoorbeeld de wijze waarop gemeenten de extra uitkering inzetten.

### *Respons*

*2001:* In totaal hebben 347 gemeenten de enquête ingevuld en geretourneerd. Daarmee komt het responspercentage op 68,8%. Per enquêtevraag varieert het aantal responderende gemeenten. In de rapportage is dit aantal weergegeven, tenzij de opgave betrekking heeft op het aantal gegeven antwoorden. De gemeenten die de enquête hebben ingevuld en teruggestuurd zijn redelijk verspreid over alle gemeentegrootteklassen.

*2003:* In 2003 waren er in totaal 489 gemeenten. Alleen de gemeenten die subsidie hadden aangevraagd zijn gevraagd om de vragenlijst in te vullen. Op basis van gegevens van VWS uit 2001 blijkt dat 46 gemeenten geen aanvraag hebben ingediend. Hiervan zijn inmiddels drie gemeenten heringedeeld. Deze gemeenten zijn samengevoegd met ten minste één gemeente die wel een aanvraag heeft ingediend<sup>2</sup>. Het aantal gemeenten dat in aanmerking kwam om aan de enquête deel te nemen, bedraagt dus 446. In totaal hebben 253 gemeenten de enquête ingevuld en geretourneerd. De respons komt hiermee op 56,7%. Dat is lager dan in 2001 toen de respons 68,8% was. Mogelijk speelt enquêtevermoeidheid een rol, of men kon door ziekte, vacatures, overbelasting niet bijtijds de enquête ingevuld terugsturen.

Gemeenten die de enquête hebben ingevuld en teruggestuurd zijn redelijk verspreid over alle gemeentegrootteklassen. Evenals in 2001 vulden gemeenten tot 10.000 inwoners iets minder vaak de enquête in. De respons kan hiermee als voldoende representatief worden beschouwd voor alle gemeenten.

### *Data-analyse*

In de analyses is voor zover dat relevant is gebruik gemaakt van demografische en gemeentelijke achtergrondgegevens. Naast ontwikkelingen tussen 2001 en 2003 is ook gekeken naar verschillen tussen gemeenten(grootteklassen) in de resultaten.

## **2.5.3 Enquête onder AMW-instellingen**

Om in kaart te kunnen brengen in hoeverre de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel is ingezet binnen AMW-instellingen, zijn medio 2001 en 2003 alle instellingen benaderd met een schriftelijke enquête. De enquête van 2001 is een voormeting, waarin vragen worden gesteld over het jaar 2000 en 2001. De enquête van 2003 dient als nameting en beslaat de periode 2002 en 2003. Beide enquêtes komen sterk overeen. Het grootste verschil is dat de versie van 2003 is ingekort ten opzichte van 2001. Aspecten die aan bod komen in de enquêtes zijn: de inzet van de Stimuleringsregeling, de capaciteit van de AMW-instellingen, samenwerking met andere GGZ-hulpverleners en activiteiten die een

---

<sup>2</sup> Uit gegevens van VWS uit 2002 blijkt dat deze nieuwe gemeenten geen uitbreiding van de subsidie hebben aangevraagd op basis van de toename van het aantal bewoners. Dit heeft gevolgen voor het voldoen aan de norm van 1 fte op 6.000 inwoners.

bijdrage kunnen leveren aan deskundigheidsbevordering. Voor een uitgebreide omschrijving van de onderwerpen in de enquête verwijzen we naar onze eerste interim-rapportage (Meijer et al., 2002)

#### *Respons*

*2001:* De enquêtes zijn verstuurd naar 147 AMW instellingen en gericht aan de directie. Na een schriftelijke herinnering en een telefonische nabelronde zijn uiteindelijk 100 enquêtes ingevuld geretourneerd. Van de 147 instellingen uit het adressenbestand van Symbiose bleken intussen 3 instellingen gefuseerd te zijn en was 1 instelling failliet gegaan. Het totaal aantal instellingen komt daarmee op 143; de respons op 70%. Drieënveertig AMW-instellingen hebben geen enquête terug gestuurd. De redenen die daarbij naar voren kwamen zijn organisatorische problemen, zoals wisselingen van de directie (8 x), tijdgebrek (7 x), en 3 keer gaf een instelling aan een algehele enquête-stop te hebben ingesteld vanwege een overload aan enquêtes.

*2003:* In 2003 zijn de enquêtes verstuurd naar de directie van 154 instellingen voor AMW. Daarvan bleken 144 instellingen nog te bestaan, anderen zijn opgeheven of gefuseerd met andere instellingen. Na een schriftelijk en telefonische rappel hebben 92 instellingen de enquête ingevuld; daarmee is de respons in 2003 64%. De meest genoemde reden van non-respons is tijdgebrek.

#### *Analyse*

De gegevens van de enquêtes in 2001 en 2003 zijn verwerkt met behulp van SPSS. Verschillen tussen de voor- en nameting zijn getoetst met Chi-kwadraat toetsen en T-toetsen.

### **2.5.4 Cliëntenregistratie AMW**

De landelijke gegevens omtrent de cliëntenpopulatie van het AMW zijn afkomstig van een gestandaardiseerd registratiesysteem waarbij AMW-instellingen bijhouden welke cliënten bij hen terechtkomen. Registratie van hulpverleningscontacten op een min of meer gestandaardiseerde wijze is al tientallen jaren gebruikelijk binnen AMW (vgl. Verhaak, 1993, Kersten, 1985). Begin negentiger jaren is dit registratiesysteem voor heel Nederland uniform geworden. Het beheer geschiedt door de stichting Symbiose onder verantwoordelijkheid van de MO-groep, voorheen de VOG (Ondernemersorganisatie voor welzijn, hulpverlening en opvang).

In deze rapportage zijn cliëntgegevens van 2000 en 2002 gebruikt. In de eerste interimrapportage 2002 (Meijer et al., 2002) zijn bij wijze van voormeting de cliëntgegevens van 1999 beschreven. In de huidige rapportage hebben we er echter voor gekozen om het jaar 2000 als voormeting te gebruiken in plaats van 1999. Sinds 2000 hebben namelijk ingrijpende veranderingen plaatsgevonden in het registratiesysteem. Alle instellingen moesten in dat jaar overstappen op de nieuwe zogenaamde 'elektronische cliëntdossiers', waarbij ook de opbouw van de informatie sterk gewijzigd is. Anders dan voorgaande jaren werden de hulpverleners geacht de cliëntinformatie rechtstreeks in de computer in te vullen, in plaats van op een papieren registratieformulier. De inhoud van

de te registreren gegevens is op een aantal punten dusdanig veranderd dat de gegevens van het nieuwe registratiesysteem niet goed vergelijkbaar zijn met die van het oude registratiesysteem. Vergelijking van 1999 met daaropvolgende jaren bleek dan ook dermate veel interpretatieproblemen op te leveren dat er geen eenduidige conclusies getrokken kunnen worden over verschillen tussen de jaren die niet te wijten zijn aan registratieverschillen. Daarom hebben we ervoor gekozen om als voormeting het jaar 2000 te gebruiken in plaats van 1999. Het jaar 2002 is gekozen als tweede meting, omdat het binnen de evaluatieperiode niet mogelijk was om al te beschikken over cliëntgegevens van 2003.

#### *Inhoud cliëntenregistratie*

De AMW-ers vullen een digitaal registratieformulier in voor elk cliëntstelsel. Dit is meestal een individu, maar kan ook een echtpaar, een gezin, of een ouder en kind zijn. Gemiddeld zijn bij een cliëntstelsel 1,3 personen betrokken (AMW in beeld, 1999). Om de technische term cliëntstelsel te vermijden spreken we in het rapport waar mogelijk over cliënten i.p.v. cliëntsystemen. Het formulier bevat de volgende rubrieken die van belang zijn voor deze rapportage:

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

Anders dan in de eerste interim rapportage was het niet mogelijk om de caseload van het AMW (het aantal cliënten dat een fte uitvoerend AMW jaarlijks gemiddeld in behandeling heeft) te beschrijven. Deze informatie wordt normaliter jaarlijks berekend door Symbiose door de cliëntregistratiegegevens te extrapoleren naar de totale AMW-

populatie in Nederland. De resultaten publiceert Symbiose in een jaarlijkse uitgave van het blad 'AMW in beeld'. Echter, over de jaren 2000-2002 is deze extrapolatie niet uitgevoerd. Daardoor kunnen we in deze rapportage geen uitspraken doen over ontwikkelingen in de caseload van uitvoerend AMW-ers. Uit de registratiegegevens valt wel op te maken dat de verhouding tussen het aantal nieuw aangemelde cliënten en reeds bij het AMW bekende cliënten is niet veranderd tussen 2000 en 2002: per jaar is ruim tweederde deel van de geregistreerde cliënten nieuw aangemeld tegenover eenderde deel dat al bij het AMW bekend is.

### *Respons*

*2000:* In 2000 is de cliëntenregistratie bijgehouden door 39 instellingen. Het aantal registrerende instellingen is veel lager dan in voorgaande jaren (bijvoorbeeld 101 in 1999). Reden hiervoor is dat veel instellingen zich niet tijdig aan de werkwijze met het nieuwe – elektronische – registratiesysteem hebben kunnen aanpassen. In 2002 werd de registratie bijgehouden door 57 instellingen. In 2000 bevatte de registratie gegevens van 51.123 cliënten. Bij 68% hiervan werd de hulpverlening afgesloten aan het eind van het jaar. 69% van de cliënten uit 2000 was nieuw aangemeld.

*2002:* In 2002 waren er gegevens van 83.359 cliënten geregistreerd, door 57 AMW-instellingen.

Bij 66% de hulpverlening hiervan werd de hulpverlening afgesloten aan het eind van dat jaar. Van alle geregistreerde cliënten in 2002 was 63% nieuw aangemeld.

Gezien het kleine aantal AMW-instellingen dat de registratie heeft bijgehouden in 2000 en 2002 en de recente ingrijpende veranderingen in het registratiesysteem past er een methodologische kanttekening bij resultaten van de cliëntenregistratie. Hoewel de cliëntenregistratie sinds begin negentiger jaren voor heel Nederland uniform is en daarmee een betrouwbare en representatieve informatiebron over het AMW leek te zijn, staan deze betrouwbaarheid en representativiteit door bovengenoemde problemen ter discussie. We kunnen daardoor minder inzicht krijgen in de landelijke situatie bij het AMW dan we van tevoren hadden verwacht.

### *Analyse*

In deze rapportage worden de hulpverleningsgegevens niet gepresenteerd op het niveau van individuele cliëntsystemen, maar op het niveau van AMW-instellingen. Dit betekent dat voor iedere instelling het percentage waarin een categorie voorkomt (bijv. % mannen of % allochtonen) is berekend door de gegevens te aggregeren op instellingsniveau. Een reden hiervoor is dat instellingen met veel cliëntsystemen een relatief groot aandeel zouden hebben in de resultaten op cliëntniveau, en daarmee de resultaten kunnen vertekenen. Een andere reden is dat gegevens op instellingsniveau gekoppeld kunnen worden aan andere informatie die alleen op instellingsniveau bekend is. Een nadeel van geaggregeerde informatie is dat gekoppelde informatie op het niveau van individuele cliëntsystemen (bijv. type hulpverlening bij bepaalde problematiek, of doorverwijzing naar aanleiding van bepaalde problematiek) bij het aggregeren verloren gaat.

Hulpverleningscontacten die < 1 uur in beslag namen (de zogeheten korte contacten) zijn buiten beschouwing gelaten in de analyses.

## 2.6 Dataverzameling bij eerstelijnspsychologen

Informatie over eerstelijnspsychologen is afkomstig van:

- Landelijke enquête onder eerstelijnspsychologen 1998 (Trimbos instituut)
- Landelijke enquête onder eerstelijnspsychologen 2002 (NIVEL)
- Ledenbestand 2002 (Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen)

### 2.6.1 Enquête onder eerstelijnspsychologen 1998 (Trimbos instituut)

Het NIVEL heeft ten behoeve van de evaluatiestudie ‘versterking eerstelijns GGZ’ de beschikking gekregen over een databestand van een landelijke enquête die het Trimbos-Instituut in 1998 onder eerstelijnspsychologen heeft uitgevoerd (zie Wentink et al., 2001). Deze enquête werd in opdracht van het ministerie van VWS uitgevoerd door het Trimbos Instituut in samenwerking met de Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen (LVE). Het doel was destijds om zicht te krijgen op de hulpverlening door eerstelijnspsychologen. Daarnaast zijn ook gegevens verzameld over 2795 ambulante cliënten van de ondervraagde psychologen.

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

Delen uit deze enquête waren geschikt om als *voormeting* van de onderhavige evaluatiestudie te dienen, te weten voor wat betreft informatie over capaciteit, verwijsstromen en hulpverleningskenmerken. De enquête bevatte geen gegevens over de andere indicatoren die ten behoeve van de evaluatiestudie gekozen zijn:

deskundigheidsbevordering en samenwerking. Over deze indicatoren zijn bij deze eerstelijnspsychologen dus geen voormetingsgegevens beschikbaar.

#### *Respons*

Het door ons gebruikte deel van de enquête was verstuurd naar alle 1204 leden van de sectie eerstelijnspsychologen van het NIP. In totaal hebben 425 psychologen (35,3%) de vragenlijst ingevuld geretourneerd. Alle respondenten waren lid van een ROEP (Regionaal Orgaan Eerstelijns Psychologen). Binnen de responsgroep waren drie groepen te onderscheiden:

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

De eerste 2 groepen samen vormden in 1998 een totaal aantal van 751 eerstelijnspsychologen in Nederland. Bij deze groep was het responspercentage met 369 eerstelijnspsychologen 49%; de gegevens van deze 369 eerstelijnspsychologen zijn voor de huidige evaluatiestudie gebruikt.

### 2.6.2 *Enquête onder eerstelijnspsychologen 2002 (NIVEL)*

In september 2002 is door het NIVEL specifiek voor de evaluatiestudie een landelijke enquête gehouden onder eerstelijnspsychologen. Deze enquête was specifiek gericht op de uitkomstmaten van de studie: deskundigheidsbevordering, samenwerking met andere GGZ-disciplines, verwijstroom en hulpverlening. De vragen over verwijstroom en hulpverleningskenmerken zijn zoveel mogelijk vergelijkbaar gemaakt met die van de enquête uit 1998 (zie voorgaande paragraaf). Daarnaast bevatte de enquête uit 2002 nieuwe vragen over onderwerpen die in de 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 evaluatieperiode is retrospectief gevraagd naar de situatie in het jaar 2000. De nieuwe vragen sluiten aan bij de enquête die in 2001 en 2003 bij huisartsen is afgenomen door WOK/NIVEL (vgl. paragraaf 2.3.1 van dit hoofdstuk). Voor een uitgebreide beschrijving van de enquête verwijzen we naar de tweede interim rapportage (Meijer et al., 2003). 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, verwijstroom 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. Gevraagd werd naar demografische kenmerken en naar kenmerken van de hulpverlening, zoals hulpvragen, wijze van behandelen en doorverwijzingen.

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.

#### *Respons*

Voor een uitgebreide beschrijving van de aangeschreven groep en de respons verwijzen we naar de tweede interimrapportage (Meijer et al., 2003). De vragenlijst is verstuurd naar de privé-adressen van alle gekwalificeerde en aspirant-gekwalificeerde eerstelijnspsychologen die lid zijn van de Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen (LVE). De doelgroep is benaderd namens de LVE. De vragenlijst is uiteindelijk verstuurd naar 896 eerstelijnspsychologen. Van de 896 verstuurd 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 verstuurd enquêtes) hebben er 382 de enquête geheel ingevuld en 38 gedeeltelijk. De belangrijkste redenen waarom eerstelijnspsychologen de enquête niet hebben ingevuld waren: kost teveel tijd, op moment van enquête niet werkzaam als eerstelijnspsycholoog; persoonlijke omstandigheden, en vragenlijst te moeilijk om in te vullen.

De respondenten verschillen niet van de non-respondenten in spreiding over ROEP-regio's, lidmaatschap van een Regionaal Orgaan Eerstelijnspsychologen (ROEP), verhouding gekwalificeerd/in opleiding en verhouding mannen/vrouwen.



### *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.

### **2.6.3 Ledenbestand 2002 Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen (LVE)**

Gegevens over de capaciteit van eerstelijnspsychologen bij de voormeting komen uit de enquête van 1998. Om het aantal gevestigde eerstelijnspsychologen in 2002 vast te stellen is gebruik gemaakt van het LVE-ledenbestand. 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.

Gegevens over het aantal eerstelijnspsychologen in 1998 zijn afkomstig uit het rapport van Wentink et al. (2002).



## 3 Inzet van geëffectueerde maatregelen

### 3.1 Inleiding

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

- Landelijke maatregelen
- Ondersteunende maatregelen voor de koepelorganisaties van de eerstelijns partijen
- Ondersteuning voor lokale projecten

Onder de landelijke maatregelen vallen de Tijdelijke Stimuleringsregeling voor het AMW en de Consultatieregeling. Ook is geld beschikbaar gesteld voor kwaliteitsontwikkeling door de koepelorganisaties van de drie eerstelijns partijen. Een deel van hun budget wordt besteed aan het project *Korte Lijnen* waarin de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ wordt gestimuleerd. Daarnaast is een apart bedrag beschikbaar gesteld voor de ondersteuning aan huisartsen. Ook was er een apart budget voor onderzoek naar de toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen.

De ondersteuning van lokale projecten vindt plaats via de Diaboloproject. Er is geld beschikbaar gesteld om 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. Activiteiten vinden plaats in projectvorm.

In dit hoofdstuk wordt de stand van zaken rondom de inzet van de afzonderlijke maatregelen beschreven. In onze eerste en tweede interim-rapportage is ook een dergelijke stand van zaken gegeven. Dit hoofdstuk sluit daarop aan; de nadruk ligt op de ontwikkelingen in het afgelopen jaar. Voor specifiekere informatie over de inzet van de maatregelen in eerdere jaren verwijzen we naar onze eerdere rapporten (Meijer et al., 2002, 2003).

### 3.2 Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW

#### 3.2.1 Inleiding

De Tijdelijke Stimuleringsregeling AMW is in de eerste instantie bedoeld om capaciteitstekorten bij het AMW (als onderdeel van de eerstelijns GGZ) op te heffen. In de tweede instantie biedt de regeling de mogelijkheid om aandacht te besteden aan het verbeteren van het functioneren van het AMW als onderdeel van de eerstelijns GGZ. Het beschikbare bedrag van 11.344.505 euro is gebaseerd op de gemiddelde kosten die door VWS berekend zijn om de capaciteitstekorten over een periode van 4 jaar (2000-2003) op te heffen. Daarbij wordt gestreefd naar een capaciteit van 1 fte AMW op 6000

inwoners. Deze verhouding is door de MO-groep van het AMW bepaald als noodzakelijk om een AMW aanbod te hebben dat zich kenmerkt door korte wachttijden, actieve profilering bij bevolking en verwijzers, samenwerking met belangrijke partners, kwaliteitsbewaking, en zonodig extra aandacht voor specifieke probleemgroepen. Deze verhouding is ook onderschreven door de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). De subsidie wordt via een gerichte uitkering uitbetaald aan alle gemeenten die hiervoor in aanmerking willen komen, waarbij gemeenten op basis van de nagestreefde capaciteit kunnen uitrekenen hoeveel subsidie ze nodig hebben. Een voorwaarde om voor de regeling in aanmerking te komen is dat de gemeenten zelf ook aan de middelen moeten bijdragen: voor elke fte bij AMW die de gemeente wil uitbreiden, krijgt die gemeente voor een halve fte subsidie.

Gemeenten die tijdens de stimuleringsperiode al aan de norm kunnen voldoen, komen ook in aanmerking voor financiering vanuit de Stimuleringsregeling AMW. Deze gemeenten kunnen voor de besteding van de uitkering kiezen voor verdere uitbreiding van de capaciteit als dat in verband met de plaatselijke situatie wenselijk is, of voor andere AMW-activiteiten ter versterking van de eerstelijns GGZ. Voor deze activiteiten is de gemeente niet verplicht zelf de helft te subsidiëren.

91% van de gemeenten heeft in de aanvraagperiode, medio 2000, een beroep gedaan op de Stimuleringsregeling AMW (Meijer et al., 2002). In 2002 heeft een tussentijdse bijstelling van de subsidie plaats gevonden: gemeenten kregen nogmaals de mogelijkheid om aan te geven of zij een hogere groei van het aantal fte's willen realiseren. Op die manier kunnen middelen waarvan achteraf vastgesteld zou moeten worden dat ze niet zijn besteed, tussentijds ten goede komen aan gemeenten waar dat wel kan.

Voor een uitgebreidere beschrijving van de Stimuleringsregeling verwijzen we naar onze eerste interim-rapportage (Meijer et al., 2002).

Voor de evaluatie van de inzet van de Stimuleringsregeling wordt gebruik gemaakt van de resultaten van twee enquêtes die in 2003 zijn afgenomen: een enquête onder gemeenten (SGBO) en een enquête onder AMW-instellingen (NIVEL). Ook is gebruik gemaakt van VWS-documentatie over inzet van de Stimuleringsregeling onder gemeenten. De enquêtes onder gemeenten en AMW-instellingen zijn in 2001 ook afgenomen. In paragraaf 3.2.2 wordt ingegaan op de inzet van de Stimuleringsregeling bij gemeenten. Onderwerpen die aan bod komen zijn: de inzet van de Stimuleringsregeling, de regionale samenwerking, de besteding van de toegekende subsidie, richtlijnen bij de inzet van middelen, de evaluatie van de maatregelen, de effecten op het gemeentelijk beleid en de relatie met overig beleid. In paragraaf 3.2.3 wordt ingegaan op de inzet van gelden uit de Stimuleringsregeling bij AMW-instellingen. Voor meer informatie over de enquêtes verwijzen we naar methodehoofdstuk 2.

### 3.2.2 Inzet extra AMW-middelen door gemeenten

#### Inzet stimuleringsregeling

##### *Tussentijdse bijstelling subsidie*

In 2002 is een herverdelingsoperatie uitgevoerd. Gemeenten die eerder subsidie hadden aangevraagd, waren in de gelegenheid om een extra uitbreiding aan te vragen, dan wel om aan te geven dat ze in mindere mate gebruik wilden maken van de toegekende bijdragen.

Een vijfde van de door SGBO onderzochte gemeenten (19,6%) heeft gebruikgemaakt van de mogelijkheid om een tussentijdse bijstelling van de uitkering aan te vragen. Hiervan vroeg het merendeel om een verhoging van het toegekende bedrag (94%). Dit waren relatief veel middelgrote gemeenten tussen de 20.000 en 50.000 inwoners. Drie gemeenten (6%) hebben om een verlaging van de uitkering gevraagd.

Uit gegevens van VWS blijkt ongeveer eenzelfde percentage gemeenten (22%) gebruik te hebben gemaakt van de tussentijdse bijstelling van het toegekende bedrag. Iets minder gemeenten dan in de responsgroep vroegen een verhoging (83,8%) en iets meer gemeenten (16,2%) vroegen om een verlaging van het toegekende bedrag.

Tachtig procent van de gemeenten maakte *geen* gebruik van de mogelijkheid om een tussentijdse bijstelling van de uitkering aan te vragen. Dit zijn voornamelijk middelgrote gemeenten die 50.000 tot 100.000 inwoners hebben. De belangrijkste redenen hiervoor zijn: 'problematiek geeft hiervoor geen aanleiding' (39,7%) en 'gemeente moet er te veel eigen middelen aan toevoegen' (23,1%) (tabel 3.1). Een andere reden die men noemt, is dat de gemeente al gebruikmaakt van de maximale toegestane uitbreiding (12,7%).

Tabel 3.1 Redenen niet-gebruik van tussentijdse bijstelling uitkering (n=229)

*Bron: SGBO-enquête onder gemeenten 2003*

<b>Redenen niet-gebruik tussentijdse bijstelling uitkering</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Gemeente zit al op de norm	29	12.7
Problematiek geeft hiervoor geen aanleiding	91	39.7
Gemeente moet er teveel eigen middelen aan toevoegen	53	23.1
Anders	28	12.2
Niet van toepassing	43	18.8
Totaal	244	106.6

#### **Norm in relatie tot de aard van de problematiek**

In de tweede meting (2003) is aan gemeenten de vraag gesteld of zij vinden dat de norm van 1 fte uitvoerend AMW per 6.000 inwoners voldoende is gezien de aard van de problematiek in de gemeente. Het merendeel van de gemeenten (87,2%) beantwoordt

deze vraag bevestigend. Dit zijn relatief vaak kleine of middelgrote gemeenten in de klassen 10.000 tot 20.000 en 50.000 tot 100.000 inwoners.

De overige gemeenten (12,8%) zijn van mening dat de norm onvoldoende is. Hiervoor worden onder meer de volgende redenen naar voren gebracht: ‘psychosociale problematiek neemt toe’, ‘psychosociale problematiek is in onze gemeente groter dan het landelijk gemiddelde’ en ‘verwachting dat huidige economische recessie leidt tot grotere vraag’.

### Financiering uitvoerend AMW

Evenals in 2001 wordt het leeuwendeel van de totale capaciteit uitvoerend AMW gefinancierd uit de reguliere welzijnsmiddelen: in 2001 financierden 279 gemeenten in totaal 1.069,8 fte en in 2003 financieren 217 gemeenten in totaal 822,28 fte. Het gemiddelde aantal fte's dat wordt gefinancierd uit de reguliere welzijnsmiddelen is over beide jaren 3,8.

Uit gelden van de Stimuleringsmaatregel wordt in 2001 door 213 gemeenten in totaal 121,8 fte en in 2003 door 196 gemeenten in totaal 130,42 fte gesubsidieerd. Het gemiddelde is respectievelijk 0,6 fte en 0,7 fte.

Gevraagd was om een gesubsidieerde fte op te geven als 1, hoewel de helft bekostigd wordt uit de subsidie en de andere helft uit eigen middelen van de gemeente. Onduidelijk is of gemeenten deze instructie ook opgevolgd hebben.

### Relatie tussen gemeente en AMW-instelling

Verreweg de meeste gemeenten (84,3%) subsidiëren één AMW-instelling samen met andere gemeenten (tabel 3.2). Eén op de 10 gemeenten subsidieert alleen één AMW-instelling. De overige gemeenten subsidiëren meerdere instellingen samen met andere gemeenten (4,1%) of meerdere instellingen alleen (1,2%). Uit de tabel blijkt dat in vergelijking met de situatie in 2001 nauwelijks iets is veranderd.

Tabel 3.2 Relatie gemeente en AMW-instellingen in 2001 (n=314) en 2003 (n= 242)  
Bron: SGBO-enquêtes onder gemeenten

Relatie met AMW- instelling	2001		2003	
	n	%	n	%
1. Onze gemeente subsidieert samen met andere gemeenten één AMW-instelling	271	86.3	204	84.3
2. Onze gemeente subsidieert samen met andere gemeenten meerdere AMW-instellingen.	9	2.9	10	4.1
3. Onze gemeente subsidieert alleen één AMW-instelling.	29	9.2	25	10.3
4. Onze gemeente subsidieert alleen meerdere AMW-instellingen.	4	1.3	3	1.2
5. Onze gemeente subsidieert geen AMW-instelling.	1	0.3	0	0.0
Totaal	314	100.0	242	100.0

### **Verdeling subsidie**

Niet veel gemeenten financieren meerdere AMW-instellingen (zie tabel 3.2). De vraag naar de wijze waarop gemeenten de subsidie over de verschillende AMW-instellingen hebben verdeeld is door 7,3% (17 gemeenten) beantwoord. Evenals in 2001 geven zij aan dat zij de subsidie op uiteenlopende wijze over de verschillende instellingen verdelen. Dit gebeurt op basis van (hulp)eenheden (6 keer), op basis van ingediende offertes (4 keer), op basis van inwonertal van het werkgebied (1 keer) of op een andere manier (6 keer), bijvoorbeeld op basis van prestatie-afspraken met de verschillende instellingen. Door het kleine aantal gemeenten dat meerdere instellingen financiert en de variatie in antwoorden, kunnen geen algemene uitspraken over de verdeling van de subsidiegelden worden gedaan.

Kijken we naar het aantal vestigingen van AMW-instellingen in de gemeente in 2003, dan blijkt dat ongeveer de helft van de gemeenten (54,9%) over één vestiging beschikt. Een kwart (24,6%) heeft meerdere vestigingen in de gemeente. Eén op de vijf gemeenten heeft geen decentrale vestiging.

Het aantal decentrale vestigingen dat zich in de gemeente bevindt varieert van één tot 20. Van de gemeenten waar meer dan één vestiging in de gemeente is, beschikt ruim de helft (65%) over twee vestigingen. Ongeveer een zesde van deze gemeenten (13,3%) heeft drie vestigingen. Vergeleken met de situatie in 2001 constateren we geen opvallende veranderingen in de relatie tussen de gemeente en de AWM-instelling(en).

### **Looptijd financieringsafspraken**

Gemeenten hebben in totaal 245 financieringsafspraken gemaakt met één of meer AMW-instelling(en). De looptijd van de financieringsafspraken varieert tussen de één en de vijf jaar. Meestal lopen afspraken één (34,7%) of vier jaar (42%).

### **Regionale samenwerking**

#### *Samenwerking met andere gemeenten*

Van de onderzochte gemeenten werkt 80,8% samen met andere gemeenten op het gebied van het AMW. In 2001 waren dat er minder, namelijk 73,4%.

Bijna driekwart van de gemeenten (71,2%) geeft aan te zorgen voor de gezamenlijke instandhouding van de AMW-instelling. Dit is opmerkelijk gezien het groter aantal gemeenten (88,4%) dat aangeeft samen met andere gemeenten één of meer AMW-instellingen te subsidiëren (zie tabel 3.2).

Verder ontwikkelt 41,3% van de gemeenten gezamenlijk beleid, stuurt ongeveer eenderde (34,8%) gezamenlijk een AMW-instelling aan en doet eveneens ongeveer eenderde (34,2%) gezamenlijk een beleidsevaluatie (tabel 3.3). Vooral dit laatste gebeurt in 2003 veel vaker. Ongeveer één op de tien gemeenten werkt op een andere manier samen. Zij doen bijvoorbeeld gezamenlijk de inkoop, stellen gezamenlijk basiscontracten op en maken gezamenlijk product- of budgetafspraken. Deze activiteiten kunnen overigens als een vorm van aansturing worden beschouwd.

Tabel 3.3 Aard samenwerking met andere gemeenten in 2001 (n=224) en 2003 (n=184)

Bron: SGBO-enquêtes onder gemeenten

Aard samenwerking met andere gemeenten	2001		2003	
	n	%	n	%
Gezamenlijke beleidsontwikkeling	95	42.4	76	41.3
Gezamenlijke aansturing	60	26.8	64	34.8
Gezamenlijke beleidsevaluatie	15	6.7	63	34.2
Gezamenlijk instandhouding AMW-instelling	-*	-*	131	71.2
Overig	45	20.0	17	9.2
Totaal	224	100.0**	351	190.8**

\*De antwoordcategorie 'gezamenlijke instandhouding' was alleen opgenomen in de vragenlijst van 2003.

\*\*In 2001 konden gemeenten één antwoord geven op de vraag, in 2003 waren meerdere antwoorden mogelijk.

#### *Wettelijke basis*

De wettelijke basis van de samenwerking met andere gemeenten op het gebied van het AMW is evenals in 2001 van uiteenlopende aard. Gemeenten hebben de samenwerking gebaseerd op een convenant (22,6%), een Basisregeling (17,1%) of de Wet Gemeenschappelijke Regelingen (WGR) (7,9%). Van de gemeenten heeft ongeveer eenderde (35,4%) aangegeven dat de samenwerking een andere (wettelijke) basis heeft. Onder meer worden genoemd: regionaal samenwerkingsorgaan, -overeenkomst of afspraken, bestuurs- of subsidieovereenkomst, budgetcontract, mondelinge afspraken en ambtelijk en/of bestuurlijk overleg.

Gemeenten die met elkaar samenwerken op basis van een convenant, Basisregeling of WGR blijken relatief vaker gezamenlijk beleid te ontwikkelen. Mogelijk wordt er in de samenwerkingsverbanden ook voor andere terreinen gezamenlijk beleid ontwikkeld. Verbanden met andere vormen van samenwerking, zoals gezamenlijke aansturing of instandhouding, zijn niet gevonden.

#### *Overleg en afstemming*

Overleg en afstemming vindt in tweederde van de gemeenten (68,4%) in zowel bestuurlijk als ambtelijk verband plaats. In een kwart van de gemeenten (26,2%) heeft alleen ambtelijk overleg en afstemming plaatsgevonden, en in 5,3% van de gemeenten alleen bestuurlijk overleg en afstemming. Ten opzichte van 2001 is het beeld niet veranderd.

#### **Besteding toegekende subsidie**

##### *Toegekende subsidie*

In tabel 3.4 is weergegeven waaraan gemeenten de toegekende subsidie in 2001 (peildatum mei 2001) en in 2003 (peildatum mei/juni 2003) hebben besteed. Bij de



antwoordmogelijkheden is in de enquête onderscheid gemaakt, voorzover het de capaciteit betrof, tussen handhaving en uitbreiding van de capaciteit. Omdat de capaciteit uitgedrukt is als een verhoudingsgetal tussen het aantal fte uitvoerend AMW en het inwonertal, bestaat ook de mogelijkheid dat een gemeente vanwege haar bevolkingsgroei het aantal fte moet verhogen om dezelfde capaciteit te kunnen behouden. *Handhaving* van de AMW-capaciteit staat dus voor een verhoging van het aantal fte AMW maar een gelijkblijvende capaciteit. Er is sprake van *uitbreiding* van de capaciteit wanneer het aantal fte uitvoerend AMW in sterkere mate toeneemt dan het inwonertal.

Tabel 3.4 Besteding toegekende subsidie in 2001 (n=314) en 2003 (n=232)

Bron: SGB0-enquêtes onder gemeenten

Besteding toegekende subsidie	2001		2003	
	n	%	n	%
Handhaving AMW-capaciteit	22	7.0	37	15.9
Uitbreiding AMW-capaciteit	170	54.1	144	62.1
Versterking functioneren AMW	96	30.6	61	26.3
Anders, namelijk...	46	14.6	7	3.0
Nog niet besteed	90	28.7	42	18.1
Totaal	424	135.0	291	125.4

De toegekende subsidie wordt in 2003 door het grootste deel van de gemeenten (62,1%) gebruikt voor de *uitbreiding* van de AMW-capaciteit. Een zesde (15,9%) besteedt de subsidie aan de *handhaving* van de AMW-capaciteit. Zowel in besteding als handhaving en uitbreiding zien wij een toename ten opzichte van 2001. Een iets kleiner deel van de gemeenten dan in 2001 (30,6%) heeft in 2003 (26,3%) de subsidie ingezet voor de *versterking* van het functioneren van het AMW. In 3% van de gemeenten is de subsidie op een andere wijze ingezet, bijvoorbeeld voor de reorganisatie van de AMW-instelling of voor innovatie van het hulpaanbod. Hierbij dient aangetekend te worden dat de Stimuleringsregeling zo in elkaar steekt, dat gemeenten die nog niet op de normatieve capaciteit zitten de extra middelen moeten aanwenden voor uitbreiding van de capaciteit.

Bij 18% van de gemeenten heeft de subsidie in mei 2003 nog *niet* geleid tot handhaving of uitbreiding van de AMW-capaciteit of tot de versterking van het functioneren van het AMW in de eerstelijns GGZ. In 2001 was dat nog ruim een kwart (28,7%).

Als belangrijke reden voor het nog niet inzetten van de subsidie wordt opmerkelijk genoeg door ongeveer de helft van deze gemeenten (47%) aangegeven dat de subsidieplannen zich nog in een voorbereidend stadium bevinden. De andere helft noemt onder meer als reden voor het (nog) niet besteden van de subsidie:

- ontbreken van de noodzaak (huidige AMW-formatie is voldoende, geen wachtlijst);

- ontbreken financiële middelen, te hoge eigen financiering nodig (stichting AMW heeft haar kostprijs verhoogd, de bijdrage van VWS is geen 50%);
- geen politieke bereidheid om middelen in te zetten;
- nog geen besluitvorming over de daadwerkelijke inzet.

#### *Beleidsdoelen handhaving en/of uitbreiding*

Ruim driekwart (78%) van de gemeenten gebruikt de subsidie voor *handhaving* en/of *uitbreiding* van de AMW-capaciteit (zie tabel 3.4). In 2001 was dat 61,1%. In bijlage 3, tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de gehanteerde beleidsdoelen, zoals capaciteit voor bepaalde groepen, problemen, preventie of GGZ-problematiek. Opvallend is dat men nu meer beleidsdoelen noemt. Met name de beleidsdoelen ‘capaciteit voor preventie’ en ‘GGZ-problematiek’ worden veel vaker naar voren gebracht dan twee jaar geleden.

#### *Concrete invulling*

##### 1. Bepaalde doelgroepen

Evenals in 2001 wordt de doelgroep jeugd/jongeren het vaakst door gemeenten naar voren gebracht. Tevens noemt men wederom vaak ouderen en allochtonen. In 2003 worden daarnaast OGGZ-groepen genoemd: probleemgezinnen, zorgwekkende zorgmijders en dak- en thuislozen.

##### 2. Bepaalde problemen

Gemeenten noemen diverse problemen. Vooral de aanpak van de wachtlijsten en schuldenproblematiek heeft zoals in 2001 de aandacht. Verder worden vaak de problematiek omtrent multiprobleemgezinnen, maar ook huiselijk geweld naar voren gebracht.

##### 3. Preventie

Dit beleidsdoel wordt concreet ingevuld door de deelname aan netwerken/projecten, waaronder schoolzorgteams. In 2001 was dit nog nauwelijks aan de orde. Daarnaast worden evenals in 2001 ondersteuning van de eerstelijns en ontlasting van de huisarts naar voren gebracht.

De genoemde preventieve activiteiten vallen onder de noemer secundaire preventie: het zorgen dat gesignaleerde problemen niet verergeren. Primaire preventie-activiteiten gericht op het voorkomen van problemen worden hier niet naar voren gebracht.

##### 4. GGZ-problematiek

Gemeenten noemen hierbij als concrete invulling onder andere de versterking van de eerstelijns, OGGZ-netwerken, de vermaatschappelijking van de zorg en relationele en psychosociale problemen.

## 5. Overig

Hierbij geeft een aantal gemeenten aan dat niet op een bepaald beleidsdoel wordt ingezet, maar de subsidie meer algemeen/breed wordt ingezet. Verder worden genoemd: poortwachterfunctie en inspelen op actuele hulpvragen, bijvoorbeeld het tuindersprobleem als gevolg van de economische recessie.

Bij deze vraag ging het er vooral om te achterhalen of de extra capaciteit aan uitvoerend AMW ingezet wordt voor het doel dat het ministerie met de Tijdelijke Stimuleringsregeling voor ogen had: namelijk de versterking van de eerstelijns GGZ. Vergeleken met de meting van twee jaar geleden is er sprake van een forse stijging van het percentage gemeenten dat de aanwending van de AMW-capaciteit voor GGZ-problematiek noemt (van circa 18,8% naar 52,6%), maar het is toch nog maar ongeveer de helft van de gemeenten. Daarnaast bestaat nog de kans dat er sociaal wenselijk geantwoord is. Daarom kijken we verderop in dit hoofdstuk of de betreffende gemeenten een relatie leggen met andere aanverwante beleidsterreinen zoals de openbare geestelijke gezondheidszorg en de maatschappelijke opvang.

Voorts blijkt uit het bovenstaande dat er onder de genoemde beleidsdoelen ook een aantal thema's voorkomen die de laatste tijd veel aandacht hebben gekregen in het landelijk beleid zoals de openbare geestelijke gezondheidszorg en de zorgwekkende zorgmijders en de problemen in de eerstelijns zorg. Een aantal thema's die in 2001 werden genoemd, krijgen nu minder aandacht.

### *Aanleiding beleidsdoelen*

Gemeenten noemen diverse ontwikkelingen die aanleiding waren voor de geformuleerde beleidsdoelen (bijlage 3, tabel 2). Ruim de helft van de gemeenten noemt de Stimuleringsregeling AMW (57%). In 2001 was deze antwoordmogelijkheid niet in de enquête opgenomen en werden de toename van sociaal-psychische problemen en de wachtlijsten in de zorg als belangrijkste aanleiding naar voren gebracht. Ook in 2003 worden deze ontwikkelingen vaak genoemd, door respectievelijk 36,6% en 28,5% van de gemeenten. Daarnaast wordt de vermaatschappelijking van de zorg (30,6%) en het toenemend aantal jongeren met problemen veelvuldig als aanleiding aangegeven. De toename van allochtonen in de lokale bevolking wordt daarentegen door opmerkelijk weinig gemeenten (4,7%) gezien als aanleiding.

Overige ontwikkelingen (11,6%) zijn onder meer: groei van de bevolking, toename aantal hulpvragen, wachtlijst bij het AMW of in het algemeen, laag bereik onder kwetsbare groepen en deelname in ketenaanpak.

### **Richtlijnen inzet middelen**

Van de onderzochte gemeenten geeft 64,6% de AMW-instelling(en) richtlijnen waarvoor middelen moeten worden ingezet (tabel 3.5). In 2001 was dit nog driekwart (75,1%).

Voornemens om richtlijnen te gaan geven is 8,2% van de gemeenten. Deze gemeenten noemen als ingangsdatum 2003 (4 keer), 2004 (7 keer) of 2005 (6 keer).

Ongeveer een kwart van de gemeenten (27,3%) geeft *geen* richtlijnen aan AMW-instellingen en is ook niet van plan om dit te gaan doen. Dit zijn er aanzienlijk meer dan in de eerste meting.

Tabel 3.5 Richtlijnen AMW-instellingen in 2001 (n=319) en in 2003 (n=231)

Bron: SGBO-enquêtes onder gemeenten

Richtlijnen AMW-instellingen	2001		2003	
	n	%	n	%
Ja, voor reguliere en extra middelen	158	51.8	118	51.1
Ja, voor extra middelen	27	8.9	8	3.5
Ja, voor reguliere middelen	44	14.4	23	10
Nog niet, wel voornemens	50	16.4	19	8.2
Nee	26	8.5	63	27.3
Totaal	305	100.0	231	100.0

*Verskil inzet reguliere en extra middelen*

Gemeenten is vervolgens de vraag gesteld of de richtlijnen voor de inzet van de reguliere middelen verschillen van die van de extra middelen (tabel 3.6). Evenals in 2001 antwoordt ruim een kwart deze vraag bevestigend (in 2001 en 2003 respectievelijk 28% en 26,7%). Deze gemeenten geven voorts aan dat de richtlijnen verschillen qua doel (70,6%), qua looptijd (47,1%) en/of qua werkwijze (38,2%). Dit laatste verschil is ten opzichte van 2001 toegenomen. In ongeveer één op de tien gemeenten (8,8%) verschillen de richtlijnen op een andere wijze.

Tabel 3.6 Verskil richtlijnen inzet reguliere en extra middelen in 2001 (n=96) en in 2003 (n=34)

Bron: SGBO-enquêtes onder gemeenten

Verskil richtlijnen inzet reguliere en extra middelen	2001		2003	
	n	%	n	%
Looptijd	30	31.3	16	47.1
Doel	70	72.9	24	70.6
Werkwijze	12	12.5	13	38.2
Overig	10	10.4	3	8.8
Totaal	122	127.1	56	164.7

In 2003 zijn in meer gemeenten (83%) dan in 2001 (63,8%) de richtlijnen schriftelijk vastgelegd in prestatie-afspraken of een subsidiecontract. Ongeveer een achtste deel van de gemeenten (13,5%) is nog van plan om dit te gaan doen.

### Looptijd

De looptijd van de (schriftelijke) afspraken met AMW-instellingen varieert (tabel 3.7). Meestal worden afspraken voor één of meer dan 3 jaar gemaakt.

Tabel 3.7 Looptijd (schriftelijke) afspraken met AMW-instellingen in 2001 (n=165) en 2003 (n = 125)

Bron: SGBO-enquêtes onder gemeenten

Looptijd (schriftelijke) afspraken	2001		2003	
	n	%	n	%
1 jaar	50	30.3	48	38.4
2 jaar	23	13.9	15	12.0
3 jaar	51	30.9	27	21.6
Meer dan 3 jaar	49	29.7	43	34.4
Totaal	173	104.8	133	106.4

### Evaluatie maatregelen

In het merendeel van de gemeenten (79,3%) worden de maatregelen, die zijn getroffen in het kader van de Tijdelijke Stimuleringsregeling AMW geëvalueerd. Meestal gebeurt dit zowel door de gemeente zelf als door de AMW-instelling (tabel 3.8). In 2001 evalueerden meer gemeenten de maatregelen (86,1%). De wijze waarop de evaluatie heeft plaatsgevonden is echter niet bekend: in de enquête is hier niet op ingegaan.

Tabel 3.8 Evaluatie maatregelen in 2001 (n= 208) en 2003 (n= 184)

Bron: SGBO-enquêtes onder gemeenten

Evaluatie maatregelen:	2001		2003	
	n	%	n	%
Ja, door de gemeente	32	15	16	8.7
Ja, door de AMW-instelling	11	5.1	10	5.4
Ja, door beide	137	64	120	65.2
Ja, door extern bureau	0	0	3	1.6
Nee	13	6.1	38	20.7
Totaal	193	100 <sup>1</sup>	184	101.6 <sup>1</sup>

<sup>1</sup> In 2001 konden gemeenten één antwoord geven op de vraag, in 2003 waren meerdere antwoorden mogelijk.

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

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

Gemeenten is een aantal uitspraken voorgelegd, die betrekking hebben op de situatie vóór en na de komst van de Tijdelijke Stimuleringsregeling. Het betreft de houding van gemeenten ten aanzien van het AMW en de Tijdelijke Stimuleringsregeling en zegt niet direct iets over de daadwerkelijke inzet van middelen. In tabel 3 van de bijlage 3 vindt u de resultaten over beide metingen.

Ten opzichte van 2001 constateren we geen opvallende verschuivingen in het antwoordenpatroon. Evenals in 2001 is in 2003 bijna driekwart van de gemeenten (73,3%) van mening dat de AMW-instelling een belangrijke schakel is in de eerstelijns GGZ (uitspraak 2). Ook driekwart van de gemeenten (76,2%) vindt dat het AMW al vóór de komst van de Tijdelijke stimuleringsregeling een belangrijke voorziening was (uitspraak 1). Veel gemeenten zijn het hier zelfs helemaal mee eens.

Een kleine helft (43,9%) stuurde de AMW-instelling vóór de invoering van de Tijdelijke Stimuleringsregeling al aan op belangrijke beleidsdoelen. Een kwart (23,4%) deed dit niet (uitspraak 3). In vergelijking met de vorige meting blijkt dat gemeenten in 2003 neutraler antwoorden. In 2001 stuurden iets meer gemeenten aan op belangrijke beleidsdoelen. Over de uitspraken 4 en 5 lopen de meningen uiteen. Volgens ruim eenderde van de gemeenten (39,1%) heeft de Tijdelijke Stimuleringsregeling niet geleid tot meer belangstelling voor de AMW-instelling. Bijna eenderde (32,2%) vindt juist van wel (uitspraak 4). Ook ruim eenderde van de gemeenten (38,4%) vindt dat er door de Tijdelijke Stimuleringsregeling niet meer belangstelling is gekomen voor de versterking van de eerstelijns GGZ. Een kwart van de gemeenten (22,5%) is van mening dat dat wel het geval is.

De laatste uitspraak is alleen in de laatste enquête aan gemeenten voorgelegd. De helft (50,2%) is van mening dat het AMW in hun gemeente een belangrijk instrument is om bepaalde doelen na te streven. Ruim eenderde (37,3%) is hier noch mee eens noch meeneens. Een klein aantal (12,4%) gemeenten ziet het AMW niet als dusdanig.

### *Intensivering beleid*

In 2003 heeft de Tijdelijke Stimuleringsregeling AMW in 44% van de gemeenten geleid tot intensivering van het gemeentelijk beleid op dit terrein. Dit is een kleine toename ten opzichte van 2001 (39,3%). Gemeenten lichten dit onder meer als volgt toe: Tijdelijke Stimuleringsregel gaf aanleiding tot uitbreiding budget/meer middelen, afsluiten budgetovereenkomst, maken budget-, produkt- of prestatieafspraken, uitbreiding formatie AMW, meer overleg met instellingen, samenwerking met huisartsen en GGZ en in netwerken en AMW hoger op de politieke agenda/meer bestuurlijke aandacht.

In de overige gemeenten (56%) heeft de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel **niet** geleid tot intensivering van het gemeentelijk AMW-beleid. Hiervoor worden uiteenlopende redenen naar voren gebracht: AMW altijd al als belangrijke voorziening beschouwd, gemeente sinds jaren intensief bezig op dit terrein, geen ambtelijke capaciteit om beleid te ontwikkelen en geen prioriteit.

In tabel 3.9 is aangeven op welke wijze de intensivering van het gemeentelijk beleid gestalte heeft gekregen.

Tabel 3.9 Wijze beleidsintensivering in 2001 en 2003

Bron: SGBO-enquêtes onder gemeenten

Beleidsintensivering door:	2001 (n=117)		2003 (n=93)	
	n	%	n	%
Uitbreiden ambtelijke capaciteit voor dit beleidsveld	7	6.0	10	10.8
Beleidsmatige aansturing AMW	66	56.4	44	47.3
Beleidsmatige aandacht voor geestelijke gezondheidsproblemen	30	25.6	24	25.8
Gemeente zoekt beleidsmatige samenwerking met andere partijen (AMW-instelling, huisartsen, ambulante GGZ, GGD, cliëntvertegenwoordigers, zorgkantoor)	43	36.8	36	38.7
Beschikbaar stellen extra budget uit eigen gemeentelijke middelen	60	51.3	50	53.8
Stimuleren samenwerking tussen AMW-instelling en andere partijen	64	54.7	57	61.3
Overig	16	13.7	5	5.4
<i>Totaal</i>	<i>286</i>	<i>244.4</i>	<i>226</i>	<i>243.0</i>

De stimuleringsregeling AMW heeft binnen gemeenten in 2003 conform de bedoeling vooral geleid tot het stimuleren van samenwerking tussen de AMW-instellingen en andere partijen (61,3%). Dit gebeurde relatief vaker dan in 2001. Evenals in 2001 heeft de stimuleringsregeling AMW ook vaak geleid tot het beschikbaar stellen van extra budget uit eigen gemeentelijke middelen (53,8%) en beleidsmatige aansturing van het AMW (47,3%). Dit laatste gebeurde in 2003 echter minder vaak, wat opmerkelijk is gezien het feit dat gemeenten wel meer beleidsdoelen voor de handhaving/uitbreiding van de AMW-capaciteit en de versterking van het functioneren van het AMW hebben geformuleerd. Verder is opvallend is dat de stimuleringsregeling in relatief weinig gemeenten leidde tot uitbreiding van de ambtelijke capaciteit voor dit beleidsveld (10,8%). Andere manieren waarop beleidsintensivering gestalte heeft gekregen (5,4%) zijn: participatie stuurgroep OGGZ, opzetten 1 loket voor zorg en welzijn en professionalisering AMW-instellingen door gezamenlijke financiering door 23 gemeenten.

In de tweede meting is een aantal extra vragen opgenomen over de bekendheid met het programma 'Versterking eerstelijns GGZ', over de inzet van de middelen na 2003 en de positionering van het AMW.

### *Informatie over doel en inhoud programma*

De meeste gemeenten (70,4%) zijn van mening dat zij goed zijn geïnformeerd over het doel en de inhoud van het programma. De overige gemeenten vinden van niet. Dit zijn vaker grote gemeenten met een inwonersaantal tussen de 100.000 en de 200.000. Zij maken hierover onder andere de volgende opmerkingen: onvoldoende gestructureerd, slechte continuïteit, niet eenduidig of duidelijk, te summier en te weinig beleids capaciteit om zich in de materie te verdiepen.

Eén op de vijf gemeenten (19,3%) heeft via samenwerkingspartners, zoals de huisarts, GGZ-instellingen en de eerstelijnspsycholoog iets gemerkt van het programma, onder meer over het Diaboloproject. In een aantal gemeenten heeft het geleid tot (plannen voor) convenanten, samenwerkingsprojecten, bijvoorbeeld een OGGZ-netwerk of congressen over de OGGZ.

### *Inzet extra middelen na 2003*

Gemeenten is tevens gevraagd of zij, mochten zij de norm van 1:6.000 inwoners aan het eind van 2003 niet halen, van plan zijn om vanaf 2004 middelen te blijven inzetten voor het AMW om de norm alsnog te halen. Ruim eenderde (38,6%) beantwoordt deze vraag bevestigend. Dit zijn relatief vaker kleine (tot 10.000 inwoners) en grote gemeenten (meer dan 100.000 inwoners).

Bijna de helft van de gemeenten (45%) is niet van plan om na 2003 middelen te blijven inzetten. Een zesde (16,4%) van de gemeenten geeft aan dat zij in 2003 al voldoen aan de norm.

Hierbij willen we opmerken dat uit de vraagstelling niet kon worden afgeleid of Rijks- of gemeentelijke middelen werden bedoeld. Onze indruk is dat de meeste gemeenten bij de beantwoording van deze vraag de gemeentelijke middelen voor ogen hebben gehad.

### *Welzijn of zorg*

Ruim de helft van de ondervraagde gemeenten (54,3%) is van mening dat het AMW vooral tussen de welzijns- en zorgsector in zit. Dit zijn vooral middelgrote gemeenten (20.000 - 50.000 en 50.000 - 100.000 inwoners). Een kwart (24,4%) ziet het AMW vooral als onderdeel van de zorgsector, terwijl één op vijf (18,8%) het AMW vooral als onderdeel van de welzijnssector ziet. Dit zijn veelal kleinere (10.000-20.000 inwoners) en grote (meer dan 100.000 inwoners) gemeenten.

Zes gemeenten (2,6%) zien de positie van het AMW anders. Eén van deze gemeenten merkt op dat ze de scheidslijn tussen gezondheidsbeleid en zorg discutabel vindt. Een andere gemeente vindt het onderscheid niet zo relevant.

### **Relatie met overig beleid**

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

### *Gevoerd beleid*

In vergelijking met de eerste meting valt vooral op dat het aantal gemeenten dat beleid voert op het gebied van de OGZ en de OGGZ is toegenomen. In 2003 voert



respectievelijk 90,8% en 49% van de onderzochte gemeenten beleid op deze beleidsterreinen. In vrijwel elke gemeente (93,3%) wordt ouderen- en gehandicaptenbeleid gevoerd. Evenals in 2001 is vaak aandacht voor jeugdbeleid (97,1%), lokaal sociaal beleid (62,8%) en armoedeproblematiek (68,2%). Overige beleid dat gemeenten noemen betreft bijvoorbeeld vrijwilligersbeleid en informatiebeleid ten behoeve van achterstandsgroepen.

#### *Verband AMW-beleid met overige beleidsterreinen*

In het beleid dat gemeenten expliciet in verband brengen met het AMW zien we eenzelfde beeld (tabel 4 van bijlage 3). De aandacht voor OGZ en OGGZ is toegenomen sinds 2001 (51% en 36,3%). Verder scoren het jeugdbeleid (57,4%) en ouderen- en gehandicaptenbeleid hoog (40,7%). Overige terreinen (7,4%) die gemeenten noemen zijn onder meer: arbeidsmarktbeleid / reïntegratiebeleid, sociale activering, onderwijs(achterstanden)beleid en jeugdzorg.

Verder blijkt dat gemeenten die aangeven dat zij het AMW-beleid expliciet in verband brengen met het O(G)GZ-beleid over het algemeen subsidie inzetten ten behoeve van alle gevraagde beleidsdoelen voor handhaving of uitbreiding van de capaciteit hanteren. Voor de beleidsdoelen voor de versterking van het functioneren van het AMW is deze relatie niet zo duidelijk.

Het lijkt er op dat veel gemeenten de extra AMW-capaciteit inzetten voor de GGZ-problematiek zoals in tabel 1 van bijlage 3 is opgenomen én dat ze een relatie leggen met beleidsterreinen waarvoor de laatste jaren veel aandacht is gevraagd van de lokale overheid via ondersteunings- en versterkingsprogramma's van het rijk zoals voor het preventieve jeugdbeleid, ouderen- en gehandicaptenbeleid, de maatschappelijke opvang en de openbare geestelijke gezondheidszorg.

### **3.2.3 Inzet Stimuleringsregeling op instellingsniveau**

In 2001 gaf 90% van de in totaal 126 AMW-instellingen aan dat extra geld vanuit de Stimuleringsregeling AMW is toegezegd. In 2003 geeft 93% van de instellingen (84 van de 90) aan dat zij extra financiering vanuit de regeling (gaan) ontvangen. Als redenen waarom geen stimuleringsgeld is toegezegd wordt bijvoorbeeld genoemd dat de gemeente geen aanvraag heeft gedaan, geen eigen middelen beschikbaar heeft of al eerder had geïnvesteerd om op de norm te komen. Gegevens over de toename in capaciteit bij de AMW-instellingen zijn opgenomen in hoofdstuk 4.

### 3.3 Consultatieregeling

*Bron: Tussenrapportage 'Monitoring consultatieve projecten 2003', Rapportage 'GGZ-consultaties aan de eerstelijns zorg 2000-2003', Zantinge & Verhaak.*

Binnen het beleidsprogramma van VWS ter versterking van de eerstelijns GGZ is de consultatieregeling één van de maatregelen die al vroeg in een ver gevorderd stadium van feitelijke uitwerking was (Meijer et al., 2002). Sinds 1999 wordt jaarlijks geld beschikbaar gesteld door het Ministerie van VWS om consultatie-initiatieven in de vorm van projecten te subsidiëren. De consultatiegelden worden op basis van inwonersaantallen verdeeld over de 31 zorgregio's waarin de zorgverzekeraars Nederland hebben opgesplitst. In 1999 was 2,72 miljoen euro beschikbaar voor consultatieprojecten; van 2000 tot en met 2005 is jaarlijks 5,45 miljoen euro uitgetrokken voor tweedelijns consultatie aan de eerstelijns. 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 consultaties).

Vanaf 2001 is er een stabiele situatie ontstaan rond de met consultatiegelden gefinancierde projecten. De consultatieprojecten zetten hun activiteiten grotendeels voort en slechts enkele nieuwe initiatieven gingen van start. In alle regio's waren consultatieprojecten gaande. Omdat de hoogte van de consultatiegelden vanaf 2001 gelijk was gebleven en in de meeste regio's de gelden al volledig waren ingezet, was er weinig ruimte voor extra projecten. In 2001 telden we 112 consultatieprojecten die gebruik maken van de Consultatieregeling; in 2002 zijn dat er 123. In 2003 lijkt de situatie wat meer in ontwikkeling. Een aantal projecten wordt wel voortgezet maar worden voortaan vanuit de reguliere middelen bekostigd. In sommige gevallen zijn daar nieuwe projecten, bekostigd vanuit de consultatieregeling voor in de plaats gekomen. In het algemeen heeft het er de schijn van de verschillende financieringsbronnen voor consultatieve projecten steeds meer door elkaar heen gaan lopen. In meer dan de helft van de zorgkantoor regio's werd meer geld aan consultatieve projecten toegekend dan er beschikbaar was, hetgeen er op wijst dat de projecten ook met andere middelen worden bekostigd. De analyse van de financiering van de projecten wees in dezelfde richting.

Per saldo is het aantal consultatieve projecten in de registratie van het Steunpunt tussen de Lijnen behoorlijk afgenomen tot 93 projecten. Deels omdat projecten uit de consultatieregeling gehaald werden, en dus niet meer geregistreerd hoefden te worden, maar daarnaast zijn er dit jaar voor het eerst meer eerder geregistreerde projecten afgevoerd, dan dat er nieuwe projecten bijkwamen. Ook hierbij kan het het geval zijn dat nieuwe projecten niet meer binnen het vizier van het Steunpunt tussen de Lijnen kwamen omdat ze uit reguliere middelen of bijvoorbeeld als Diabolo-project zijn opgezet. Per project stelt men in 2003 gemiddeld 1,3 fte beschikbaar vanuit de tweedelijns. De SPV wordt het meest ingezet, gemiddeld voor 0,83 fte, de psychiater en psycholoog/therapeut resp. voor 0,21 en 0,18 fte. Dit is vergelijkbaar met de situatie in 2002, toen gemiddeld 1,2 fte beschikbaar werd gesteld.

Met betrekking tot de aangeboden activiteiten constateren we vanaf 2000 een continue stijging van de proportie projecten waarin ook bijscholing wordt aangeboden. Dit was in 2000 bij 52% van alle projecten het geval en in 2003 bij 69%.

Het bereik van de consultatieprojecten is in 2003 ten opzichte van 2002 wat toegenomen. In 2002 werden gemiddeld per project 31 huisartsen, 9 AMW-ers, 3 eerstelijnspsycholoog en 2 andere consultatievragers bereikt, in 2003 waren dit 35 huisartsen, 12 AMW-ers, 4 eerstelijnspsychologen en 1 andere consultatievragers.

Sinds begin 2000 registreren consultatiegevers na elk eerste contact met een cliënt een aantal gegevens over de consultatie. Vanaf het voorjaar 2003 worden ook de vervolcontacten met een cliënt vastgelegd. Uit de resultaten van 2000 tot 2003 blijkt dat de huisarts veruit de meeste consultaties vraagt, 89% van de consultaties in 2003, terwijl het AMW en de eerstelijnspsycholoog door de tijd heen respectievelijk bij ongeveer 6% en 2% van de consultaties betrokken zijn. Het aantal consultaties met huisartsen neemt in de loop der tijd nog toe, terwijl de betrokkenheid van het AMW en de eerstelijnspsycholoog uiteindelijk even groot blijft.

De SPV is de meest voorkomende consultatiegever met driekwart van de consultaties in 2003, en dit wordt in de loop der tijd alleen maar meer. De psychiater daarentegen is steeds minder betrokken bij de consultaties; in 2003 geeft hij nog maar 5% van alle eerste consultaties, terwijl de SPV een meer prominente rol krijgt toebedeeld.

De setting van de consultatie is in 2003 in bijna driekwart van de consultaties een gesprek tussen consultatiegever en cliënt; in de loop der tijd wordt deze vorm steeds vaker gebruikt. Telefonische consultatie komt steeds minder vaak voor, evenals gesprekken tussen consultatiegever en -vrager. Cliënten waarover consultatie wordt gevraagd zijn in de loop der tijd in ongeveer 63% van de consultaties vrouwen. In de meeste gevallen betreft het volwassenen: in de loop der tijd zien we steeds minder consultaties over kinderen onder de 18 of 65-plussers.

De meest voorkomende reden om consultatie te vragen is onduidelijkheid over de diagnose (43% van de consultaties in 2003), gevolgd door verwijzingsadviezen (30% in 2003). Onduidelijkheid over de diagnose komt in de loop der tijd duidelijk vaker voor, terwijl verwijzingsadviezen en adviezen omtrent de omgang met de cliënt door de tijd iets minder vaak voorkomen.

De meest voorkomende hoofdklachten van de cliënt waarover consultatie wordt gevraagd zijn stemmingsstoornissen en psychosociale problematiek (respectievelijk 26% en 24% van de consultaties). Deze problemen zijn in bijna de helft van de consultaties nieuwe problemen. Door de tijd heen zien we een verandering bij psychiatrische problemen van cliënten: hierover wordt steeds minder geconsulteerd. Steeds vaker betreffen de problemen van de cliënt nieuwe problemen in plaats van bestaande problemen.

De uiteindelijke adviezen hebben door de jaren heen het meest betrekking op verwijzingen (34% in 2003). We zien een kleine afname van de medicatieadviezen en adviezen rondom GGZ-diagnostiek.

Na afloop van de eerste consultatie volgt in 2003 bij meer dan eenderde van de consultaties een vervolconsultatie. Gemiddeld heeft een cliënt dan 3,6 vervolcontacten met de consultatiegever. In 27% van de consultaties wordt de behandeling voortgezet door de consultatievrager en in 25% van de consultaties volgt een verwijzing naar de specialistische GGZ. Door de tijd heen zien we een duidelijke toename van het aantal eerste contacten met een tweede consultatie als gevolg. Ook neemt het aantal

verwijzingen binnen de eerstelijns na een eerste consultatief contact iets toe. Vervolgconsultaties komen in 97% van de projecten in meer of mindere mate voor. Na de laatste vervolconsultatie gaat de cliënt in 58% van de gevallen terug naar de consultatievrager. Een verwijzing naar de tweedelijns volgt in een kwart van de gevallen, een verwijzing binnen de eerstelijns na 9% van de laatste vervolcontacten. De meest voorkomende consultatievariant is een gesprek tussen consultatiegever (meestal de SPV) en cliënt, zonder dat de consultatievrager (meestal de huisarts) daarbij aanwezig is. Na afloop van een eerste gesprek met de SPV krijgt de cliënt vaak één of meerdere vervolconsultaties; in de praktijk gaat het hierbij om kortdurende behandeling.

### **3.4 Samenwerkingsconvenant**

#### **3.4.1 Inleiding**

Het samenwerkingsconvenant is een overeenkomst tussen de koepelorganisaties van de drie eerstelijns-GGZ beroepsgroepen: LHV (huisartsen), LVE (eerstelijnspsychologen) en MO-Groep (AMW). Dit convenant is in juni 1999 ondertekend en heeft tot doel een gezamenlijke visie op de eerstelijns GGZ te bereiken, en een betere samenwerking en afstemming tussen eerstelijnsdisciplines en de gespecialiseerde GGZ. Deze visie is verwoord in de nota 'De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief (2000)'. Voor de uitwerking van het samenwerkingsconvenant is voor elk van de drie betrokken partijen jaarlijks 473.780 euro beschikbaar gesteld voor de periode 2001-2004. Het grootste deel daarvan (80%) zetten de partijen in voor een kwaliteitsprogramma eerstelijns GGZ gericht op de eigen discipline. Doel daarvan is het bevorderen van de kwaliteit van de dienst en zorgverlening. Daarnaast zijn de partijen overeengekomen om ieder 20% van het totale budget in te zetten voor een gezamenlijk programma ten behoeve van de samenwerking op regionaal en lokaal niveau. Dit gebeurt via het project Korte Lijnen, welke in paragraaf 3.4.5. beschreven is. Daarnaast is nog een eenmalig bedrag van 5.445.363 beschikbaar gesteld voor ondersteuning van huisartsen.

In deze paragraaf worden zowel de resultaten van de kwaliteitsprogramma's van de drie eerstelijns partijen als van het gezamenlijk project 'Korte Lijnen' besproken. Daarbij wordt gebruik gemaakt van jaarverslagen, voortgangsverslagen en tussenrapportages van de eerstelijns disciplines aan de Stuurgroep tussen de Lijnen. De nadruk ligt op de resultaten van het afgelopen jaar. Informatie over activiteiten in eerdere jaren worden kort genoemd, maar zijn uitgebreider opgenomen in onze eerste en tweede interim-rapportage (zie Meijer et al., 2002, 2003). Naast de eigen kwaliteitsprogramma's van de eerstelijns disciplines wordt gewerkt aan het opzetten van een gezamenlijke GGZ-conferentie in 2004, getiteld 'Van Inspiratie naar consolidatie: Versterking van de geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn', waarin onder andere de resultaten van de kwaliteitsprojecten worden gepresenteerd.

### 3.4.2 *Uitwerking samenwerkingsconvenant huisartsen*

*Bron: LHV (2001); LHV/NHG-projectgroep GGZ (2003); LHV, VOG, LVE, Korte Lijnen (verslag t.b.v. Stuurgroep 07-01-2003 en 10-03-2004)*

Het budget waarover de LHV beschikt via het samenwerkingsconvenant en de VWS subsidie voor de ondersteuning van huisartsen wordt besteed aan het kwaliteitsbeleid GGZ huisartsen. De activiteiten 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**

Doel van dit thema was om zoveel mogelijk huisartsdistricten betrokken te krijgen bij het inventariseren van knelpunten en behoeften van huisartsen aan ondersteuning, het opstellen en toetsen van plannen, en het afsluiten van contracten met de LHV over de uitvoering van de plannen. Deze inventarisatie is uitgevoerd in opdracht van de LHV door de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK), die verbonden is aan de Universiteit Nijmegen. Hiertoe is in samenwerking met het NIVEL een enquête ontwikkeld die bij een grote steekproef van huisartsen afgenomen wordt. Op basis van de uitkomsten van deze inventarisatie zijn de districten benaderd met een ondersteuningsaanbod op maat. Deze interventies worden geëvalueerd. 22 van de 23 districten hebben plannen ingediend 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.

In 2003 is er gewerkt aan het in kaart brengen van de GGZ-functies en -taken van de huisarts. Daarbij is aansluiting gezocht bij de werkgroep die vanuit Toekomstvisie het gehele takenpakket van de huisarts onder de loep neemt. Eén en ander zou in de toekomst wellicht kunnen leiden tot het formuleren van een zogeheten GGZ-module, dat wil zeggen een overzicht van GGZ-taken die buiten het basistakenpakket vallen en wellicht extra gefinancierd dienen te worden (conform de ideeën van de commissie Tabaksblat).

Er zijn nieuwe projectdoelen geformuleerd voor de consolidatiefase voor de periode na 2004 en er is een subsidieaanvraag voor 2005 ingediend bij VWS.

De LHV heeft zich ingezet voor overleg in Stuurgroep en Drie Partijen Overleg. De LHV heeft deelgenomen aan de stuurgroep 'Arbeid als speerpunt in de GGZ'. In deze werkgroep tracht de LHV de samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen in het genoemde project te bevorderen. De LHV streeft er hierbij naar de integrale aanpak van arbeidsgerelateerde problematiek en generalistische gezondheidsproblemen te integreren en acht de rol van de huisarts hierbij van het grootste belang.

#### **b) Ontwikkelen en implementeren van kwaliteitsbevordering**

Een eerste concretisering van het kwaliteitsbeleid GGZ was de ontwikkeling van een kaderopleiding GGZ, waarbinnen per district een of twee huisartsen worden opgeleid om de deskundigheidsbevordering op het gebied van GGZ binnen dat district te stimuleren en mede uit te voeren. Deze kaderopleiding is in september 2002 gestart met 19 deelnemers. De kaderopleiding-GGZ liep in 2003 nog door. Met een financiële regeling werd bereikt

dat 14 kaderleden nu worden ingezet in de districten (stages en activiteiten). Het beoogde, tweeledig effect is:

- een extra impuls aan kwaliteitsbevorderende activiteiten in de districten;
- betere implementatie en aanzet tot consolidatie van de kaderopleiding GGZ.

In de tweede plaats zijn de middelen die voor het kwaliteitsbeleid GGZ zijn toegekend ingezet om nieuw kwaliteits- en nascholingsmateriaal te ontwikkelen. Het NHG rondde in 2003 de toegezegde nieuwe en geactualiseerde richtlijnen en implementatiematerialen af, waaronder de richtlijnen voor Depressie en Angststoornissen. Eind 2003 was ook de NHG-Praktijkhandleiding GGZ (inmiddels omgedoopt in PraktijkWijzer GGZ) vrijwel gereed. In 2003 is een inventarisatie verricht naar bestaand nascholingsmateriaal binnen de districten en van derden.

Daarnaast werd voor alle GGZ-beleidsmedewerkers uit de districten een driedaagse cursus en vaardigheidstraining georganiseerd. Daarin werden twee speerpunten onderscheiden:

- Theoretische onderbouwing van diverse ontwikkelingen in de GGZ
- Theoretische en praktische onderbouwing van implementatieprocessen binnen het GGZ-domein

In 2003 boden LHV en NHG middels persoonlijke bezoeken aan districten ondersteuning bij de implementatie van de districtswerkplannen, vaststellen van resultaten, bekrachtigen van veranderingen, afspraken maken over continuïteit in beleid, samenwerking, ondersteuning en kwaliteitsbewaking. Tevens werd dit jaar gestart met de fase van consolideren: resultaten vaststellen, veranderingen bekrachtigen, afspraken maken over continuïteit in samenwerking, ondersteuning en kwaliteitsbewaking. Een fase die door zal lopen tot eind 2004.

### **c) Evaluatie**

De onderzoekstrajecten van de WOK (zie beleidsvorming) 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. In 2001 is een zogenoemde nulmeting uitgevoerd door de WOK in samenwerking met het NIVEL. In 2003 is een na- (feitelijk tussen-) meting uitgevoerd door het NIVEL (in samenwerking met de WOK).
- 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 (HISsen) bij LINH-praktijken over het feitelijk handelen van huisartsen bij patiënten met psychische en/of psychosociale aandoeningen. Resultaten worden in 2004 verwacht.
- Module 3 is de evaluatie van de effectiviteit van de implementatie van Kaderopleiding GGZ. Er zijn focusgroepinterviews gehouden met vertegenwoordigers van de districten, huisartsen en deelnemers aan de kaderopleiding.
- Module 4 is een evaluatie van potentieel effectieve implementatiestrategieën. Deze deelstudie loopt en bestaat uit drie onderdelen: een literatuurstudie, een knelpuntenstudie en een experimentele/interventiestudie.

- Module 5 gaat over de verwachtingen van de patiënt.  
Eind december 2002 is 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. Resultaten worden medio 2004 verwacht.

In december 2003 is er een subsidieaanvraag voor 2005 ingediend bij VWS, waarin is aangegeven dat een definitieve eindevaluatie alsnog dient plaats te vinden in 2005, om de effecten van de activiteiten van het project te kunnen vaststellen.

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 een deel van de onderbesteding hieraan toe te kennen. In 2003 is in het District Groot Gelre een pilot 'Sociale Kaart' opgezet en (deels) uitgevoerd. Het gebruik, gebruikersgemak en de tevredenheid met de sociale kaart wordt door de WOK middels schriftelijke vragenlijsten en telefonische interviews geëvalueerd (module 6).

### 3.4.3 *Uitwerking samenwerkingsconvenant MO-groep (AMW)*

*Bron: LHV, VOG, LVE, Korte Lijnen, (2003,2004)*

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.

#### **a) Deskundigheidsbevordering**

Het doel van dit deelproject is tweeledig:

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

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

- Ontwikkeling en aanbieden van een basiscursus psychiatrie / psychopathologie. In 2002 hebben 8 AMW-organisaties deze cursus afgenomen en in 2003 hebben 128 maatschappelijk werkers (8 teams) deelgenomen aan deze basiscursus.
- Ontwikkeling en aanbieden van een cursus rapporteren. In 2002 kwam deze cursus beschikbaar; in 2003 hebben 36 maatschappelijk werkers (4 teams) deelgenomen aan deze cursus.
- Ontwikkeling en aanbieding van een cursus multidisciplinair samenwerken in de GGZ. Deze cursus wordt ontwikkeld door STOEL, het opleidingsinstituut voor gezondheidscentra. Diaboloproject en het project AMW, partner in de eerstelijns GGZ zijn gezamenlijk opdrachtgever. De cursus is in 2003 overgedragen aan de LVG. De LVG is verantwoordelijk voor de implementatie van de cursus. Een

klankbordgroep van de partners is de eerstelijns GGZ blijft actief ten behoeve van de LVG.

- In 2003 is opdracht gegeven aan het NIZW om vier regionale en twee landelijke scholingsbijeenkomsten te organiseren. Centraal thema is de samenwerking in de eerstelijns GGZ. Daarbij worden de in Korte Lijnen en in het Diaboloproject ontwikkelde instrumenten ingezet. Doel is de organisaties te scholen in aspecten van samenwerking met eerstelijnspartners.

In tabel 3.10 is opgenomen welke onderwerpen aan bod zijn gekomen in bij- en nascholing van uitvoerend maatschappelijk werkers in 2000 en in 2002. Het zijn de resultaten van de landelijke enquêtes die in 2001 en in 2003 onder instellingen voor AMW zijn gehouden. In tabel 3.10 is te zien dat meer dan de helft van de AMW-instellingen hebben deelgenomen aan een cursus ‘psychopathologie/psychiatrie’, en de cursussen ‘rapporteren’ en ‘multidisciplinair samenwerken’ zijn bij resp. 14% en 16% van de instellingen onderwerp van deskundigheidsbevordering was. Deze aantallen zijn nog hoger dan op grond van de nieuw ontwikkelde cursussen te verwachten was; wellicht zijn er ook andere bestaande cursussen gevolgd. Cursussen op het gebied van financiële problematiek zijn in 2002 bij minder instellingen aan bod gekomen dan in 2000.

Tabel 3.10 Percentage AMW-instellingen waarbij verschillende onderwerpen aan bod zijn gekomen in bij- en nascholing van uitvoerend maatschappelijk werkers in 2000 (n=91) en 2002 (n=90)

Bron: NIVEL-enquêtes onder AMW-instellingen

Onderwerp	% instellingen 2000	% instellingen 2002
Arbeidsgerelateerde problematiek	24	23
Leeftijd-specifieke hulpverlening	46	38
Sekse-specifieke hulpverlening	46	38
Asielzoekers/vluchtelingenproblematiek	36	39
Allochtonen (cultuurverschillen)	29	27
Slachtoffers misbruik of geweld	42	54
Financiële problematiek	62	40 <sup>**</sup>
Psychopathologie/psychiatrie <sup>a</sup>	-	57
Rapporteren <sup>a</sup>	-	14
Multidisciplinair samenwerken <sup>a</sup>	-	16
Andere onderwerpen	48	54

<sup>a</sup> De onderwerpen ‘psychopathologie/psychiatrie’, ‘rapporteren’ en ‘multidisciplinair samenwerken’ zijn alleen in 2003 bevraagd.

<sup>\*\*</sup> p<0,01

### b) Kennissysteem AMW (Deelproject casusconsult)

Na een besluit tot wijziging van de aanpak in 2002 zijn in 2003 twee pilots gestart waarbij onderzocht wordt op welke wijze ICT kennisdelen in organisaties en tussen ketenpartners kan ondersteunen. Doel is om producten te ontwikkelen voor AMW instellingen die met behulp van ICT hun kennis- en leerprocessen willen verbeteren. Samen met twee AMW-pilotinstellingen worden die producten projectmatig ontwikkeld



in het verlengde van bestaande ontwikkelingen binnen de instellingen. Er is een projectgroep ingesteld zodat ook de ervaringen tussen de pilots periodiek gedeeld worden. Kenmerken van de producten (handreikingen, gestructureerde methodiek) zijn dat 1) de pilotinstellingen hun verbeterprocessen kunnen voorzetten en dat 2) de 'lessons learned' bruikbaar zijn voor andere AMW-instellingen. De producten moeten dus overdraagbaar zijn, bij voorkeur met verwijzingen naar de ervaringen en resultaten in de pilotinstellingen.

Per instelling begeleidt een adviseur de pilotmanager met het voorbereiden van een werkgroep maatschappelijk werkers die, gestuurd door de pilot (kennis) manager, belast wordt met de uitvoering van het pilotwerkplan, daarbij ondersteund door de projectadviseur. De werkgroepen ontwikkelen en testen projectmatig een methodiek: een gestructureerde analyse/ontwikkel methode met behulp van kennismanagement en ICT. Dit gebeurt in twee fasen: de eerste fase duurt tot maart 2004 en is gericht op het met de (concept) methodiek verduidelijken van de sterke en verbeterpunten zoals geformuleerd in het pilotwerkplan. In de tweede fase die duurt tot juni 2004 worden met de (concept) methodiek oplossingsrichtlijnen gezocht en geformuleerd.

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

De doelen van dit project zijn om:

- In kaart te brengen hoever AMW-organisaties gevorderd zijn met het ontwikkelen en invoeren van een kwaliteitssysteem.
- Draagvlak te creëren bij de AMW-organisaties voor de verdere invoering van kwaliteitsbeleid.
- Voorwaarden te creëren om kennis te bevorderen binnen AMW-organisaties, zodat een kwaliteitssysteem kan worden ingevoerd.
- Op maat ondersteunen en faciliteren bij de verdere ontwikkeling en invoering van een kwaliteitssysteem.
- Instrumenten en methoden ontwikkelen voor een verantwoord en toetsbaar kwaliteitssysteem.
- Bevorderen van de ontwikkeling van kwaliteit van het zorgaanbod in de eerstelijns GGZ
- Inzicht te verwerven in de stand van zaken met betrekking tot de invoering van een kwaliteitssysteem bij AMW organisaties.

In 2001 is een inventarisatie van de actuele stand van zaken m.b.t. de implementatie van kwaliteitszorg AMW afgerond, met als resultaat het rapport 'Kwaliteitszorg in het Algemeen Maatschappelijk Werk: de stand van zaken in 2001'(NIVEL/VOG, maart 2001).

Voor de ontwikkeling van een certificeringschema is een werkgroep ingesteld bij de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ). In september 2002 is het HKZ-schema beschikbaar gekomen voor het AMW. In totaal zijn in 2002 en 2003 4 organisaties gecertificeerd.

Het voorbereidende traject voor ondersteuning van de implementatie van de normen heeft er toe geleid dat in alle 10 de regio's kwaliteitskringen zijn gestart. Kwaliteitskringen worden gebruikt om de implementatie van kwaliteitsbeleid te ondersteunen, en bestaan

uit afgevaardigden van AMW-organisaties die in hun eigen organisatie belast zijn met het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid. In totaal nemen 105 organisaties van de 154 AMW organisaties die zijn aangesloten bij de MO-Groep actief deel aan de kwaliteitskringen.

Daarnaast zijn in het kader van dit deelproject in 2003 twee studiemiddagen georganiseerd, waar 80 personen aan deelnamen. Ook namen 160 personen deel aan een kwaliteitsconferentie. In 2003 is een digitaal instrument ontwikkeld waarmee organisaties een kwaliteitshandboek kunnen ontwikkelen.

#### **3.4.4 *Uitwerking samenwerkingsconvenant eerstelijnspsychologen***

*Bron: LVE (2003), LHV, VOG, LVE, Korte Lijnen, (2003,2004)*

De activiteiten van de LVE met betrekking tot het kwaliteitsproject hebben zich gericht op: a) communicatie en ICT, b) kwaliteitsnetwerk, c) deskundigheidsbevordering en d) evaluatie van het kwaliteitsprogramma.

##### **a) Communicatie en ICT**

De LVE brengt sinds 1 januari 2001 per kwartaal een nieuwsbrief uit. Veel aandacht is besteed aan informatie over het certificeringsproces, de gang van zaken, het nieuwe HKZ-schema en ook de ervaringen van een aantal psychologenpraktijken met de implementatie van een kwaliteitssysteem.

Daarnaast is gewerkt aan de realisatie van een nieuwe LVE-website ([www.lve.nl](http://www.lve.nl)). Wat betreft het hoofdstuk 'kwaliteit' is de LVE-website in 2003 ge-update en uitgebreid met het voorbeeld handboek kwaliteit, veel kwaliteitsdocumenten, informatie en instructie ter ondersteuning van de implementatie van een kwaliteitssysteem.

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). De werkgroep ICT heeft de nodige aanpassingen doorgevoerd aan het LVE-Codeboek, waarin de jaargegevens per praktijk worden geregistreerd. Met behulp van de ROEP-jaargegevens die middels het Codeboek zijn aangeleverd is een landelijke jaarrapportage gegenereerd. Verder is aandacht besteed aan de uitwisseling van berichten met de huisartsen en het algemeen maatschappelijk werk. Er is een start gemaakt met het ontwikkelen van een Referentie Informatie Model (RIM).

##### **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 heeft als doel het bevorderen van de kwaliteit en het bieden van ondersteuning bij de invoering van een kwaliteitssysteem in de sector. Hulpmiddelen zijn ontwikkeld, aansluitend bij het kwaliteitshandboek, om de invoering van de LVE-normen te vergemakkelijken. Veel aandacht is besteed aan de communicatie hierover, zowel door het geven van presentaties op ROEP-vergaderingen, publicaties in de Nieuwsbrief en op de website.

Het jaar 2003 heeft in het teken gestaan van het ontwikkelen van een HKZ-certificeringsschema voor de eerstelijnspsychologen. Dit schema is in concept afgerond. Daarnaast is veel aandacht besteed aan het informeren en motiveren van de leden voor het werken aan kwaliteit. Een communicatieplan is opgesteld en ten dele uitgevoerd om certificering onder de aandacht te brengen van de eigen leden, maar ook van externe partijen als overheid, zorgverzekeraars en andere beroepsgroepen.

In het najaar van 2003 is door een certificeringsbureau (BMLc) een nulmeting uitgevoerd bij 10 psychologenpraktijken. Doelstelling was enerzijds het toetsen van het concept HKZ-schema wat betreft het primaire proces. Anderzijds moest het feedbackmateriaal opleveren voor de afzonderlijke praktijken en adviezen opleveren voor de LVE bij de voortgang van het kwaliteitsbeleid. De rapportage is besproken en de uitvoering van de adviezen is in gang gezet.

Drie regionale symposia voor eerstelijnspsychologen zijn in voorbereiding en worden in maart uitgevoerd. Kwaliteit en certificering zijn belangrijke thema's op de symposia, naast enkele actuele inhoudelijke onderwerpen.

Het LVE-bureau heeft een helpdeskfunctie vervuld voor vele vragen over o.a. de interpretatie en implementatie van de kwaliteitsnormen, certificering, registratie en herregistratie en juridische zaken.

Er is een klachtenregeling voor de LVE ontwikkeld die een aanvulling moet zijn op de BIG-tuchtrechtregeling en past binnen de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector.

De werkgroep kwaliteit heeft zich beziggehouden met de implementatie van het staande beleid en hiertoe materiaal ontwikkeld dat via de website aan de leden wordt aangeboden. Ook zijn de grote lijnen uitgezet voor het vervolg kwaliteitsbeleid, waarvoor subsidie bij VWS is aangevraagd.

### **c) Deskundigheidsbevordering**

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. Een nieuwe werkgroep deskundigheidsbevordering is geformeerd die tot taak heeft om de aanbevelingen uit het Rapport Nascholing uit te voeren. Het ELP-profiel is verder uitgewerkt en aangescherpt, inclusief een passend pakket aan nascholings thema's, dat de lacunes in de GZ-opleiding moet afdekken. Er is een start gemaakt met het ontwikkelen van een eigen ELP-opleiding, waartoe de contacten met de universiteiten en het RINO zijn gelegd.

Een systeem voor de herregistratie van de eerstelijnspsycholoog is in concept gereed. Het standaardiseren van intervisie en het opzetten van intercollegiale toetsing zijn in voorbereiding, evenals de ontwikkeling van een richtlijn voor de werkwijze (intake en indicatiestelling) van de ELP.

De LVE organiseert jaarlijks themagerichte cursussen voor de achterban. In 2003 is een themacursus 'Diagnostiek in de eerstelijns' georganiseerd. In 2004 wordt een themacursus georganiseerd over de toepassing van DSM IV in de eerste lijn. Daarnaast worden cursussen georganiseerd over het HKZ-certificeringsschema en over het uitvoeren van interne audits.

### **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. Deze evaluatie van Bartels heeft onder andere geleid tot de volgende maatregelen en plannen: De opzet van de kwaliteitsorganisatie is gewijzigd: het regionale netwerk van kwaliteitsfunctionarissen is opgeheven en vervangen door een landelijke werkgroep die zich bezighoudt met het ontwikkelen en monitoren van het kwaliteitsbeleid; de landelijke regie van het programma is strakker aangetrokken; de ondersteuning van de regio's wordt geïntensiveerd middels o.a. het opzetten van een helpdesk, de organisatie van regionale workshops, het ter beschikking stellen van kwaliteitsmateriaal en verbetering van de website. Om dit programma te kunnen uitvoeren is het bureau uitgebreid met een beleidsmedewerker kwaliteit en deskundigheidsbevordering.

### **3.4.5 Korte Lijnen**

*Bron: LHV, VOG, LVE, Korte Lijnen (2003,2004)*

De drie kernpartijen (MO-groep, LVE, LHV) besteden ieder 20% van hun budget van het samenwerkingsconvenant aan het project Korte Lijnen. Dit project heeft tot doel het verbeteren van de samenwerking binnen de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg: de huisarts, AMW en ELP. 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.
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 en loopt van begin 2001 tot eind 2004.

#### **Stand van zaken m.b.t. fase 1**

Medio 2003 werd de eerste fase van het project afgesloten. In de eerste fase van Korte Lijnen is in vier proefregio's (Haarlem, Delft, Den Bosch en Midden-Limburg) gewerkt aan een set instrumenten voor duurzame samenwerking en een invoeringsplan hiervoor. Binnen de vier regio's is de samenwerking op gang gekomen en wordt met aanvullende financiering gewerkt aan de verdere verspreiding en borging van de bereikte resultaten binnen de regio's.

Producten van fase 1:

- Werkboek 'Hoe korter de lijnen, hoe beter de samenwerking' met werkwijzen en voorbeelden.
- Samenwerkingsprotocollen met internettoepassing, een format om samenwerkingsafspraken te kunnen vastleggen. Ook bevat het formulieren voor informatieoverdracht bij verwijzen, gezamenlijke cliëntbespreking en rapportage.

- Brochure ‘Wie doet wat’ met een beschrijving van de eerstelijns GGZ-taken / werkgebied van drie eerstelijns disciplines en SPV-en (ten behoeve van liaisonfunctie): wat hebben ze te bieden voor wie?
- Website Korte Lijnen, met informatie over het project en over de producten (www.nizw.nl/kortelijnen). Via de site kan men ook zelf samenwerkingsprotocollen en formulieren maken.

### **Stand van zaken m.b.t. fase 2**

Belangrijkste doelen van deze fase:

- In minimaal 5 nieuwe regio’s met behulp van de ontwikkelde producten de samenwerking tussen huisartsen, AMW en ELP concretiseren. De nieuwe regio’s zijn in 2003 gestart: Groningen, Kop van Noord-Holland, Enschede, Oostelijk Zuid-Limburg en Eindhoven.
- Zoveel mogelijk (minimaal 8) kleinere initiatieven (praktijk, wijk of dorp) steunen in het opzetten van lokale samenwerking in de eerstelijns GGZ.
- Een plan van aanpak uitwerken voor de wijze waarop producten en resultaten van het project Korte Lijnen structureel worden ingebed na afloop van het project. Eén en ander zo goed mogelijk geïntegreerd met het Diaboloproject en de Consultatieprojecten.

Korte Lijnen loopt tot eind 2004. De opdrachtgevers hebben voor 2005 verlenging aangevraagd bij het ministerie van VWS.

### **3.5 Onderzoek ‘Verruiming financiële toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen’**

*Bron: IJland CM & Drouven LE (2002), Eerstelijns Psychologie 04/2003.*

Het ministerie van VWS heeft met ingang van 2000 een eenmalig bedrag van 907.560 euro beschikbaar gesteld om te onderzoeken of het wenselijk is de functie van eerstelijnspsycholoog onder de werking van de Ziekenfondswet te brengen. Dit onderzoek vond plaats in de vorm van het project: ‘Verruiming financiële toegankelijkheid eerstelijnspsychologen’. De uitvoering is gebeurd door het adviesbureau Hoeksma, Homans & Menting (HHM). Het onderzoek leidde tot aanbevelingen over de wijze waarop financiering van het zorgaanbod van eerstelijnspsychologen het best kan worden vormgegeven, en de budgettaire gevolgen daarvan.

Het College van zorgverzekeringen (CVZ) heeft vóór prinsjesdag 2003 een uitvoeringstoets over opname van de eerstelijns psychologische zorg (EPZ) in het ziekenfonds aan de Minister voorgelegd. De Minister heeft besloten de EPZ (nog) niet onder het ziekenfonds te brengen en de toets niet voor te leggen aan de kamer.

### 3.6 Diaboloproject

*Bron: Boer, C. (2003, 2004)*

Voor de periode 2001-2003 is een eenmalig bedrag van 2.541.169 beschikbaar gesteld voor het Diaboloproject. Het project is voor een lager bedrag verlengd voor 2004 en 2005. Het Diaboloproject ondersteunt op lokaal niveau samenwerkingsinitiatieven en projecten die zich bezighouden met het verlenen van vraaggerichte hulp bij psychische problemen. Doel hiervan is de samenwerking binnen de eerstelijns-GGZ disciplines en tussen 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. De werkzaamheden die met dit Diaboloproject gemoeid zijn worden uitgevoerd door een landelijke coördinator, in overleg en in samenwerking met andere instanties en functionarissen.

#### **Diabolo-deelprojecten**

Medio 2003 waren er 18 deelprojecten. Deze deelprojecten zijn verdeeld over voorwaardenscheppende activiteiten (11) en inhoudelijke samenwerkingsactiviteiten (17). Van al deze deelprojecten zijn er per 31 december 2003 18 afgerond, 7 worden met een jaar verlengd en 3 projecten lopen door tot het einde van 2005. Daarnaast wachten 2 deelprojecten om per 1 januari 2004 van start te mogen gaan en zijn er met 14 regio's contacten om op één of andere wijze een nieuw deelproject op te starten dan wel een voortzetting te geven aan een bestaande activiteit in het kader van de verbreding en borging in de eigen regio. In verband met de bezuinigingen zullen nieuwe deelprojecten alleen worden opgestart indien nazorg en borging van bestaande samenwerking tot de doelstellingen hoort. Geheel nieuwe projecten in een nieuwe regio zullen niet meer worden opgestart.

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

#### **a) Facilitaire ondersteuning**

Het doel van het project 'facilitaire ondersteuning' is het verzamelen van de kritische succes- en faalfactoren bij het ontwikkelen van ondersteuningsstructuren op de samenwerking in de eerstelijns. De Landelijke Vereniging voor Georganiseerde eerstelijns (LVG) heeft de rol van landelijke regisseur voor dit onderdeel binnen het Diaboloproject. De ontwikkeling van dit deelproject heeft er inmiddels toe geleid dat de LVG een afdeling 'facilitaire organisatie' in het leven heeft geroepen; daarvan zijn ruim 15 instellingen, variërend van DHV-en tot gezondheidscentra en huisartsenlaboratoria, inmiddels lid geworden.

#### **b) Scholing**

In het kader van het Diaboloproject is samen met de MO-groep aan het NIZW gevraagd de cursus 'Multidisciplinair methodisch samenwerken in de GGZ' te ontwikkelen. Andere samenwerkingspartners zijn de LHV, LVE en de LVG. De cursus is, onder leiding van het NIZW, ontwikkeld door STOEL, een organisatie- en adviesbureau in

Rotterdam. De cursus is inmiddels opgeleverd en overgedragen aan de LVG om het gebruik en de verdere uitbouw van de cursus te ondersteunen.

In 2003 heeft een pilot 'Multidisciplinaire stage' plaats gevonden op twee lokaties: Den Haag en Ede. In de pilot werden stagiaires van verschillende disciplines werkzaam in de eerstelijns GGZ in een tweetal intervisiegroepen begeleid op het thema multidisciplinair samenwerken. De ervaringen zijn verwerkt in een onderzoeksdocument.

### **c) Informatieoverdracht annex onderzoek**

De Diabolo-registratieformulieren 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. In 2003 is een begin gemaakt met de verbetering van de Diaboloformulieren en de mogelijkheden. De thans gehanteerde versie is op een negental plaatsen operationeel. Uit ervaringen is gebleken dat zowel op het inhoudelijke aspect, de logistiek als de spiegelinformatie verbeteringen wenselijk zijn. Hierover is overleg met een werkgroep van hulpverleners, onderzoekers en projectcoördinatoren, met NICTIZ en met de projectleiders van Korte Lijnen en het Steunpunt tussen de Lijnen.

In 2003 is vanuit de Diaboloformulierenset een Kwaliteitscirkel (Q-cirkel) ontworpen, die geaccrediteerd wordt door de KNMG. 2004 en 2005 wordt besteed aan onderzoek opdat het vanaf 2006 een reguliere vorm van accreditering zou kunnen zijn.

## **3.7 Samenvatting en conclusies**

In deze paragraaf is onderzocht in hoeverre de maatregelen en daaruit voortvloeiende projecten om de eerstelijns GGZ te versterken volgens verwachting zijn ingezet (onderzoeksvraag 1). Het gaat daarbij om landelijke maatregelen, zoals de Tijdelijke Stimuleringsregeling AMW en de Consultatieregeling, maatregelen ten behoeve van de koepelorganisaties van de eerstelijns partijen en lokale projecten, in de vorm van het Diaboloproject.

### **3.7.1 Tijdelijke Stimuleringsregeling AMW**

De Tijdelijke Stimuleringsregeling AMW is bedoeld om capaciteitstekorten bij het AMW op te heffen en in tweede instantie om het functioneren van het AMW als onderdeel van de eerstelijns GGZ te versterken. Hiervoor was 11.344.505 euro beschikbaar. In 2001 en 2003 hebben Nederlandse gemeenten en instellingen voor AMW een enquête over de inzet van de Stimuleringsregeling ingevuld; de resultaten zijn in dit hoofdstuk opgenomen.

Van de gemeenten die deelnamen aan de enquête in 2001, heeft het merendeel (91%) subsidie aangevraagd. Dit percentage komt overeen met het landelijke beeld (gegevens van het ministerie van VWS). Het toegekende bedrag was meestal ook het gevraagde bedrag. In 2002 is een herverdelingsoperatie uitgevoerd. Een vijfde van de onderzochte

gemeenten heeft gebruikgemaakt van de mogelijkheid om een tussentijdse bijstelling (meestal een verhoging) van de uitkering aan te vragen. Gemeenten die hiervan geen gebruikmaakten, deden dat niet omdat 'de problematiek er in hun ogen geen aanleiding voor geeft' en omdat 'de gemeente er te veel eigen middelen aan moet toevoegen'. Uit gelden van de stimuleringsmaatregel wordt in 2001 gemiddeld 0,6 fte en in 2003 0,7 fte per gemeente gefinancierd.

Het overgrote deel van de gemeenten (87,2%) vindt de norm van 1:6000 voldoende gezien de aard van de problematiek. Eenderde van de gemeenten is van plan om na 2003 (eigen?) extra middelen te blijven inzetten om de norm alsnog te halen.

Evenals in 2001 zetten gemeenten de extra toegekende middelen over het algemeen in voor de uitbreiding van de uitvoerende AMW-capaciteit. Wel zien wij een verschuiving wat betreft de invulling. De middelen werden in 2001 vooral aangewend ten behoeve van specifieke doelgroepen, zoals jeugd, migranten en ouderen. In 2003 werden de middelen vooral ingezet ten behoeve van GGZ-problematiek en preventie, met als concrete bestemming onder meer deelname aan netwerken en ondersteuning van de huisarts. Tevens blijken gemeenten de subsidie ten opzichte van 2001 voor meer verschillende beleidsdoelen in te zetten.

De helft van de gemeenten is van mening dat de Tijdelijke Stimuleringsregeling heeft geleid tot kortere wachtlijsten en -tijden voor het AMW in de gemeente.

In 2001 is ruim eenderde van de gemeenten er nog niet toegekomen om de subsidie in te zetten. Opvallend is dat in mei 2003 bijna een op de vijf gemeenten de subsidie nog (steeds) niet heeft ingezet. Als belangrijkste reden hiervoor werd door gemeenten genoemd dat de subsidieplannen zich nog in een voorbereidend stadium bevinden.

Andere genoemde redenen waren: ontbreken van de noodzaak, te hoge eigen financiering nodig, geen politieke bereidheid om de middelen in te zetten en nog geen besluitvorming over de daadwerkelijke inzet. Tegengesteld aan de verwachting is de houding van gemeenten ten opzichte van het AMW en de stimuleringsregeling nauwelijks veranderd.

Van de onderzochte gemeenten vindt het merendeel dat zij goed zijn geïnformeerd over doel en inhoud van het programma 'Versterking eerstelijns geestelijke gezondheidszorg'. Een op de vijf heeft via samenwerkingspartners, zoals huisarts, GGZ-instellingen en de eerstelijnspsycholoog, iets van het programma gemerkt.

In 2003 gaf 93% van de AMW-instellingen (84 van de 90) aan dat zij extra financiering vanuit de regeling (gaan) ontvangen. Als redenen waarom geen stimuleringsgeld is toegezegd wordt bijvoorbeeld genoemd dat de gemeente geen aanvraag heeft gedaan, geen eigen middelen beschikbaar heeft of al eerder had geïnvesteerd om op de norm te komen. In 2001 gaf 90% van de in totaal 126 AMW-instellingen aan dat extra geld vanuit de Stimuleringsregeling AMW was toegezegd.

### **3.7.2 Consultatieregeling**

Sinds 1999 wordt jaarlijks geld beschikbaar gesteld door het Ministerie van VWS om consultatie-initiatieven in de vorm van projecten te subsidiëren. In alle zorgregio's lopen projecten: In 2001 telden we 112 consultatieprojecten die gebruik maken van de



Consultatieregeling; in 2002 zijn dat er 123. Vanaf 2003 wordt een aantal projecten bekostigd vanuit de reguliere middelen, waardoor het aantal projecten dat (deels) vanuit de Consultatieregeling gefinancierd wordt is afgenomen tot 93 projecten. Per project stelt men in 2003 gemiddeld 1,3 fte beschikbaar vanuit de tweedelijns, waarbij de SPV het meest wordt ingezet. In 2003 werden gemiddeld per project 35 huisartsen, 12 AMW-ers, 4 eerstelijnspsychologen en 1 andere consultatievrager bereikt. De huisarts vraagt veruit de meeste consultaties, 89% van de consultaties in 2003, terwijl het AMW en de eerstelijnspsycholoog bij resp. 6% en 2% van de consultaties betrokken zijn. De meest voorkomende consultaties zijn gesprekken tussen consultatiegever (meestal de SPV) en de cliënt zonder dat de consultatievrager (meestal de huisarts) daarbij aanwezig is. Vaak vinden dan meerdere gesprekken plaats onder de noemer 'kortdurende behandeling'.

### 3.7.3 *Samenwerkingsconvenant*

#### **Huisartsen**

De activiteiten die ontplooid binnen het 'kwaliteitsbeleid GGZ huisartsen' zijn gericht op drie doelstellingen:

*Beleidsvorming:* Op basis van de uitkomsten van een landelijke inventarisatie van de WOK zijn de huisartsdistricten benaderd met een ondersteuningsaanbod op maat. Van de 23 districten hebben 22 districten plannen ingediend en zijn met de uitvoering daarvan aan de slag gegaan. Twintig districten hebben meegewerkt aan de monitoring van de districtsactiviteiten. In 2003 is er gewerkt aan het in kaart brengen van de GGZ-functies en -taken van de huisarts.

*Kwaliteitsbevordering:* Er is een kaderopleiding GGZ voor huisartsen ontwikkeld in 2002. Er is nieuw kwaliteits- en nascholingsmateriaal ontwikkeld.

*Evaluatie:* De WOK voert verschillende onderzoeksprojecten uit; deze lopen op schema.

#### **AMW**

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

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

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

*Implementatie kwaliteitszorg:* In alle 10 de regio's zijn kwaliteitskringen gestart, die bestaan uit afgevaardigden van AMW-organisaties, om het kwaliteitsbeleid te ondersteunen. In totaal nemen 105 van de 154 AMW organisaties actief deel aan de kwaliteitskringen. In september 2002 is het HKZ-schema beschikbaar gekomen voor het AMW. In totaal zijn in 2002 en 2003 4 organisaties gecertificeerd.

#### **Eerstelijnspsychologen**

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

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

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

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

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

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

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

#### **3.7.4 Korte Lijnen**

De drie kernpartijen (MO-groep, LVE, LHV) besteden ieder 20% van hun budget van het samenwerkingsconvenant aan het project Korte Lijnen, waarin de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ verbeterd wordt. De eerste fase van het project, het ontwikkelen en inzetten van een samenwerkingsmodel, is in 2003 afgerond. De tweede fase, het ontwikkelen en inzetten van een invoeringsrichtlijn, wordt afgerond in 2004.

#### **3.7.5 Onderzoek eerstelijnspsychologen**

Het ministerie van VWS heeft met ingang van 2000 geld beschikbaar gesteld om te onderzoeken of het wenselijk is de functie van eerstelijnspsycholoog onder de werking van de Ziekenfondswet te brengen. Het onderzoeksproject 'Verruiming financiële toegankelijkheid eerstelijnspsychologen' is afgerond. De Minister heeft besloten de eerstelijnspsycholoog (nog) niet onder het ziekenfonds te brengen.

#### **3.7.6 Diaboloproject**

Dit project ondersteunt op lokaal niveau samenwerkingsinitiatieven en projecten die zich bezighouden met het verlenen van vraaggerichte hulp bij psychische problemen. Het betreft projecten gericht op directe samenwerking en projecten gericht op verbetering van de voorwaarden van samenwerking. Medio 2003 waren er 18 deelprojecten, waarvan 17 inhoudelijke samenwerkingsactiviteiten en 11 voorwaardenscheppende activiteiten. Van

al deze deelprojecten zijn er per 31 december 2003 18 afgerond, 7 worden met een jaar verlengd en 3 projecten lopen door tot het einde van 2005.

### **3.7.7 Inzet maatregelen in 2004 en verder**

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

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

Het *samenwerkingsconvenant*, waaruit de kwaliteitsprojecten van de koepelorganisaties en Korte Lijnen zijn voortgekomen, loopt af in 2004. De LHV en opdrachtgevers van Korte Lijnen hebben subsidie aangevraagd bij VWS voor verlenging in 2005.

Het *Diaboloproject* loopt door tot en met 2005.

### **3.7.8 Conclusie**

In totaal heeft VWS 53.183.712 euro beschikbaar gesteld voor de versterking van de eerstelijns GGZ, waarvan meer dan de helft is besteed aan de Consultatieregeling en ongeveer éénvijfde deel aan de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW.

We kunnen constateren dat alle geplande maatregelen van VWS en daaruit voortvloeiende projecten volgens plan ten uitvoer zijn gebracht. De meeste maatregelen zijn in 2004 of zelfs in 2005 nog van kracht; alleen de Tijdelijke Stimuleringsregeling is al volledig ingezet. De latere start en/of langere doorlooptijd van een aantal projecten heeft tot gevolg dat niet alle activiteiten die voortkomen uit het Stimuleringsprogramma van VWS konden worden geëvalueerd in deze evaluatiestudie.

In dit hoofdstuk is alleen besproken of de maatregelen daadwerkelijk zijn ingezet. In de volgende hoofdstukken wordt bekeken in hoeverre het totaalpakket van maatregelen geleid heeft tot een versterking van de eerstelijns GGZ.



## 4 Capaciteit

### 4.1 Inleiding

Het vergroten van de capaciteit van de eerstelijns GGZ is een voorwaarde om het uiteindelijke doel van de maatregelen – een sterke en samenhangende eerstelijns GGZ – te bereiken. Uitbreiding van de capaciteit van het AMW heeft de expliciete aandacht van VWS middels de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW. De effecten van deze maatregel op de capaciteit bij het AMW zijn geëvalueerd op gemeentelijk niveau (via de enquête onder gemeenten 2001 en 2003 en via administratie van VWS omtrent de maatregel) en op het niveau van AMW-instellingen (via een enquête onder AMW-instellingen 2001 en 2003). De resultaten hiervan worden beschreven in respectievelijk paragraaf 4.2 en 4.3. De beleidsmaatregelen zijn niet gericht op uitbreiding van het aantal huisartsen, maar uitsluitend op de kwaliteit van hun werk en de samenwerking met andere beroepsgroepen. Vandaar dat er geen informatie gepresenteerd wordt over de capaciteit bij huisartsen. Beleidsmaatregelen zijn evenmin rechtstreeks gericht op uitbreiding van het aantal eerstelijnspsychologen, maar de ontwikkelingen in capaciteit worden wel besproken in dit hoofdstuk omdat we verwachten dat deze ook los van de maatregelen toenemen. Het aantal eerstelijnspsychologen is sinds het eind van de jaren '80 verdubbeld en de beroepsgroep is nog steeds in ontwikkeling. De groeiende vraag naar hulp bij psychische en sociale problematiek zal het voor eerstelijnspsychologen aantrekkelijk maken om zich te vestigen. De capaciteitsontwikkelingen zijn beschreven tot en met 2002 (paragraaf 4.4). Deze gegevens zijn verzameld via de enquête onder eerstelijnspsychologen (1998 en 2002). Paragraaf 4.5 tenslotte bevat een samenvatting en conclusies van de capaciteitsontwikkelingen binnen de eerstelijns GGZ. Voor een beschrijving van de wijze waarop de resultaten verkregen zijn verwijzen we naar het methodenhoofdstuk van dit eindrapport (hoofdstuk 2).

### 4.2 Ontwikkelingen in capaciteit AMW op gemeentelijk niveau

#### *Beschikbare fte's*

De capaciteit van het AMW op gemeentelijk niveau is weergegeven in aantal fte's uitvoerend maatschappelijk werk per 6000 inwoners. Het streven is dat elke gemeente over 1 fte uitvoerend AMW per 6000 inwoners beschikt, een norm die VWS heeft vastgesteld als voldoende capaciteit. Aan de gemeenten is gevraagd om aan te geven over hoeveel fte's AMW per 6000 inwoners zij konden beschikken per 31 december voor de jaren 1998 t/m 2002, en om een prognose te geven voor het jaar 2003.

Bij de weergave van de resultaten zijn de gemeenten in vier groepen ingedeeld op basis van de beschikbare AMW-capaciteit en wel in:

- op of boven de norm van 1 fte per 6.000 inwoners (de voorhoede);
- 0.76 tot 1.00 fte per 6.000 inwoners (de subtop);
- 0.51 t/m 0.75 fte per 6.000 inwoners (de tussengroep);
- 0.00 t/m 0.50 fte per 6.000 inwoners (de achterhoede).

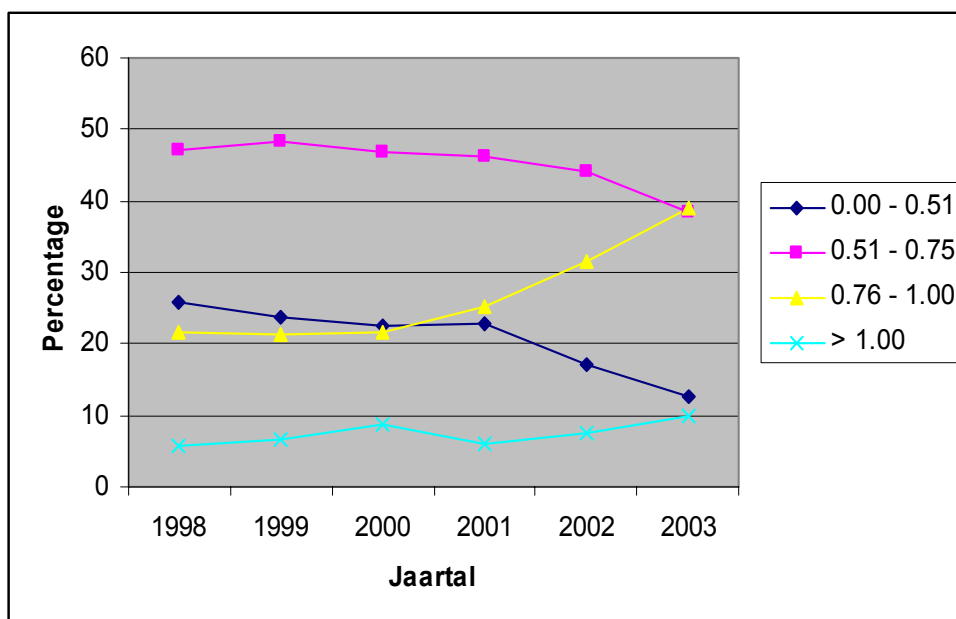
Het totaal aantal fte's waarover gemeenten beschikken blijkt in de loop van de tijd toe te nemen (Figuur 4.1 en bijlage 4, tabel 1). De grootste verandering die optreedt in de periode 1998-2003 is de toename van de subtop (van 22% naar 39%; n.b. de percentages zijn afgerond). De op een na grootste verandering is de afname van de achterhoede (van 26% naar 13%). De tussengroep die in de jaren tot en met 2002 de grootste was, neemt in omvang af (van 47% naar 39%) en deze is in 2003 bijna net zo groot als de subtop. De voorhoede neemt in omvang toe van 6% in 1998 naar 10% in 2003.

Overigens blijkt bij vergelijking van de door gemeenten gegeven prognose over 2001 (uit de eerste meting) met het reële aantal fte's over 2001 (uit de tweede meting), dat de voorspelde capaciteit gunstiger was dan deze in werkelijkheid bleek te zijn.

Ter controle van de door gemeenten verstrekte gegevens heeft vergelijking plaatsgevonden met gegevens van VWS. De verdeling van gemeenten over de verschillende normcategorieën blijkt overeen te komen. Echter, gemeenten met een lage capaciteit (tot maximaal de helft van de norm) blijken iets oververtegenwoordigd te zijn in de enquête, terwijl gemeenten met een capaciteit van de helft tot driekwart van de norm iets ondervertegenwoordigd zijn. De situatie is in werkelijkheid dus iets rooskleuriger dan de resultaten van de enquête laten zien.

Figuur 4.1 Percentage gemeenten Aantal fte's uitvoerend AMW per 6.000 inwoners ultimo 1998 t/m 2003

Bron: SGBO-enquêtes onder gemeenten



Ook is gekeken naar het aantal gemeenten per gemeentegrootteklasse dat boven de normcapaciteit zit (zie bijlage 4, tabel 2). Dit was slechts voor een minderheid van de gemeenten in Nederland het geval. De situatie in de grote gemeenten (n=14) en kleine gemeenten (n=34) is de laatste jaren verbeterd ten opzichte van de jaren daarvoor. Wel is de prognose voor 2003 iets minder gunstig. De situatie in kleine gemeenten (tussen 10.000 en 20.000 inwoners) en middelgrote gemeenten (tussen 50.000 en 100.000 inwoners) lijkt verslechterd: minder gemeenten in deze gemeentegrootteklassen beschikken over de normcapaciteit.

Tevens is onderzocht of er een verband is tussen de mate van stedelijkheid en de capaciteit van het uitvoerend AMW. Het blijkt dat evenals in 2001 vooral niet-stedelijke, weinig stedelijke en matig stedelijke gebieden op of boven de capaciteitsnorm van 1 fte AMW per 6000 inwoners zitten (zie bijlage 4, tabel 3). Wel moet worden opgemerkt dat het om kleine aantallen gaat en dat er op basis daarvan alleen voorzichtige conclusies kunnen worden getrokken. In ieder geval kunnen we concluderen dat de veronderstelling dat de capaciteit van het AMW vooral in de kleinere gemeenten zou achterblijven, niet blijkt te kloppen.

Uit bovenstaande blijkt dat er geen enkele relatie is tussen de omvang van de gemeente en de beschikbare AMW-capaciteit.

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

Aanzienlijk meer gemeenten dan in 2001 *verwachten* de norm van 1 fte uitvoerend AMW per 6.000 inwoners *niet* te halen aan het eind van het jaar (Tabel 4.1). In 2001 was dat ruim de helft (56%) en in 2003 bijna driekwart van de gemeenten (72%). Het aantal gemeenten dat (nog) niet weet of ze aan de norm zouden voldoen is afgenomen. Gemeenten die somber gestemd zijn, zijn relatief vaak kleine gemeenten met een inwonersaantal tussen de 10.000 en 20.000 of middelgrote gemeenten tussen de 50.000 tot 100.000. In 2001 waren dat vaker alleen de grotere gemeenten. Evenals in 2001 verwacht ongeveer een kwart van de onderzochte gemeenten de norm aan het eind van het jaar *wel* te halen. Dit zijn voornamelijk kleine (tot 10.000 inwoners) en grote gemeenten (boven 100.000 inwoners).

Tabel 4.1 Ontwikkelingen in verwachtingspatroon van gemeenten ten aanzien van het behalen van de capaciteitsnorm voor eind 2003

*Bron: SGBO-enquêtes onder gemeenten*

Verwachting behalen norm voor eind 2003	2001 n=308		2003 n=245	
	n	%	n	%
Nee	173	56.2	177	72.2
Ja	76	24.7	58	23.7
Weet niet	59	19.2	10	4.1
Totaal	308	100.0	245	100.0

### *Wachlijsten en wachttijden*

In 2003 is een extra vraag in de enquête opgenomen over de wachlijsten en wachttijden voor het AMW in de gemeente. De helft van de gemeenten (50%) geeft aan dat de Tijdelijke Stimuleringsregeling heeft geleid tot kortere wachttijden en –lijsten. In een kwart van de gemeenten (27%) is dat niet het geval. De overige gemeenten (23%) konden hiervan geen inschatting maken.

## **4.3 Ontwikkelingen in capaciteit AMW op instellingsniveau**

In de enquête onder AMW-instellingen is gevraagd naar de verwachte toename in capaciteit van uitvoerend maatschappelijk werk naar aanleiding van de Stimuleringsregeling. Daaruit bleek dat in 2003 per AMW-instelling gemiddeld een toename van 2,5 fte ( $n=84$ ,  $sd = 2,0$ ) aan capaciteit verwacht werd bij een gemiddelde capaciteit van 17,4 fte uitvoerend maatschappelijk werkers per instelling. Dit is precies hetzelfde aantal dat medio 2001 werd verwacht (zie eerste interim rapport, Meijer et al., 2002).

Tweederde van de instellingen ( $n=80$ ) heeft medio 2003 alle geplande extra capaciteit al gerealiseerd, een kwart heeft al meer dan de helft van de extra capaciteit gerealiseerd en 9% van de instellingen moet nog meer dan de helft van de extra capaciteit realiseren.

In tabel 4.2 zijn de capaciteitsgegevens van uitvoerend maatschappelijk werkers van 2000 tot en met 2003 opgenomen, de periode waarin we veranderingen verwachten naar aanleiding van de Stimuleringsregeling. De gegevens van eind 2001 en eind 2003 zijn gebaseerd op schattingen van halverwege het betreffende jaar.

Tabel 4.2 Gemiddelde capaciteit per AMW-instelling van uitvoerend AMW, uitgedrukt in fte's

*Bron: NIVEL-enquêtes onder AMW- instellingen*

Jaar	n	Gemiddeld aantal fte's (sd)
2000	91	14,5 (11,4)
2001	90	15,3 (12,1)
2002	86	16,4 (12,2)
2003	89	17,4 (12,7)

Uit tabel 4.2 blijkt dat er door de tijd heen een stijgende lijn zichtbaar is in de gemiddelde inzet van uitvoerend maatschappelijk werkers per instelling. Het totale aantal responderende AMW-instellingen is nagenoeg gelijk gebleven. In het eerste interim rapport (Meijer et al., 2002) is berekend dat de totale capaciteit van uitvoerend maatschappelijk werkers eind 2000 2071 fte was. Maken we deze zelfde rekensom voor 2003, dan verwachten we eind 2003 landelijk over 2506 fte uitvoerend maatschappelijk werkers te beschikken, een toename van 21% ten opzichte van eind 2000. Dit is iets hoger dan de 19% capaciteitstoename die werd verwacht vanuit de Stimuleringsregeling.

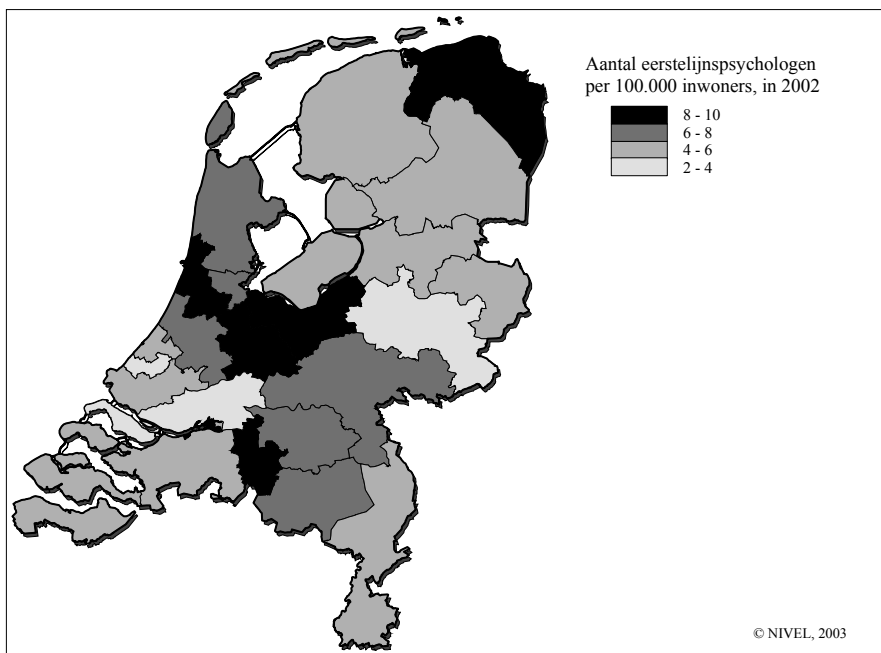


#### 4.4 Ontwikkelingen in capaciteit eerstelijnspsychologen

In Nederland werkten in 2002 gemiddeld 6,2 eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners (Figuur 4.2). 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).

De huidige spreiding van eerstelijnspsychologen over Nederland was in 2002 globaal genomen vergelijkbaar met 1998. Er is een grote spreiding in vestiging. In het Gooi/Eemland/NW Veluwe was het aantal eerstelijnspsychologen in 2002 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 waren relatief weinig eerstelijnspsychologen (resp. 3.8, 3.9 en 4.1 per 100.000 inwoners). Het totale aantal eerstelijnspsychologen (los van het inwonersaantal) was het hoogst in de regio Groot Gelre. Uit de enquêtegegevens van het Trimbos-Instituut blijkt dat ook in 1998 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 4.2 Aantal eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners in 2002 en verdeling over DHV-en.



## 4.5 Samenvatting en conclusies

### *AMW*

Uit de resultaten van de capaciteit op *gemeentelijk niveau* blijkt dat het totaal aantal uitvoerend fte's AMW waarover gemeenten beschikken is toegenomen sinds 1998. Tot 2002 zit de grootste groep gemeenten net boven de helft van de norm. Er is een stijgende lijn van het percentage gemeenten dat op of boven de norm zit, met evenwel een terugval in 2001 en 2002. Dit geldt voor alle gemeentegrootteklassen, behalve de grootste. De situatie in de grote gemeenten is de laatste jaren verbeterd ten opzichte van de jaren daarvoor.

Het aantal gemeenten dat verwacht aan het eind van 2003 de norm van 1 fte per 6000 inwoners *niet* te halen is toegenomen ten opzichte van 2001 van ruim de helft tot bijna driekwart. Veel gemeenten hadden destijds (nog) geen idee of ze eind 2003 aan de norm zouden voldoen. Evenals in 2001 verwacht in 2003 ongeveer een kwart van de onderzochte gemeenten de norm aan het eind van het jaar *wel* te halen. Dit zijn voornamelijk kleine (tot 10.000 inwoners) en grote gemeenten (boven 100.000 inwoners). In 2001 verwachtten vooral de niet - en weinig stedelijke gemeenten de norm te halen. De meeste gemeenten (87%) vinden de norm van 1 uitvoerend maatschappelijk werker op 6000 inwoners voldoende gezien de aard van de problematiek. Dit zijn relatief vaak kleinere en middelgrote gemeenten. Eenderde van de gemeenten is van plan om na 2003 (eigen?) extra middelen te blijven inzetten om de norm alsnog te halen.

Op *instellingsniveau* blijkt dat tweederde deel van de instellingen die capaciteitsuitbreiding via de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel wensten alle geplande extra capaciteit inmiddels gerealiseerd heeft. De subsidiemaatregel heeft geleid tot een capaciteitstoename van gemiddeld 2,5 fte per instelling. Dit is een toename van 19%.

### *Eerstelijnspsychologen*

Het aantal eerstelijnspsychologen is ten opzichte van 1998 toegenomen van 4,8 naar 6,2 per 100.000 inwoners in 2002. 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.

### *Conclusies*

De beleidsmaatregelen van VWS ten aanzien van capaciteitsuitbreiding van de eerstelijns GGZ zijn expliciet gericht op uitbreiding van de capaciteit van het AMW via de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel. De verwachting was dus dat de capaciteit van het AMW toegenomen zou zijn aan het eind van de evaluatieperiode. Op basis van de groeiende vraag naar hulp bij psychische en sociale problemen en de ontwikkelingen bij eerstelijnspsychologen verwachten we eveneens een toegenomen vestiging van eerstelijnspsychologen.

Uit de resultaten blijkt dat de capaciteit van het AMW is toegenomen in de periode 2001-2003. De Stimuleringsregeling heeft dus tot de geplande extra capaciteit geleid. Op dit punt is er sprake van succesvol beleid. Het beschikbare budget voor de Stimuleringsmaatregel bood echter niet voldoende financiële steun om bij elke gemeente tot de normcapaciteit van 1 fte AMW per 6000 inwoners te komen. Ook de capaciteit van

eerstelijnspsychologen is toegenomen sinds 1998, ondanks het feit dat hierop niet specifiek landelijke beleidsmaatregelen gericht waren. De landelijke spreiding van eerstelijnspsychologen is echter wel ongelijk. Dit heeft deels te maken met verschillen in financiële aantrekkelijkheid van bepaalde regio's als vestigingsplaats, en deels een historische oorsprong: de regio's waar relatief veel eerstelijnspsychologen zitten zijn de regio's waar de eerste ROEP's gestart zijn.

Concluderend kunnen we stellen dat hoewel het doel van VWS om de capaciteit van de eerstelijns GGZ uit te breiden is bereikt, deze niet voldoende is om bij alle gemeenten de door VWS gewenste norm van 1 fte uitvoerend AMW per 6.000 inwoners te bereiken. De vraag is of de daadwerkelijk bereikte capaciteitsuitbreiding voldoende is om meer mensen met psychische en sociale problematiek binnen de eerstelijns te kunnen behandelen. In hoofdstuk 7 en 8 gaan we hier uitgebreider op in. Bij vervolgstappen om na afloop van de stimuleringsregeling de capaciteit van het AMW verder uit te breiden is het zinvol om extra aandacht te besteden aan kleine en middelgrote gemeenten en aan gemeenten in stedelijke gebieden.



## 5 Deskundigheidsbevordering

### 5.1 Inleiding

Een belangrijk beleidsdoel ten aanzien van de eerstelijns GGZ is het vergroten van de deskundigheid van huisartsen, AMW en eerstelijnspsychologen op het gebied van psychische en sociale problematiek. Er is met name veel geld gereserveerd voor deskundigheidsbevordering van huisartsen, zowel via een apart budget voor de ondersteuning van huisartsen met betrekking tot GGZ-gerelateerde problematiek als via het samenwerkingsconvenant (zie interim-rapportage 2002, hoofdstuk 3).

Deskundigheidsbevordering bij het AMW en eerstelijnspsychologen wordt gefinancierd via het samenwerkingsconvenant.

In dit hoofdstuk worden ontwikkelingen in deskundigheidsbevordering bij de drie eerstelijnsdisciplines tijdens de evaluatieperiode (2000-2003) beschreven. Gegevens zijn afkomstig van enquêtes onder huisartsen (2001 en 2003), AMW-instellingen (2001 en 2003) en eerstelijnspsychologen (2002). Voor een beschrijving van deze enquêtes verwijzen we naar het hoofdstuk 2.

Ten aanzien van huisartsen (paragraaf 5.2) zijn ontwikkelingen geschetst in het aantal uren bij- en nascholing dat huisartsen gevolgd hebben op het gebied van GGZ-problematiek, onderwerpen waarover ze bij- en nascholing gevolgd hebben en wensen te volgen, en in het landelijke aanbod van bij- en nascholing op het gebied van GGZ-problematiek. Bij het AMW (paragraaf 5.3) is gekeken naar ontwikkelingen in de aanwezigheid van een beleidsplan en naar GGZ-specifieke en niet GGZ-specifieke deskundigheidsbevorderende activiteiten. Bij eerstelijnspsychologen (paragraaf 5.4) is gevraagd naar hoofdthema's van bij- en nascholing, problematiek waarover ze nascholing gevolgd hebben en wensen te volgen, en naar de mate waarin ze gebruik maken van intervisie en supervisie. Paragraaf 5.5 bevat een samenvatting van de ontwikkelingen op het gebied van deskundigheidsbevordering binnen de eerstelijns GGZ en conclusies ten aanzien van de effectiviteit van de maatregelen.

### 5.2 Ontwikkelingen in deskundigheidsbevordering bij huisartsen

#### 5.2.1 Gevolgde en gewenste nascholing

Bijna alle huisartsen hebben in 2001-2003 nascholing op het gebied van GGZ-problematiek gevolgd, evenals in 1999-2001. Daar besteedden ze gemiddeld 11 uur per twee jaar aan, oftewel 5,5 uur per jaar. Dit is ongeveer 13% van de totale hoeveelheid tijd die huisartsen aan nascholing besteden.

In tabel 5.1 staat het percentage huisartsen weergegeven dat in 1999-2001 en in 2001-2003 nascholing volgde op afzonderlijke onderwerpen. Depressie blijft het belangrijkste

onderwerp, gevolgd door persoonlijkheidsstoornissen, dementie, delier en fobie/paniekstoornissen. Over persoonlijkheidsstoornissen en delier werd in 1999-2001 door aanzienlijk minder huisartsen nascholing gevolgd.

Bijna alle huisartsen wensen ook in de komende twee jaar nascholing te volgen over GGZ-problematiek. In 2001 was die groep ongeveer even groot (92% in 2003, 94% in 2001). De gewenste onderwerpen die het hoogst scoren zijn ADHD/opvoedingsmoeilijkheden, onverklaarde lichamelijke klachten, persoonlijkheidsstoornissen en post-traumatisch stress-syndroom. Ook in 2001 waren deze onderwerpen het meest populair. De wens tot nascholen op het gebied van relatieproblemen en werkproblemen was zowel in 2001 als in 2003 relatief laag.

Tabel 5.1 Percentage huisartsen dat in de afgelopen twee jaar (resp. 1999-2000 en 2001-2002) nascholing heeft gevolgd over het betreffende onderwerp  
Bron: *Enquêtes huisartsen (NIVEL/WOK)*

	2001 n=1336	2003 n=1334
Depressie	75	67**
Persoonlijkheidsstoornissen	28	43**
Dementie	45	39**
Delier	17	37**
Fobie/paniekstoornis	42	35**
ADHD/opvoedingsmoeilijkheden	36	31**
Onverklaarde lichamelijke klachten	26	31
Seksuele problemen	24	21
Posttraumatisch stress syndroom	20	21
Alcoholverslaving	20	20
Surmenage / spanningsklachten	19	17
Bipolaire stoornis	13	15
Slaapstoornis	15	12
Geneesmiddelenverslaving	18	11**
Problemen in de werksituatie	9	8
Drugsverslaving	6	7
Schizofrenie	4	6
Eetstoornis	10	5**
Verwerkingsproblemen	5	4
Wanen	5	4
Relatieproblemen	3	3
Anders	5	6
Geen nascholing gehad	3	4

\*\* p<.01

### 5.2.2 *Aanbod GGZ-nascholing voor huisartsen*

Om ontwikkelingen in het landelijke nascholingsaanbod op het gebied van GGZ-problematiek voor huisartsen in kaart te brengen is het aanbod in de periode 2000-2002 vergeleken met het aanbod in de periode 1996-1998 (van Weert, Heiligers en Verhaak, 1999). Er is gekeken naar het aantal verschillende onderwerpen, naar de aspecten waarop de keuze van de aangeboden onderwerpen gebaseerd zijn en naar het aandeel geaccrediteerde / niet geaccrediteerde cursussen.

#### *Onderwerpen*

De onderwerpen die aan bod kwamen bij GGZ-nascholing voor huisartsen zijn onderverdeeld in specifieke en generieke onderwerpen. Specifieke onderwerpen zijn gericht op dertien ziektecategorieën die samengesteld zijn op basis van de ICPC-codering (zie bijlage 2). Naast categorieën over psychische stoornissen zijn ook categorieën gevormd over sociale problemen, zoals bijvoorbeeld relatieproblemen. Generieke onderwerpen zijn gericht op vergroting van vaardigheden m.b.t. het herkennen van psychische en sociale problemen en de begeleiding hiervan. Het gaat hierbij om (onderdelen van) cursussen waar de scholing gericht is op communicatie tussen huisarts en patiënt, psychosociale begeleiding met betrekking tot een specifiek onderwerp, of het optimaliseren van de begeleiding van psychische problematiek die samengaat met somatische klachten.

Als we kijken naar het totale *aantal* aangeboden cursussen, dat wil zeggen het aantal verschillende cursussen inclusief herhalingen, dan valt op dat het aanbod van generieke cursussen is toegenomen van 33% in 1996-1998 naar 43% in 2000-2002 (Tabel 5.2). Net als in 1998 was het aanbod vooral gericht op de communicatie tussen huisarts en patiënt. Het aandeel 'psychisch algemeen' is toegenomen van 3% naar 14%. Uit de resultaten van specifieke cursussen blijkt dat er in 2002 relatief meer cursussen op het gebied van depressie aangeboden werden dan in 1998 (17% van het totale aanbod in 2002 ten opzichte van 10% in 1998; Tabel 5.2). Het aantal cursussen op het gebied van seksuele problemen is echter afgenomen van 14% in 1998 tot 3% in 2002. Ook het aantal aangeboden cursussen op het gebied van misbruik en mishandeling is afgenomen, van 5% in 1998 naar 0% in 2002.



Tabel 5.2 Aanbod cursussen op GGZ-gebied voor huisartsen, uitgedrukt in percentages t.o.v. het totale landelijke aanbod

Bron: Enquête landelijke aanbod GGZ nascholing NIVEL

Cursusinhoud	Aantal verschillende cursusonderdelen		Totaal aantal cursussen <sup>1</sup>	
	% 1998 n=330	% 2002 n=165	% 1998 n=1273	% 2002 n=733
<i>Specifieke onderwerpen</i>				
Depressie	11	12	10	17
Angststoornissen	9	12	8	11
Slaapstoornissen	4	4	6	2
Grote psychiatrie	7	8	3	5
Post-traumatische stress <sup>2</sup>	-	1	-	1
Surmenage	4	1	3	0
Dementie	6	4	2	3
Alcohol/drugsproblematiek	1	2	1	2
Seksuele problemen	6	4	14	3
Verwerkingsproblematiek	6	4	6	3
Misbruik/mishandeling	2	0	5	0
Relatieproblematiek	4	2	4	3
Problemen in werksituatie <sup>2</sup>	-	4	-	6
Opvoedingsproblemen	6	2	3	1
Eetproblemen	3	1	2	0
<i>Generieke onderwerpen</i>				
Communicatie	12	15	17	17
Psychosociale begeleiding	10	9	8	10
Functionele klachten	6	6	5	3
Psychisch algemeen	5	11	3	14
Totaal	100	100	100	100
Totaal specifiek	67	59	67	57
Totaal generiek	33	41	33	43

<sup>1</sup>Inclusief herhalingen

<sup>2</sup>Deze categorieën kwamen alleen voor in de inventarisatie van 2000-2002

In 1998 was 57% van het aanbod van de verschillende cursusonderdelen afkomstig van zorg- en maatschappij georiënteerde organisaties, 25% was afkomstig van universiteiten of PAOG's en 17% van commerciële organisaties; in 2002 was dit respectievelijk 39%, 15% en 45% (Tabel 5.3). In 2002 is het aanbod van commerciële organisaties dus oververtegenwoordigd ten opzichte van 1998.

In 2002 hebben zorg- en maatschappij georiënteerde instellingen en universiteiten/PAOG's meer generieke cursusonderdelen aangeboden in verhouding tot het aanbod aan specifieke cursusonderdelen dan in 1998 (Tabel 5.3). Bij commerciële aanbieders is deze verhouding niet veranderd, alhoewel ook daar het aandeel aan generieke cursusonderdelen is toegenomen. In tegenstelling tot bij de andere twee typen aanbieders is bij commerciële aanbieders het aandeel specifieke cursussen groter dan het aandeel generieke cursussen: tweederde specifiek en eenderde generiek.

Tabel 5.3 Percentage verschillende cursusonderdelen per type organisatie

Bron: Enquête landelijke aanbod GGZ nascholing

	Zorg- en maatschappij georiënteerd		Universiteit/ PAOG		Commercieel		Totaal landelijke organisaties	
	% 1998 n=190	% 2002 n=65	% 1998 n=84	% 2002 n=25	% 1998 n=56	% 2002 n=75	% 1998 n=330	% 2002 n=165
<i>Specifieke onderwerpen</i>								
Depressie	12	11	7	8	13	16	11	12
Angststoornissen	9	11	7	8	9	13	9	12
Slaapstoornissen	5	0	1	0	2	8	4	4
Grote psychiatrie	6	6	7	4	9	12	7	8
Post-traumatische stress <sup>a</sup>	-	2	-	4		0	-	1
Surmenage	6	0	1	0	0	1	4	1
Dementie	3	2	11	0	11	7	6	4
Alcohol/drugsproblematiek	2	0	1	8	0	3	1	2
Seksuele problemen	7	6	4	0	5	1	6	4
Verwerkingsproblematiek	7	6	4	0	2	3	6	4
Misbruik/mishandeling	2	0	1	0	5	0	2	0
Relatieproblematiek	5	3	2	0	0	1	4	2
Problemen in werksituatie <sup>1</sup>	-	3	-	0	-	4	-	4
Opvoedingsproblemen	3	3	14	8	4	0	6	2
Eetproblemen	3	0	1	0	5	0	3	1
<i>Generieke onderwerpen</i>								
Communicatie	7	17	17	16	23	13	12	15
Psychosociale begeleiding	10	9	14	16	2	8	10	9
Functionele klachten	6	5	6	16	7	4	6	6
Psychisch algemeen	6	17	1	12	4	5	5	11
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100
Totaal specifiek	71	52	62	40	64	69	67	59
Totaal generiek	30	48	38	60	36	31	33	41
% van totaal cursusaanbod	57	39	25	15	17	45	100	100

<sup>1</sup> Deze categorieën kwamen alleen voor in de inventarisatie van 2000-2002

Gemiddeld zijn er per cursus 1,5 onderwerpen behandeld (sd 1,0). Het merendeel van de cursussen (71%, n=81) behandelde niet meer dan één onderwerp. Als de cursus uit meerdere onderwerpen bestond, betrof het vooral een combinatie van twee generieke onderwerpen (14x). Daarnaast kwam een combinatie van depressie met angststoornissen relatief vaak voor (9x), evenals een combinatie van depressie met communicatie tussen huisarts-patiënt (7x).

#### *Keuze van de onderwerpen*

Van 60 cursussen was bekend waarop de keuze van de aangeboden nascholingsonderwerpen gebaseerd was. Deze kon gebaseerd zijn op meerdere aspecten. In 73% van de gevallen was de keuze gebaseerd op recente ontwikkelingen, bij 61% was dit op door de organisator geconstateerde behoefte (bijvoorbeeld gesprekken met de districtscoördinator, met de stuurgroep van huisartsen en specialisten, eigen ervaring, frustratie van huisartsen en patiënten), bij 50% op vraag van huisartsen, en 28% van de cursussen was de keuze gebaseerd op NHG-standaarden.

In 1998 was de keuze van 41% van de onderwerpen gebaseerd op recente ontwikkelingen, van 35% op door de organisatie geconstateerde behoefte, 22% van de onderwerpen was gebaseerd op vraag van huisartsen, en 20% op NHG-standaarden. Ten opzichte van 1996-1998 was de keuze van de onderwerpen dus vaker gebaseerd op recente ontwikkelingen, geconstateerde behoeften en op vraag van huisartsen.

#### *Accreditering*

Evenals in 1996-1998 was in de periode 2000-2002 bijna driekwart van de genoemde cursussen (72%) geaccrediteerd voor huisartsen. Niet-geaccrediteerde cursussen bestonden vooral uit de onderwerpen psychologie algemeen, communicatie tussen huisarts en patiënt en depressie. Geaccrediteerde cursussen bestonden vooral uit de onderwerpen communicatie tussen huisarts en patiënt, angst, depressie en psychosociale begeleiding.

#### *Aanbod nascholing op districtsniveau*

In het kader van kwaliteitsbevordering zijn kwaliteitsbevorderende activiteiten, waaronder scholing, op DHV-niveau ontwikkeld. Begin 2004 is door de WOK gepeild wat in dat opzicht de stand van zaken was. Alle 21 districten die een kwaliteitsplan hebben ingediend beschrijven dat ze educatieve interventies gaan aanbieden aan huisartsen met als doel het bevorderen van de kennis en/of vaardigheden van huisartsen, opdat de kwaliteit van zorg kan verbeteren. Een deel van de districten sluit aan bij de reguliere nascholingsactiviteiten in het district, waarbij de organisatie van de scholing veelal in handen is van de Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen (WDH). Andere districten ontwikkelden een nieuw nascholingsaanbod. In zestien van de 21 districten die een kwaliteitsplan hebben ingediend, zijn daadwerkelijk educatieve interventies ontwikkeld en/of geïmplementeerd waar de DHV een rol in heeft gespeeld. In totaal ging het om eenendertig verschillende educatieve interventies. In acht van deze zestien districten is de scholing pas in de loop van 2003 uitgezet, zodat er nog geen effecten van verwacht kunnen worden. In de andere acht districten werd de scholing reeds eerder aangeboden.

Overigens moet de kanttekening worden gemaakt dat het onduidelijk is of de districten die rapporteren dat de scholing pas in 2003 is uitgezet in de eerste twee jaren van het landelijke GGZ kwaliteitsproject scholing hebben aangeboden.

Daar waar de scholing in 2003 beschikbaar was, zijn in vijf districten volgens eigen opgave meer dan 200 huisartsen bereikt, in de drie andere respectievelijk 90, 38 en 14 huisartsen.

Of er überhaupt een aanbod ontwikkeld is, of het aanbod al gebruikt kon worden en of het aanbod door veel of weinig huisartsen is gebruikt maakt allemaal niet uit voor het gemiddeld aantal uren nascholing op GGZ-gebied dat huisartsen uit het betreffende district rapporteren gevolgd te hebben tussen 2001 en 2003. Dat is in alle gevallen 10,5 uur. Ook het plan om de komende jaren GGZ nascholing te gaan volgen wordt niet door dit aanbod beïnvloed: dat schommelt in alle gevallen rond de 90%.

### 5.3 Ontwikkelingen in deskundigheidsbevordering AMW

#### *Beleidsplan deskundigheidsbevordering*

Aan de instellingen voor AMW is gevraagd in hoeverre er een schriftelijk vastgelegd beleidsplan voor deskundigheidsbevordering van uitvoerend maatschappelijk werkers aanwezig is. Uit tabel 5.4 blijkt dat in 2003 bij ruim helft van de instellingen een beleidsplan aanwezig was en bij 32% van de instellingen was dit in ontwikkeling. In 2001 was er minder vaak een schriftelijk beleidsplan aanwezig, te weten bij eenderde deel van de instellingen.

Tabel 5.4 Aanwezigheid plan voor deskundigheidsbevordering voor uitvoerend AMW in 2001 en 2003

*Bron: NIVEL- enquêtes onder AMW- instellingen*

Aanwezigheid plan deskundigheidsbevordering	% 2001 n=98	% 2003 n=90
Ja	32	51*
Nee	28	17*
In ontwikkeling	41	32

\* p<.05

#### *Deskundigheidsbevorderende activiteiten*

In tabel 5.5 is te zien welke onderwerpen in 2000 en 2002 een hoge prioriteit hebben gekregen in de bij- en nascholing van uitvoerend maatschappelijk werkers. In 2002 werd minder prioriteit gelegd bij materieel-sociale problematiek. Hoewel de andere verschillen niet significant zijn, zijn er wel een paar trends zichtbaar. Psychosociale problematiek heeft ten opzichte van 2000 bij minder instellingen een hoge prioriteit gekregen in 2002, maar blijft volgens de instellingen het meest relevante onderwerp voor bij- en nascholing. Het percentage instellingen dat psychiatrie als hoge prioriteit heeft is toegenomen. Dit

heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat hierover recentelijk een deskundigheidsbevorderende cursus is geïmplementeerd in de AMW-instellingen (zie interim-rapportage 2003, hoofdstuk 3). Relatieproblematiek had in 2002 evenveel prioriteit als in 2000. Overigens zijn er in 2002 per instelling gemiddeld minder onderwerpen aangekruist dan in 2000 (1,7 in 2002 versus 2,0 in 2000).

Tabel 5.5 Percentage instellingen dat een hoge prioriteit geeft aan bij- en nascholing van uitvoerend maatschappelijk werkers bij verschillende probleemcategorieën in 2000 en 2002

Bron: NIVEL- enquêtes onder AMW- instellingen

Probleemcategorie <sup>1</sup>	% AMW-instellingen met hoge prioriteit voor bij- en nascholing	
	2000 n=86	2002 n=65
Materieel sociale problematiek	45	29*
Relatieproblematiek	33	34
Psychosociale problematiek	70	57
Psychiatrie	20	28
Anders	33	19

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

\* p<.05

#### *Deskundigheidsbevordering op het gebied van GGZ*

Het aantal GGZ-deskundigheidsbevorderende activiteiten waaraan AMW-instellingen deelnemen is gedaald tussen 2000 en 2002: gemiddeld is in 2000 per instelling deelgenomen aan 2,8 GGZ-deskundigheidsbevorderende activiteiten; in 2002 was dat gemiddeld 1,8 activiteit. Wel waren er in 2002 per instelling meer uitvoerend maatschappelijk werkers die deelnamen aan meerdaagse training of cursussen, workshops of overige activiteiten: gemiddeld was de deelname per instelling 37% in 2000 en 50% in 2002 (zie bijlage 5, tabel 1). Hoewel er minder activiteiten leken te zijn in 2002 werd er dus wel intensiever deelgenomen aan de activiteiten. Onderwerpen van GGZ-deskundigheidsbevordering die regelmatig genoemd werden zijn: psychopathologie, hulpverlening aan allochtonen, psychiatrie, depressie en rouwverwerking.

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

Binnen AMW-instellingen zijn verschillende activiteiten die kunnen bijdragen aan de deskundigheidsbevordering van uitvoerend maatschappelijk werkers: intervisiebijeenkomsten, casuïstiekbesprekingen, deelname aan verbeterteams of verbeterprojecten, werkbegeleiding en consultatie bij andere GGZ-hulpverleners. Aan de instellingen is gevraagd hoe vaak uitvoerend AMW-ers binnen de instellingen in 2000 en 2002 hebben deelgenomen aan de diverse activiteiten.

Hierin blijken weinig verschillen zijn tussen beide jaren (zie bijlage 5, tabel 2). In beide jaren werd het meest deelgenomen aan casuïstiekbesprekingen, werkbegeleiding en

interviewbijeenkomsten. In 2002 werd iets minder regelmatig deelgenomen aan verbeterteams.

## **5.4 Ontwikkelingen in deskundigheidsbevordering bij eerstelijnspsychologen**

### *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 volgde in 2002 bij- en nascholing op het gebied van GGZ in het kader van een opleiding, resulterend in een kwalificatie of diploma. Daarvan was 13% nog bezig met de opleiding tot eerstelijnspsycholoog en ruim 33% met de opleiding voor gezondheidszorgpsycholoog. Minimaal 27% van de genoemde opleidingen betrof de opleiding tot psychotherapeut, en eveneens 27% viel 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 besteedden in 2002 gemiddeld 200 uur per jaar aan bij- en nascholing, terwijl dit voor respondenten die geen opleiding volgen 88 uur per jaar was. Omgerekend bleken eerstelijnspsychologen gemiddeld 1,5 uur per week 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 in de periode 2000-2002 bij- of nascholing gevolgd. Hoofdthema's waren diagnostiek en behandeling: respectievelijk 76% en 68% van de respondenten heeft hierover de afgelopen twee jaar cursussen gevolgd. Drieëntwintig procent heeft in 2000-2002 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. Thema's waarover de respondenten bij- en nascholing gevolgd hebben en voor de toekomst zouden wensen staan vermeld in bijlage 2 van de interim rapportage 2003. Het grootste deel van de respondenten (92%) had ook wensen tot bij- of nascholing in de toekomst. Daarvan dacht 86% deze in 2003-2004 daadwerkelijk te gaan volgen.

### *Behandelde problematiek in bij- en nascholing*

Depressiviteitsklachten, burnout-klachten, relatieproblemen, trauma/rouw/scheiding en fobieën/angsten zijn probleemgebieden die in 2002 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 van de tweede interim rapportage, Meijer et al., 2003). Respondenten hebben gemiddeld over 6,7 probleemgebieden bij- en nascholing gevolgd. Problematiek met betrekking tot relaties, trauma/rouw/scheiding en burn-out zijn de meest gewenste onderwerpen voor bij- en nascholing. Ook identiteits- en zelfbeeldproblematiek, gezinsproblemen, seksuele problemen en levens- en zingevingsproblemen zijn veelgewenste onderwerpen. De wens om bij-/nascholing te

volgen op het gebied van gedragsproblemen, assertiviteitsproblemen en verslavingsproblematiek was laag.

#### *Intervisie en supervisie*

Bijna alle respondenten hadden interventie in 2002 (97%). Daarvan had 7% interventie in het kader van de kwalificatie tot eerstelijnspsycholoog (begeleide interventie). De frequentie van interventie was gemiddeld 17 keer per jaar. De interventie vond in de meeste gevallen plaats met andere eerstelijnspsychologen (74%). Achtendertig procent van de respondenten gaf aan dat de interventie (ook) binnen de eigen groepspraktijk plaatsvindt. Andere genoemde opties (24%) waren: interventie met andere - niet eerstelijns - psychologen, psychotherapeuten of psychiaters. Tweeëntwintig procent van de respondenten kreeg in 2002 supervisie. De frequentie daarvan was gemiddeld 2,5 keer per maand.

Bij zowel interventie als supervisie kwamen bij vrijwel iedereen casuïstiek en diagnostiek aan de orde. Andere onderwerpen die regelmatig besproken werden zijn praktijkvoering en kwaliteit (72%), ethiek (68%), methoden en technieken (64%) en aanmelding en intake (61%). Deze onderwerpen komen bij interventie vaker aan de orde dan bij supervisie. Persoonlijk functioneren als onderwerp bij supervisie werd door 70% van de respondenten genoemd.

## **5.5 Samenvatting en conclusies**

#### *Huisartsen*

Evenals in de periode 1999-2001 hebben bijna alle huisartsen de afgelopen twee jaar nascholing gevolgd op het gebied van de GGZ. Depressie, persoonlijkheidsstoornissen, dementie, delier en fobie/paniekstoornis zijn daarbij de meest gevolgde onderwerpen. Huisartsen volgen gemiddeld 5,5 uur nascholing per jaar op het gebied van GGZ, een half uur minder dan in de periode 1999-2001. Vergeleken met 1999-2001 zijn huisartsen vaker nascholing gaan volgen over persoonlijkheidsstoornissen en delier. Het merendeel van de huisartsen wenst ook in de toekomst nascholing te volgen over GGZ-problematiek. Daarbij zijn geen verschuivingen opgetreden in de afgelopen twee jaar. De onderwerpen die het hoogst scoren op de gewenste nascholing zijn ADHD/opvoedingsmoeilijkheden, onverklaarde lichamelijke klachten, persoonlijkheidsstoornissen en post-traumatisch stress-syndroom. Ook in 2001 scoorden deze onderwerpen het hoogst. De wens tot nascholen op het gebied van relatieproblemen en werkproblemen was zowel in 2001 als in 2003 relatief laag.

Voor wat betreft de *aanbodkant* van nascholing is gekeken naar ontwikkelingen in het aantal verschillende cursussen (inclusief herhalingen) dat is aangeboden voor huisartsen. Bijna de helft van de aangeboden cursussen was in de periode 2000-2002 gericht op generieke onderwerpen. In 1996-1998 was dit nog eenderde deel. Het aantal aangeboden generieke cursussen is dus sterk toegenomen in de afgelopen jaren. Dit geldt met name voor het aanbod van zorg- en maatschappij-georiënteerde organisaties en PAOG's / universiteiten. Het aanbod van commerciële organisaties blijft onveranderd grotendeels specifiek. Bij de generieke onderwerpen bestond het aanbod in beide inventarisatieperiodes vooral uit cursussen gericht op de communicatie tussen huisarts en patiënt. Het



aanbod van specifieke onderwerpen was in 2000-2002 vooral gericht op depressie en angststoornissen. In 1996-1998 vormden seksuele problemen, depressie en angststoornissen een groot deel van het specifieke cursusaanbod. Depressie en angststoornissen zijn blijkbaar onderwerpen die over een langere periode regelmatig aangeboden worden, terwijl het aanbod over seksuele problemen periode-afhankelijk was. De bevinding dat depressie en angststoornissen veel voorkomende nascholingsonderwerpen zijn onder huisartsen komt overeen met het feit dat hierover ook relatief veel cursussen zijn aangeboden in de afgelopen jaren. De populariteit onder huisartsen van onderwerpen als delier, dementie en persoonlijkheidsstoornissen blijkt echter niet rechtstreeks uit het cursusaanbod, alhoewel het cursusaanbod over grote psychiatrie (waaronder persoonlijkheidsstoornissen) wel licht is toegenomen. Analyse van het aanbod op DHV-niveau wijst uit dat in vijftien van de 23 districten educatieve interventies zijn geïmplementeerd waar de DHV en/of de regionale Werkgroep Deskundigheidsbevordering een rol in heeft gespeeld. In totaal ging het om vijftientig verschillende educatieve interventies. Het gemiddeld aantal uren gevolgd GGZ-nascholing tussen 2001 en 2003 blijkt niet gerelateerd te zijn aan dit aanbod, evenmin als het plan om in de komende jaren GGZ nascholing te gaan volgen.

#### *AMW*

Instellingen voor AMW hebben in toenemende mate een beleidsplan voor deskundigheidsbevordering voor uitvoerend maatschappelijk werkers. Bij ruim de helft van de instellingen was in 2003 een dergelijk plan aanwezig, ten opzichte van een derde in 2001. Psychosociale problematiek bleef in 2003 het meest relevante thema voor bij- en nascholing bij het AMW en kreeg aanzienlijk vaker hoge prioriteit dan materieel sociale problematiek. Er zijn enkele trendmatige verschillen gevonden tussen 2001 en 2003: vergeleken met 2001 heeft psychosociale problematiek in 2003 minder vaak een hoge prioriteit gekregen, maar psychiatrie had daarentegen in toenemende mate prioriteit, wat waarschijnlijk samenhangt met het feit dat hierover recentelijk een deskundigheidsbevorderende cursus is geïmplementeerd in de AMW-instellingen. Hoewel er in 2002 minder deskundigheidsbevorderende activiteiten op GGZ-gebied per AMW-instelling leken te zijn dan in 2000, werd er binnen de instellingen in 2002 wel intensiever deelgenomen aan de activiteiten. Onderwerpen die regelmatig genoemd werden zijn: psychopathologie, hulpverlening aan allochtonen, psychiatrie, depressie en rouwverwerking.

#### *Eerstelijnspsychologen*

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 met behulp van 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.

### *Conclusies*

Voor *huisartsen* was er naast de subsidie via het samenwerkingsconvenant een apart budget om hen te ondersteunen in GGZ-taken en de kwaliteit van GGZ-zorg te verbeteren. De koepelorganisatie van huisartsen heeft een deel van het geld ingezet voor deskundigheidsbevorderende activiteiten. Deze zijn gericht op het ontwikkelen van een kaderopleiding waarmee huisartsen worden opgeleid om deskundigheidsontwikkeling op het gebied van de GGZ te stimuleren en mede uit te voeren. Bovendien wordt er allerlei nieuw GGZ-nascholingsmateriaal ontwikkeld. De producten die moeten voortvloeien uit deze activiteiten waren in de evaluatieperiode nog niet of slechts deels geïmplementeerd en dus nog niet beschikbaar voor de huisartsen zelf. Op grond van de beleidsmaatregelen is dus niet direct te verwachten dat huisartsen meer tijd besteden aan deskundigheidsbevordering of meer wensen hebben op dat gebied. Evenmin is in dit stadium een toegenomen aanbod te verwachten, omdat de producten nog in ontwikkeling zijn. Echter, de toegenomen activiteiten van de koepelorganisatie rondom het thema GGZ (zie hoofdstuk 3.4 van dit rapport) zouden in theorie wel kunnen leiden tot meer interesse bij huisartsen voor dit onderwerp en daardoor meer belangstelling voor GGZ bij- en nascholing. Uit de resultaten blijkt dat de hoeveelheid tijd die huisartsen aan nascholing op het gebied van GGZ besteden niet is toegenomen tijdens de evaluatieperiode. Ook de resultaten van het nascholingsaanbod op DHV-niveau geven geen relatie weer tussen aanbod en belangstelling voor GGZ-gerelateerde nascholing. Het is mogelijk dat hierin op termijn wel verandering optreedt: nadat het ontwikkelde nascholingsmateriaal is geïmplementeerd en nadat een aantal huisartsen de kaderopleiding hebben afgerond en zich gericht kunnen inzetten om de deskundigheidsbevordering op het gebied van GGZ bij huisartsen te stimuleren.

Vanuit het samenwerkingsconvenant is door de koepelorganisatie van het *AMW* ook geïnvesteerd in deskundigheidsbevordering: er zijn verscheidene cursussen ontwikkeld en in 2002 geïmplementeerd: psychopathologie/psychiatrie, rapporteren en multidisciplinair samenwerken (zie hoofdstuk 3.4 van dit rapport). Voor *AMW*-instellingen is er dus meer aanbod gekomen op het gebied van GGZ-bij- en nascholing. Op grond hiervan kan verwacht worden dat er binnen *AMW*-instellingen tijdens de evaluatieperiode in toenemende mate deskundigheidsbevorderende activiteiten op het gebied van GGZ plaatsvonden. Uit de resultaten blijkt dat er gemiddeld binnen instellingen juist minder activiteiten op dat gebied waren. Per instelling hebben echter wel méér *AMW*-ers deelgenomen aan GGZ-bij- en nascholing. De betrokkenheid binnen instellingen bij het GGZ-nascholingsaanbod lijkt dus wel te zijn toegenomen. Het feit dat de hoeveelheid activiteiten niet is toegenomen is te verklaren vanuit het feit dat nog slechts een deel van de *AMW*-instellingen gebruik heeft kunnen maken van het ontwikkelde cursusaanbod; niet alle instellingen hadden hiervoor tijd en geld beschikbaar.

Bij *eerstelijnspsychologen* is vanuit het samenwerkingsconvenant extra aandacht besteed aan deskundigheidsbevordering via het thema begeleide supervisie. Verder is er een Werkgroep Deskundigheidsbevordering Eerstelijnspsychologen opgericht die lacunes op het gebied van bij- en nascholing in kaart brengt en op basis daarvan aanbevelingen ontwikkelt voor toekomstig bij- en nascholingsaanbod. Gezien aard van de deskundigheidsbevorderende activiteiten bij eerstelijnspsychologen die voortkomen uit

de beleidsmaatregelen is er niet direct een effect te verwachten op de gevolgde of gewenste bij- en nascholing bij deze groep. Het doel was dan ook niet om ontwikkelingen in bij- en nascholing te schetsen binnen de evaluatieperiode, maar uitsluitend om informatie te geven over de stand van zaken in 2002. Deze informatie kan als basis dienen voor toekomstige ontwikkelingen in deskundigheidsbevordering bij eerstelijnspsychologen op grond van de activiteiten vanuit het samenwerkingsconvenant. Over het geheel genomen kan geconcludeerd worden dat de deskundigheidsbevorderende activiteiten bij alle drie de eerstelijnsdisciplines nog niet tot concrete effecten hebben kunnen leiden binnen de evaluatieperiode. De activiteiten zijn nog niet voldoende geïmplementeerd om effecten te kunnen verwachten.

Ondanks het ontbreken van meetbare effecten lijkt er wel een positieve ontwikkeling op gang gebracht te zijn, in die zin dat bij- en nascholingsactiviteiten bij huisartsen en het AMW in toenemende mate gericht zijn op psychiatrische problematiek. De toegenomen belangstelling voor persoonlijkheidsproblematiek wijst erop dat deze disciplines breder georiënteerd zijn op het gebied van GGZ-problematiek. Dit is een gewenste ontwikkeling, omdat een bredere kennis van GGZ-problematiek kan bijdragen aan een betere herkenning van psychische en sociale problemen binnen de eerstelijns. Huisartsen en AMW-ers kunnen daardoor beter beoordelen welke patiënten binnen de eerstelijns behandeld kunnen worden en welke patiënten gezien de ernst van hun problematiek doorverwezen moeten worden naar de tweedelijns GGZ.



## 6 Samenwerking

### 6.1 Inleiding

Bevordering van samenwerking tussen huisartsen, AMW, eerstelijnspsychologen en de gespecialiseerde GGZ is een voorwaarde om tot een sterke en samenhangende eerstelijns GGZ te komen. De financiële maatregelen van VWS die deze samenwerking stimuleren hebben geleid tot het Korte Lijnen project, het Diabolo project en de Consultatieregeling. In dit hoofdstuk worden de ontwikkelingen in de samenwerking tussen 2000 en 2003 geschetst.

Gegevens die gebruikt zijn om ontwikkelingen in de samenwerking vanuit huisartsen in kaart te brengen zijn afkomstig van de huisartsenenquête uit 2001 en 2003 (zie hoofdstuk 2 van dit rapport). De resultaten hiervan worden in paragraaf 6.2 beschreven. Er is gekeken naar bekendheid met het AMW, eerstelijnspsychologen en de gespecialiseerde GGZ, de frequentie, inhoud en kwaliteit van berichtgeving aan huisartsen, en naar de frequentie, kwaliteit en inhoud van overleg met de genoemde GGZ-disciplines. Gegevens over ontwikkelingen in de samenwerking vanuit het AMW zijn afkomstig van de cliëntenregistratie AMW (2000 en 2002) en van de AMW-enquête (2001 en 2003). Deze resultaten zijn weergegeven in paragraaf 6.3. Er is gekeken naar contacten met hulpverleners buiten het AMW, type overlegpartner, frequentie, kwaliteit en inhoud van overleg met huisartsen, eerstelijnspsychologen en de gespecialiseerde GGZ, en (afspraken over) berichtgeving. Ontwikkelingen in de samenwerking vanuit eerstelijnspsychologen zijn afkomstig van de enquête onder eerstelijnspsychologen 2002 en staan beschreven in paragraaf 6.4. Er is gekeken naar dezelfde onderwerpen als bij huisartsen. Een beschrijving van de gegevensverzameling staat in het methodehoofdstuk van dit eindrapport (hoofdstuk 2). Paragraaf 6.5 bevat een samenvatting en conclusies over de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ en met de gespecialiseerde GGZ.

### 6.2 Ontwikkelingen in samenwerking vanuit huisartsen

#### 6.2.1 Samenwerking met de eerstelijns GGZ

##### *Bekendheid met de eerstelijns GGZ*

Om de bekendheid van huisartsen met de eerstelijns GGZ te onderzoeken is gevraagd of huisartsen informatie hebben over spreekuurtijden, aanmelding van cliënten, namen van hulpverleners, het hulpverleningsaanbod, mogelijkheden om advies te vragen en wachtlijsten bij het AMW en eerstelijnspsychologen. Huisartsen blijken bekender geworden te zijn met de spreekuurtijden van het AMW, maar hebben minder zicht gekregen op de wachtlijsten bij het AMW. Bij de overige aspecten blijkt geen verschil te zijn tussen 2001 en 2003 in de bekendheid van huisartsen met de eerstelijns GGZ (zie

Tabel 6.1). Huisartsen zijn over het geheel genomen dus niet bekender geworden met het AMW en eerstelijnspsychologen ten gevolge van de maatregelen.

Tabel 6.1 Percentage huisartsen dat informatie heeft over verschillende aspecten van de eerstelijns GGZ

Bron: Enquêtes huisartsen (NIVEL/WOK)

Informatie over:	AMW		Eerstelijnspsychologen	
	2001 n=1314	2003 n=1340	2001 n=1303	2003 n=1340
Spreekuurtijden	56	61**	41	41
Aanmelding cliënten	86	86	79	81
Namen hulpverleners	55	53	77	75
Hulpverleningsaanbod	63	65	64	67
Mogelijkheden om advies te vragen	53	50	52	50
Wachlijsten	48	42**	47	43

\*\* p<.01

#### Berichtgeving

Om de samenwerking van huisartsen met het AMW en eerstelijnspsychologen in kaart te brengen is ook gevraagd naar de frequentie waarmee huisartsen bericht ontvangen van deze disciplines. Het percentage huisartsen dat regelmatig bericht ontvangt van het AMW over de voortgang van de hulpverlening is afgenomen ten opzichte van 2001, evenals het percentage huisartsen dat regelmatig bericht ontvangt van eerstelijnspsychologen over de intake van een patiënt (Tabel 6.2). De frequentie waarmee huisartsen bericht ontvangen van het AMW of eerstelijnspsychologen is dus niet toegenomen tussen 2001 en 2003, maar op sommige aspecten zelfs afgenomen. Over de intake en het resultaat van de hulpverlening wordt vaker bericht ontvangen dan over de voortgang van de hulpverlening. Huisartsen ontvangen beduidend vaker bericht van eerstelijnspsychologen dan van het AMW, vooral als het gaat om het resultaat van de hulpverlening. Dit was ook in 2001 al het geval.

De kwaliteit van de berichtgeving van eerstelijnspsychologen is volgens de respondenten onveranderd ten opzichte van 2001, maar de kwaliteit van de berichtgeving van het AMW werd in 2003 lager beoordeeld dan in 2001. Evenals in 2001 is het kwaliteitsoordeel over de berichtgeving gecorreleerd met de frequentie van berichtgeving: hoe vaker huisartsen bericht ontvangen van het AMW of eerstelijnspsychologen, hoe positiever zij de berichtgeving beoordelen (p<.01).

Tabel 6.2 Frequentie waarmee huisartsen bericht ontvangen van het AMW en eerstelijnspsychologen

Bron: Enquêtes huisartsen (NIVEL/WOK)

Frequentie van berichtgeving per onderwerp	% huisartsen			
	AMW		Eerstelijnspsychologen	
	2001 n=1297	2003 n=1324	2001 n=1284	2003 n=1306
<b>Intake</b>				
Bijna altijd	21	18	44	36**
Soms	24	21	33	37
Bijna nooit	55	62	23	27
<b>Voortgang hulpverlening</b>				
Bijna altijd	14	9	20	19
Soms	25	22	44	40
Bijna nooit	61	69**	36	41
<b>Resultaat hulpverlening</b>				
Bijna altijd	20	18	49	52
Soms	29	26	35	33
Bijna nooit	51	56	16	15
Kwaliteitsoordeel berichtgeving (1-10)	5.3	4.8**	6.8	6.7

\*\* p<.01

#### *Overleg over patiënten*

De frequentie waarmee huisartsen overleg hebben met het AMW is onveranderd ten opzichte van 2001: een kwart van de huisartsen heeft regelmatig overleg met het AMW (Tabel 6.3). Dit gebeurde met een frequentie van gemiddeld eens per 2.3 maanden. Ook de frequentie van overleg met eerstelijnspsychologen nauwelijks veranderd: 15% van de huisartsen had in 2003 regelmatig overleg met eerstelijnspsychologen, ten opzichte van 12% in 2001. In 2003 gebeurde dit met een frequentie van gemiddeld eens per 2.6 maanden.

De kwaliteit van het overleg met het AMW en eerstelijnspsychologen werd in 2003 vergelijkbaar beoordeeld als in 2001 (Tabel 6.3).

Tabel 6.3 Regelmaat van overleg over individuele patiënten tussen huisarts en AMW respectievelijk eerstelijnspsycholoog

Bron: Enquêtes huisartsen (NIVEL/WOK)

	AMW		Eerstelijnspsycholoog	
	2001 n=1305	2003 n=1341	2001 n=1294	2003 n=1333
% HA met regelmatig overleg	27	25	12	15
% HA met incidenteel overleg	43	43	63	59
% HA met nooit overleg	30	32	25	26
Kwaliteitsoordeel overleg (1-10)	7.4	6.8	7.6	7.2

### 6.2.2 Samenwerking met de gespecialiseerde GGZ

#### *Bekendheid met de gespecialiseerde GGZ*

De bekendheid van huisartsen met verschillende aspecten van de ambulante GGZ is toegenomen tussen 2001 en 2003. Deze gegevens staan beschreven in bijlage 6, tabel 1. Huisartsen hebben vooral informatie over de aanmelding van cliënten bij de ambulante GGZ: in 2003 was 91% van de huisartsen hiermee bekend; in 2001 was dat 84%. Daarnaast waren huisartsen relatief vaak op de hoogte van de mogelijkheden om advies te vragen (63% in 2001 en 69% in 2003) en van het hulpverleningsaanbod (58% in 2001 en 66% in 2003).

Huisartsen zijn eveneens bekender geworden met de andere tweedelijns GGZ-disciplines voor zover het de aanmelding van cliënten en het hulpverleningsaanbod betreft. Evenals in 2001 waren huisartsen over het algemeen relatief weinig bekend met spreekuurtijden en wachtlijsten bij de diverse disciplines.

#### *Berichtgeving*

De frequentie waarmee huisartsen bericht ontvangen van de gespecialiseerde GGZ is verbeterd tussen 2001 en 2003 voor zover het bericht over het resultaat van de behandeling betreft (Tabel 6.4). Hierin is een verbetering opgetreden voor alle disciplines met uitzondering van de vrijevestigde. Ook zijn huisartsen van de ambulante GGZ vaker bericht gaan ontvangen over de voortgang van de hulpverlening. Bij de andere disciplines zijn geen veranderingen geconstateerd in de berichtgeving van de gespecialiseerde GGZ over de intake en de voortgang van de hulpverlening (bijlage 6, tabel 2).

Meer dan driekwart van de huisartsen ontving bijna altijd bericht over de intake van de ambulante GGZ; een kwart van de huisartsen ontving van deze discipline bijna altijd bericht over de voortgang van de hulpverlening. De berichtgeving van de andere disciplines was minder frequent.



Tabel 6.4 Frequentie waarmee huisartsen zeggen bericht te ontvangen omtrent diverse stadia van de hulpverlening

Bron: *Enquêtes huisartsen (NIVEL/WOK)*

	Ambulante GGZ		Psychiatrie/PAAZ		Vrijgevestigde		Verslaving	
	2001 n=1240	2003 n=1319	2001 n=1130	2003 n=1139	2001 n=1106	2003 n=1104	2001 n=1201	2003 n=1253
<b>Resultaat</b>								
% HA bijna altijd	64	74**	66	73**	45	48	28	36**
% HA soms	30	22	26	21	38	36	35	33
% HA bijna nooit	7	4	8	5	18	17	37	30

\*\* p<.01

Huisartsen zijn de kwaliteit van de berichtgeving van de ambulante GGZ positiever gaan beoordelen in 2003: de waardering is gestegen van een 6.8 in 2001 naar een 7.0 in 2003 op een 10-puntsschaal (Tabel 6.5). De waardering voor de kwaliteit van de berichtgeving van de andere disciplines is niet veranderd.

Evenals in 2001 is het kwaliteitsoordeel over de berichtgeving gecorreleerd met de frequentie van berichtgeving: hoe vaker huisartsen bericht ontvangen van de gespecialiseerde GGZ, hoe positiever zij de berichtgeving beoordelen (Pearson r: p<.01).

Tabel 6.5 Kwaliteitsoordeel van huisartsen (cijfer van 1-10) over berichtgeving van de gespecialiseerde GGZ

Bron: *Enquêtes huisartsen (NIVEL/WOK)*

	2001	2003
Ambulante GGZ	6.8	7.0**
Psychiatrie/PAAZ	7.0	7.1
Vrijgevestigde	6.7	6.6
Verslavingszorg	5.9	5.9

\*\* p<.01

#### *Overleg over patiënten*

In de frequentie waarmee huisartsen overleggen met de gespecialiseerde GGZ is weinig veranderd ten opzichte van 2001, maar ze zijn wel vaker gaan overleggen met de ambulante GGZ (Tabel 6.6). Regelmatig overleg met de gespecialiseerde GGZ komt in 2003 nog steeds weinig voor, te weten bij niet meer dan 3-19% van de huisartsen.

Regelmatig overleg met de ambulante GGZ, komt het vaakste voor: bij 19% van de huisartsen. Deze huisartsen overleggen gemiddeld eens per 1.8 maanden met de ambulante GGZ (n=251, sd 1.7). Regelmatig overleg met de verslavingszorg komt slechts bij 3% van de huisartsen voor.

Tabel 6.6 Regelmaat van overleg over individuele patiënten tussen huisarts en de ambulante GGZ

Bron: Enquêtes huisartsen (NIVEL/WOK)

	2001 n=1214-1241	2003 n=1291-1332
<b>Ambulante GGZ</b>		
% HA met regelmatig overleg	13	19**
% HA met incidenteel overleg	63	57
% HA met nooit overleg	24	24

\*\* p < .01

De kwaliteit van overleg met de gespecialiseerde GGZ is toegenomen van een 6.8 in 2001 tot een 7.0 in 2003 (p < .01). Ook het overleg met de psychiatrie/PAAZ werd hoger beoordeeld, van een 6.6 in 2001 tot een 6.9 in 2003 (p < .01). Het overleg met de vrijgevestigde en de verslavingszorg is niet toegenomen, en werd in 2003 beoordeeld met respectievelijk een 7.0 en 6.3.

*Knelpunten in de samenwerking met de eerstelijns GGZ en de gespecialiseerde GGZ*

In de samenwerking met de eerstelijns GGZ ervaren huisartsen minder knelpunten in de wachttijd van het AMW en eerstelijnspsychologen (Tabel 6.7). Ook ervaren ze minder knelpunten om patiënten te verwijzen naar een eerstelijnspsycholoog.

Over het geheel genomen ervaren huisartsen in 2003 minder knelpunten in de samenwerking met de ambulante GGZ, waar op bijna alle geïnventariseerde knelpunten een verbetering is opgetreden: in de wachttijden, motivering van patiënten voor verwijzing naar de ambulante GGZ, de inzichtelijkheid van de organisatiestructuur, de mogelijkheden voor kortdurende behandeling, en in de adviezen over nazorg. Ook ervaren huisartsen in 2003 bij alle disciplines minder knelpunten in de wachttijden dan in 2001, met uitzondering van de verslavingszorg.

Tabel 6.7 Percentage huisartsen dat knelpunten in de samenwerking ervaart

Bron: Enquêtes huisartsen (NIVEL/WOK)

	2001 n=1336	2003 n=1141-1327
<b>1. Lange wachttijd</b>		
AMW	48	38**

	2001 n=1336	2003 n=1141-1327
Eerstelijnspsycholoog	44	37**
Regionale GGZ	81	69**
Vrijgevestigde	48	37**
Psychiatrie/PAAZ	59	51**
Verslavingszorg	39	38
<b>2. Moeilijk te motiveren voor verwijzing</b>		
AMW	13	11
Eerstelijnspsycholoog	8	5**
Regionale GGZ	47	37**
Vrijgevestigde	20	14**
Psychiatrie/PAAZ	39	31**
Verslavingszorg	63	60
<b>3. Geen inzichtelijke organisatiestructuur</b>		
AMW	26	31
Eerstelijnspsycholoog	11	14
Regionale GGZ	39	33**
Vrijgevestigde	15	21**
Psychiatrie/PAAZ	26	27
Verslavingszorg	35	38
<b>4. Onvoldoende gezamenlijke behandeling</b>		
AMW	27	29
Eerstelijnspsycholoog	21	20
Regionale GGZ	34	31
Vrijgevestigde	30	31
Psychiatrie/PAAZ	35	38
Verslavingszorg	36	44**
<b>5. Onvoldoende kortdurende behandeling</b>		
AMW	16	15
Eerstelijnspsycholoog	11	10
Regionale GGZ	33	23**
Vrijgevestigde	18	17
Psychiatrie/PAAZ	31	27
Verslavingszorg	23	25
<b>6. Advies over nazorg onvoldoende</b>		
AMW	31	29
Eerstelijnspsycholoog	18	16
Regionale GGZ	29	21**
Vrijgevestigde	23	20
Psychiatrie/PAAZ	27	24
Verslavingszorg	35	34

\*\* p<.01

### 6.3 Ontwikkelingen in samenwerking vanuit AMW

#### *Contacten met externe hulpverleners*

De cliëntenregistratie van het AMW geeft informatie over het type hulpverleners waarmee uitvoerend maatschappelijk werkers tijdens de behandeling contact contact hebben gehad in 2000 en 2002. Die contacten kunnen bestaan uit overleg, consultatie,

samenwerking of cotherapie. *Overleg* met een externe hulpverlener betreft het uitwisselen van informatie ten behoeve van adequate hulpverlening aan de cliënt, *consultatie* betreft het vragen van advies aan een andere hulpverlener over de te volgen werkwijze, bij *samenwerking* maakt de AMW-er concrete afspraken met een andere hulpverlener of instelling over de hulpverlening bij een cliënt, en bij *cotherapie* wordt de hulpverlening aan de cliënt gezamenlijk met een andere hulpverlener gegeven. Externe hulpverleners zijn bijvoorbeeld de huisarts of een andere hulpverlener uit de gezondheidszorg, welzijnsinstanties, justitiële instanties of gemeentelijke instanties.

In 2002 had het AMW bij gemiddeld 36% van haar cliënten tijdens behandeling contact met een externe hulpverlener, terwijl dit in 2000 nog 44% was. Een verklaring voor deze daling kan zijn dat cliënten in 2002 sneller doorverwezen werden in plaats van verder behandeld bij het AMW met hulp van een externe hulpverlener.

Als er contact was met een externe hulpverlener, betrof dit gemiddeld 4,4 contacten per cliënt (sd 2,3). Bijna de helft hiervan vond telefonisch plaats. Het percentage face-to-face contacten met externe hulpverleners (op de AMW-instelling zelf dan wel elders) was 42%. Hierin zijn geen veranderingen ten opzichte van 2000.

In tabel 6.8 zijn de eerder genoemde typen contact met externe hulpverleners weergegeven, welke in feite iets zeggen over de intensiteit van het contact. Uit de tabel blijkt dat het contact met externe hulpverleners vooral bestond uit overleg, gevolgd door samenwerking. Ten opzichte van 2000 zijn hierin geen grote veranderingen opgetreden. Wel is het percentage cliënten waarbij sprake was van consultatie is gestegen, van 12% in 2000 naar 18% in 2002. Ook het percentage cliënten waarbij het contact bestond uit samenwerking is licht gestegen van 30% in 2000 naar 35% in 2002. Er is geen verschil met 2000 in het percentage cliënten waarbij overleg of cotherapie plaatsvond.

Tabel 6.8 Type contact met externe hulpverleners

Bron: Cliëntenregistratie AMW 2000 en 2002

Type contact <sup>2</sup>	Gemiddeld % cliëntsystemen per instelling <sup>1</sup>	
	2000 n=39 inst.	2002 n=57 inst.
Overleg	79	78
Consultatie	12	18
Samenwerking	30	35
Coötherapie	2	1

<sup>1</sup> Het betreft percentages van de groep cliënten waarover contact is geweest met externe hulpverleners

<sup>2</sup> >1 type contact mogelijk

Uit tabel 6.9 blijkt dat er eveneens geen aantoonbare ontwikkeling is in het percentage cliënten waarover contact met de GGZ was. Van de groep cliënten waarover in 2000 contact was met een externe hulpverlener betrof dit in 14% van de gevallen contact met de GGZ; in 2002 was dit 17%. Als er overleg was met een externe hulpverlener, was dit relatief vaak met de huisarts: bij 27% van de cliënten in 2000 en bij 25% van de cliënten in 2002.

Tabel 6.9 Type externe hulpverlener waarmee contact is geweest

Bron: Cliëntenregistratie AMW 2000 en 2002 (NIVEL)

Type externe hulpverlener <sup>2</sup>	Gemiddeld % cliëntsystemen per instelling <sup>1</sup>	
	2000 n=39	2002 n=47
Huisarts	27	25
Lich. gezondheidszorg	9	11
GGZ	14	17
Maatsch werk <sup>3</sup>	21	17
Maatsch. Dienstverlening <sup>4</sup>	18	21
Justitie	11	12
Gemeente	21	24
Andere organisaties	34	33

<sup>1</sup> Het betreft percentages van de groep cliënten waarover contact is geweest met externe hulpverleners

<sup>2</sup> <1 type hulpverlener per cliëntstelsysteem mogelijk.

<sup>3</sup> Dit kan bijv. een andere afdeling, bedrijfs maatschappelijk werk of school maatschappelijk werk zijn

<sup>4</sup> Bijv. Bureau Slachtofferhulp, jeugdhulpverlening of maatschappelijke opvang

### *Berichtgeving*

Ook de enquête onder AMW-instellingen heeft informatie opgeleverd over de samenwerking met andere GGZ-hulpverleners. Er is onder andere gekeken naar ontwikkelingen in de berichtgeving van andere GGZ-disciplines aan het AMW. Over de hele linie is het percentage AMW instellingen dat berichtgevingsafspraken heeft met verwijzende huisartsen niet toegenomen (Tabel 6.10). Er is zelfs een trend dat het percentage AMW-instellingen dat berichtgevingsafspraken heeft over de voortgang van de hulpverlening is zelfs afgenomen van 51% in 2001 naar 35% in 2003. AMW-instellingen blijken zowel in 2001 als in 2003 met huisartsen het vaakst berichtgevingsafspraken te hebben over de aankomst van de cliënt, gevolgd door berichtgeving omtrent beëindiging van de hulpverlening.

Tabel 6.10 Percentage AMW-instellingen met vaste afspraken over de berichtgeving over cliënten aan verwijzende huisartsen in 2001 en 2003

*Bron: NIVEL-enquêtes onder AMW-instellingen*

Onderwerp waarover een vaste afspraak over berichtgeving is	% AMW instellingen met een vaste afspraak	
	2001 n=68-84	2003 n=63-81
Aankomst van de cliënt	81	74
Voortgang hulpverlening	51	35
Beëindiging hulpverlening	75	70
Resultaat hulpverlening	59	46

### *Frequentie van overleg*

Als onderdeel van samenwerking is ook gekeken naar de frequentie waarmee het AMW met andere GGZ-disciplines overlegt. Er is onderscheid gemaakt tussen contacten op het niveau van het management binnen de instellingen en contacten van uitvoerend maatschappelijk werkers met andere GGZ-hulpverleners.

In tabel 6.11 is weergegeven hoe vaak het management van de AMW-instellingen overleg heeft met andere organisaties van hulpverleners. Incidenteel overleg vindt niet op vaste tijdstippen plaats, regulier overleg wel.

Tabel 6.11 Frequentie van overleg van het **management** van AMW-instellingen met organisaties van hulpverleners in 2001 en 2003

Bron: NIVEL-enquêtes onder AMW-instellingen

Frequentie van overleg	% AMW-instellingen per overlegpartner					
	Org. van huisartsen		Org. van eerstelijnspsychologen		Ambulante GGZ	
	2001 n=91	2003 n=84	2001 n=84	2003 n=79	2001 n=97	2003 n=83
Geen overleg	30	17	66	48	12	2
Incidenteel overleg	45	52	31	37	35	31
Regulier overleg	25	31	4	15*	53	66*
<i>Totaal</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

\* p<.05

Als we kijken naar de ontwikkelingen tussen 2001 en 2003 blijkt dat het percentage instellingen dat incidenteel of regulier overleg heeft met organisaties op management-niveau is toegenomen. Dit geldt voor overleg met organisaties van eerstelijnspsychologen en de ambulante GGZ. Ook is er een trendmatige ontwikkeling naar meer overleg met organisaties van huisartsen ( $p < .01$ ). Het percentage AMW-instellingen dat geen overleg op management-niveau heeft met organisaties van eerstelijnspsychologen is afgenomen van 65% naar 48%. Hoewel dit percentage nog steeds vrij hoog is, lijkt er toch een trend te zijn naar meer overleg tussen AMW en eerstelijnspsychologen.

Regulier overleg op management-niveau vindt het vaakst plaats met ambulante GGZ-instellingen, te weten bij 66% van de responderende instellingen. Regulier overleg met organisaties van eerstelijnspsychologen vindt weinig plaats, te weten bij slechts 15% van de AMW-instellingen. Bijna de helft van de responderende AMW-instellingen heeft helemaal geen overleg op management-niveau met deze discipline.

In de enquête is ook gevraagd naar de frequentie van overleg met andere organisaties, welke voornamelijk bestonden uit bureau jeugdzorg, maar ook uit GGD, politie en verslavingszorg. De instellingen konden aankruisen of er incidenteel dan wel regulier overleg was met andere organisaties. In totaal hebben 29 instellingen deze vraag ingevuld in 2003 (32%); in 2001 hebben 40 instellingen deze vraag ingevuld (40%). Het is niet bekend of instellingen deze vraag hebben overgeslagen omdat er helemaal geen overleg is geweest op management-niveau of omdat het antwoord niet bekend was. Van alle instellingen heeft 17% in 2003 aangegeven dat er sprake was van incidenteel overleg met anderen, en 83% dat er sprake was van regulier overleg met anderen. In 2001 was dit percentage respectievelijk 23% en 78%. Er lijkt dus weinig tot geen toename van overleg te zijn tussen management van AMW en management van andere organisaties.

In tabel 6.12 is zichtbaar hoe vaak de instellingen hebben aangegeven dat uitvoerend maatschappelijk werkers binnen de instelling overleg hebben met andere hulpverleners. Instellingen konden per hulpverlener meerdere frequentie categorieën aankruisen; het

kan immers bijv. voorkomen dat maatschappelijk werkers binnen een instelling met een deel van de huisartsen geen overleg hebben, met een deel incidenteel overleggen en met een deel regulier overleg hebben.

Tabel 6.12 Frequentie van overleg van **uitvoerend maatschappelijk werkers** met andere hulpverleners in 2001 en 2003<sup>1</sup>

Bron: NIVEL-enquêtes onder AMW-instellingen

Frequentie van overleg	% AMW-instellingen per overlegpartner					
	Huisartsen		Eerstelijnspsychologen		Ambulante GGZ	
	2001 n=82	2003 n=82	2001 n=62	2003 n=63	2001 n=74	2003 n=70
Geen overleg	42	48	26	35	15	17
Incidenteel overleg	85	88	87	81	85	79
Regulier overleg	79	76	23	30	55	71*

<sup>1</sup> >1 antwoord per instelling mogelijk

\* p<.01

Als we kijken naar de ontwikkelingen tussen 2001 en 2003 valt op dat de frequentie van overleg van het AMW met de ambulante GGZ op uitvoerend niveau is toegenomen tussen 2001 en 2003 (tabel 6.12). In de overlegfrequentie van AMW met huisartsen en eerstelijnspsychologen is weinig veranderd. Driekwart van de AMW-instellingen had in 2003 met (tenminste een deel van de) huisartsen en de ambulante GGZ regulier overleg. AMW-ers hadden echter veel minder overleg met eerstelijnspsychologen: slechts 30% van de AMW-instellingen geeft aan dat er regulier overleg is met eerstelijnspsychologen.

In de enquête is ook gevraagd naar de frequentie van overleg op uitvoerend niveau met andere hulpverleners, waaronder vooral bureau jeugdzorg, maar ook thuiszorg, SPV en GGD. Deze vraag is in 2001 door slechts 25 AMW-instellingen ingevuld en in 2003 door slechts 23 AMW-instellingen. Van de instellingen die de vraag wel hebben ingevuld, is gekeken naar de ontwikkelingen tussen 2001 en 2003. Bij deze groep is het percentage AMW-ers dat geen overleg had sterk toegenomen, namelijk van 8% in 2001 naar 30% in 2003. Ook het percentage instellingen met incidenteel overleg is toegenomen, van 60% in 2001 naar 74% in 2003. Er is nauwelijks verandering in het percentage instellingen waarbij regulier overleg met anderen was: 52% in 2001 en 57% in 2003.

#### *Onderwerpen van overleg*

Als AMW-instellingen overleg hebben met andere eerstelijnsorganisaties op *management-niveau* heeft dit het vaakst betrekking op structurele aspecten van samenwerking, namelijk in 67% tot 85% van de AMW-instellingen. Er zijn geen statistisch significante veranderingen aan te tonen in overlegonderwerpen. Er lijkt echter wel sprake te zijn van een trendmatige ontwikkeling: bij overleg met organisaties van eerstelijnspsychologen kwamen structurele aspecten van samenwerking in 2003 wat



vaker aan de orde (bij 67% van de AMW-instellingen) dan in 2001 (bij 54% van de AMW-instellingen). Dit geldt nog meer voor cliëntoverstijgende inhoudelijke zaken (van 31% in 2001 naar 56% in 2003). Cliëntoverstijgende inhoudelijke zaken lijken bij overleg met de ambulante GGZ daarentegen minder aan de orde te komen, namelijk bij 79% van de instellingen in 2001 en bij 65% in 2003.

Tabel 6.13 Overlegonderwerpen op **management-niveau** van het AMW, uitgedrukt in percentage AMW-instellingen per overlegpartner in 2001 en 2003

Bron: NIVEL-enquêtes onder AMW-instellingen

Onderwerpen <sup>1</sup>	% AMW-instellingen per overlegpartner							
	Org. Van huisartsen		Org. van ELP-en		Ambulante GGZ		Anderen <sup>2</sup>	
	2001 n=64	2003 n=69	2001 n=26	2003 n=36	2001 n=77	2003 n=75	2001 n=40	2003 n=26
Structurele aspecten samenwerking	75	80	54	67	79	83	78	85
Cliëntoverstijgende inhoudelijke zaken	56	52	31	56	79	65	70	50
Anders	19	25	39	25	21	11	33	19

<sup>1</sup> > 1 onderwerp mogelijk

<sup>2</sup> bijv. bureau jeugdzorg, thuiszorg, SPV en GGD

Op *uitvoerend niveau* is het percentage AMW-instellingen dat overleg heeft met eerstelijnspsychologen over cliëntoverstijgende zaken toegenomen: in 2001 was dit bij 12% van de AMW-instellingen een overlegonderwerp, terwijl dit in 2003 voor 37% van de instellingen gold. Bij huisartsen is een tendens dat er wat meer over cliëntinhoudelijke zaken en wat minder over structurele aspecten van samenwerking overlegd wordt. Bij het overleg met de ambulante GGZ zijn er weinig ontwikkelingen in overlegonderwerpen tussen 2001 en 2003. Over het algemeen valt op dat er op uitvoerend niveau weinig overlegd wordt tussen AMW en eerstelijnspsychologen over structurele aspecten van samenwerking en over cliëntoverstijgende inhoudelijke zaken.

Tabel 6.14 Overlegonderwerpen op het niveau van **uitvoerend** AMW, uitgedrukt in percentage AMW-instellingen per overlegpartner in 2001 en 2003

Bron: NIVEL-enquêtes onder AMW-instellingen

Onderwerpen <sup>1</sup>	% AMW-instellingen per overlegpartner							
	Huisartsen		Eerstelijnspsychologen		Ambulante GGZ		Anderen	
	2001 n=91	2003 n=88	2001 n=58	2003 n=54	2001 n=83	2003 n=81	2001 n=28	2003 n=24
Informatie over afzonderlijke cliënten	99	100	97	96	95	95	86	100
Structurele aspecten samenwerking	58	50	9	17	59	58	61	58
Cliëntoverstijgende inhoudelijke zaken <sup>2</sup>	51	61	12	37**	60	56	64	63
Andere onderwerpen	4	11	2	2	8	14	14	13

<sup>1</sup> > 1 onderwerp mogelijk

\*\* p<.01

#### *Samenwerking via projecten*

AMW-instellingen zijn in toenemende mate betrokken bij projecten ter versterking van de eerstelijns GGZ. Het percentage AMW-instellingen dat *niet* betrokken is bij een dergelijk project is afgenomen van 36% in 2001 tot 14% in 2003 (Tabel 6.15). De toegenomen projectdeelname van AMW-instellingen is terug te vinden bij alle genoemde typen projecten, met uitzondering van de kwaliteitsbevorderende projecten.

Tabel 6.15 Percentage AMW-instellingen met projecten ter versterking van de eerstelijns GGZ in 2001

Bron: NIVEL-enquêtes onder AMW-instellingen

Project en doel <sup>1</sup>	% AMW-instellingen	
	2001 (n=94)	2003 (n=90)
Geen project	36	14*
Consultatie vanuit tweedelijns GGZ	45	64*
Samenwerking eerstelijns	35	61*
Kwaliteit bevordering	18	27
Deskundigheidsbevordering	18	41*

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

## 6.4 Ontwikkelingen in samenwerking vanuit eerstelijnspsychologen

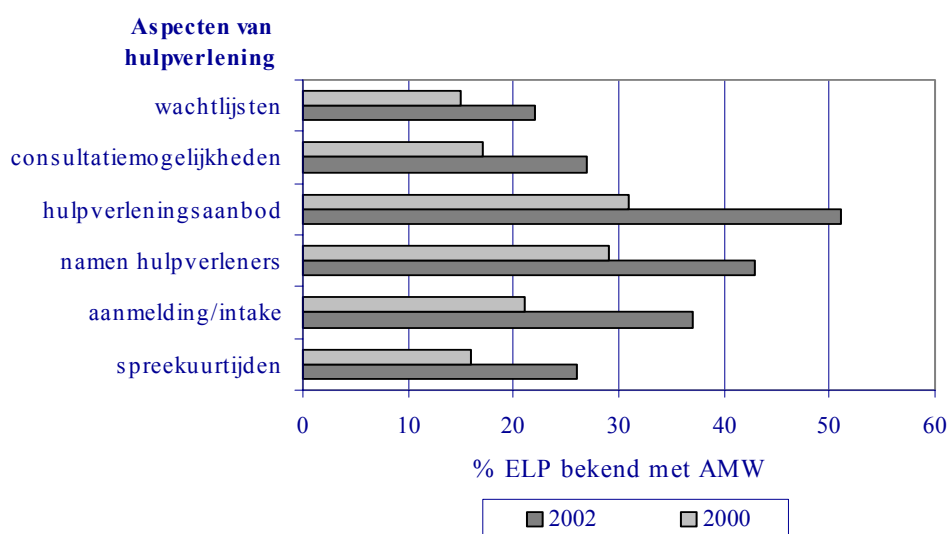
### 6.4.1 Samenwerking binnen de eerstelijns GGZ

#### *Bekendheid met het AMW*

De bekendheid van eerstelijnspsychologen met het AMW is op alle aspecten toegenomen tussen 2000 en 2002 ( $p < .01$ , Figuur 5.2). Eerstelijnspsychologen bleken het meest op de hoogte te zijn van het hulpverleningsaanbod; dit geldt voor 51% van de respondenten. Ook de namen van hulpverleners waren redelijk bekend, nl. bij 43% van de respondenten.

Figuur 6.2: Percentage eerstelijnspsychologen (ELP) dat in 2000 en 2002 op de hoogte is van verschillende aspecten bij het AMW (n=404)

Bron: Enquêtes eerstelijnspsychologen (Trimbos/NIVEL)



#### *Berichtgeving tussen eerstelijnspsychologen en huisartsen/AMW*

In 88-92% van de gevallen ontving de eerstelijnspsycholoog in 2002 zelden tot nooit bericht van het AMW na verwijzing daar naartoe; 3-7% kreeg meestal bericht. Het is niet bekend in hoeverre de frequentie van berichtgeving is veranderd ten opzichte van 2000. De kwaliteit van de berichtgeving van het AMW is nauwelijks veranderd tussen 2000 en 2002 en werd in beide jaren als onvoldoende beoordeeld: een 4.3 in 2000 en een 4.6 in 2002.

Van huisartsen kreeg 28% van de eerstelijnspsychologen een aanmeldingsbrief na verwijzing van een patiënt. De helft van de respondenten ontving soms een aanmeldingsbrief, terwijl 20% deze zelden of nooit krijgt. Het grootste deel van de eerstelijnspsychologen had in 2002 vaste afspraken over terugkoppeling van informatie naar huisartsen; bij ééntiende deel van de respondenten bestonden afspraken over terugkoppeling van informatie naar het AMW. Over informatieterugkoppeling van het AMW naar eerstelijnspsychologen zijn bij 4-9% van de respondenten afspraken gemaakt.

### Overleg

Vergeleken met het jaar 2000 is de frequentie van overleg met de andere twee eerstelijnsdisciplines toegenomen (tabel 6.16). 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). Het percentage huisartsen en AMW-instellingen waarmee regelmatig overleg is, is niet toegenomen ten opzichte van het jaar 2000.

De eerstelijnspsychologen hadden met de meeste huisartsen en AMW-instellingen waarmee ze samenwerken incidenteel overleg (Tabel 6.16). Met 12% van de huisartsen en 7% van de AMW-instellingen hadden ze regelmatig overleg.

De kwaliteit van het overleg met zowel huisartsen als AMW-instellingen werd in 2002 hoger gewaardeerd dan in 2000. 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 ( $p < .05$ ).

Het overleg met huisartsen had 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 had vooral betrekking op de noodzaak tot verwijzing (genoemd door 76% van de respondenten).

Tabel 6.16 Gemiddeld percentage huisartsen en AMW-instellingen waarmee eerstelijnspsychologen nooit, incidenteel dan wel regelmatig **overleg** hebben **over patiënten**

Bron: Enquêtes eerstelijnspsychologen (Trimbos/NIVEL)

	Gemiddeld % huisartsen		Gemiddeld % AMW-instellingen	
	2000 n=189-317	2002 n=253-365	2000 n=189-317	2002 n=253-365
Nooit	22 <sup>1</sup>	19 <sup>1</sup>	21 <sup>3</sup>	16 <sup>3</sup>
incidenteel	65 <sup>2</sup>	68 <sup>2</sup>	69 <sup>4</sup>	75 <sup>4</sup>
regelmatig	13	12	6	7
Kwaliteitsoordeel overleg	7,0	7,3	5,7	6,0

<sup>1,2,4</sup>  $p < .01$ ; <sup>3</sup>  $p < .05$

### 6.4.2 Samenwerking met de tweedelijns GGZ

#### Bekendheid met tweedelijns GGZ

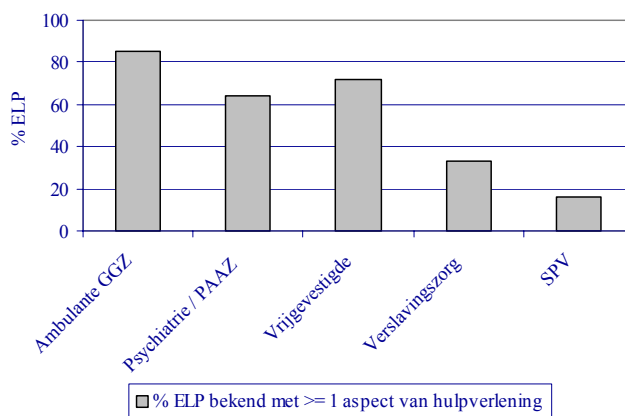
Gevraagd is in hoeverre de eerstelijnspsychologen in 2002 op de hoogte zijn van de spreekuurtijden, aanmeldings-/intakeprocedure, namen van de hulpverleners, hulpverleningsaanbod, consultatiemogelijkheden en wachtlijsten bij de verschillende tweedelijns GGZ-instellingen. De eerstelijnspsychologen bleken het meest bekend te zijn

met de ambulante GGZ (Figuur 6.4). Gemiddeld was 85% van hen op de hoogte van tenminste één van de genoemde aspecten van de hulpverlening binnen de ambulante GGZ. De bekendheid met de verslavingszorg en SPV was laag.

Bij de ambulante GGZ waren eerstelijnspsychologen het beste op de hoogte van de aanmeldings-/intakeprocedure en het hulpverleningsaanbod. Met de namen van hulpverleners en de spreekuurtijden waren ze minder goed bekend. Bij de vrijgevestigden waren ze het beste op de hoogte van de namen van de hulpverleners. Het is niet bekend in hoeverre de bekendheid van eerstelijnspsychologen met de tweedelijns GGZ veranderd is tussen 2000 en 2002.

Figuur 6.4 Percentage eerstelijnspsychologen dat in 2002 bekend was met hulpverleningsaspecten van de tweedelijns GGZ (n=338)

Bron: Enquêtes eerstelijnspsychologen (Trimbos/NIVEL)



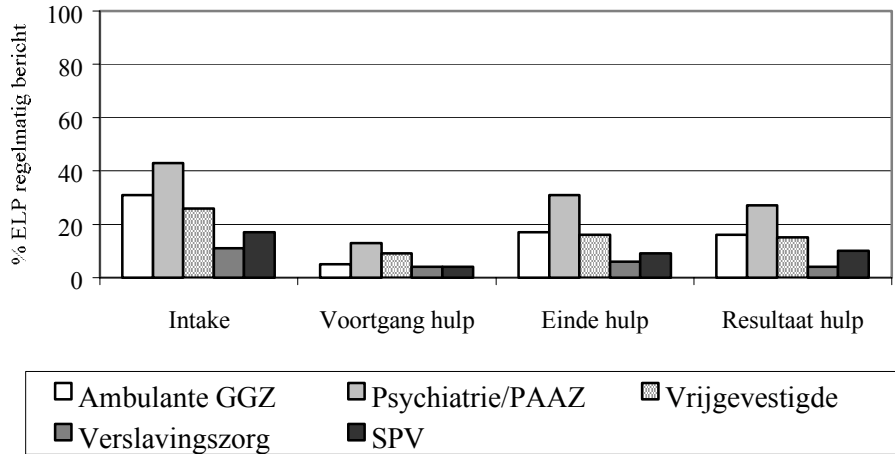
Ook uit het gemiddeld aantal hulpverleningsaspecten waarmee eerstelijnspsychologen bekend zijn bleek dat de bekendheid met de ambulante GGZ het grootst was: ze waren op de hoogte van gemiddeld 3.1 hulpverleningsaspecten. Ook met de vrijgevestigde leken ze redelijk goed bekend: daarbij zijn ze op de hoogte van gemiddeld 2.7 hulpverleningsaspecten. Van de hulpverlening bij de verslavingszorg en de SPV waren ze slechts bekend met gemiddeld minder dan 1 hulpverleningsaspect.

#### Berichtgeving

Aan de respondenten is gevraagd hoe vaak ze in 2002 bericht ontvangen van de tweedelijns GGZ wanneer een cliënt naar de betreffende GGZ - hulpverlener is verwezen (Figuur 6.5). De eerstelijnspsychologen ontvingen het vaakst bericht van de psychiatrie/PAAZ. Het is niet bekend of de frequentie van berichtgeving is veranderd tussen 2000 en 2002. In het algemeen wordt over de intake het vaakst bericht ontvangen en over de voortgang van de hulp het minst vaak.

Figuur 6.5 Percentage eerstelijnspsychologen (ELP) dat in 2002 regelmatig bericht heeft ontvangen van de tweedelijns GGZ (n=90-268)

Bron: Enquêtes eerstelijnspsychologen (Trimbos/NIVEL)



De kwaliteit van de berichtgeving gestegen tussen 2000 en 2002. De kwaliteit van de berichtgeving (Tabel 5.4) van de psychiatrie/PAAZ werd het hoogst gewaardeerd (6.6); die van de SPV het laagst (4.8).

Tabel 6.17 Oordeel van eerstelijnspsychologen over de kwaliteit berichtgeving van de tweedelijns GGZ

Bron: Enquêtes eerstelijnspsychologen (Trimbos/NIVEL)

	Rapportcijfer 1-10 n=32-191	
	2000	2002
Ambulante GGZ	5,4 <sup>1</sup>	5,8 <sup>1</sup>
Psychiatrie/PAAZ	6,4 <sup>2</sup>	6,6 <sup>2</sup>
Vrijgevestigde	6,0 <sup>3</sup>	6,2 <sup>3</sup>
Verslaving	4,3	4,9
SPV	3,6 <sup>4</sup>	4,8 <sup>4</sup>

<sup>1,2,3</sup> p < .01; <sup>4</sup> p < .05

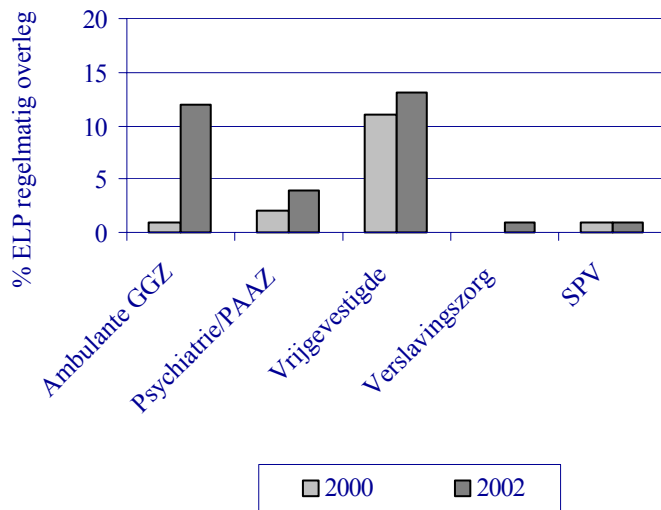
### Overleg

De frequentie van overleg met de tweedelijns GGZ is verbeterd tussen 2000 en 2002, met name met de ambulante GGZ (figuur 6.6 en bijlage 2 van interim rapportage 2003). 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

deze instelling is afgenomen van 27% naar 18% ( $p < .01$ ). Bij de andere hulpverleners uit de tweedelijns GGZ is een vergelijkbare trend te zien.

Binnen de tweedelijns GGZ overleggen eerstelijnspsychologen het meest frequent met vrijgevestigden en de ambulante GGZ. Met deze hulpverleners overlegde resp. 13% en 12% van de eerstelijnspsychologen regelmatig in 2002, terwijl dit met de andere hulpverleners uit de tweede lijn maximaal 4% was. Met de SPV en de verslavingszorg werd zelden overlegd: resp. 76% en 58% van de respondenten gaf aan nooit overleg te hebben met deze hulpverleners.

Figuur 6.6 Gemiddeld percentage respondenten dat regelmatig overleg heeft met tweedelijns GGZ-instellingen over individuele cliënten (n=326-354)  
Bron: Enquêtes eerstelijnspsychologen (Trimbos/NIVEL)



Vergeleken met 2000 is de kwaliteit van het overleg voor alle hulpverleners uit de tweedelijns GGZ toegenomen (tabel 6.17). Zowel in 2000 als in 2002 kreeg de kwaliteit van het overleg met vrijgevestigden de hoogste waardering: een 7.2 op een schaal van 1-10. 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 6.18 Oordeel van eerstelijnspsychologen over de kwaliteit van overleg met de tweedelijns GGZ

Bron: *Enquêtes eerstelijnspsychologen (Trimbos/NIVEL)*

	Rapportcijfer 1-10 voor overleg	
	2000 n=48-252	2002 n=70-306
Ambulante GGZ	5,7 <sup>1</sup>	6,3 <sup>1</sup>
Psychiatrie/PAAZ	6,5 <sup>2</sup>	6,8 <sup>2</sup>
Vrijgevestigden	7,0 <sup>3</sup>	7,2 <sup>3</sup>
Verslavingszorg	5,7 <sup>4</sup>	6,0 <sup>4</sup>
SPV	4,5 <sup>5</sup>	5,7 <sup>5</sup>

<sup>1,2,3</sup> p < .01; <sup>4,5</sup> p < .05

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

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).

#### *Samenwerking via projecten*

Vierenveertig procent (n=158) van de respondenten was in 2002 betrokken bij een samenwerkingsproject met de eerstelijns- dan wel tweedelijns GGZ. Hiervan was 52% betrokken bij een consultatieproject vanuit de tweedelijns. Bij 22% van de respondenten ging 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 waren bij een project was 30% (n=51) betrokken bij meer dan één project (maximaal 4).



## 6.5 Samenvatting en conclusies samenwerking

### *Huisartsen*

*Samenwerking binnen de eerstelijns GGZ:* De resultaten geven over het algemeen weinig verbeteringen te zien in de samenwerking met de eerstelijns GGZ. De bekendheid van huisartsen met het AMW en eerstelijnspsychologen is niet toegenomen, evenmin als de frequentie van berichtgeving van beide disciplines. Huisartsen beoordeelden in 2003 de kwaliteit van de berichtgeving van het AMW zelfs lager dan in 2001. De berichtgeving heeft vooral betrekking op de intake en het resultaat van de hulpverlening. De frequentie van overleg met het AMW en eerstelijnspsychologen is evenmin toegenomen tussen 2001 en 2003. De kwaliteit van het overleg met beide disciplines wordt zelfs lager beoordeeld dan in 2001. Huisartsen ervaren de wachttijden bij het AMW en eerstelijnspsychologen echter wel minder als een knelpunt dan in 2001. Huisartsen blijken positiever te zijn over de samenwerking met eerstelijnspsychologen dan met het AMW: ze ontvingen – net als in 2001 – frequenter bericht van eerstelijnspsychologen dan van het AMW.

*Samenwerking met de tweedelijns GGZ:* De meest in het oog springende ontwikkeling is dat de samenwerking van huisartsen met de ambulante GGZ op vrijwel alle gemeten aspecten is verbeterd: huisartsen zijn bekender geworden met de ambulante GGZ, ontvangen vaker bericht over voortgang en resultaat van de hulpverlening en zijn de kwaliteit van die berichtgeving hoger gaan beoordelen, ze overleggen vaker met de ambulante GGZ en ervaren minder knelpunten in de samenwerking met deze discipline. Daarnaast zijn huisartsen bekender geworden met de andere tweedelijns GGZ-disciplines voor zover het aanmelding van cliënten en het hulpverleningsaanbod betreft. Ook zijn ze vaker bericht gaan ontvangen van de tweedelijns GGZ over het resultaat van de behandeling, met uitzondering van de vrijgevestigde. In de frequentie van overleg met andere disciplines dan de ambulante GGZ zijn geen veranderingen opgetreden. De kwaliteit van overleg met de psychiatrie/PAAZ wordt echter wel hoger beoordeeld. Bovendien zijn ze minder knelpunten gaan ervaren in de wachttijden bij alle disciplines van de gespecialiseerde GGZ, met uitzondering van de verslavingszorg. Huisartsen zijn nog steeds weinig bekend met spreekuurtijden en wachtlijsten van de verschillende disciplines. Ze hebben evenals in 2001 vooral informatie over de aanmelding van cliënten bij de ambulante GGZ-instellingen.

### *AMW*

Het percentage cliënten waarover contact met een externe hulpverlener was is licht gedaald tussen 2000 en 2002: van 44% naar 36%. Binnen deze groep is het aantal contacten per cliëntensysteem met externe hulpverleners onveranderd: in beide jaren was dit gemiddeld 4,4. Bijna de helft van de contacten vond telefonisch plaats, een iets kleiner deel was face-to-face. Ook hierin zijn geen veranderingen opgetreden tussen 2000 en 2002. Contacten met externe hulpverleners bestonden vooral uit overleg, te weten bij driekwart van de cliënten waarover contact is geweest met externe hulpverleners. Bij 35% was sprake van intensiever contact in de vorm van samenwerking. In beide vormen van contact zijn geen veranderingen gevonden tussen 2000 en 2002. Wel is er een lichte toename in het aantal cliënten waarover consultatie plaatsvond met een externe hulpverlener (van 12% in 2000 naar 18% in 2002). Een verklaring hiervoor kan zijn dat

AMW-instellingen in toenemende mate betrokken zijn bij consultatieprojecten. De contacten met externe hulpverleners bestaan echter maar voor een klein deel uit contacten met de GGZ: 17% van de cliënten in 2002 tegenover 14% in 2000; dit is dus nauwelijks veranderd.

De enquête onder AMW-instellingen laat zien dat er in de samenwerking *binnen de eerstelijns GGZ* weinig verbeteringen zijn opgetreden tussen 2001 en 2003. Wel is op managementniveau de frequentie van overleg met organisaties van eerstelijnspsychologen toegenomen, hoewel de overlegfrequentie nog steeds relatief laag is. De overlegfrequentie met organisaties van huisartsen is echter onveranderd, en ook op uitvoerend niveau is de frequentie van overleg met huisartsen en eerstelijnspsychologen niet veranderd binnen de evaluatieperiode. Driekwart van de AMW-instellingen had op uitvoerend niveau regulier overleg met huisartsen; eenderde deel van de AMW-instellingen had regulier overleg met eerstelijnspsychologen.

De samenwerking van het AMW met de tweedelijns GGZ is wél meer verbeterd tussen 2001 en 2003. AMW-instellingen zijn zowel op *management*-niveau als op uitvoerend niveau tussen 2001 en 2003 vaker gaan overleggen met de ambulante GGZ. Driekwart van de AMW-instellingen had op uitvoerend niveau regulier overleg met huisartsen en de ambulante GGZ. Ten opzichte van 2001 waren er meer AMW-instellingen betrokken bij projecten ter versterking van de eerstelijns GGZ.

#### *Eerstelijnspsychologen*

*Samenwerking binnen de eerstelijns GGZ:* De bekendheid van eerstelijnspsychologen met verschillende hulpverleningsaspecten van het AMW is toegenomen tussen 2000 en 2002. Over ontwikkelingen in de frequentie van berichtgeving aan eerstelijnspsychologen hebben we geen informatie. Het oordeel over de kwaliteit van de berichtgeving van het AMW is echter nauwelijks toegenomen en bleef onvoldoende: een 4.3 in 2000 en een 4.6 in 2002. Over berichtgeving van en naar het AMW zijn weinig vaste afspraken gemaakt. Ook stuurden huisartsen weinig bericht aan eerstelijnspsychologen over doorverwezen patiënten: slechts een kwart van hen ontving regelmatig een aanmeldingsbrief van de huisarts. Zowel de frequentie als de kwaliteit van het overleg van eerstelijnspsychologen met huisartsen en het AMW is toegenomen tussen 2000 en 2002. De overlegfrequentie van eerstelijnspsychologen met andere eerstelijnsdisciplines was in 2002 vooral incidenteel. Regelmatig overleg was er met 5-12% van de huisartsen en AMW-instellingen waarmee eerstelijnspsychologen contact hadden. Overleg had vooral betrekking op individuele patiënten en veel minder op samenwerking.

*Samenwerking met de tweedelijns GGZ:* Over ontwikkelingen in bekendheid van eerstelijnspsychologen met de tweedelijns GGZ hebben we geen informatie. Eerstelijnspsychologen bleken in 2002 het meest bekend te zijn met de ambulante GGZ. Ook van de hulpverlening van vrijevestigden waren ze redelijk op de hoogte. Ze waren in 2002 nog erg onbekend met de hulpverlening door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige en de verslavingszorg. Over ontwikkelingen in de frequentie van berichtgeving hebben we geen informatie, maar de kwaliteit van de berichtgeving van de tweedelijns GGZ aan eerstelijnspsychologen is toegenomen tussen 2000 en 2002. De kwaliteit van de berichtgeving van de psychiatrie/PAAZ werd in beide jaren het hoogst

gewaardeerd, die van de SPV het laagst. Zowel de frequentie als de kwaliteit van overleg met de tweedelijns GGZ is toegenomen tussen 2000 en 2002. Maximaal 13% van de eerstelijnspsychologen overlegde in 2002 regelmatig met de ambulante GGZ; met de andere tweedelijnspartijen werd minder overlegd. Net als binnen de eerstelijns GGZ werd in 2002 ook hier vooral overlegd over individuele cliënten en veel minder over samenwerking.

### *Conclusies*

Over het geheel genomen laten de landelijke resultaten weinig verbeteringen zien in de samenwerking *binnen de eerstelijns GGZ*. Toch lijkt het erop dat de samenwerking tussen het AMW en eerstelijnspsychologen wat aan het toenemen is: zowel op management-niveau als op hulpverleningsniveau is er meer overleg tussen beide disciplines, en eerstelijnspsychologen zijn wat bekender geworden met het AMW. In de samenwerking van de eerstelijns *met de tweedelijns GGZ* is meer verbeterd dan in de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ. De samenwerking van huisartsen en het AMW met de ambulante GGZ is over het geheel genomen toegenomen, evenals de bekendheid van huisartsen met de verschillende disciplines van de tweedelijns GGZ.

Concluderend kunnen we stellen dat de versterkende maatregelen die gericht zijn op het verbeteren van de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ tot nu toe nog nauwelijks geleid hebben tot zichtbare effecten op landelijk niveau. De maatregelen die hierop gericht waren zijn het Korte Lijnen project en het Diaboloproject. Een reden voor het gebrek aan aantoonbare landelijke resultaten kan liggen in het feit dat deze projecten niet landelijk zijn ingezet, maar slechts in een aantal experimentele regio's zijn uitgevoerd. Maatregelen die gericht zijn op het verbeteren van de samenwerking tussen eerste- en tweedelijns GGZ zijn de Consultatieregeling en het Diaboloproject. Deze maatregelen lijken een duidelijker positief effect te hebben op de landelijk gemeten samenwerking, hoewel op grond van dit hoofdstuk geen uitspraak gedaan kan worden over de relatie tussen de maatregelen en de resultaten. Het feit dat de Consultatieregeling landelijk is ingezet maakt de kans dat de effecten ook op landelijk niveau zichtbaar worden waarschijnlijker dan bij lokale projecten het geval is. De Consultatieregeling bestaat uit projecten waarbij de huisarts advies over behandeling van GGZ-problematiek kan vragen aan een hulpverlener van de tweedelijns GGZ. In de praktijk houden deze projecten grotendeels in dat de deelnemende huisarts een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) in zijn/haar praktijk heeft. Deze SPV vervult daarmee een belangrijke brugfunctie tussen huisarts en ambulante GGZ. Dit verklaart waarom de toegenomen samenwerking met de tweedelijns GGZ vooral zichtbaar is bij de ambulante GGZ.

In hoofdstuk 9 van dit rapport wordt de relatie tussen de versterkende maatregelen en de samenwerking van huisartsen met AMW, eerstelijnspsychologen en de tweedelijns GGZ meer in detail beschreven.



## 7 Verwijsstromen

### 7.1 Inleiding

De doelstelling van een sterke eerstelijns GGZ is om patiënten met psychische en sociale problemen waar mogelijk binnen de eerstelijns GGZ te behandelen. Dit uit zich idealiter in optimale verwijsstromen: verwijzing van patiënten binnen de eerstelijns GGZ waar dat kan, en verwijzing naar de tweedelijns GGZ wanneer dat nodig is. Toegenomen capaciteit, deskundigheid op het gebied van GGZ en toegenomen samenwerking binnen de eerstelijns GGZ zouden die optimale verwijsstromen beter mogelijk moeten maken. In het onderhavige evaluatie-onderzoek zijn de verwachte effecten van het totaalpakket aan VWS-maatregelen een afname van verwijsstromen naar de tweedelijns GGZ en een toename van verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ.

Dit hoofdstuk gaat in op landelijke ontwikkelingen in verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ en naar de gespecialiseerde GGZ tijdens de evaluatieperiode (2000-2003). In paragraaf 7.2 gaan we in op verwijsstromen vanuit huisartsen, in paragraaf 7.3 wordt de instroom naar en uitstroom uit het AMW besproken, en in paragraaf 7.4 komen verwijsstromen van en naar eerstelijnspsychologen aan de orde. Paragraaf 7.5 geeft een samenvatting van de resultaten en bespreekt conclusies omtrent de gesignaleerde ontwikkelingen.

Gegevens die gebruikt zijn om verwijsstromen in kaart te brengen zijn afkomstig van de huisartsenenquête (2001 en 2003), de cliëntenregistratie AMW (2000 en 2002), de enquête onder AMW-instellingen (2001 en 2003) en de enquête onder eerstelijnspsychologen (1998 en 2002). Voor een beschrijving van de gebruikte meetinstrumenten verwijzen we naar hoofdstuk 2 van dit eindrapport.

### 7.2 Ontwikkelingen in verwijsstromen bij huisartsen

Afgaand op schattingen uit de huisartsenenquête is het totaal aantal verwijzingen van huisartsen naar de eerstelijns GGZ per saldo onveranderd: 17.6 verwijzingen per 1000 in 2000 en 17.3 verwijzingen per 1000 in 2002 (tabel 7.1).

Het totaal geschatte aantal verwijzingen van de huisarts naar de gespecialiseerde GGZ was 18.0 per 1000 patiënten in 2000; in 2002 was dit 17.5 per 1000 patiënten. Deze schattingen laten dus nauwelijks een afname in de verwijsstroom naar de gespecialiseerde GGZ zien. Evenmin is er een verschuiving opgetreden in disciplines waarnaar verwezen wordt.

Tabel 7.1 Geschatte aantal verwezen patiënten per 1000 ingeschreven patiënten van huisartsen naar AMW, eerstelijnspsychologen en de gespecialiseerde GGZ  
Bron: Enquêtes huisartsen (NIVEL/WOK)

	2000 n=1336	2002 n=1090-1217
<b>Eerstelijns GGZ</b>		
AMW	8.7	8.1
Eerstelijnspsychologen	8.9	9.2
<i>Totaal</i>	<i>17.6</i>	<i>17.3</i>
<b>Gespecialiseerde GGZ</b>		
Ambulante GGZ	9.7	9.5
Psychiatrie/PAAZ	2.7	2.4
Vrijgevestigde	3.5	3.4
Verslavingszorg	2.1	2.2
<i>Totaal</i>	<i>18.0</i>	<i>17.5</i>

De verwijzingen zoals geregistreerd bij registratienetwerk LINH geven een ander beeld dan de schattingen van de huisartsen. Verwijscijfers van 48 huisartspraktijken zijn gebruikt om verwijsstromen vanuit de huisarts naar de eerste- en tweedelijns GGZ in kaart te brengen. De verwijscijfers van het eerste kwartaal van 2001 worden vergeleken met de cijfers van het eerste kwartaal van 2003. In tabel 7.2 zijn de GGZ-verwijzingen opgenomen van alle patiënten die in het eerste kwartaal van 2001 en 2003 een contact met de huisartspraktijk hebben gehad waarbij een diagnose in ICPC hoofdstuk P ‘Psychisch’ of Z ‘Sociaal’ gesteld is. Daarbij moet opgemerkt worden dat er waarschijnlijk sprake is van een onderregistratie van verwijzingen naar het AMW en de vrijgevestigd psycholoog (zie H2, methode).

Tabel 7.2 Geregistreerde GGZ-verwijzingen per 1000 patiënten met een psychische of een sociale diagnose in het eerste kwartaal 2001 en 2003

Bron: NS2/LINH registratie

Verwijsdiscipline	2001 n=11.269	2003 n=7.723
<b>Eerstelijns GGZ</b>		
AMW	5	4
Eerstelijnspsycholoog	10	6
<i>Totaal</i>	<i>15</i>	<i>10</i>
<b>Tweedelijns GGZ</b>		
Psychiatrie/PAAZ	21	16
Ambulante GGZ	15	14
Vrijgevestigd psycholoog/psychotherapeut	10	10
<i>Totaal</i>	<i>46</i>	<i>40</i>
<b>Totaal</b>	<b>60</b>	<b>50</b>

Over het geheel genomen is het percentage verwijzingen van de huisarts naar AMW, eerstelijnspsycholoog en de tweedelijns GGZ gedaald tussen 2001 en 2003. In 2001 werd 6% van de patiënten met een psychische of sociale diagnose door de huisarts verwezen; in 2003 was dat 5%. Huisartsen zijn ten opzichte van 2001 minder gaan verwijzen naar de eerstelijnspsycholoog en de psychiatrie. Het percentage verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ is sterker gedaald dan het percentage verwijzingen naar de tweedelijns GGZ. Daardoor is de verhouding tussen verwijzingen binnen de eerstelijns en verwijzingen naar de tweedelijns verschoven: in 2001 bestond een kwart van het totale percentage verwijzingen uit een verwijzing binnen de eerstelijns; in 2003 was dat 20%.

Ook is in kaart gebracht hoe de verwijsstromen vanuit de huisarts plaatsvinden bij vijf hoofdcategorieën van patiënten met psychische en sociale problemen en bij de groep patiënten met 'overige psychische en sociale problemen' (Bijlage 7). Bij patiënten met 'overige psychische of sociale problemen' komen het meest voor: leerproblemen, zorgen om gedrag kind, geheugen/concentratie/oriëntatiestoornissen, een overactief kind of 'andere psychische klachten, symptomen of ziektes'.

#### *Doorverwezen problematiek*

In 2003 werd patiënten met de diagnoses 'sociale problemen' (relatieproblemen of problemen met werk) het meest verwezen, gevolgd door verwijzingen van patiënten met de diagnose depressie. In 2001 verwees de huisarts vooral patiënten met stressproblemen, en eveneens met depressie. Huisartsen verwezen in beide jaren patiënten met slaapproblemen het minst vaak door naar een GGZ-discipline.

Tussen 2001 en 2003 is het aantal verwijzingen van patiënten met de diagnose 'stress' en met 'overige P en Z problemen' gedaald. Bij patiënten met sociale problemen is de

huisarts juist meer gaan verwezen. Bij patiënten met de diagnose ‘angst’ is het aantal verwijzingen ongeveer gelijk gebleven.

#### *Verwijsbestemming*

Ook zijn er verschuivingen tussen 2001 en 2003 in de verwijsbestemming waar patiënten naar verwezen worden. Bij het AMW zijn nauwelijks veranderingen geconstateerd ten opzichte van 2001; alleen patiënten met angst problemen worden iets vaker naar het AMW verwezen. Bij verwijzingen naar de eerstelijnspsycholoog zien we wel verschuivingen: patiënten met depressie of sociale diagnoses worden vaker naar de eerstelijnspsycholoog verwezen, terwijl patiënten met angst of stress diagnoses minder vaak een verwijzing voor de eerstelijnspsycholoog krijgen.

Verwijzingen naar de psychiatrie komen minder vaak voor bij patiënten met depressie en ‘overige diagnoses’. Patiënten met stress diagnoses worden iets minder vaak naar de RIAGG verwezen. Patiënten met angst of sociale diagnoses worden vaker verwezen naar vrijgevestigde psychologen of psychotherapeuten, terwijl patiënten met depressie diagnoses juist minder vaak naar deze vrijgevestigden verwezen worden.

Bekijken we de verhouding tussen eerste- en tweedelijns verwijzingen, dan blijkt dat patiënten met depressie en ‘overige diagnoses’ ten opzichte van 2001 verhoudingsgewijs meer verwezen zijn binnen de eerstelijns, terwijl patiënten met angst, stress en sociale diagnoses in 2003 juist wat vaker naar de tweedelijns zijn verwezen.

### **7.3 Ontwikkelingen in verwijsstromen bij het AMW**

#### **7.3.1 Instroom naar het AMW**

Uit tabel 7.3 valt af te lezen dat meer dan de helft van de verwijzingen naar het AMW via de huisarts plaatsvindt: 53% van de meldingen kwam via de huisarts. Dit is nauwelijks veranderd ten opzichte van 2000, toen het percentage 52% was<sup>1</sup>. Het totale aantal cliënten dat via de huisarts naar het AMW verwezen is, is echter wél gestegen: in 2000 waren dit gemiddeld 400 cliënten per AMW-instelling, in 2002 waren dit gemiddeld 441 cliënten per instelling. Hoewel er een grote variatie is tussen instellingen in het aantal verwijzingen via de huisarts (in 2002 varieerde dit tussen de 26 en 1534 cliënten), blijkt uit nadere analyse dat dit verschil niet alleen verklaard kan worden uit toeval. Behalve het gemiddelde ligt namelijk ook de mediaan<sup>2</sup> van het aantal door de huisarts verwezen cliënten in 2002 hoger. Met enige voorzichtigheid kunnen we dus stellen dat er een lichte toename is van het aantal cliënten dat via de huisarts bij het AMW wordt aangemeld. Slechts een klein deel van de verwijzingen naar het AMW gebeurde via de GGZ: 5% in 2000 en 6% in 2002. Dit waren respectievelijk gemiddeld 43 cliënten per instelling in 2000 en 47 cliënten per instelling in 2002. Overigens moet opgemerkt worden dat ongeveer de helft van de cliënten op eigen initiatief bij het AMW komt.

---

<sup>1</sup> Uit analyse van de totale groep geregistreerde cliënten, dat wil zeggen zonder rekening te houden met verschillen tussen AMW-instellingen, blijkt dat het percentage geregistreerde cliënten dat via de huisarts bij het AMW terecht kwam is gestegen van 46% in 2000 naar 54% in 2002.

<sup>2</sup> 50% van de gevonden waarden ligt hieronder en 50% ligt hierboven



In totaal waren er in 2000 gemiddeld 1163 cliënten in behandeling bij het AMW, in 2002 was dit iets hoger, namelijk 1245 cliënten. Het aantal *nieuwe* cliënten is echter niet gestegen, maar zelfs iets afgenomen: van 798 in 2000 (69% van het totale aantal cliënten) naar 781 in 2002 (63% van het totale aantal cliënten).

Tabel 7.3 Type verwijzer naar het AMW

Bron: *Cliëntenregistratie AMW 2000 en 2002*

	Gemiddeld % cliëntsystemen per instelling	
	2000 (n=39 instellingen)	2002 (n=57 instellingen)
<b>Type verwijzer</b>		
Huisarts	52	53
Gezondheidszorg	5	5
GGZ	5	6
Maatsch. werk / maatsch. dienstverlening	11	13
Justitie	5	3
Gemeente	6	7
Anders	14	14

Behalve uit de cliëntenregistratie van het AMW zijn ook gegevens omtrent patiënteninstroom beschikbaar uit de enquête onder AMW-instellingen. Ook hieruit blijkt dat de frequentie waarmee huisartsen naar het AMW verwijzen onveranderd is tussen 2001 en 2003. Meer dan de helft van de huisartsen (58%) uit het werkgebied van het AMW verwees regelmatig naar het AMW. Ruim eentiende deel verwees echter nooit naar het AMW. Evenmin zijn er verschillen tussen 2001 en 2003 in de frequentie waarmee de ambulante GGZ naar het AMW verwees. In het verwijzingspatroon van eerstelijnspsychologen naar het AMW is wél een lichte verschuiving opgetreden, hoewel dit verschil niet statistisch significant is ( $p < .10$ ). Er waren in 2003 minder AMW-instellingen die nooit een verwijzing van eerstelijnspsychologen kregen, en meer AMW-instellingen die incidenteel een verwijzing van eerstelijnspsychologen kregen (tabel 7.4).

Tabel 7.4 Percentage AMW-instellingen dat verwijzingen krijgt van andere GGZ-hulpverleners in 2001 en 2003

Bron: Enquêtes onder AMW-instellingen (NIVEL)

Frequentie van verwijzing	Type verwijzer					
	% eerstelijnspsychologen		% ambulante GGZ		% andere GGZ <sup>1</sup>	
	2001 n=85	2003 n=85	2001 n=94	2003 n=90	2001 n=28	2003 n=36
Nooit	35	21	0	1	0	11
Incidenteel	62	77	55	53	79	75
Regelmatig	2	2	45	46	21	14
<i>Totaal</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

<sup>1</sup> bijv. bureau jeugdzorg, GGD, politie, verslavingszorg

### 7.3.2 *Uitstroom vanuit het AMW*

De cliëntenregistratie van het AMW geeft inzicht in de verwijsbestemming van doorverwijzingen vanuit het AMW (tabel 7.5). Er zijn geen grote verschuivingen opgetreden in de verwijsbestemming. Het percentage doorverwijzingen vanuit AMW naar de GGZ is onveranderd ten opzichte van 2000 en is per AMW-instelling gemiddeld iets minder dan eenderde deel van het totale aantal verwijzingen.

Tabel 7.5: Percentage doorverwijzingen vanuit het AMW en type hulpverlener waarnaar verwezen is

Bron: Cliëntenregistratie AMW 2000 en 2002

Verwijsbestemming	Gemiddeld percentage cliëntsystemen per AMW-instelling	
	2000	2002
	n=39 inst.	n=57 inst.
GGZ	29	32
Maatsch. dienstverlening	11	15
Gemeente	9	10
Lich. Gezondheidszorg	7	8
Maatsch. werk (extern)	11	15
Huisarts	2	4
Justitie	5	5
Anders	29	15

Uit de enquête onder AMW-instellingen blijkt dat er geen verschillen zijn tussen 2001 en 2003 in de frequentie waarmee het AMW naar eerstelijnspsychologen en de ambulante GGZ verwijst (tabel 7.6).

Tabel 7.6 Percentage AMW-instellingen dat nooit, incidenteel of regelmatig naar andere hulpverleners verwijst in 2001 en 2003

Bron: Enquête onder AMW- instellingen (NIVEL)

Verwijsfrequentie	% AMW-instellingen per verwijsbestemming					
	Eerstelijnspsychologen		Ambulante GGZ		Andere GGZ <sup>1</sup>	
	2001 n=86	2003 n=88	2001 n=92	2003 n=92	2001 n=34	2003 n=40
Nooit	16	8	0	2	3	5
Incidenteel	79	85	40	42	7	63
Regelmatig	5	7	60	55	18	33

<sup>1</sup> bijv. bureau jeugdzorg, GGD, politie, verslavingszorg

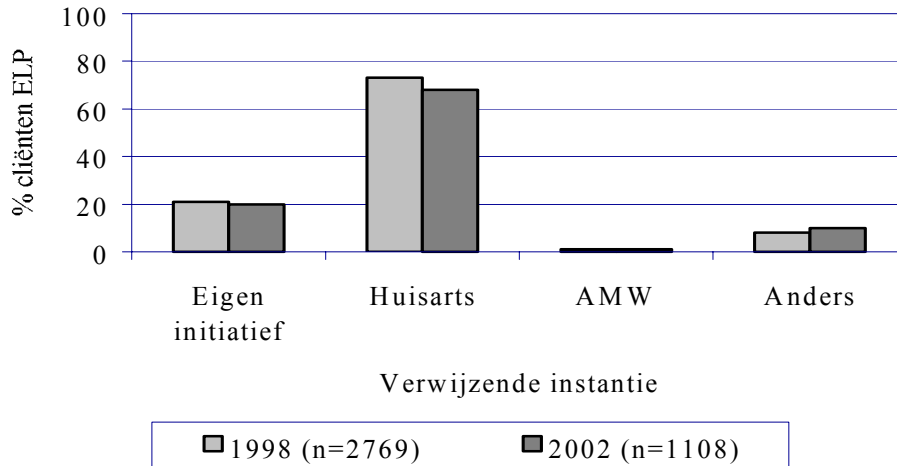
## 7.4 Ontwikkelingen in verwijsstromen bij eerstelijnspsychologen

### 7.4.1 Instroom naar eerstelijnspsychologen

In 2002 kwam 68% van de cliënten kwam via de huisarts bij de eerstelijnspsycholoog terecht; éénvijfde deel kwam op eigen initiatief of dat van de directe omgeving (Figuur 7.1). Ten opzichte van 1998 zijn hierin geen verschuivingen opgetreden. In 2002 werd één procent van de cliënten verwezen door het AMW en 2% via een andere eerstelijnspsycholoog (ten opzichte van 1% in 1998). In 2002 werd 2% van de cliënten naar de eerstelijnspsycholoog 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 7.1 Initiatiefnemer voor verwijzing naar de eerstelijnspsycholoog

Bron: Enquêtes eerstelijnspsychologen (Trimbos/NIVEL)



#### 7.4.2 Uitstroom vanuit eerstelijnspsychologen

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 percentage verwijzingen. Het percentage verwijzingen in 2002 naar het AMW is onveranderd ten opzichte van 1998. Slechts 5% van de doorverwijzingen was naar het AMW; dit was minder dan 1% van het totale aantal cliënten. Het grootste deel van de doorverwezen cliënten werd verwezen naar de ambulante GGZ en de vrijgevestigde psycholoog of psychiater (Figuur 7.2). 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%.

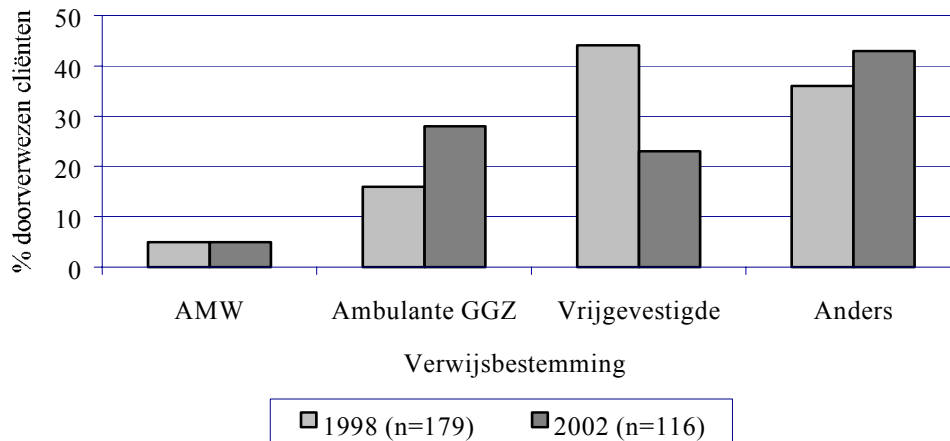
Er was een grote restcategorie van verwijsbestemmingen. In 2002 bestond deze uit bijvoorbeeld een hersenletselteam, fysiotherapie, herstellingsoord, psychiatrisch ziekenhuis en polikliniek psychiatrisch centrum. Ook de verslavingszorg viel hieronder. In 2002 werd 2% van de doorverwezen cliënten naar de verslavingszorg verwezen; van 1998 zijn hierover geen gegevens. Zowel van 1998 als van 2002 hebben we geen gegevens over welk percentage van de restcategorie uit doorverwijzingen naar andere tweedelijns GGZ-instellingen bestaat.

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%: bijvoorbeeld 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 7.2 Verwijsbestemming van cliënten bij de eerstelijnspsycholoog, uitgedrukt in percentage van doorverwezen cliënten

Bron: ELP-enquêtes (NIVEL/Trimbos-instituut)



## 7.5 Samenvatting en conclusies verwijsstromen

### Huisartsen

Volgens schattingen van huisartsen is het aantal verwijzingen per 1000 huisartspatiënten naar de eerstelijns GGZ onveranderd binnen de evaluatieperiode (17,6 in 2000 en 17,3 in 2002). Ook zijn er geen aanwijzingen dat de verwijsstroom van huisartsen naar de gespecialiseerde GGZ is afgenomen.

Volgens de LINH-registratie is het percentage verwijzingen van de huisarts naar AMW, eerstelijnspsycholoog en de tweedelijns GGZ over het geheel genomen gedaald tussen 2001 en 2003 van 6% in 2001 naar 5% in 2003. Het percentage verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ is sterker gedaald dan het percentage verwijzingen naar de tweedelijns GGZ. Daardoor is de verhouding tussen verwijzingen binnen de eerstelijns en verwijzingen naar de tweedelijns verschoven: in 2001 bestond een kwart van het totale percentage verwijzingen uit een verwijzing binnen de eerstelijns; in 2003 was dat 20%. Het aantal huisartsverwijzingen van patiënten met stressproblematiek is gedaald tussen 2001 en 2003, terwijl er juist méér patiënten met sociale problemen zijn verwezen. Gelet op het type problematiek is het aantal verwijzingen bij de diagnose ‘angst’ ongeveer gelijk gebleven. Patiënten met slaapproblemen werden in beide jaren het minst vaak doorverwezen naar een GGZ-discipline. Ten opzichte van 2001 zijn in 2003 verhoudingsgewijs meer patiënten verwezen met depressie en ‘overige diagnoses’ binnen de eerstelijns, terwijl patiënten met angst, stress en sociale problemen in 2003 juist wat vaker naar de tweedelijns zijn verwezen.

Voor wat betreft type problematiek per verwijfsbestemming blijkt dat het aantal patiënten met angstproblemen dat naar het AMW verwezen werd te zijn toegenomen ten koste van verwijzing naar eerstelijnspsychologen. Patiënten met de diagnose ‘angst’ of ‘stress’ kregen in 2003 minder vaak een verwijzing voor de eerstelijnspsycholoog dan in 2001. Het aantal verwijzingen van patiënten met depressie naar de psychiatrie is iets afgenomen. Patiënten met angst en met sociale problemen werden in 2003 vaker verwezen naar vrijgevestigde psychologen of psychotherapeuten dan in 2001, terwijl patiënten met depressie hier juist minder vaak naar verwezen werden.

#### *AMW*

In de verwijfsstromen van en naar het AMW zijn afgaande op de cliëntenregistratie van 2000 en 2002 weinig veranderingen opgetreden. In beide jaren was iets meer dan de helft van de verwijzingen naar het AMW afkomstig van de huisarts, waarbij het totale aantal cliënten dat via een huisarts bij het AMW terechtkomt licht is toegenomen tussen 2000 en 2002. Slechts een klein deel van de cliënten is verwezen via de GGZ (5%). Er is echter wel een trend waar te nemen dat het AMW in 2003 wat vaker een doorverwijzing via eerstelijnspsychologen heeft gekregen. De frequentie waarmee het AMW naar eerstelijnspsychologen en de gespecialiseerde GGZ verwijft is niet veranderd tussen 2001 en 2003.

#### *Eerstelijnspsychologen*

Ten opzichte van 1998 zijn er in 2002 geen veranderingen opgetreden in de instroom bij eerstelijnspsychologen. Cliënten kwamen voor meer dan tweederde deel via de huisarts bij een eerstelijnspsycholoog terecht; 3% van de cliënten is doorverwezen via het AMW of de tweedelijns GGZ. De rest kwam voornamelijk op eigen initiatief; Het totaal aantal verwijzingen vanuit de eerstelijnspsycholoog is toegenomen van 7% in 1998 naar 11% in 2002. Het percentage verwijzingen naar het AMW is ongewijzigd en betreft minder dan 1% van de cliënten. Ten opzichte van 1998 zijn er verschuivingen opgetreden in verwijfsstromen naar de tweedelijns GGZ: er is een toename van verwijzingen naar de ambulante GGZ en een afname van verwijzingen naar de vrijgevestigde. Het percentage verwijzingen naar de ambulante GGZ en de vrijgevestigde *tezamen* is afgenomen: in 1998 kwam 60% van de doorverwijzingen terecht bij de ambulante GGZ of een vrijgevestigde, in 2002 was dit 48%. Over wijzigingen in het totale percentage verwijzingen naar de gespecialiseerde GGZ kunnen we geen uitspraken doen, omdat deze deels deel uitmaakten van de restcategorie ‘anders’, waaronder ook niet-GGZ instellingen vielen.

#### *Conclusies*

Ontwikkelingen in verwijfsstromen zeggen indirect iets over de mate waarin een sterke en samenhangende eerstelijns GGZ is bereikt. Een afname van verwijfsstromen naar de tweedelijns GGZ kan worden verwacht naarmate er beter aan de belangrijkste randvoorwaarden wordt voldaan: voldoende capaciteit binnen de eerstelijns GGZ, voldoende deskundigheid op het gebied van de GGZ, een goede samenwerking binnen de eerstelijns GGZ en een goede samenwerking tussen eerste- en tweedelijns GGZ. Uit hoofdstuk 4 is duidelijk geworden dat de capaciteit van het AMW en eerstelijnspsychologen is toegenomen. De wachttijden zijn echter niet korter geworden,

zodat de toegenomen capaciteit niet vanzelfsprekend meer ruimte biedt voor meer verwijzingen naar de genoemde disciplines. Gezien het feit dat er veel geld is geïnvesteerd in capaciteitsuitbreiding van het AMW is dit een teleurstellend resultaat. Huisartsen zijn de wachtlijsten bij het AMW en eerstelijnspsychologen echter wel minder als een knelpunt gaan ervaren (hoofdstuk 6), waardoor ze mogelijk meer geneigd zijn om patiënten binnen de eerstelijns GGZ te verwijzen. De verwijsstromen naar de tweedelijns GGZ zouden hierdoor kunnen afnemen. Uit hoofdstuk 5 hebben we geconcludeerd dat het niet realistisch is om een toegenomen GGZ-deskundigheid binnen de eerstelijns te verwachten binnen de evaluatieperiode, dus deze randvoorwaarde moeten we hier buiten beschouwing laten. Uit hoofdstuk 6 is gebleken dat de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ op landelijk niveau niet of nauwelijks is toegenomen, maar dat de samenwerking met de ambulante GGZ wel is verbeterd. Op basis daarvan zouden we eerder een toename van verwijzingen naar de ambulante GGZ verwachten. Deze verwachting past overigens ook bij de resultaten van het Toronto-project in Harlingen (Scholten et al., 2003). Op basis van de capaciteitsuitbreiding en afname van ervaren knelpunten in wachtlijsten binnen de eerstelijns GGZ kunnen we dus een toegenomen verwijsstroom naar het AMW en eerstelijnspsychologen verwachten, maar geven de ontwikkelingen in samenwerking nog geen duidelijke aanwijzingen dat de verwijsstromen naar de tweedelijns GGZ zullen afnemen.

Uit de resultaten blijkt dat de huisarts onveranderd de belangrijkste verwijzer voor het AMW en eerstelijnspsychologen blijft. Het totale aantal verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ is niet toegenomen, maar is verhoudingsgewijs juist afgenomen. Ook is er (nog) geen afname van verwijsstromen naar de gespecialiseerde GGZ; de resultaten duiden eerder op een toename. Hiervoor zijn verschillende verklaringen. Ten eerste heeft de verbeterde samenwerking van huisarts en eerstelijnspsycholoog met de ambulante GGZ de verwijsstroom naar de gespecialiseerde GGZ waarschijnlijk gestimuleerd. Een tweede verklaring kan zijn dat er binnen de eerstelijns GGZ meer psychosociale problematiek gesignaleerd wordt dan in 2001. Niet alleen blijft het aantal mensen met psychische en sociale problematiek groeien (de Rijk et al., 1999), maar ook de toegenomen aandacht voor psychische en sociale problematiek binnen de eerstelijns heeft zeer waarschijnlijk geleid tot een betere herkenning van deze problematiek. Deze ontwikkeling speelt een belangrijke rol bij huisartsen die ondersteuning van een GGZ-medewerker uit de tweedelijns hebben (Scholten et al., 2004). Ten slotte heeft een toegenomen aanbod van GGZ-hulp (lees: toegenomen capaciteit binnen de eerstelijns GGZ) een aanzuigende werking op de vraag naar GGZ-hulp. Hoe meer hulp er is en hoe laagdrempeliger deze is, hoe meer mensen gebruik willen maken van GGZ-hulp. In het licht van deze ontwikkelingen is de doelstelling van een afgenomen verwijsstroom naar de tweedelijns GGZ door middel van capaciteitsuitbreiding, deskundigheidsbevordering en toegenomen samenwerking niet realistisch gebleken.





## 8 Kenmerken hulpverlening

### 8.1 Inleiding

Een sterke eerstelijns GGZ kenmerkt zich onder andere door een goede kwaliteit van de hulpverlening voor patiënten met psychische en sociale problemen. Op basis van het samenwerkingsconvenant tussen huisartsen, AMW en eerstelijnspsychologen (zie hoofdstuk 3) zijn diverse kwaliteitsbevorderende projecten ontwikkeld. De effecten van deze projecten kunnen zichtbaar worden op allerlei hulpverleningsaspecten van de eerstelijns GGZ. Bovendien kunnen een toegenomen capaciteit van de eerstelijns GGZ en een toegenomen samenwerking met andere GGZ-disciplines een positieve invloed hebben op de hulpverlening.

In dit hoofdstuk gaan we in op ontwikkelingen in de GGZ-gerelateerde hulpverlening van huisartsen, AMW en eerstelijnspsychologen binnen de evaluatieperiode (2000-2003). In paragraaf 8.2 kijken we naar aspecten van hulpverlening van huisartsen in relatie tot GGZ-problematiek: morbiditeit, prescripties, werkbelasting en knelpunten bij het verlenen van zorg. In paragraaf 8.3 worden ontwikkelingen in de hulpverlening bij het AMW beschreven via cliëntkenmerken, in behandeling genomen problematiek, wachttijd, duur en type hulpverlening. In paragraaf 8.4 komen ontwikkelingen in de hulpverlening van eerstelijnspsychologen aan de orde. Daarbij wordt gekeken naar cliëntkenmerken, in behandeling genomen problematiek, werkbelasting, wachttijd en duur en type hulpverlening. Paragraaf 8.5 tenslotte geeft een samenvatting van de resultaten en conclusies die daaruit getrokken kunnen worden.

De gegevens zijn afkomstig van de huisartsenenquête (2001 en 2003), LINH (2001 en 2003), de cliëntenregistratie van het AMW (2000 en 2002), en de enquête onder eerstelijnspsychologen (2002). Voor een beschrijving van de gebruikte meetinstrumenten verwijzen we naar hoofdstuk 2 van dit eindrapport.

### 8.2 Ontwikkelingen in kenmerken (GGZ-) hulpverlening bij huisartsen

#### 8.2.1 *Morbiditeit*

Tabel 8.1 laat zien welk deel van de huisartsdiagnoses psychisch of sociaal van aard zijn (ICPC-hoofdstuk P of Z). Deze gegevens zijn gebaseerd op het registratienetwerk LINH (zie H2 van dit rapport). De verhouding van psychische en sociale diagnoses ten opzichte van het totale aantal diagnoses is ongeveer gelijk gebleven. We concluderen daaruit dat het vóórkomen van psychische (P-) of sociale (Z-) diagnoses in de huisartspraktijk tussen 2001 en 2003 niet is veranderd.

Tabel 8.1 Deelcontacten in de huisartspraktijk per ICPC-hoofdstuk in het eerste kwartaal van 2001 en 2003

Bron: NS2/LINH registratie

ICPC hoofdstuk	% van alle deelcontacten	
	2001 n = 316.779	2003 n = 232.915
A: Algemeen	7,6	7,9
B: Bloed en bloedvormende organen	1,1	1,1
D: Tractus digestivus	7,2	7,4
F: Oog	2,4	2,3
H: Oor	4,3	4,0
K: Tractus circulatorius	9,4	10,4
L: Bewegingsapparaat	16,1	16,1
N: Zenuwstelsel	2,9	2,9
<b>P: Psychische problemen</b>	<b>6,5</b>	<b>6,2</b>
R: Tractus respiratorius	14,2	13,1
S: Huid en subcutis	12,3	11,7
T: Endocriene klieren, metabolisme, voeding	4,0	5,0
U: Urinewegen	3,0	3,1
W: Zwangerschap, bevalling, anticonceptie	2,8	2,8
X: Geslachtsorganen vrouw	3,9	3,7
Y: Geslachtsorganen man	1,1	1,1
<b>Z: Sociale problemen</b>	<b>1,2</b>	<b>1,1</b>
Onbekende diagnose	-	-
Totaal aantal deelcontacten	100,0	100,0

In tabel 8.2 is opgenomen wat het aandeel van afzonderlijke P- en Z-diagnoses is in het totale aantal psychische of sociale diagnoses. Er zijn slechts kleine veranderingen opgetreden tussen 2001 en 2003; deze zijn maximaal 1,4%. Het aandeel van de diagnoses angststoornis ten opzichte van het totale aantal psychische en sociale diagnoses is licht gestegen; het aandeel van depressie, slapeloosheid, nerveus/gespannen gevoel, surmenage en voorbijgaande stressreactie is licht gedaald ten opzichte van 2001.

Tabel 8.2 Meest voorkomende psychische (P-) of sociale (Z-) diagnoses bij deelcontacten in het eerste kwartaal 2001 en 2003

Bron: NS2/LINH registratie

			% van alle P en Z deelcontacten	
			2001	2003
			n =24.533	n =16.869
1	P76	Depressie	17,3	16,0
2	P06	Slapeloosheid /andere slaapstoornis	11,7	10,4
3	P01	Angstig/nerveus /gespannen gevoel	10,3	8,9
4	P74	Angststoornis /angstoestand	6,0	7,1
5	P03	Down /depressief gevoel	4,8	5,4
6	P78	Neurasthenie /surmenage	5,3	3,9
7	P02	Crisis /voorbijgaande stressreactie	4,0	3,0
8	Z12	Relatieprobleem met partner	2,6	2,5
9	P17	Tabaksmisbruik	2,7	2,4
10	Z15	Verlies /overlijden partner	2,4	2,1

### 8.2.2 Prescripties

In tabel 8.3 is weergegeven welke medicatie in het eerste kwartaal van 2001 en 2003 is voorgeschreven aan patiënten met psychische of sociale diagnoses. Er wordt onderscheid gemaakt in drie hoofdcategorieën van psychofarmaca, namelijk kalmeringsmiddelen, slaapmiddelen en anti-depressiva. De tabel laat zien dat huisartsen in 2003 meer psychofarmaca zijn gaan voorschrijven. Dit geldt vooral voor anti-depressiva, en in mindere mate voor kalmeringsmiddelen. Slaapmiddelen werden in 2001 en 2003 even vaak voorgeschreven.

Tabel 8.3 Prescripties in hoofdgroepen van psychofarmaca bij patiënten met een P of Z diagnose gedurende het eerste kwartaal van 2001 en het eerste kwartaal van 2003

Bron: NS2/LINH registratie

Prescripties per 1000 patiënten met een P of Z diagnose		
ATC-categorie:	2001	2003
<b>Psychofarmaca</b>	n=87 praktijken; 14.834 pat.	n=59 praktijken; 9.242 pat.
N05B Kalmeringsmiddelen	462	482
N05C Slaapmiddelen	369	370
N06A Anti-depressiva, waaronder:	567	616
- N06AA TCA's		
- N06AB SSRI's	100	120
Totaal van bovengenoemde categorieën	352	386
	1399	1469

In tabel 8.4 is opgenomen welk deel van de patiënten met een veel voorkomende psychische of sociale diagnose in het eerste kwartaal van 2001 of 2003 een recept heeft gekregen van de huisarts in de hierboven genoemde categorieën van medicatie. De patiëntengroepen kunnen onderling overlappen: in 2003 was bij 11% van de patiënten meer dan één diagnose gesteld. De grootste overlap zat bij patiënten met de diagnose 'depressie', maar kwam ook voor bij patiënten met slaapproblemen en de diagnose 'angstig gevoel'. Uit de tabel blijkt dat in 2001 een ongeveer even groot deel van de patiënten één of meerdere GGZ-gerelateerde prescripties heeft ontvangen als in 2003. We zien een stijging van 3% of meer patiënten die medicatie hebben gekregen ten opzichte van 2001. Bij patiënten met de diagnose overspannenheid, sociale problemen en angststoornis werden in 2003 vaker psychofarmaca voorgeschreven dan in 2001 (stijging van >5%). Bij patiënten met de diagnose 'acute stress' werden daarentegen in 2003 minder vaak psychofarmaca voorgeschreven. In 2001 en 2003 kregen patiënten met de diagnose 'slaapstoornissen' het vaakst psychofarmaca voorgeschreven.

Tabel 8.4 Percentage patiënten met prescripties in de categorieën anti-depressiva, kalmeringsmiddelen en slaapmiddelen bij verschillende P en Z diagnoses in het eerste kwartaal van 2001 en 2003

Bron: NS2/LINH registratie

Problematiek	% patiënten met prescriptie	
	2001	2003
Alle P of Z diagnoses tezamen	54	55
Depressie (P76)	83	86
Depressief gevoel (P03)	65	69
Slaapstoornissen (P06)	88	87
Angststoornis (P74)	77	83
Angstig gevoel (P01)	67	65
Overspannenheid (P78)	36	44
Acute stress (P02)	53	48
Sociale problemen omgeving (Z05 en Z12)	30	36

We hebben tevens gekeken naar ontwikkelingen in het aantal voorgeschreven psychofarmaca-recepten per type problematiek. Deze resultaten staan weergegeven in bijlage 8. Over het geheel genomen zijn er bij patiënten met een diagnose ‘stress’, ‘depressie’, ‘angst’ en ‘sociale problemen’ in 2003 meer GGZ-gerelateerde recepten voorgeschreven dan in 2001. De stijging is het grootst bij patiënten met de diagnose ‘stress’. Bij deze patiënten zijn met name meer kalmeringsmiddelen en anti-depressiva voorgeschreven. Bij patiënten met de diagnose ‘depressie’ zijn met name meer kalmeringsmiddelen voorgeschreven; bij angst en sociale problemen werden meer anti-depressiva voorgeschreven.

### 8.2.3 Werkbelasting

In 2003 heeft 82% van de responderende huisartsen aangegeven het eens te zijn met de stelling dat de zorg voor patiënten met uitsluitend psychische problemen meer tijd vraagt dan de zorg voor patiënten met uitsluitend somatische problemen; in 2001 was dit percentage hoger, namelijk 87% ( $p < .01$ ).

Vijfendertig procent van de huisartsen gaf aan ondersteuning op het gebied van de GGZ in de praktijk te hebben; in 2001 lag dit percentage nog op 19%. Méér huisartsen zijn in de afgelopen twee jaar dus gebruik gaan maken van ondersteunende maatregelen.

Afgaand op de enquête onder huisartsen zijn er in de GGZ-gerelateerde werkbelasting geen veranderingen opgetreden tussen 2001 en 2003. In beide jaren gaven huisartsen aan dat gemiddeld éénvijfde deel van de consulten GGZ-problematiek betreft. Een consult van een patiënt met psychische of sociale problemen duurde volgens de responderende huisartsen gemiddeld 20 minuten, terwijl een consult van een patiënt met somatische problematiek gemiddeld 10 minuten duurde. Een GGZ-consult duurt dus gemiddeld twee

keer zo lang als een somatisch consult. Slechts 6% van de huisartsen gaf aan 6-10 minuten nodig te hebben voor een patiënt met psychische of sociale problemen.

#### 8.2.4 *Knelpunten bij het verlenen van zorg aan patiënten met psychische en sociale problemen*

Geïnterviewd is in hoeverre huisartsen knelpunten ervaren in het verlenen van zorg aan patiënten met psychische en sociale problemen. Uit de resultaten blijkt dat huisartsen vijf van de zes geïnterviewde aspecten minder als knelpunt zijn gaan ervaren ten opzichte van 2001 (tabel 8.5).

Tabel 8.5: Percentage huisartsen dat in sterke of zeer sterke mate knelpunten ervaart (n=1327-1347)

*Bron: Enquêtes onder huisartsen (NIVEL/WOK)*

<b>Knelpunten</b>	<b>2001 n=1324</b>	<b>2003 n=1327-1347</b>
Te weinig tijd	58	40**
Onlogisch en niet eenduidig vergoedingssysteem	48	30**
Ontbreken sociale kaart	35	20**
Zorgverlening door huisartsen tijdens wachtlijstperiode	53	35**
Teveel taken voor huisartsen	57	35**
Onvoldoende kennis en vaardigheden	11	13

\*\* p<0,01

### 8.3 **Ontwikkelingen in kenmerken hulpverlening bij het AMW**

#### 8.3.1 *Cliëntkenmerken en problematiek*

##### *Cliëntkenmerken*

De samenstelling van de cliëntenpopulatie bij het AMW is nauwelijks veranderd tussen 2000 en 2002. De cliënten bestaat nog steeds voor tweederde deel uit vrouwen, de leefsituatie is ongewijzigd, en de leeftijd is gemiddeld 39 jaar (zie Meijer et al., 2002, p.75). Alleen het percentage allochtone cliënten is licht toegenomen; in 2000 was dit 16% en in 2002 was dit 23%. De meeste cliënten kwamen alleen (beide jaren 69%); 12% van de cliënten kwamen met hun partner (beide jaren). Zeventien procent van de cliënten kwam als ouder met hun kind(eren) of vice versa (15% in 2000), en 2% van de cliënten kwam in een andere groepssamenstelling (4% in 2000).

### *Problematiek*

In tabel 8.6 is te zien dat ook het type problematiek dat bij het AMW binnenkomt nauwelijks is veranderd tussen 2000 en 2002. Er is geen toename te zien in het percentage cliënten met relationele of psychische problemen.

Tabel 8.6 Behandelde problematiek binnen het AMW, uitgedrukt in gemiddeld percentage cliëntsystemen<sup>1</sup> per AMW-instelling

*Bron: Cliëntenregistratie AMW 2000 en 2002*

<b>Problematiek<sup>2</sup></b>	<b>2000</b> n=39 inst.	<b>2002</b> n=57 inst.
<i>Relationeel</i>		
Relatie ouder-kind	11	12
Relatie partner	13	11
Scheiding	6	7
Relatie met anderen	6	6
<i>Psychisch</i>		
Verwerking gebeurtenissen	15	13
Identiteit	5	5
Eenzaamheid	2	2
Verslaving	2	2
Overig psychisch	18	17
<i>Materieel</i>		
Besteding	9	7
Huisvesting	4	7
Arbeid	5	6
Inkomen	4	4
Vorming/opleiding	1	1
<i>Overig</i>		
Gezondheid	10	10
Slachtoffer geweld	5	4
Maatschappelijke organisaties	4	3
Cultuurverschillen	1	2

<sup>1</sup> meestal een individu, maar kan bijvoorbeeld ook een echtpaar, een gezin, of ouder plus kind zijn

<sup>2</sup>>1 antwoord mogelijk per cliëntstelsysteem

### 8.3.2 *Wachttijd*

De gemiddelde wachttijd in 2002 is niet veranderd ten opzichte van 2000: deze was 29,9 dagen in 2000 en 30,9 dagen in 2002 (tabel 8.7). Het percentage cliënten dat minder dan een week hoeft te wachten is iets afgenomen, terwijl het percentage cliënten dat 1-6 maanden moeten wachten licht is gestegen. In 1999 was de gemiddelde wachttijd overigens nog lager dan in 2000: 24,2 dagen (sd 12,9) (zie interim-rapportage 2002, p.78). De grootste stijging in wachttijd heeft dus plaatsgevonden tussen 1999 en 2000.

Tabel 8.7 Wachttijd tot start hulpverlening bij het AMW

*Bron: Cliëntenregistratie AMW 2000 en 2002*

Wachttijd	Gemiddeld % cliëntsystemen per instelling	
	2000 n=39 inst.	2002 n=57 inst.
< 1 week	36	30
1-4 weken	40	41
1-6 maanden	23	29
7-12 maanden	1	1
> 1 jaar	1	1
Gem. aantal dagen	29,9 (sd 16,4)	30,9 (sd 20,2)

### 8.3.3 *Duur en type hulpverlening*

De gemiddelde duur van de hulpverlening in 2002 is gestegen ten opzichte van 2000 (tabel 8.8). Dit komt vooral door het percentage cliënten dat langdurig hulp krijgt, dat wil zeggen langer dan een half jaar.

Tabel 8.8 Duur van de hulpverlening bij het AMW

*Bron: Cliëntenregistratie AMW 2000 en 2002*

Duur hulpverlening	Gemiddeld % cliëntsystemen per instelling	
	2000 n=39 inst.	2002 n=57 inst.
< 1 week	9	7
1-4 weken	11	9
1-6 maanden	59	57



Duur hulpverlening	Gemiddeld % cliëntsystemen per instelling	
	2000 n=39 inst.	2002 n=57 inst.
7-12 maanden	13	14
> 1 jaar	7	12
Gem. aantal dagen	147 (sd 50,1)	180 (sd 78,2)

Uit tabel 8.9 valt af te leiden dat er geen verschillen zijn tussen 2000 en 2002 in het type hulpverlening bij het AMW. Categorieën die onder psychosociale hulpverlening vallen zijn: procesmatige hulp, crisishulp en groepswerk. In 2002 bestond 65% van het totale hulpverleningsaanbod uit psychosociale hulp, wat ongeveer overeenkomt met het aanbod in 2000 (69%). Procesmatige hulp is nog steeds de meest toegepaste vorm van hulp, gevolgd door informatie/advisering.

Tabel 8.9 Type hulpverlening bij het AMW  
Bron: *Cliëntenregistratie AMW 2000 en 2002*

Type hulp	Gemiddeld % cliëntsystemen per instelling	
	2000 n=39 inst.	2002 n=57 inst.
Procesmatige hulp <sup>1</sup>	62	59
Informatie/advies	12	15
Steun-leuncontact	5	3
Bemiddeling/pleitbezorging	7	7
Dienstverlening	6	7
Rapportage ovv derden	1	1
Crisishulp	2	2
Casemanagement	1	1
Groepswerk	5	4

<sup>1</sup> reguliere psychosociale begeleiding/behandeling van de cliënt

Het gemiddeld aantal contacten met een cliënt binnen een AMW-instelling is gestegen van 7,4 (sd 2,8) in 2000 naar 8,7 (sd 2,7) in 2002. Net als in 2000 vond het grootste deel van de contacten in 2002 face-to-face plaats, te weten bij 67% van de contacten in 2002

en bij 76% van de contacten in 2000. Ongeveer een kwart van de contacten vond telefonisch plaats in 2002.

## 8.4 Ontwikkelingen in kenmerken hulpverlening eerstelijnspsychologen

### 8.4.1 Cliëntkenmerken en problematiek

#### *Cliëntkenmerken*

De cliëntkenmerken van eerstelijnspsychologen zijn vergelijkbaar met de situatie in 1998 (zie interim rapportage 2003, p.96). Tweederde deel is vrouw, de gemiddelde leeftijd is 37 jaar, 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 is afgenomen van 32% naar 28%, terwijl het percentage cliënten met een HBO/WO-opleiding is toegenomen.

#### *Problematiek*

De meest voorkomende problematiek bij cliënten van eerstelijnspsychologen was in 2002: werk/studieproblemen en burnout/overspanningsklachten (Tabel 8.10). Ook depressiviteitsklachten, identiteitsproblemen en problemen met betrekking tot trauma/rouw/scheiding kwamen regelmatig voor. Vergeleken met 1998 zijn er meer werk/studieproblemen of burnout-overspanningsklachten gerapporteerd. Ook het percentage identiteitsproblemen is toegenomen. Het percentage spanningsklachten is echter afgenomen. Psychose/decompensatie en verslaving komen weinig voor bij cliënten van de ondervraagde eerstelijnspsychologen, evenals dwangmatige klachten, slaapproblemen, seksuele problemen en eetproblemen.

Tabel 8.10 Probleemgebieden voorkomend bij de eerstelijnspsycholoog

*Bron: Cliëntenbestand eerstelijnspsychologen 2002*

Probleemgebieden <sup>a</sup>	% cliënten 1998 n=2779	% cliënten 2002 n=1109
<i>Relationeel</i>		
Relatieproblemen	30	24
Gezins- en opvoedingsproblemen	8	12
<i>Psychisch</i>		
Werk/studieproblemen, burnout / overspannen	24	34
Depressiviteitsklachten	31	25
Identiteitsproblemen/negatief zelfbeeld	15	24
Trauma/rouw/scheiding	18	20
Fobie, vage angsten/paniekaanvallen	18	15
Spanningsklachten	28	13
Assertiviteitsproblemen	16	13
Levens-/zingevingproblemen	N.v.t.	6

Probleemgebieden <sup>a</sup>	% cliënten 1998	% cliënten 2002
	n=2779	n=1109
Agressie / woede	N.v.t.	6
Dwangmatige klachten (obsessies)	5	4
Identiteitsstoornis	N.v.t.	2
<i>Gezondheid</i>		
Psychosomatische klachten	11	7
Slaapproblemen	6	4
Sexuele problemen	5	3
Eetproblemen	3	3
<i>Anders</i>		
Gedragsproblemen	N.v.t.	3
Psychose/decompensatie	N.v.t.	1
Verslaving	N.v.t.	1
Anders	5	6

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

#### 8.4.2 Werkbelasting

De hoeveelheid gewerkte uren en de invulling van deze uren is niet gewijzigd tussen 1998 en 2002. De respondenten gaven in 2002 aan gemiddeld 35 uur per week te werken als eerstelijnspsycholoog. Daarvan besteedden ze gemiddeld 23 uur aan cliëntgebonden taken zoals diagnostiek, behandeling, begeleiding en advisering. Ze bleken 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.

In 1998 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 8.11 Gemiddeld aantal cliënten en aantal zittingen per eerstelijnspsycholoog

Bron: Enquêtes eerstelijnspsychologen (NIVEL/Trimbos-instituut)

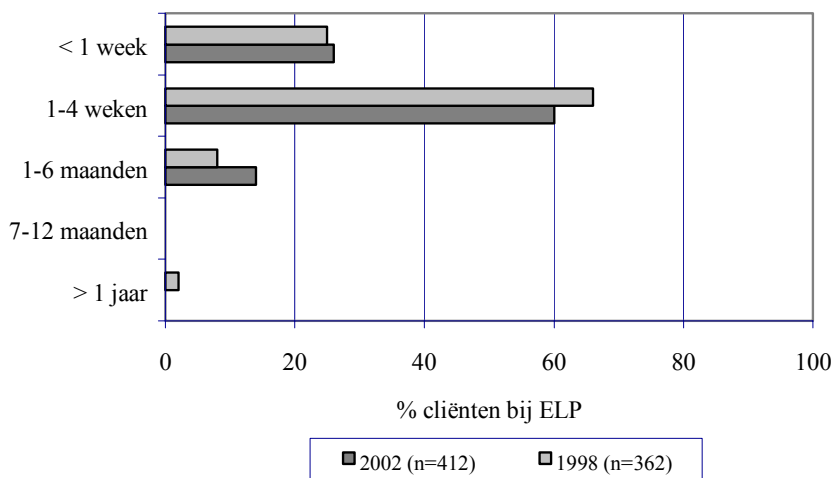
	1998	2002
	n=313-362	n=319-399
Aantal cliënten momenteel in zorg	44 (SD 25,3)	48 (SD 30,5)
Aantal nieuwe cliënten	89 (SD 69,6)	85 (SD 53,6)
Totaal aantal cliënten in zorg	onbekend	111 (SD 67,3)
Aantal zittingen per week per eerstelijnspsycholoog	19 (SD 7,6)	21 (SD 7,4)

### 8.4.3 Wachtijd

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, in 2002 was dat gemiddeld 17 dagen. In tabel 8.11 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 ten opzichte van 14% in 2002; zie Figuur 8.1).

Figuur 8.1: Gemiddelde wachttijd tot intakegesprek met eerstelijnspsycholoog (ELP)

Bron: Enquêtes eerstelijnspsychologen (NIVEL/Trimbos-instituut)



### 8.4.4 Duur en type hulpverlening

#### *Duur hulpverlening*

Gemiddeld kwamen cliënten in 2002 2,4 keer per maand bij de eerstelijnspsycholoog. Voor meer dan de helft van de cliënten (55%) was dit gemiddeld 2 keer per maand. Drie procent van de cliënten kwam 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 had - evenals in 1998 - tussen de 10 en 19 zittingen (50% in 2002, 57% in 1998). Zevenentwintig procent van de cliënten had 1-9 zittingen; in 1998 was dat ongeveer gelijk: 23%. Een zitting duurde gemiddeld 50 minuten (SD 9,3). Dit is vergelijkbaar met 1998, toen de gemiddelde zittingsduur 49 minuten was.

#### *Type hulpverlening*

Bij 83% van de cliënten betrof de hulpverlening in 2002 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.

## 8.5 Samenvatting en conclusies

### *Huisartsen*

Uit de LINH-registratie bleek dat het vóórkomen van psychische en sociale diagnoses in de huisartspraktijk niet is veranderd tussen 2001 en 2003. Binnen de groep patiënten met een psychische of sociale diagnose zijn er wel verschillen: er waren in 2003 relatief meer patiënten met de diagnose ‘angststoornis’, en relatief minder patiënten met nerveus/gespannen gevoel, surmenage, slaapproblemen en voorbijgaande stressreactie. Huisartsen zijn meer psychofarmaca gaan voorschrijven aan patiënten met psychische en sociale problemen, met name meer anti-depressiva. Ten opzichte van 2001 werd in 2003 meer medicatie voorgeschreven aan patiënten met overspannenheidsklachten, angststoornis en sociale problemen. Meer dan 80% van de patiënten met slaapstoornissen, depressie of angststoornissen kreeg medicatie voorgeschreven van de huisarts. De GGZ-gerelateerde werkbelasting van huisartsen is niet veranderd tussen 2001 en 2003. Evenals uit de LINH-registratie bleek uit de huisartsenquête dat het aandeel van GGZ-gerelateerde consulten is onveranderd ten opzichte van 2001; gemiddeld éénvijfde deel van de consulten betreft een patiënt met psychische of sociale problemen. Huisartsen zijn ook niet méér tijd uit gaan trekken voor een consult van patiënten met psychische of sociale problematiek; hieraan besteden ze gemiddeld 20 minuten. Het percentage huisartsen dat gebruik maakt van ondersteunende maatregelen op het gebied van de GGZ is wél toegenomen: van 19% naar 35%. Het betreft meestal ondersteuning van een SPV in hun praktijk. Er zijn minder huisartsen die knelpunten ervaren bij het verlenen van zorg aan patiënten met psychische en sociale problemen ten aanzien van tijdgebrek, het vergoedingssysteem, de sociale kaart, zorgverlening door huisartsen tijdens de wachtlijstperiode en de hoeveelheid taken voor de huisarts.

### *AMW*

Het type cliënten dat bij het AMW terecht komt is niet gewijzigd in de evaluatieperiode voor wat betreft gemiddelde leeftijd, geslacht en leefsituatie, evenmin als het type problematiek dat bij het AMW gepresenteerd wordt; er is geen toename te zien in het percentage cliënten met relationele of psychische problemen. De wachttijd vanaf het moment dat een cliënt zich aanmeldde tot het moment dat de hulpverlening kon starten

was gemiddeld 30,9 dagen, een dag langer dan in 2000. Net als in 2000 werd ongeveer driekwart van de cliënten binnen een maand geholpen. Deze resultaten wijzen uit dat de capaciteitstoename bij het AMW via de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel niet heeft geleid tot een afname van de wachttijd bij het AMW. Er zijn eerder aanwijzingen dat de extra capaciteit ingezet wordt om cliënten vaker te zien, gezien de toename van het gemiddeld aantal contacten met cliënten. In 2000 was dit op gemiddeld 7,4 contacten per cliënt, in 2002 was dit aantal 8,7. Ook de aard van de hulpverlening is niet gewijzigd in de evaluatieperiode: het aandeel psychologische hulp ten opzichte van sociaal-materiële of organisatorische hulp bleef in 2002 rond de tweederde (65% ten opzichte van 69% in 2000). De versterkende maatregelen hebben er dus op landelijk niveau nog niet toe geleid dat het AMW een groter aandeel GGZ-gerelateerde problematiek behandelt.

### *Eerstelijnspsychologen*

De cliëntkenmerken van eerstelijnspsychologen zijn nauwelijks veranderd tussen 1998 en 2002. Het merendeel is vrouw, de gemiddelde leeftijd is 37 jaar en de cliënten zijn bijna allemaal van Nederlandse afkomst. Alleen in het opleidingsniveau is een kleine verschuiving opgetreden: de overrepresentatie van middelhoog en hoog opgeleiden is iets toegenomen. In de problematiek waar een eerstelijnspsycholoog mee te maken krijgt bestaan ook enkele verschillen met 1998: het percentage cliënten met werk/studieproblemen en burnout is toegenomen, evenals het percentage cliënten met identiteitsproblemen. 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. 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.

### *Conclusies*

Ontwikkelingen in de hulpverlening binnen de eerstelijns GGZ zeggen iets over de mate waarin een sterke eerstelijns GGZ is bereikt. Er kan een toename in de kwaliteit van de hulpverlening worden verwacht naarmate de belangrijkste randvoorwaarden meer zijn verbeterd: capaciteitsuitbreiding binnen de eerstelijns GGZ, toegenomen deskundigheidsbevordering op het gebied van de GGZ, een betere samenwerking binnen de eerstelijns GGZ en een betere samenwerking tussen eerste- en tweedelijns GGZ. Bovendien is er vanuit het samenwerkingsconvenant en vanuit het budget ter ondersteuning van huisartsen veel geïnvesteerd in het verbeteren van de kwaliteit van de GGZ-gerelateerde hulpverlening binnen de eerstelijns. Ook de consultatieregeling kan een positieve invloed hebben op de hulpverlening van huisartsen ten aanzien van GGZ-problematiek. Met name in de hulpverlening van huisartsen zijn dus veranderingen te verwachten. De verwachting is dat huisartsen minder knelpunten ervaren bij verlenen van zorg aan patiënten met psychische en sociale problemen, dat ze psychische en sociale problematiek beter zijn gaan herkennen en dus vaker dit type diagnoses stellen, en dat ze

meer tijd kunnen besteden aan GGZ-consulten. Ook kunnen we verwachten dat huisartsen minder psychofarmaca voorschrijven bij depressiviteitsklachten, omdat de NHG-richtlijnen in eerste instantie een zekere terughoudendheid in deze aanbevelen. Bij het AMW is de verwachting dat het percentage cliënten met psychische en relationele problematiek toeneemt, dat de hulpverlening meer psychologisch van aard is. Bij eerstelijnspsychologen zou het aandeel van relatief ernstige problematiek toe kunnen nemen, omdat patiënten met wat lichtere psychosociale problematiek meer bij de huisarts blijven of naar het AMW verwezen worden. Bij zowel het AMW als eerstelijnspsychologen wordt verwacht dat de wachttijd omlaag gaat als gevolg van een toegenomen capaciteit.

Uit de resultaten blijkt dat huisartsen inderdaad minder knelpunten zijn gaan ervaren in het verlenen van zorg aan patiënten met psychische en sociale problematiek. Ze stellen echter niet vaker een psychische of sociale diagnose, en ze besteden evenmin meer tijd aan dit type patiënten. Bovendien zijn ze bij patiënten met depressiviteitsklachten nog vaker psychofarmaca voor gaan schrijven, een ontwikkeling die niet conform de NHG-standaard voor depressie is. Huisartsen zijn zich dus niet méér gaan richten op psychische en sociale stoornissen.

Bij het AMW zijn de verwachte veranderingen in de hulpverlening evenmin zichtbaar in de resultaten. Bij eerstelijnspsychologen is weliswaar het percentage cliënten met identiteitsproblemen toegenomen, maar over het geheel genomen is het aandeel van relatief ernstige problematiek niet toegenomen. Bovendien heeft de toegenomen capaciteit binnen de eerstelijns GGZ niet geleid tot een afname in de wachttijd bij het AMW en eerstelijnspsychologen.

Over het geheel genomen lijken de maatregelen dus wel effect te hebben op ervaren knelpunten van huisartsen, maar zijn er verder nog geen effecten zichtbaar in de hulpverlening van de eerstelijns GGZ. Een verklaring hiervoor kan liggen in het feit dat veel ontwikkelingen op het gebied van deskundigheidsbevordering en kwaliteitsverbetering nog in volle gang waren ten tijde van het laatste meetmoment. Een aantal ontwikkelde producten (cursussen/opleidingen) voor deskundigheidsbevordering en kwaliteitsverbeterende maatregelen moeten nog geïmplementeerd worden (zie hoofdstuk 3). Bovendien zal er enige tijd overheen gaan voordat deze producten een meetbaar effect hebben op de hulpverlening. Hetzelfde geldt voor de kwaliteitsbevorderende maatregelen. Het meetmoment van onze evaluatiestudie is dus te vroeg om zichtbare veranderingen te kunnen verwachten in de hulpverlening.





## 9 Relatie tussen de inzet van versterkende maatregelen en veranderingen in uitkomstmaten

### 9.1 Inleiding

Het doel van de overheid is om de eerstelijns GGZ te versterken. Dat wil zeggen dat de eerstelijns GGZ voldoende capaciteit krijgt om patiënten met psychische en sociale problematiek op te vangen en dat de eerstelijns GGZ-disciplines voldoende met elkaar en met de gespecialiseerde GGZ gaan samenwerken om ervoor te zorgen dat patiënten waar mogelijk binnen de eerstelijns behandeld kunnen worden. Om dit doel te bereiken heeft VWS in 2001 een aantal maatregelen ingezet. Deze zijn:

- De Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW, met als doel het uitbreiden van de capaciteit van het uitvoerend AMW;
- Het project Korte Lijnen, met als doel het stimuleren van de samenwerking en verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ;
- Het project Verruiming financiële toegankelijkheid eerstelijnspsychologen, met als doel het stimuleren van de verwijsstroom van huisartsen naar eerstelijnspsychologen;
- De consultatieve projecten, met als doel het stimuleren van de samenwerking van de eerstelijns GGZ met de tweedelijns GGZ en verwijsstromen van de eerstelijns GGZ naar de tweedelijns GGZ;
- Het Diaboloproject, met als doel het stimuleren van de samenwerking met de eerstelijns GGZ en de tweedelijns GGZ, en het stimuleren van verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ en naar tweedelijns GGZ.

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal in hoeverre de ingezette maatregelen het doel bereikt hebben waartoe ze zijn ingezet. Uitkomstmaten daarvoor zijn:

- capaciteit van de eerstelijns GGZ
- samenwerking binnen de eerstelijns GGZ
- samenwerking met de tweedelijns GGZ
- verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ
- verwijsstromen tussen eerste- en tweedelijns GGZ

We zullen in dit hoofdstuk geen aandacht besteden aan deskundigheidsbevordering omdat we ten tijde van het schrijven van deze eindrapportage nog niet konden beschikken over de gegevens op districtsniveau. In de integrale eindrapportage (Meijer et al., 2004) zullen we hierover wél kort iets vermelden.

Om de algemene onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zijn gegevens uit de landelijk enquête onder huisartsen in 2001 en 2003 gebruikt (zie H2 methode). De resultaten geven dus in zijn geheel het perspectief van de huisartsen weer. We hebben hiervoor gekozen omdat alleen bij huisartsen het aantal respondenten groot genoeg was om verschillen tussen hulpverleners die wel / niet bij een project betrokken waren te kunnen berekenen. Bovendien zijn de ontwikkelingen in samenwerking en verwijsstromen van huisartsen het

beste in kaart te brengen omdat de beschikbare informatie uitgebreider en/of recenter is dan van de andere disciplines. Het is mogelijk dat het AMW en eerstelijnspsychologen een ander oordeel hebben over de samenwerking. Voor ontwikkelingen in verwijsstromen is de invalshoek van huisartsen de meest belangrijke, omdat de huisarts een poortwachtersfunctie heeft op het gebied van de GGZ en daarmee de meest verwijzingen naar andere GGZ-disciplines voor zijn rekening neemt. Dat neemt niet weg dat de maatregelen ook verwijsstromen vanuit AMW of eerstelijnspsychologen zou kunnen beïnvloeden. Hierover kunnen we op basis van de landelijk verzamelde gegevens echter geen uitspraken doen.

Bij elke huisarts is aangegeven of ze bij een of meer van de eerder genoemde samenwerkingsprojecten betrokken zijn (geweest). Vervolgens is per samenwerkingsproject geanalyseerd of deelname daaraan gerelateerd is aan ontwikkelingen in de samenwerking en verwijsstromen tussen 2001 en 2003. Een verantwoording van de samenstelling van de maten is opgenomen in bijlage 9. Daarnaast is onderzocht in hoeverre deelname aan een project gerelateerd is aan samenwerking en verwijsstromen op de *nameting*, dwz in 2003. Waar mogelijk zijn de gegevens gepresenteerd op huisarts-niveau; bij enkele onderzoeksvragen was het noodzakelijk om de gegevens op DHV-niveau te onderzoeken.

De vraagstellingen en resultaten die betrekking hebben op de capaciteit van de eerstelijns GGZ zijn beschreven in paragraaf 9.2. Vraagstellingen en resultaten omtrent de relatie tussen een samenwerkingsproject en samenwerking binnen de eerstelijns GGZ zijn weergegeven in paragraaf 9.3; die omtrent samenwerking met de tweedelijns GGZ in paragraaf 9.4. Paragraaf 9.5 beschrijft de relatie tussen de samenwerkingsprojecten en verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ en naar de tweedelijns GGZ. Paragraaf 9.6 tenslotte geeft een samenvatting en conclusies.

## 9.2 Capaciteit

Een maatregel die is ingezet om de capaciteit van de eerstelijns GGZ te vergroten is de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW (zie H3). De effecten van deze maatregel op de capaciteit van het uitvoerend AMW zijn beschreven in hoofdstuk 4 van dit rapport. In deze paragraaf wordt onderzocht in hoeverre ontwikkelingen in de capaciteit van het AMW gerelateerd zijn aan de andere uitkomstmaten van een sterke eerstelijns GGZ: samenwerking en verwijsstromen. Het idee achter een uitbreiding van de capaciteit van het AMW is dat dit verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ te stimuleert en daarmee indirect verwijsstromen naar de tweedelijns GGZ te vermindert. Een toegenomen capaciteit kan ook de samenwerking tussen de eerstelijnspartijen beïnvloeden, bijv. via meer gelegenheid voor overleg, en toegenomen noodzaak voor overleg i.v.m. toegenomen doorverwijzingen naar AMW.

De capaciteit van het uitvoerend AMW wordt uitgedrukt in bezettingsgraad ten opzichte van de normcapaciteit: de bezettingsgraad is 100% als er binnen een gemeente 1 fte uitvoerend AMW per 6000 inwoners beschikbaar is.

De capaciteit van de eerstelijns GGZ wordt ook bepaald door het aanbod van eerstelijnspsychologen, hoewel de maatregelen niet direct gericht zijn op uitbreiding van deze capaciteit. Daarom onderzoeken we ook het verband tussen het aantal gevestigde

eerstelijnspsychologen en samenwerking en verwijfsstromen. De gegevens over capaciteit zijn geanalyseerd op het niveau van DHV's (en gemeenten) in plaats van op huisartsniveau, omdat de gegevens uit verschillende bestanden komen en niet rechtstreeks te koppelen zijn aan de gegevens uit de huisartsenquête. De bezettingsgraad is dan de gemiddelde bezettingsgraad van gemeenten binnen een DHV.

De onderzoeksvragen gerelateerd aan capaciteit van de eerstelijns GGZ zijn:

1. a) Welke DHV's hebben de grootste toename in bezettingsgraad van het AMW ten opzichte van de norm?
  - b) In hoeverre is de capaciteitstoename binnen een DHV gerelateerd aan de capaciteit voorafgaand aan de versterkende maatregelen (te weten in 1998)?
2. a) In hoeverre zijn *ontwikkelingen* in bezettingsgraad van het AMW op DHV-niveau gerelateerd aan ontwikkelingen in de:
  - samenwerking tussen huisartsen en AMW (waaronder ervaren knelpunten in wachttijd bij het AMW)
  - verwijfsstroom van huisartsen naar het AMW
- b) In hoeverre is de bezettingsgraad van het AMW t.o.v. de norm eind 2003 op DHV-niveau gecorreleerd met de bovengenoemde aspecten *in 2003*?  
In hoeverre is het aantal eerstelijnspsychologen per DHV gerelateerd aan:
  - Door huisarts ervaren knelpunten in de wachtlijst bij eerstelijnspsychologen
  - (knelpunten in) samenwerking tussen huisartsen en eerstelijnspsychologen
  - verwijfsstromen van huisartsen naar eerstelijnspsycholoog

### 9.2.1 Resultaten

*Vraag 1a: ontwikkelingen in bezettingsgraad AMW per DHV*

Per DHV is de capaciteitstoename ten opzichte van de norm gemiddeld 14.2% (SD 1.03). De verschillen hierin tussen DHV's zijn niet groot (zie tabel 1 van bijlage 10). De grootste capaciteitstoename heeft plaatsgevonden in Westland/Schieland/Delfland (DHV 21), waar de bezettingsgraad met 17.3% is gestegen. In drie regio's is de bezettingsgraad relatief laag: in West Brabant (DHV 9: 11.9%), in de regio Utrecht (DHV 12: 12.8%) en in Rijnland/Midden Holland (DHV 5: 13.0%).

*Vraag 1b: relatie bezettingsgraad AMW 1998 - ontwikkelingen in bezettingsgraad AMW*

Onderzocht is in hoeverre de bezettingsgraad van gemeenten bij aanvang van de stimuleringsmaatregel in 1998 gerelateerd is aan de toename in de bezettingsgraad tussen 1998 en eind 2003. Er blijkt een correlatie te zijn van  $-.12$ . Deze correlatie is weliswaar statistisch significant ( $p < .05$ ) omdat het een grote steekproef betreft ( $n=463$ ), maar in de praktijk is deze correlatie niet relevant. De toename in bezettingsgraad is dus niet noemenswaardig gerelateerd aan de bezettingsgraad bij aanvang van de stimuleringsmaatregel in 1998.

*Vraag 2: relatie ontwikkelingen in capaciteit AMW – ontwikkelingen in samenwerking en verwijsstromen naar AMW*

Wanneer we op DHV-niveau kijken naar het verband tussen *ontwikkelingen* in de capaciteit van het AMW en ontwikkelingen in de (knelpunten in) samenwerking en verwijsstromen van huisartsen naar het AMW, dan is evenmin een statistisch significant verband gevonden. Echter, er is wel een trend gevonden: in DHV's waar de bezettingsgraad sterker is toegenomen, zijn huisartsen minder knelpunten in de samenwerking met het AMW gaan ervaren ( $p < .10$ ).

Tabel 9.1 Correlatie tussen *ontwikkelingen* in de capaciteit van het AMW tussen 1998 en 2003 enerzijds, en ontwikkelingen in de samenwerking van huisartsen tussen 2001 en 2003 met het AMW en verwijsstromen naar het AMW anderzijds

*Bron: Enquêtes huisartsen (NIVEL/WOK)*

<b>Δ in samenwerking met en verwijsstromen naar AMW</b>	<b>Correlatie met Δ in capaciteit AMW n=23</b>
<i>Samenwerking van huisartsen met het AMW</i>	
Bekendheid met AMW	-.04
Frequentie berichtgeving van AMW	-.04
Kwaliteit berichtgeving AMW	.16
Frequentie overleg met met AMW	.30
Kwaliteit van overleg met AMW	.17
Knelpunt = wachtlijst bij AMW	-.22
Knelpunten in samenwerking met AMW	-.37
<i>Verwijzingen van huisartsen naar het AMW</i>	
Verwijzingen per 1000 pat. naar AMW	.02

*Situatie in 2003:* Op DHV-niveau blijkt er geen verband te zijn tussen de capaciteit van het AMW in 2003 en de (knelpunten in) samenwerking en verwijsstromen van huisartsen naar het AMW in datzelfde jaar. Huisartsen in een DHV met een relatief grote capaciteit AMW verwezen in 2003 niet méér patiënten naar het AMW dan huisartsen met een relatief lage capaciteit van het AMW. Ook is de samenwerking bij deze groep niet beter, en evenmin ervaren ze minder knelpunten in de samenwerking met het AMW en de wachtlijsten bij het AMW. Daarbij moet opgemerkt worden dat de capaciteitstoename ten tijde van de huisartsenquête nog niet volledig gerealiseerd was.

*Onderzoeksvraag 3: relatie aantal gevestigde eerstelijnspsychologen - samenwerking en verwijfsstromen naar eerstelijnspsychologen*

In tabel 9.2 is te zien dat er een correlatie is tussen het aantal gevestigde eerstelijnspsychologen in een DHV en de mate waarin huisartsen met eerstelijnspsychologen samenwerken. Hoe meer eerstelijnspsychologen er zijn, hoe beter bekend de huisartsen met deze discipline zijn, en hoe vaker ze ermee overleggen. Hoewel de andere correlaties niet statistisch significant zijn, is er nog wel een trendmatig verband gevonden: hoe meer eerstelijnspsychologen gevestigd zijn in een DHV, hoe minder knelpunten huisartsen ervaren in de samenwerking met eerstelijnspsychologen. De samenwerking van huisartsen lijkt dus positief te worden beïnvloed door het aantal gevestigde eerstelijnspsychologen.

Er is geen aantoonbaar verband tussen het aantal gevestigde eerstelijnspsychologen en de verwijfsstroom van huisartsen naar eerstelijnspsychologen.

Tabel 9.2 Correlatie tussen capaciteit eerstelijnspsychologen in 2002 enerzijds en samenwerking met en verwijfsstromen van huisartsen naar eerstelijnspsychologen in 2003 anderzijds  
Bron: Enquêtes huisartsen (NIVEL/WOK)

	Aantal eerstelijnspsychologen per 100.000 inw. in 2002 n=23
<i>Samenwerking met eerstelijnspsychologen</i>	
Bekendheid met ELP	.48*
Frequentie berichtgeving van ELP	.29
Kwaliteit berichtgeving ELP	.31
Frequentie overleg met met ELP	.48*
Kwaliteit van overleg met ELP	.34
Knelpunten in samenwerking met ELP	-.36
Knelpunt = wachtlijst bij ELP	-.31
<i>Verwijzingen naar eerstelijnspsychologen</i>	
Verwijzingen per 1000 pat. naar ELP	.20

\*p<.05

## 9.3 Samenwerking binnen de eerstelijns GGZ

### 9.3.1 Vraagstellingen

Versterkende maatregelen die zijn ingezet om de samenwerking tussen huisartsen, AMW en eerstelijnspsychologen te verbeteren zijn het project Korte Lijnen en het Diaboloproject. In deze paragraaf wordt gekeken naar de relatie tussen deelname van huisartsen bij deze projecten en samenwerking van huisartsen met het AMW en eerstelijnspsychologen.

De projecten hebben indirect tot doel om de verwijfsstromen binnen de eerstelijns GGZ te stimuleren en de verwijfsstromen naar de tweedelijns GGZ te verminderen. De vraagstellingen en resultaten m.b.t. deze uitkomstmaat staan in paragraaf 9.5.

De vraagstelling is:

In hoeverre zijn er verschillen tussen huisartsen met en zonder deelname aan een Korte Lijnen project of een Diaboloproject op

- a) de *ontwikkelingen* in samenwerking tussen huisartsen enerzijds en AMW en eerstelijnspsychologen anderzijds?
- b) De samenwerking tussen huisartsen enerzijds en AMW en eerstelijnspsychologen anderzijds *in 2003*?

### 9.3.2 Resultaten

*Relatie samenwerkingsproject eerstelijns GGZ – samenwerking binnen eerstelijns lijns GGZ*

*Ontwikkelingen tussen 2001 en 2003:* Uit de resultaten van de multilevel analyse (Tabel 9.3) blijkt dat huisartsen die betrokken waren bij een *Korte Lijnen project* de kwaliteit van het overleg met eerstelijnspsychologen hoger zijn gaan waarderen dan huisartsen die niet aan een Korte Lijnenproject deelnamen. Op de overige maten voor samenwerking met eerstelijnspsychologen zijn geen verschillen gevonden. Ook in de samenwerking met het AMW zijn geen verschillen gevonden.

Huisartsen die betrokken waren bij een *Diaboloproject* zijn bekender geworden met het AMW en eerstelijnspsychologen dan huisartsen die daar niet bij betrokken waren (Tabel 9.4). Ook zijn de frequentie en kwaliteit van het overleg met eerstelijnspsychologen meer toegenomen dan bij de huisartsen die niet bij een Diaboloproject betrokken waren. Een negatieve ontwikkeling is dat deze huisartsen méér knelpunten zijn gaan ervaren in de wachtlijsten bij het AMW.

*Situatie in 2003:* Deelname aan het project *Korte Lijnen* is in 2003 gerelateerd aan een hogere frequentie en kwaliteit van berichtgeving van het AMW, en aan minder knelpunten bij het AMW zoals ervaren door huisartsen. Dit laatste geldt ook voor het knelpunt ‘wachtlijst bij het AMW’. In de samenwerking met eerstelijnspsychologen zijn geen verschillen gevonden tussen huisartsen die wel en huisartsen die niet aan een Korte Lijnen project deelnamen.

In 2003 was de kwaliteit van de berichtgeving van het AMW bij huisartsen die betrokken waren bij een *Diaboloproject lager* dan bij huisartsen die niet aan een Diaboloproject deelnamen. In de samenwerking met eerstelijnspsychologen zijn geen verschillen gevonden tussen beide groepen huisartsen.

Tabel 9.3 Vergelijking van huisartsen die wel / niet aan een *Korte Lijnen project* deelnamen in *ontwikkelingen* in samenwerking van huisartsen met het AMW en eerstelijnspsychologen

Bron: *Enquêtes huisartsen (NIVEL/WOK)*

Samenwerkingsmaten	Wel Korte Lijnen			Niet Korte Lijnen		
	2001	2003	$\Delta$	2001	2003	$\Delta$
<i>AMW</i>						
Bekendheid met AMW	3.8	3.8	-0.1	3.5	3.5	-0.0
Frequentie berichtgeving	5.4	5.2 <sup>1</sup>	-0.2	4.5	4.8 <sup>1</sup>	0.2
Kwaliteit berichtgeving	5.2	4.6 <sup>2</sup>	-0.5	4.4	4.2 <sup>2</sup>	-0.2
Frequentie overleg	1.8	2.0	0.2	1.9	1.9	-0.0
Kwaliteit overleg	3.0	4.1	1.1	3.9	4.1	0.2
Knelpunt=wachtlijst AMW	2.8	2.3 <sup>3</sup>	-0.5	3.2	3.0 <sup>3</sup>	-0.2
Knelpunten in samenwerking	13.5	13.1 <sup>4</sup>	-0.3	14.4	14.1 <sup>4</sup>	-0.3
<i>Eerstelijnspsychologen</i>						
Bekendheid met ELP	3.9	4.0	0.1	3.5	3.5	0.0
Frequentie berichtgeving	6.2	6.0	-0.2	5.9	5.9	-0.0
Kwaliteit berichtgeving	6.2	6.5	0.3	6.3	6.3	0.1
Frequentie overleg	1.9	2.0	0.1	1.8	1.9	0.1
Kwaliteit overleg*	3.5	5.6	2.0	4.3	4.9	0.5
Knelpunt=wachtlijst ELP	3.2	2.9	-0.3	3.1	2.9	-0.2
Knelpunten in samenwerking	12.5	13.2	0.7	13.2	12.6	0.7

Ontwikkeling: \*p<.05;

2003: <sup>1,2</sup> p<.05; <sup>3,4</sup> p<.01

NB De gepresenteerde getallen zijn gebaseerd op de groepsgemiddelden van huisartsen uit de multilevel analyse. Deze komen weliswaar globaal genomen overeen met de oorspronkelijke groepsgemiddelden, maar zijn daaraan niet identiek. De

gepresenteerde waarden omtrend de kwaliteit van berichtgeving en overleg zijn dus niet de gemiddelde rapportcijfers zoals huisartsen die ingevuld hebben, maar zijn een afgeleide daarvan!

Tabel 9.4 Vergelijking van huisartsen die wel / niet aan een *Diabolo*project deelnamen in *ontwikkelingen* in samenwerking van huisartsen met het AMW en eerstelijnspsychologen

Bron: Enquêtes huisartsen (NIVEL/WOK)

Samenwerkingsmaten	Wel Diabolo n=81-93			Niet Diabolo n=846-1240		
	2001	2003	Δ	2001	2003	Δ
<i>AMW</i>						
Bekendheid met AMW**	2.9	3.2	0.3	3.6	3.5	-0.1
Frequentie berichtgeving	4.1	4.7	0.5	4.6	4.9	0.3
Kwaliteit berichtgeving	3.7	3.4 <sup>1</sup>	-0.3	4.4	4.2 <sup>1</sup>	-0.2
Frequentie overleg	1.8	1.9	0.1	1.9	1.9	-0.0
Kwaliteit overleg	3.3	4.0	0.7	3.9	4.1	0.2
Knelpunt=wachtlijst AMW*	3.0	3.1	0.1	3.2	2.9	-0.3
Knelpunten in samenwerking	13.6	13.7	0.1	14.4	14.1	-0.3
<i>Eerstelijnspsychologen</i>						
Bekendheid met ELP*	3.0	3.6	0.6	3.5	3.5	-0.0
Frequentie berichtgeving	5.8	5.8	-0.0	5.9	5.9	-0.0
Kwaliteit berichtgeving	6.0	6.5	0.5	6.3	6.3	0.0
Frequentie overleg*	1.7	1.9	0.2	1.8	1.9	0.0
Kwaliteit overleg*	3.5	5.4	1.8	4.4	4.9	0.5
Knelpunt=wachtlijst ELP	2.9	2.9	-0.1	3.1	2.9	-0.2
Knelpunten in samenwerking	11.7	13.5	1.8	13.3	13.9	0.6

Ontwikkeling: \* p<.05

2003: <sup>1</sup> p<.05

NB De gepresenteerde getallen zijn gebaseerd op de groepsgemiddelden van huisartsen uit de multilevel analyse. Deze komen weliswaar globaal genomen overeen met de oorspronkelijke groepsgemiddelden, maar zijn daaraan niet identiek. De gepresenteerde waarden omtrend de kwaliteit van berichtgeving en overleg zijn dus niet de gemiddelde rapportcijfers zoals huisartsen die ingevuld hebben, maar zijn een afgeleide daarvan!



## 9.4 Samenwerking van huisartsen met de tweedelijns GGZ

### 9.4.1 Vraagstellingen

Versterkende maatregelen die zijn ingezet om de samenwerking tussen eerste- en tweedelijns GGZ te verbeteren zijn het Diaboloproject en de Consultatieregeling. In deze paragraaf wordt gekeken naar de relatie tussen betrokkenheid van huisartsen bij deze projecten en samenwerking van huisartsen met de tweedelijns GGZ. Omdat de Diaboloprojecten en consultatieprojecten in de praktijk sterk op elkaar lijken is in de eerste instantie geen onderscheid gemaakt tussen deelname aan een consultatieproject en deelname aan een Diaboloproject. In bijlage 11 worden de gegevens van beide typen projecten echter ook afzonderlijk weergegeven. In de tekst wordt hier waar nodig naar verwezen.

De projecten hebben indirect tot doel om de verwijfsstromen binnen de eerstelijns GGZ te stimuleren en de verwijfsstromen naar de tweedelijns GGZ te verminderen. De vraagstelling en resultaten m.b.t. deze uitkomstmaat staan in paragraaf 9.5.

Vraagstellingen zijn:

1. Verschillen huisartsen met en zonder deelname aan een Diaboloproject / Consultatieproject in
  - a. *ontwikkelingen* in de (knelpunten in) samenwerking met de regionale GGZ, psychiatrie/PAAZ, vrijgevestigde en verslavingszorg?
  - b. samenwerking met de regionale GGZ, psychiatrie/PAAZ, vrijgevestigde en verslavingszorg *in 2003*?
2. In hoeverre is in 2003 op DHV-niveau het *aantal consultaties per 100.000 inwoners voortkomend uit de consultatieprojecten* gerelateerd aan de mate van (knelpunten in de) samenwerking met de regionale GGZ, de psychiatrie/PAAZ, de vrijgevestigde en de verslavingszorg?

### 9.4.2 Resultaten

*Vraag 1: relatie tweedelijns-samenwerkingsprojecten – ontwikkelingen in samenwerking tweedelijns GGZ*

*Ontwikkelingen tussen 2001 en 2003:* In de samenwerking van huisartsen met de tweedelijns GGZ hebben enkele ontwikkelingen plaatsgevonden in relatie tot deelname een *tweedelijns-samenwerkingsproject*, met name m.b.t. de samenwerking met de ambulante GGZ (tabel 9.5). Huisartsen die betrokken zijn bij een tweedelijns samenwerkingsproject zijn bekender geworden met de ambulante GGZ, zijn vaker gaan overleggen met de ambulante GGZ, en ervaren minder knelpunten in de samenwerking met de ambulante GGZ. Ook zijn deze huisartsen bekender geworden met de vrijgevestigden en de verslavingszorg.

Wanneer we kijken naar de ontwikkelingen in relatie tot de *consultatieprojecten afzonderlijk*, dan blijken huisartsen die aan een consultatieproject deelnemen minder knelpunten zijn gaan ervaren in de samenwerking met de ambulante GGZ en de kwaliteit van de berichtgeving van de ambulante GGZ hoger zijn gaan waarderen ten opzichte van

huisartsen die niet aan een consultatieproject deelnemen (tabel 2, bijlage 11). Dit effect is niet zichtbaar wanneer consultatieprojecten en diaboloprojecten samengenomen worden. De toegenomen kwaliteit van overleg met de ambulante GGZ die we in relatie tot een 2<sup>de</sup> lijns-samenwerkingsproject gevonden hadden was bij analyse van de consultatieprojecten afzonderlijk daarentegen niet significant.

Wanneer we kijken naar de ontwikkelingen in relatie tot de *diaboloprojecten afzonderlijk*, dan blijken huisartsen die aan een diaboloproject deelnemen vaker bericht hebben gekregen van de verslavingszorg en de kwaliteit van het overleg met de verslavingszorg hoger zijn gaan waarderen dan huisartsen die niet aan een diaboloproject deelnemen. Daarnaast blijkt dat de kwaliteit van de berichtgeving van de psychiatrie/PAAZ meer is *gedaald* bij huisartsen die aan een diaboloproject deelnamen dan bij huisartsen die niet aan een diaboloproject deelnamen. Deze effecten zijn niet gevonden bij analyses waarbij diablo- en consultatieprojecten samengenomen worden.

*Situatie in 2003*: Huisartsen die betrokken zijn bij een *tweedelijns-samenwerkingsproject* waren over alle geïnventariseerde samenwerkingsaspecten positiever over de ambulante GGZ dan huisartsen die niet bij een tweedelijns-samenwerkingsproject betrokken waren (tabel 9.5). Hoewel niet significant, was er bovendien een trendmatig effect: de kwaliteit van het overleg met de verslavingszorg werd hoger beoordeeld door huisartsen die bij een tweedelijns-samenwerkingsproject betrokken waren.

Wanneer we kijken naar de resultaten van de *afzonderlijke typen projecten* dan vinden we dat de meeste van de geconstateerde effecten bij samenwerking met de ambulante GGZ in 2003 afkomstig zijn van huisartsen die betrokken zijn bij een *consultatieproject* (tabel 2, bijlage 11). Het *Diaboloproject* daarentegen was in 2003 vooral gerelateerd aan een betere samenwerking met de verslavingszorg.

Tabel 9.5 Vergelijking van huisartsen die wel/niet aan een *tweedelijns-samenwerkingsproject* deelnamen in *ontwikkelingen* in samenwerking met de tweedelijns GGZ

Bron: Enquêtes huisartsen (NIVEL/WOK)

	Wel tweedelijns-samenwerkingsproject			Geen tweedelijns-samenwerkingsproject		
	2001	2003	Δ	2001	2003	Δ
<i>Ambulante GGZ</i>						
Bekendheid met ambulante GGZ**	3.1	3.5 <sup>1</sup>	0.3	3.0	2.9 <sup>1</sup>	-0.1
Frequentie bericht van ambulante GGZ	6.1	6.8 <sup>2</sup>	0.8	6.2	6.7 <sup>2</sup>	0.5
Kwaliteit bericht van ambulante GGZ	6.6	6.9 <sup>3</sup>	0.3	6.6	6.7 <sup>3</sup>	0.1
Frequentie overleg met ambulante GGZ**	1.9	2.1 <sup>4</sup>	0.2	1.8	1.8 <sup>4</sup>	0.0
Kwaliteit overleg met ambulante GGZ*	4.5	5.6 <sup>5</sup>	1.1	4.2	4.7 <sup>5</sup>	0.4
Knelpunt= wachtlijst ambulante GGZ	4.0	3.8 <sup>6</sup>	-0.3	4.0	3.9 <sup>6</sup>	-0.2
Knelpunten ambulante GGZ	17.2	16.1 <sup>7</sup>	-1.0	17.3	16.1 <sup>7</sup>	-1.2

	Wel tweedelijns- samenwerkingsproject			Geen tweedelijns- samenwerkingsproject		
	2001	2003	Δ	2001	2003	Δ
<i>Psychiatrie/PAAZ</i>						
Bekendheid met psychiatrie/PAAZ	1.8	2.0	0.2	2.0	2.0	-0.0
Frequentie bericht van psychiatrie/PAAZ	5.0	5.2	0.2	5.3	5.5	0.2
Kwaliteit bericht van psychiatrie/PAAZ	6.2	5.9	-0.3	6.2	6.0	-0.2
Frequentie overleg met psychiatrie/PAAZ	1.5	1.5	0.0	1.5	1.5	0.0
Kwaliteit overleg met psychiatrie/PAAZ	3.2	3.4	0.2	3.1	3.3	0.2
Knelpunt=wachtlijst psychiatrie/PAAZ	3.2	3.0	-0.2	3.3	3.1	-0.2
Knelpunten psychiatrie/PAAZ	14.5	14.2	-0.3	14.8	14.6	-0.2
<i>Vrijgevestigde</i>						
Bekendheid met vrijgevestigde*	2.1	2.4	0.3	2.1	2.1	-0.0
Frequentie bericht van vrijgevestigde	4.4	4.6	0.1	4.6	4.6	-0.0
Kwaliteit bericht van vrijgevestigde	5.1	4.9	-0.2	5.3	5.0	-0.2
Frequentie overleg met vrijgevestigde	1.5	1.6	0.1	1.6	1.6	0.0
Kwaliteit overleg met vrijgevestigde	2.8	3.3	0.5	3.2	3.4	0.2
Knelpunten=wachtlijst vrijgevestigde	2.9	2.7	-0.2	2.9	2.7	-0.3
Knelpunten vrijgevestigde*	12.3	12.7	0.4	13.0	12.3	-0.7
<i>Verslavingszorg</i>						
Bekendheid met verslavingszorg*	1.8	2.0 <sup>8</sup>	0.2	1.8	1.8 <sup>8</sup>	-0.1
Frequentie bericht van verslavingszorg	4.5	5.0	0.5	4.6	4.8	0.2
Kwaliteit bericht van verslavingszorg	4.7	4.8	0.1	4.6	4.5	-0.1
Frequentie overleg met verslavingszorg	1.5	1.5	0.1	1.5	1.5	0.0
Kwaliteit overleg met verslavingszorg	2.4	2.8	0.4	2.4	2.7	0.3
Knelpunt=wachtlijst verslavingszorg	2.9	2.8	-0.1	2.8	2.8	-0.0
Knelpunten verslavingszorg	14.8	15.1	0.3	14.9	15.1	0.1
Ontwikkeling: * p<.05; ** p<.01						
2003: <sup>2,3</sup> p<.05; <sup>1,4,5,6,7,8</sup> p<.01						

NB De gepresenteerde getallen zijn gebaseerd op de groepsgemiddelden van huisartsen uit de multilevel analyse. Deze komen weliswaar globaal genomen overeen met de oorspronkelijke groepsgemiddelden, maar zijn daaraan niet identiek. De gepresenteerde waarden omtrent de kwaliteit van berichtgeving en overleg zijn dus niet de gemiddelde rapportcijfers zoals huisartsen die ingevuld hebben, maar zijn een afgeleide daarvan!

*Vraag 2: relatie aantal consultaties – samenwerking tweedelijns GGZ in 2003*

Onderzocht is of het aantal consultaties per 100.000 inwoners op DHV-niveau gerelateerd is aan de (knelpunten in de) samenwerking met de regionale GGZ, de psychiatrie/PAAZ, de vrijgevestigde en de verslavingszorg in 2003. De resultaten zijn weergegeven in bijlage 12.

De frequentie van overleg met de ambulante GGZ is gerelateerd aan het aantal consultaties: hoe meer consultaties er in 2003 waren in een DHV, hoe vaker er overlegd werd tussen huisartsen en de ambulante GGZ (Pearson  $r=.63$ ,  $p<.01$ ). Bij de overige samenwerkingsmaten is geen verband gevonden met het aantal consultaties in 2003.

## **9.5 Verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ en naar tweedelijns GGZ**

### **9.5.1 Vraagstellingen**

Alle versterkende maatregelen die zijn ingezet door VWS beogen direct of indirect om de verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ te stimuleren en de verwijsstromen naar de tweedelijns GGZ te beperken. De projecten zijn er op gericht om gunstige omstandigheden te scheppen voor deze ontwikkelingen in verwijspatronen: zorgen dat de eerstelijns GGZ voldoende capaciteit heeft om aan de toegenomen vraag naar hulp te kunnen voldoen (Tijdelijke Stimuleringsmaatregel AMW), financieel toegankelijker maken van eerstelijnspsychologen (onderzoek eerstelijnspsychologen), en zorgen dat de samenwerking zodanig is dat de eerstelijnspartijen weten naar wie ze kunnen doorverwijzen (project Korte Lijnen, Diaboloproject, Consultatieregeling). Vraagstellingen zijn:

1. Zijn er verschillen tussen huisartsen met en zonder deelname aan een samenwerkingsproject op
  - a. *ontwikkelingen* in verwijsstromen naar het AMW en eerstelijnspsychologen
  - b. verschillen in verwijsstromen *in 2003* naar het AMW en eerstelijnspsychologen
  - c. *ontwikkelingen* in verwijsstromen naar de ambulante GGZ, de psychiatrie/PAAZ, de vrijgevestigde en de verslavingszorg?
  - d. verschillen in verwijsstromen *in 2003* naar de ambulante GGZ, de psychiatrie/PAAZ, de vrijgevestigde en de verslavingszorg?
2. In hoeverre is *in 2003* de mate van samenwerking tussen huisartsen enerzijds en AMW en eerstelijnspsychologen anderzijds gerelateerd aan verwijsstromen van huisartsen naar:
  - a. het AMW en eerstelijnspsychologen
  - b. de tweedelijns GGZ: naar de ambulante GGZ, de psychiatrie/PAAZ, de vrijgevestigde en de verslavingszorg?
3. In hoeverre is *in 2003* het aantal consultatieprojecten op DHV-niveau gecorreleerd aan verwijsstromen van huisartsen naar:
  - a. het AMW en eerstelijnspsychologen?
  - b. De tweedelijns GGZ: de ambulante GGZ, de psychiatrie/PAAZ, de vrijgevestigde en de verslavingszorg?

## 9.5.2 Resultaten

*Vraag 1: relatie deelname samenwerkingsproject – ontwikkelingen in verwijsstromen*

*a) Verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ*

*Ontwikkelingen tussen 2001 en 2003:* huisartsen die aan een Diaboloproject deelnamen zijn meer patiënten gaan verwijzen naar het AMW en eerstelijnspsychologen dan huisartsen die niet aan een Diaboloproject deelnamen (tabel 9.6). Deze relatie geldt niet voor consultatieprojecten. Ook de andere samenwerkingsprojecten zijn niet gerelateerd aan ontwikkelingen in verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ.

*Situatie in 2003:* Het aantal verwijzingen per 1000 patiënten van huisartsen naar eerstelijnspsychologen was lager bij huisartsen die betrokken waren bij een consultatieproject dan huisartsen die niet betrokken waren bij een consultatieproject. Verwijsstromen naar het AMW verschillen niet tussen deze twee groepen. Voor de andere samenwerkingsprojecten is in 2003 geen verband gevonden met verwijsstromen van huisartsen binnen de eerstelijns GGZ.

*b) Verwijzingen naar de tweedelijns GGZ*

*Ontwikkelingen tussen 2001 en 2003:* Huisartsen die aan een Diaboloproject deelnamen zijn meer patiënten gaan doorverwijzen naar de tweedelijns GGZ ten opzichte van huisartsen die niet aan een Diaboloproject deelnamen (tabel 9.6). Dit geldt voor verwijzingen naar de ambulante GGZ, naar de vrijgevestigde en naar de verslavingszorg. Voor verwijzingen naar de psychiatrie/PAAZ is dit effect niet significant. Wanneer diaboloprojecten en consultatieprojecten samengenomen worden, valt de relatie met het aantal verwijzingen naar de ambulante GGZ weg. Over het algemeen is het aantal verwijzingen naar de tweedelijns GGZ van huisartsen die aan een consultatieproject deelnamen niet of nauwelijks gestegen.

*Situatie in 2003:* Voor geen van de samenwerkingsprojecten is een statistisch significant verband gevonden met verwijsstromen naar de tweedelijns GGZ. Er is echter wel een trendmatig verband gevonden voor het ELP/HHM-project: huisartsen die bij een ELP/HHM-project betrokken waren, verwezen in 2003 minder patiënten door naar de psychiatrie/PAAZ dan huisartsen die niet bij dit project betrokken waren.

Tabel 9.6 Ontwikkelingen in verwijsstromen van huisartsen naar AMW, eerstelijnspsychologen en de tweedelijns GGZ, uitgedrukt in aantal verwijzingen per 1000 patiënten

*Bron: Enquêtes huisartsen (NIVEL/WOK)*

	Wel samenwerkingsproject			Geen samenwerkingsproject		
	2001	2003	Δ	2001	2003	Δ
<b>Verwijzingen binnen 1<sup>ste</sup> lijns GGZ</b>						
<i>AMW</i>						
Korte Lijnen	9.3	8.0	-1.3	8.6	8.1	-0.5
ELP/HHM	9.8	8.6	-1.2	8.5	8.1	-0.4

	Wel samenwerkingsproject			Geen samenwerkingsproject		
	2001	2003	Δ	2001	2003	Δ
Diabolo**	9.2	13.0	3.8	8.6	7.8	-0.9
Consultatie	8.5	8.1	-0.4	8.7	8.1	-0.6
Diabolo en/of consultatie	8.7	8.7	0.0	8.6	7.8	-0.8
<i>Eerstelijnspsychologen</i>						
Korte Lijnen	9.9	8.8	-1.1	8.9	9.3	0.3
ELP/HHM	10.1	9.5	-0.6	8.7	9.2	0.5
Diabolo**	8.4	13.7	5.3	9.0	8.9	-0.1
Consultatie	8.4	8.4 <sup>1</sup>	-0.0	9.0	9.7 <sup>1</sup>	0.8
Diabolo en/of consultatie	8.4	9.1	0.7	9.0	9.3	0.3
<i>Eerstelijns GGZ totaal</i>						
Korte Lijnen	19.3	16.8	-2.5	17.5	17.4	-0.2
ELP/HHM	19.9	18.0	-2.0	17.2	17.2	0.1
Diabolo**	17.2	26.5	-3	17.6	16.7	-1.0
Consultatie	16.9	16.5	-0.4	17.6	17.9	0.2
Diabolo en/of consultatie	16.9	17.8	0.9	17.6	17.0	-0.6
<b>Verwijzingen naar de tweedelijns GGZ</b>						
<i>Ambulante GGZ</i>						
Korte Lijnen	8.5	7.3	-1.2	9.8	9.6	-0.2
ELP/HHM	9.3	9.9	0.6	9.8	9.4	-0.4
Diabolo*	16.1	17.4	1.3	9.3	8.9	-0.4
Consultatie	9.9	9.7	-0.2	9.5	9.4	-0.1
Diabolo en/of consultatie	10.8	10.5 <sup>2</sup>	-0.3	9.0	8.8 <sup>2</sup>	-0.2
<i>Psychiatrie/PAAZ</i>						
Korte Lijnen	2.8	2.7	-0.1	2.7	2.4	-0.2
ELP/HHM	2.1	1.9	-0.2	2.8	2.5	-0.2
Diabolo	3.0	3.5	-0.5	2.7	2.4	-0.3
Consultatie	2.7	2.3	-0.4	2.6	2.5	-0.1
Diabolo en/of consultatie	2.7	2.5	-0.2	2.5	2.4	-0.1
<i>Vrijgevestigde</i>						
Korte Lijnen	3.1	4.0	0.9	3.5	3.3	-0.2
ELP/HHM	4.1	3.9	-0.3	3.4	3.3	-0.1
Diabolo*	3.9	5.2	1.3	3.5	3.2	-0.3
Consultatie	3.0	3.3	0.4	3.4	3.4	-0.0
Diabolo en/of consultatie*	3.0	3.6	0.6	3.3	3.2	-0.1

	Wel samenwerkingsproject			Geen samenwerkingsproject		
	2001	2003	Δ	2001	2003	Δ
<i>Verslavingszorg</i>						
Korte Lijnen	2.5	2.4	-0.2	2.1	2.2	0.1
ELP/HHM	2.1	2.2	0.1	2.1	2.2	0.1
Diabolo**	3.1	4.5	1.5	2.0	2.0	-0.0
Consultatie	2.2	2.2	0.0	2.0	2.1	0.1
Diabolo en/of consultatie	2.4	2.6	0.2	1.9	1.9	0.0
<i>Tweedelijns GGZ totaal</i>						
Korte Lijnen	17.2	16.2	-1.0	17.9	17.5	-0.3
ELP/HHM	18.4	17.6	-0.8	17.7	17.4	-0.3
Diabolo**	25.0	33.0	7.9	17.4	16.4	-1.0
Consultatie	16.5	17.5	1.0	17.4	17.4	-0.0
Diabolo en/of consultatie*	16.9	19.3	2.4	17.6	16.2	-1.4

Ontwikkeling: \* p<.05; \*\* p<.01

2003: <sup>1,2</sup> p<.05 in 2003

### *Vraag 2: relatie samenwerking in 2003 – verwijstroom in 2003*

*Samenwerking binnen de eerstelijns GGZ:* Hoewel er verschillende samenwerkingsmaten statistisch significant blijken te correleren met verwijstroom, is er geen enkele correlatie dusdanig hoog dat deze in de praktijk van betekenis is (bijlage 13). De mate waarin huisartsen in 2003 samenwerkten met het AMW en eerstelijnspsychologen is dus niet gerelateerd aan het aantal patiënten dat ze in 2003 naar deze disciplines verwezen.

*Samenwerking met de tweedelijns GGZ:* Hoewel de correlatie tussen samenwerking van huisartsen met de tweedelijns GGZ en verwijstroom naar de tweedelijns GGZ op veel aspecten statistisch significant is, is er slechts één correlatie dusdanig hoog dat deze van betekenis is: huisartsen die frequenter overleggen met een vrijgevestigde verwijzen meer patiënten naar deze discipline (Pearson  $r=.30$ ,  $p<.00$ ; bijlage 13).

### *Vraag 3: Correlatie tussen aantal consultaties en verwijstroom naar eerste- en tweedelijns GGZ*

In tabel 9.7 is af te lezen dat het aantal consultaties in een DHV-regio is gecorreleerd met het aantal verwijzingen van huisartsen naar de eerste- en tweedelijns GGZ. Hoe meer consultaties er in 2003 waren per 100.000 inwoners, hoe meer patiënten huisartsen doorverwezen naar een GGZ-discipline.

Tabel 9.7 Correlatie van aantal consultaties per 1000.000 inwoners met aantal verwijzingen per 1000 patiënten van huisarts naar eerste- en tweedelijns GGZ  
Bron: Enquêtes huisartsen (NIVEL/WOK)

	Correlatie met aantal consultaties in 2003 per 100.000 inwoners n=23
<i>Verwijzingen naar eerstelijns GGZ</i>	
AMW	.57**
Eerstelijnspsychologen	.69**
<i>Verwijzingen naar tweedelijns GGZ</i>	
Ambulante GGZ	.59**
Psychiatrie/PAAZ	.48**
Vrijgevestigde	.55**
Verslavingszorg	.55**

\*\*p<.01

## 9.6 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk stond de vraag centraal in hoeverre de door VWS ingezette maatregelen om de eerstelijns GGZ te versterken het doel hebben bereikt waarvoor ze zijn ingezet. De maatregelen die hier geëvalueerd worden zijn ingezet in de vorm van verschillende samenwerkingsprojecten. Onderzocht is in hoeverre huisartsen die bij een samenwerkingsproject betrokken waren verschilden van huisartsen die niet bij een samenwerkingsproject betrokken waren op de volgende uitkomstmaten: capaciteit van het AMW en eerstelijnspsychologen, samenwerking binnen de eerstelijns GGZ, samenwerking met de tweedelijns GGZ, en verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ en naar de tweedelijns GGZ. De resultaten geven dus bijna in het geheel het perspectief van de huisartsen weer. Daarnaast is de capaciteit van het AMW per DHV-regio onderzocht.

De resultaten zijn hier beschreven per uitkomstmaat, waarbij onderscheid gemaakt is tussen ontwikkelingen tijdens de evaluatieperiode en de situatie zoals die in 2003 (het laatste meetmoment van de evaluatiestudie) bestond.

### *Capaciteit*

Per DHV is de capaciteitstoename van het AMW tussen 1998 en eind 2003 gemiddeld 14%. De verschillen hierin tussen DHV's zijn niet groot. De grootste capaciteitstoename heeft plaatsgevonden in Westland/Schieland/Delfland; de kleinste capaciteitstoename in West Brabant, regio Utrecht en Rijnland/Midden Holland. De capaciteitstoename is niet gerelateerd aan de capaciteit bij aanvang van de stimuleringsmaatregel in 1998.



Op DHV-niveau is er een tendens gevonden dat daar waar de capaciteit sterker is toegenomen, huisartsen frequenter zijn gaan overleggen met het AMW en minder knelpunten in de samenwerking met het AMW zijn gaan ervaren. Er is geen verband gevonden tussen de capaciteit in 2003 enerzijds en de samenwerking en verwijsstromen van huisartsen naar het AMW in datzelfde jaar. Daarbij moet opgemerkt worden dat de capaciteitstoename ten tijde van de huisartsenquête in 2003 nog niet volledig gerealiseerd was.

De samenwerking van huisartsen met *eerstelijnspsychologen* in 2003 lijkt positief te worden beïnvloed door het aantal gevestigde eerstelijnspsychologen: bijna alle gebruikte samenwerkingsmaten zijn hiermee gecorreleerd. Er is geen aantoonbaar verband tussen het aantal gevestigde eerstelijnspsychologen en de verwijsstroom van huisartsen naar eerstelijnspsychologen in 2003.

#### *Samenwerking binnen de eerstelijns GGZ*

*Ontwikkelingen tussen 2001 en 2003.* Huisartsen die betrokken waren bij een *Korte Lijnen project* zijn de kwaliteit van het overleg met eerstelijnspsychologen hoger gaan waarderen dan huisartsen die niet aan een Korte Lijnenproject deelnamen. Op de overige maten voor samenwerking met eerstelijnspsychologen zijn geen verschillen gevonden. Ook in de samenwerking met het AMW zijn geen verschillen gevonden.

Huisartsen die betrokken waren bij een *Diaboloproject* zijn bekender geworden met het AMW en eerstelijnspsychologen dan huisartsen die daar niet bij betrokken waren. Ook zijn de frequentie en kwaliteit van het overleg met eerstelijnspsychologen meer toegenomen dan bij de huisartsen die niet bij een Diaboloproject betrokken waren. Een negatieve ontwikkeling is dat deze huisartsen méér knelpunten zijn gaan ervaren in de wachtlijsten bij het AMW.

*Situatie in 2003:* Deelname aan het project *Korte Lijnen* is in 2003 gerelateerd aan een hogere frequentie en kwaliteit van berichtgeving van het AMW, en aan minder knelpunten bij het AMW zoals ervaren door huisartsen. Dit laatste geldt ook voor het knelpunt 'wachtlijst bij het AMW'. In de samenwerking met eerstelijnspsychologen zijn geen verschillen gevonden tussen huisartsen die wel en huisartsen die niet aan een Korte Lijnen project deelnamen.

In 2003 was de kwaliteit van de berichtgeving van het AMW bij huisartsen die betrokken waren bij een *Diaboloproject* lager dan bij huisartsen die niet aan een Diaboloproject deelnamen. In de samenwerking met eerstelijnspsychologen zijn geen verschillen gevonden tussen beide groepen huisartsen.

#### *Samenwerking met de tweedelijns GGZ*

*Ontwikkelingen tussen 2001 en 2003:* In de samenwerking van huisartsen met de tweedelijns GGZ hebben enkele ontwikkelingen plaatsgevonden in relatie tot deelname een tweedelijns-samenwerkingsproject, met name m.b.t. de samenwerking met de ambulante GGZ. Huisartsen die betrokken zijn bij een tweedelijns samenwerkingsproject zijn bekender geworden met de ambulante GGZ, zijn vaker gaan overleggen met de ambulante GGZ, en ervaren minder knelpunten in de samenwerking met de ambulante GGZ. Ook zijn deze huisartsen bekender geworden met de vrijevestigden en de verslavingszorg.

*Situatie in 2003:* Huisartsen die betrokken zijn bij een tweedelijns-samenwerkingsproject waren over alle geïnventariseerde samenwerkingsaspecten positiever over de ambulante GGZ dan huisartsen die niet bij een tweedelijns-samenwerkingsproject betrokken waren. Bovendien was er een tendens dat huisartsen die bij een tweedelijns-samenwerkingsproject betrokken waren de kwaliteit van het overleg met de verslavingszorg hoger beoordeelden. De meeste van de geconstateerde effecten bij samenwerking met de ambulante GGZ lijken het gevolg te zijn van de consultatieprojecten. Het Diaboloproject daarentegen was in 2003 vooral gerelateerd aan een betere samenwerking met de verslavingszorg.

De effecten van de consultatieproject blijken dus het beste zichtbaar te zijn in de samenwerking met de ambulante GGZ. Gezien de invulling van de consultatieprojecten was dit ook te verwachten: huisartsen hebben ondersteuning in hun praktijk van een SPV, welke in dienst is van de ambulante GGZ. Ook uit andere resultaten binnen deze evaluatiestudie is gebleken dat de SPV een belangrijke brugfunctie vervult tussen de huisarts en de ambulante GGZ (Scholten et al., 2004).

De resultaten met betrekking tot het aantal consultaties die uit de consultatieprojecten voortvloeien bevestigen de positieve relatie tussen consultatieprojecten en de samenwerking met de ambulante GGZ: hoe meer consultaties er in 2003 waren in een DHV-regio, hoe vaker er overlegd werd tussen huisartsen en de ambulante GGZ. In mindere mate geldt dit ook voor de verslavingszorg. Bij de overige samenwerkingsmaten is geen verband gevonden met het aantal consultaties.

#### *Verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ*

*Ontwikkelingen tussen 2001 en 2003:* huisartsen die aan een Diaboloproject deelnamen zijn meer patiënten gaan verwijzen naar het AMW en eerstelijnspsychologen dan huisartsen die niet aan een Diaboloproject deelnamen. Deze relatie geldt niet voor consultatieprojecten. Ook de andere samenwerkingsprojecten zijn niet gerelateerd aan ontwikkelingen in verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ.

*Situatie in 2003:* Het aantal verwijzingen per 1000 patiënten van huisartsen naar eerstelijnspsychologen was lager bij huisartsen die betrokken waren bij een consultatieproject dan huisartsen die niet betrokken waren bij een consultatieproject. Verwijsstromen naar het AMW verschillen niet tussen deze twee groepen. Voor de andere samenwerkingsprojecten is in 2003 geen verband gevonden met verwijsstromen van huisartsen binnen de eerstelijns GGZ.

#### *Verwijsstromen naar de tweedelijns GGZ*

*Ontwikkelingen tussen 2001 en 2003:* Huisartsen die aan een Diaboloproject deelnamen zijn meer patiënten gaan doorverwijzen naar de tweedelijns GGZ ten opzichte van huisartsen die niet aan een Diaboloproject deelnamen. Dit geldt voor verwijzingen naar de ambulante GGZ, naar de vrijgevestigde en naar de verslavingszorg. Wanneer diaboloprojecten en consultatieprojecten samengenomen worden, valt de relatie met het aantal verwijzingen naar de ambulante GGZ weg. Over het algemeen is het aantal verwijzingen naar de tweedelijns GGZ van huisartsen die aan een consultatieproject deelnamen niet of nauwelijks gestegen.

*Situatie in 2003:* Voor geen van de samenwerkingsprojecten is een statistisch significant verband gevonden met verwijsstromen naar de tweedelijns GGZ. Er is echter wel een trendmatig verband gevonden voor het ELP/HHM-project: huisartsen die bij een ELP/HHM-project betrokken waren, verwezen in 2003 minder patiënten door naar de psychiatrie/PAAZ dan huisartsen die niet bij dit project betrokken waren.

#### *Conclusies*

Er zijn aanwijzingen dat huisartsen in regio's waar een sterkere toename van de AMW-capaciteit is, minder knelpunten inzake samenwerking opmerken. Ook lijkt de samenwerking van huisartsen met eerstelijnspsychologen positief te worden beïnvloed door een grotere beschikbaarheid van eerstelijnspsychologen. De capaciteitstoename binnen de eerstelijns GGZ lijkt echter nog geen effect te hebben op verwijsstromen.

Projecten met als doel het versterken van de *samenwerking* binnen de eerstelijns GGZ hebben wel enig effect gehad, te weten op de bekendheid van huisartsen met de eerstelijnsdisciplines en de frequentie en kwaliteit van overleg. Dit geldt met name voor eerstelijnspsychologen; met betrekking tot het AMW is alleen de bekendheid toegenomen. Daarbij moet wel gerealiseerd worden dat de resultaten alleen gebaseerd zijn op de mening van huisartsen. Mogelijk is de samenwerking zoals het AMW en eerstelijnspsychologen die ervaren meer toegenomen dan de huisartsen rapporteren. Voor wat betreft het project Korte Lijnen moeten we ons realiseren dat de producten pas zomer 2003 beschikbaar zijn gekomen. Door de projectgroep zelf wordt in 2004 een eigen evaluatie-onderzoek uitgevoerd. Dit levert een meer gedetailleerd en daardoor betrouwbaarder beeld dan de landelijke analyses doen.

Projecten die tot doel hebben de samenwerking met de tweedelijns GGZ te versterken hebben eveneens een positief effect gehad. Vooral de samenwerking met de ambulante GGZ is verbeterd. De effecten lijken in sterkere mate op het conto van de Consultatieregeling te schrijven dan van het Diaboloproject. Dit is te verklaren vanuit het feit dat de Consultatieregeling landelijk op grote schaal is ingezet, terwijl Diaboloprojecten in een aantal experimentele regio's is ingezet.

Bij de interpretatie van de gevonden verschillen in samenwerking tussen huisartsen die wel en huisartsen die niet betrokken zijn bij een samenwerkingsproject moeten we voorzichtig zijn met oorzaak-gevolgrelaties. De verschillen zullen niet alleen te maken hebben met het betreffende samenwerkingsproject zelf, maar deels ook te maken hebben met een attitudeverschil ten aanzien van de diagnostiek en/of behandeling van GGZ-problematiek. Huisartsen die meer affiniteit hebben met GGZ-problematiek zullen eerder geneigd zijn om tijd en energie te steken in deelname aan een samenwerkingsproject ter versterking van de eerstelijns GGZ. Ook zoeken ze mogelijk al vanuit zichzelf meer samenwerking met andere GGZ-partners dan huisartsen die minder affiniteit hebben met de GGZ.

Het Diaboloproject heeft een stimulerende invloed op *verwijsstromen* van huisartsen naar zowel AMW en eerstelijnspsychologen als naar de tweedelijns GGZ. Dit laatste is een onbedoeld effect van het versterkingsprogramma, omdat verwacht werd dat verwijzingen

naar de tweedelijns GGZ juist zouden afnemen als gevolg van een toename van verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ.

Een ander opvallend punt is dat huisartsen die in 2003 bij een consultatieproject betrokken waren, minder patiënten verwijzen naar een eerstelijnspsycholoog dan huisartsen die niet bij zo'n project betrokken waren. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de beschikbaarheid van een SPV in de huisartspraktijk het voor de huisarts gemakkelijker maakt om patiënten door een SPV te laten behandelen dan deze patiënten door te verwijzen naar een eerstelijnspsycholoog.

In tegenstelling tot de verwachting heeft het project Korte Lijnen op landelijk niveau nog geen aantoonbaar stimulerend effect gehad op verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ. Dit kan te maken hebben met de manier waarop de gegevens verkregen zijn. Een reden hiervoor kan zijn dat de aantallen huisartsen waarop de resultaten gebaseerd zijn te klein zijn om statistisch significante verschillen te vinden. Echter, gezien het feit dat in de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ al weinig veranderingen zijn gevonden was het ook niet te verwachten dat de verwijsstromen zouden veranderen, omdat deze afhankelijk worden verondersteld van ontwikkelingen in samenwerking.

Het gehele evaluatieonderzoek kent een beperking die een optimale evaluatie van de maatregelen belemmert. Het programma van maatregelen om de eerstelijns GGZ te versterken is eind 1999 afgekondigd en vanaf 2000 hebben de betrokken partijen de gelegenheid gehad om projecten op te starten, samenwerkingsverbanden aan te gaan en een programma voor kwaliteitsverbetering te ontwikkelen. Op hetzelfde moment moest een evaluatieonderzoek opgezet en ten uitvoer gebracht worden. Deze omstandigheden hebben als gevolg dat de meeste voormetingen betrekking hebben op een moment tussen 1999 en 2001 en de nametingen op een moment tussen 2002 en 2003. Als gevolg hiervan liggen de meetmomenten die in het onderzoek gekozen zijn om ontwikkelingen in kaart te brengen vrij dicht op elkaar, wellicht te kort om al veranderingen te kunnen meten als gevolg van het programma. Veel effecten zullen pas na afloop van de stimuleringsperiode zichtbaar worden omdat de activiteiten op een langere termijn doorwerken op de in dit onderzoek gebruikte uitkomstmaten. Dit geldt onder andere voor de realisatie van kwaliteitsprojecten uit het samenwerkingsconvenant, gericht op deskundigheidsbevordering en samenwerking. Deze projecten vergden een doorlooptijd die de tijd van de evaluatieperiode veelal overschreed. De evaluatieperiode was dus – noodgedwongen – te kort om al een volledig beeld te krijgen van de effecten van de maatregelen.

## 10 Samenvatting

### 10.1 Inleiding

Er is een toenemende vraag naar psychische hulp, waardoor sinds de jaren '90 de druk op de tweedelijns GGZ te groot werd. Het probleemoplossend vermogen van de eerstelijns om psychische problematiek op te vangen bleef achter, terwijl veel psychische problematiek qua ernst goed in de eerstelijns behandeld zou kunnen worden.

Dit rapport beschrijft de bevindingen van een landelijke evaluatiestudie naar de organisatie van de eerstelijns GGZ. Doel van deze studie is om te onderzoeken of er een min of meer samenhangende eerstelijns GGZ is ontstaan als gevolg van een pakket aan maatregelen dat VWS in 1999-2001 heeft ingezet om de de eerstelijns GGZ te versterken. Uitgangspunt voor de evaluatiestudie was om de GGZ kerndisciplines – huisartsen, algemeen maatschappelijk werk (AMW) en eerstelijnspsychologen – in de eerstelijns in staat te stellen psychische stoornissen waar dat mogelijk en verantwoord is, binnen de eerstelijns te behandelen en anders gericht te verwijzen. Deze vorm van organisatie van zorg wordt als een sterke en samenhangende eerstelijns GGZ beschouwd. Deze doelstelling moest bewerkstelligd worden door de volgende concrete maatregelen c.q. projecten:

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

Dit geheel aan projecten<sup>1</sup> is een mix van subsidieregelingen die de directe zorg betreffen en maatregelen op het niveau van de koepelorganisaties die met behulp van de ondersteuning b.v. bijscholingsaanbod of certificering kunnen regelen. De meeste maatregelen c.q. projecten zijn in 1999-2000 afgekondigd en vanaf die tijd in werking gezet. Sommige maatregelen konden in een paar maanden in een lopend project worden omgezet, andere hadden een aanloop en doorlooptijd van een paar jaar voordat ze effect zouden kunnen sorteren.

De uiteindelijke doelstelling van VWS - de eerstelijns in staat stellen psychische stoornissen waar dat mogelijk en verantwoord is, binnen de eerstelijns te behandelen en anders gericht te verwijzen – zou bereikt moeten worden door een aantal *voorwaardenscheppende* condities te verbeteren: voldoende capaciteit van beschikbare hulpverleners binnen de eerstelijns, voldoende deskundigheid van huisartsen en AMW op het gebied van de GGZ, en een goede samenwerking binnen de eerstelijns en tussen eerste- en tweedelijns GGZ. De beoogde maatregelen zouden dus met name effect op deze condities moeten hebben.

De vraagstellingen om het programma van VWS te evalueren zijn als volgt:

1. In hoeverre zijn de geplande maatregelen en projecten volgens verwachting ingezet?
2. In hoeverre zijn de voorwaardenscheppende factoren (capaciteit, deskundigheidsbevordering, samenwerking) verbeterd?
3. In hoeverre is de uiteindelijke doelstelling, meer psychische stoornissen, waar verantwoord, binnen de eerstelijns GGZ behandeld, anders gerichte verwijzing, bereikt?
4. In hoeverre kunnen veranderingen in voorwaardenscheppende factoren en uiteindelijke uitkomsten toegeschreven worden aan de specifieke instrumenten die daarop gericht waren?
5. In hoeverre is de behandeling van meer psychische stoornissen binnen de eerstelijns GGZ toe te schrijven aan toegenomen capaciteit, meer deskundigheidsbevordering of meer samenwerking?

Deze vraagstellingen zijn geplaatst in het kader van het model van Stake (zie hoofdstuk 1, figuur 1.2). Onderzoeksvraag 1 wordt beantwoord door de inzet van de geplande maatregelen en projecten te volgen; onderzoeksvraag 2 komt aan bod door ontwikkelingen in de voorwaardenscheppende factoren binnen de evaluatieperiode te analyseren en beschrijven; onderzoeksvraag 3 wordt beantwoord door te beschrijven in hoeverre verwijsstromen en hulpverlening zich in de tijd gewijzigd hebben; onderzoeksvraag 4 en 5 komen aan bod door te analyseren in hoeverre de gevonden veranderingen in voorwaardenscheppende factoren en definitieve uitkomstmaten toegeschreven kunnen worden aan de diverse versterkende maatregelen.

Het onderhavige rapport maakt deel uit van een groter geheel. In de hier voor u liggende rapportage wordt verslag gedaan van de evaluatie van het programma ter versterking van de eerstelijns GGZ op *landelijk* niveau. Daarnaast is er onderzoek gedaan naar de mate

---

<sup>1</sup> - Deze concrete maatregelen en projecten worden in paragraaf 2.2 nader toegelicht.

waarin er op regionaal niveau sprake is van de totstandkoming van een beleid gericht op een samenhangende eerstelijns GGZ. In de derde plaats is in een aantal lokale experimenten onderzoek gedaan naar het proces van samenwerking tussen de diverse betrokkenen bij de GGZ hulpverlening. De bevindingen van de hier geleverde landelijke analyse, de regionale analyse van beleidsontwikkelingen en de analyse van de lokale projecten zijn geïntegreerd in een afzonderlijke Eindrapportage Evaluatie versterking eerstelijns GGZ.

In het algemeen geldt dat voor de voormeting gegevens tussen 1998 en 2001 gebruikt worden en voor de nameting gegevens tussen 2002 en 2003. Dit geeft al een beperking van het onderzoek aan. Vanwege de relatief korte evaluatieperiode van drie jaar, het feit dat op veel fronten metingen verricht moesten worden én het gegeven dat sommige interventies pas na een jaar of twee volledig geïmplementeerd waren, is het in sommige opzichten niet reëel om op dit moment al een effect te verwachten. We komen hierop terug in de Integrale Eindrapportage.

## 10.2 Inzet maatregelen

In deze paragraaf wordt beschreven in hoeverre de geplande maatregelen en projecten om de eerstelijns GGZ te versterken volgens verwachting zijn ingezet (onderzoeksvraag 1). Het gaat om landelijke maatregelen, zoals de Tijdelijke Stimuleringsregeling AMW en de Consultatieregeling, maatregelen t.b.v. de koepelorganisaties van de eerstelijns partijen en lokale projecten, in de vorm van het Diaboloproject.

### *Tijdelijke Stimuleringsregeling AMW*

De Tijdelijke Stimuleringsregeling AMW is bedoeld om capaciteitstekorten bij het AMW op te heffen en in tweede instantie om het functioneren van het AMW als onderdeel van de eerstelijns GGZ te versterken. Hiervoor was 11.344.500 euro beschikbaar, te besteden in de periode januari 2000- december 2003. In 2001 en 2003 hebben Nederlandse gemeenten en instellingen voor AMW een enquête over de inzet van de Stimuleringsregeling ingevuld; de resultaten zijn in hoofdstuk drie opgenomen.

Van de gemeenten die deelnamen aan de enquête in 2001, heeft het merendeel (91%) subsidie aangevraagd. Dit percentage komt overeen met het landelijke beeld (gegevens van het ministerie van VWS). Het toegekende bedrag was meestal ook het gevraagde bedrag. In 2002 is een herverdelingsoperatie uitgevoerd. Een vijfde van de onderzochte gemeenten heeft gebruikgemaakt van de mogelijkheid om een tussentijdse bijstelling (meestal een verhoging) van de uitkering aan te vragen. Gemeenten die hiervan geen gebruikmaakten, deden dat niet omdat 'de problematiek er in hun ogen geen aanleiding voor geeft' en omdat 'de gemeente er te veel eigen middelen aan moet toevoegen'. Uit gelden van de stimuleringsmaatregel wordt in 2001 gemiddeld 0,6 fte en in 2003 0,7 fte per gemeente gefinancierd.

Het overgrote deel van de gemeenten (87%) vindt de norm van 1:6000 voldoende gezien de aard van de problematiek. Eenderde van de gemeenten is van plan om na 2003 (eigen?) extra middelen te blijven inzetten om de norm alsnog te halen.

Evenals in 2001 zetten gemeenten de extra toegekende middelen over het algemeen in voor de uitbreiding van de uitvoerende AMW-capaciteit. Wel zien wij een verschuiving

wat betreft de invulling. De middelen werden in 2001 vooral aangewend ten behoeve van specifieke doelgroepen, zoals jeugd, migranten en ouderen. In 2003 werden de middelen vooral ingezet ten behoeve van GGZ-problematiek en preventie, met als concrete bestemming onder meer deelname aan netwerken en ondersteuning van de huisarts. Tevens blijken gemeenten de subsidie ten opzichte van 2001 voor meer verschillende beleidsdoelen in te zetten.

De helft van de gemeenten is van mening dat de Tijdelijke Stimuleringsregeling heeft geleid tot kortere wachtlijsten en -tijden voor het AMW in de gemeente.

In 2001 is ruim eenderde van de gemeenten er nog niet toegekomen om de subsidie in te zetten. Opvallend is dat in mei 2003 bijna een op de vijf gemeenten de subsidie nog (steeds) niet heeft ingezet. Als belangrijkste reden hiervoor werd door gemeenten genoemd dat de subsidieplannen zich nog in een voorbereidend stadium bevinden.

Andere genoemde redenen waren: ontbreken van de noodzaak, te hoge eigen financiering nodig, geen politieke bereidheid om de middelen in te zetten en nog geen besluitvorming over de daadwerkelijke inzet. Tegengesteld aan de verwachting is de houding van gemeenten ten opzichte van het AMW en de stimuleringsregeling nauwelijks veranderd. Van de onderzochte gemeenten vindt het merendeel dat zij goed zijn geïnformeerd over doel en inhoud van het programma 'Versterking eerstelijns geestelijke gezondheidszorg'. Een op de vijf heeft via samenwerkingspartners, zoals huisarts, GGZ-instellingen en de eerstelijnspsycholoog, iets van het programma gemerkt.

In 2003 gaf 93% van de AMW-instellingen (84 van de 90) aan dat zij extra financiering vanuit de regeling (gaan) ontvangen. Als redenen waarom geen stimuleringsgeld is toegezegd wordt bijvoorbeeld genoemd dat de gemeente geen aanvraag heeft gedaan, geen eigen middelen beschikbaar heeft of al eerder had geïnvesteerd om op de norm te komen. In 2001 gaf 90% van de in totaal 126 AMW-instellingen aan dat extra geld vanuit de Stimuleringsregeling AMW was toegezegd.

### *Consultatieregeling*

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 dit 2,72 miljoen euro, in 2000-2005 was dit jaarlijks 5,45 miljoen euro. In alle zorgregio's lopen projecten: In 2001 telden we 112 consultatieprojecten die gebruik maken van de Consultatieregeling; in 2002 zijn dat er 123. Vanaf 2003 wordt een aantal projecten bekostigd vanuit de reguliere middelen, waardoor het aantal projecten dat (deels) vanuit de Consultatieregeling gefinancierd wordt is afgenomen tot 93 projecten. Per project stelt men in 2003 gemiddeld 1,3 fte beschikbaar vanuit de tweedelijns, waarbij de sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) het meest wordt ingezet. In 2003 werden gemiddeld per project 35 huisartsen, 12 AMW-ers, 4 eerstelijnspsychologen en 1 andere consultatievragers bereikt. De huisarts vraagt veruit de meeste consultaties, 89% van de consultaties in 2003, terwijl het AMW en de eerstelijnspsycholoog bij resp. 6% en 2% van de consultaties betrokken zijn. De meest voorkomende consultaties zijn gesprekken tussen consultatiegever (meestal de SPV) en de cliënt zonder dat de consultatievragers (meestal de huisarts) daarbij aanwezig is. Vaak vinden dan meerdere gesprekken plaats onder de noemer 'kortdurende behandeling'.



### *Samenwerkingsconvenant*

Voor de uitwerking van het samenwerkingsconvenant is voor de koepeorganisaties van elk van de drie kernpartijen (huisartsen, AMW en eerstelijnspsychologen) in totaal jaarlijks 743.780 euro beschikbaar gesteld voor de periode 2001-2004. Daarnaast is voor ondersteuning van huisartsen nog een eenmalig bedrag van 5.445.363 euro beschikbaar gesteld.

### *Huisartsen*

De activiteiten die ontplooid binnen het 'kwaliteitsbeleid GGZ huisartsen' zijn gericht op drie doelstellingen:

*Beleidsvorming:* Op basis van de uitkomsten van een landelijke inventarisatie van de WOK zijn de huisartsdistricten benaderd met een ondersteuningsaanbod op maat. 21 van de 23 districten hebben plannen ingediend en zijn met de uitvoering daarvan aan de slag gegaan. In 2003 is er gewerkt aan het in kaart brengen van de GGZ-functies en -taken van de huisarts.

*Kwaliteitsbevordering:* Er is een kaderopleiding GGZ voor huisartsen ontwikkeld in 2002. Er is nieuw kwaliteits- en nascholingsmateriaal ontwikkeld.

*Evaluatie:* De Centre of Research UMC St Radboud (WOK) voert verschillende onderzoeksprojecten uit; deze lopen op schema.

### *AMW*

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

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

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

*Implementatie kwaliteitszorg:* In alle 10 de regio's zijn kwaliteitskringen gestart, die bestaan uit afgevaardigden van AMW-organisaties, om het kwaliteitsbeleid te ondersteunen. In totaal nemen 105 van de 154 AMW organisaties actief deel aan de kwaliteitskringen. In september 2002 is een schema beschikbaar gekomen om een kwaliteitsbeoordeling van het AMW uit te kunnen voeren. In totaal zijn in 2002 en 2003 4 organisaties gecertificeerd.

### *Eerstelijnspsychologen*

De activiteiten van de Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen (LVE) met betrekking tot het kwaliteitsproject hebben zich met name gericht op:

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

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

*Deskundigheidsbevordering:* Aan de hand van het profiel van de eerstelijnspsycholoog zijn de hiaten in opleiding en deskundigheidsbevordering in kaart gebracht, waarna een

voorstel voor een eigen opleiding voor eerstelijnspsychologen en modules voor nascholing zijn beschreven. Aan de leden zijn een landelijk congres, regionale symposia en themacursussen aangeboden.

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

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

#### *Korte Lijnen*

De drie kernpartijen (MO-groep, LVE, Landelijke Huisartsvereniging LHV) besteden ieder 20% van hun budget van het samenwerkingsconvenant aan het project Korte Lijnen, waarin de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ verbeterd wordt. De eerste fase van het project, het ontwikkelen en inzetten van een samenwerkingsmodel, is in 2003 afgerond. De tweede fase, het ontwikkelen en inzetten van een invoeringsrichtlijn, wordt afgerond in 2004.

#### *Onderzoek eerstelijnspsychologen*

Het ministerie van VWS heeft met ingang van 2000 een eenmalig bedrag van 907.560 euro beschikbaar gesteld om te onderzoeken of het wenselijk is de functie van eerstelijnspsycholoog onder de werking van de Ziekenfondswet te brengen. Het onderzoeksproject 'Verruiming financiële toegankelijkheid eerstelijnspsychologen' is afgerond. De Minister heeft besloten de eerstelijnspsycholoog (nog) niet onder het ziekenfonds te brengen.

#### *Diaboloproject*

Dit project ondersteunt op lokaal niveau samenwerkingsinitiatieven en projecten die zich bezighouden met het verlenen van vraaggerichte hulp bij psychische problemen. Hiervoor is in de periode 2001-2003 een eenmalig bedrag van 2.541.169 euro beschikbaar gesteld. Het betreft projecten gericht op directe samenwerking en projecten gericht op verbetering van de voorwaarden van samenwerking. Medio 2003 waren er 18 deelprojecten, waarvan 17 inhoudelijke samenwerkingsactiviteiten en 11 voorwaardenscheppende activiteiten. Van al deze deelprojecten zijn er per 31 december 2003 18 afgerond, 7 worden met een jaar verlengd en 3 projecten lopen door tot het einde van 2005.

#### *Inzet maatregelen in 2004 en verder*

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

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

Het *samenwerkingsconvenant*, waaruit de kwaliteitsprojecten van de koepelorganisaties en Korte Lijnen zijn voortgekomen, loopt af in 2004. De LHV en opdrachtgevers van Korte Lijnen hebben subsidie aangevraagd bij VWS voor verlenging in 2005.

Het *Diaboloproject* loopt door tot en met 2005.

### *Conclusie*

In totaal heeft VWS 53.183.712 euro beschikbaar gesteld voor de versterking van de eerstelijns GGZ, waarvan meer dan de helft is besteed aan de Consultatieregeling en ongeveer éénvijfde deel aan de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het AMW. We kunnen constateren dat het programma aan versterkende maatregelen een goede stimulans heeft geboden om tot een sterkere eerstelijns GGZ te komen. Alle geplande maatregelen en daaruit voortvloeiende projecten zijn volgens plan ten uitvoer gebracht. De meeste maatregelen zijn in 2004 of zelfs in 2005 nog van kracht; alleen de Tijdelijke Stimuleringsregeling is al volledig ingezet. Dat betekent dat niet alle activiteiten die voortkomen uit het versterkingsprogramma in zijn geheel kunnen worden geëvalueerd in deze evaluatiestudie.

In dit hoofdstuk is alleen beschreven in hoeverre de maatregelen daadwerkelijk zijn ingezet. In de volgende hoofdstukken wordt bekeken in hoeverre het totale versterkingsprogramma geleid heeft tot een versterking van de eerstelijns GGZ.

## **10.3 Ontwikkelingen in voorwaardenscheppende factoren**

In deze paragraaf wordt de tweede onderzoeksvraag beantwoord: welke ontwikkelingen zijn er gevonden in de voorwaarden voor een sterke eerstelijns GGZ: capaciteitsuitbreiding, deskundigheidsbevordering en toegenomen samenwerking?

### **10.3.1 Ontwikkelingen in capaciteit**

#### *AMW*

Uit de resultaten van de capaciteit op *gemeentelijk niveau* blijkt dat het totaal aantal uitvoerend fte's AMW waarover gemeenten beschikken is toegenomen sinds 1998. Tot 2002 zit de grootste groep gemeenten net boven de helft van de norm. Er is een stijgende lijn van het percentage gemeenten dat op of boven de norm zit, met evenwel een terugval in 2001 en 2002. Dit geldt voor alle gemeentegrootteklassen, behalve de grootste. De situatie in de grote gemeenten is de laatste jaren verbeterd ten opzichte van de jaren daarvoor.

Het aantal gemeenten dat verwacht aan het eind van 2003 de norm van 1 fte per 6000 inwoners *niet* te halen is toegenomen ten opzichte van 2001 van ruim de helft tot bijna driekwart. Veel gemeenten hadden destijds (nog) geen idee of ze eind 2003 aan de norm zouden voldoen. Evenals in 2001 verwacht in 2003 ongeveer een kwart van de onderzochte gemeenten de norm aan het eind van het jaar *wel* te halen. Dit zijn voornamelijk kleine (tot 10.000 inwoners) en grote gemeenten (boven 100.000 inwoners). In 2001 verwachtten vooral de niet - en weinig stedelijke gemeenten de norm te halen. De meeste gemeenten (87%) vinden de norm van 1 uitvoerend maatschappelijk werker op 6000 inwoners voldoende gezien de aard van de problematiek. Dit zijn relatief vaak kleinere en middelgrote gemeenten. Eenderde van de gemeenten is van plan om na 2003 (eigen?) extra middelen te blijven inzetten om de norm alsnog te halen.

Op *instellingsniveau* blijkt dat tweederde deel van de instellingen die capaciteitsuitbreiding via de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel wensten alle geplande extra

capaciteit inmiddels gerealiseerd heeft. De subsidiemaatregel heeft geleid tot een capaciteitstoename van gemiddeld 2,5 fte per instelling. Dit is een toename van 19%.

#### *Eerstelijnspsychologen*

Het aantal eerstelijnspsychologen is ten opzichte van 1998 toegenomen van 4,8 naar 6,2 per 100.000 inwoners in 2002. 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.

#### *Conclusies*

De beleidsmaatregelen van VWS ten aanzien van capaciteitsuitbreiding van de eerstelijns GGZ zijn expliciet gericht op uitbreiding van de capaciteit van het AMW via de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel. De verwachting was dus dat de capaciteit van het AMW toegenomen zou zijn aan het eind van de evaluatieperiode. Op basis van de groeiende vraag naar hulp bij psychische en sociale problemen en de ontwikkelingen bij eerstelijnspsychologen verwachten we eveneens een toegenomen vestiging van eerstelijnspsychologen.

Uit de resultaten blijkt dat de capaciteit van het AMW is toegenomen in de periode 2001-2003. De Stimuleringsregeling heeft dus tot de geplande extra capaciteit geleid. Op dit punt is er sprake van succesvol beleid. Het beschikbare budget voor de Stimuleringsmaatregel bood echter niet voldoende financiële steun om bij elke gemeente tot de normcapaciteit van 1 fte AMW per 6000 inwoners te komen. Ook de capaciteit van eerstelijnspsychologen is toegenomen sinds 1998, ondanks het feit dat hierop niet specifiek landelijke beleidsmaatregelen gericht waren. Blijkbaar is de vraag naar hulp door een eerstelijnspsycholoog zodanig groot dat het voor nieuwe eerstelijnspsychologen aantrekkelijk blijft om zich te vestigen. De landelijke spreiding van eerstelijnspsychologen is echter wel ongelijk. Dit heeft deels te maken met verschillen in financiële aantrekkelijkheid van bepaalde regio's als vestigingsplaats, en deels een historische oorsprong: de regio's waar relatief veel eerstelijnspsychologen zitten zijn de regio's waar de eerste ROEP's (Regionaal Orgaan Eerstelijns Psychologen) gestart zijn. Concluderend kunnen we stellen dat hoewel het doel van VWS om de capaciteit van de eerstelijns GGZ uit te breiden is bereikt, deze niet voldoende is om bij alle gemeenten de door VWS gewenste norm van 1 fte uitvoerend AMW per 6.000 inwoners te bereiken. De vraag is of de daadwerkelijk bereikte capaciteitsuitbreiding voldoende is om meer mensen met psychische en sociale problematiek binnen de eerstelijns te kunnen behandelen. Bij vervolgstappen om na afloop van de stimuleringsregeling de capaciteit van het AMW verder uit te breiden is het zinvol om extra aandacht te besteden aan kleine en middelgrote gemeenten en aan gemeenten in stedelijke gebieden.

### **10.3.2 Deskundigheidsbevordering**

#### *Huisartsen*

Evenals in de periode 1999-2001 hebben bijna alle huisartsen de afgelopen twee jaar nascholing gevolgd op het gebied van de GGZ. Depressie, persoonlijkheidsstoornissen,

dementie, delier en fobie/paniekstoornis zijn daarbij de meest gevolgde onderwerpen. Huisartsen volgen gemiddeld 5,5 uur nascholing per jaar op het gebied van GGZ, een half uur minder dan in de periode 1999-2001. Vergeleken met 1999-2001 zijn huisartsen vaker nascholing gaan volgen over persoonlijkheidsstoornissen en delier. Het merendeel van de huisartsen wenst ook in de toekomst nascholing te volgen over GGZ-problematiek. Daarbij zijn geen verschuivingen opgetreden in de afgelopen twee jaar. De onderwerpen die het hoogst scoren op de gewenste nascholing zijn ADHD/opvoedingsmoeilijkheden, onverklaarde lichamelijke klachten, persoonlijkheidsstoornissen en post-traumatisch stress-syndroom. Ook in 2001 scoorden deze onderwerpen het hoogst. De wens tot nascholen op het gebied van relatieproblemen en werkproblemen was zowel in 2001 als in 2003 relatief laag.

Voor wat betreft de *aanbodkant* van nascholing is gekeken naar ontwikkelingen in het aantal verschillende cursussen (inclusief herhalingen) dat is aangeboden voor huisartsen. Bijna de helft van de aangeboden cursussen was in de periode 2000-2002 gericht op generieke onderwerpen. In 1996-1998 was dit nog eenderde deel. Het aantal aangeboden generieke cursussen is dus sterk toegenomen in de afgelopen jaren. Dit geldt met name voor het aanbod van zorg- en maatschappij-georiënteerde organisaties en PAOG's (Post Academisch Onderwijs Geneeskunde) / universiteiten. Het aanbod van commerciële organisaties blijft onveranderd grotendeels specifiek. Bij de generieke onderwerpen bestond het aanbod in beide inventarisatieperiodes vooral uit cursussen gericht op de communicatie tussen huisarts en patiënt. Het aanbod van specifieke onderwerpen was in 2000-2002 vooral gericht op depressie en angststoornissen. In 1996-1998 vormden seksuele problemen, depressie en angststoornissen een groot deel van het specifieke cursusaanbod. Depressie en angststoornissen zijn blijkbaar onderwerpen die over een langere periode regelmatig aangeboden worden, terwijl het aanbod over seksuele problemen periode-afhankelijk was.

De bevinding dat depressie en angststoornissen veel voorkomende nascholingsonderwerpen zijn onder huisartsen komt overeen met het feit dat hierover ook relatief veel cursussen zijn aangeboden in de afgelopen jaren. De populariteit onder huisartsen van onderwerpen als delier, dementie en persoonlijkheidsstoornissen blijkt echter niet rechtstreeks uit het cursusaanbod, alhoewel het cursusaanbod over grote psychiatrie (waaronder persoonlijkheidsstoornissen) wel licht is toegenomen. Analyse van het aanbod op DHV-niveau wijst uit dat in vijftien van de 23 districten educatieve interventies zijn geïmplementeerd waar de DHV en/of de regionale Werkgroep Deskundigheidsbevordering een rol in heeft gespeeld. In totaal ging het om vijftientwintig verschillende educatieve interventies. Het gemiddeld aantal uren gevolgde GGZ-nascholing tussen 2001 en 2003 blijkt niet gerelateerd te zijn aan dit aanbod, evenmin als het plan om in de komende jaren GGZ nascholing te gaan volgen.

#### *AMW*

Instellingen voor AMW hebben in toenemende mate een beleidsplan voor deskundigheidsbevordering voor uitvoerend maatschappelijk werkers. Bij ruim de helft van de instellingen was in 2003 een dergelijk plan aanwezig, ten opzichte van een derde in 2001. Psychosociale problematiek bleef in 2003 het meest relevante thema voor bij- en nascholing bij het AMW en kreeg aanzienlijk vaker hoge prioriteit dan materieel sociale problematiek. Er zijn enkele trendmatige verschillen gevonden tussen 2001 en 2003:

vergeleken met 2001 heeft psychosociale problematiek in 2003 minder vaak een hoge prioriteit gekregen, maar psychiatrie had daarentegen in toenemende mate prioriteit, wat waarschijnlijk samenhangt met het feit dat hierover recentelijk een deskundigheidsbevorderende cursus is geïmplementeerd in de AMW-instellingen. Hoewel er in 2002 minder deskundigheidsbevorderende activiteiten op GGZ-gebied per AMW-instelling leken te zijn dan in 2000, werd er binnen de instellingen in 2002 wel intensiever deelgenomen aan de activiteiten. Onderwerpen die regelmatig genoemd werden zijn: psychopathologie, hulpverlening aan allochtonen, psychiatrie, depressie en rouwverwerking.

### *Eerstelijnspsychologen*

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 waren onder meer depressiviteitsklachten, burnoutklachten, relatieproblemen, trauma/rouw/scheiding en fobieën/angsten.

### *Conclusies*

Voor *huisartsen* was er naast de subsidie via het samenwerkingsconvenant een apart budget om hen te ondersteunen in GGZ-taken en de kwaliteit van GGZ-zorg te verbeteren. De koepelorganisatie van huisartsen heeft een deel van het geld ingezet voor deskundigheidsbevorderende activiteiten. Deze zijn gericht op het ontwikkelen van een kaderopleiding waarmee huisartsen worden opgeleid om deskundigheidsontwikkeling op het gebied van de GGZ te stimuleren en mede uit te voeren. Bovendien wordt er allerlei nieuw GGZ-nascholingsmateriaal ontwikkeld. De producten die moeten voortvloeien uit deze activiteiten waren in de evaluatieperiode nog niet of slechts deels geïmplementeerd en dus nog niet beschikbaar voor de huisartsen zelf. Op grond van de beleidsmaatregelen is dus niet direct te verwachten dat huisartsen meer tijd besteden aan deskundigheidsbevordering of meer wensen hebben op dat gebied. Evenmin is in dit stadium een toegenomen aanbod te verwachten, omdat de producten nog in ontwikkeling zijn. Echter, de toegenomen activiteiten van de koepelorganisatie rondom het thema GGZ zouden wel kunnen leiden tot meer interesse bij huisartsen voor dit onderwerp en daardoor meer belangstelling voor GGZ bij- en nascholing. Uit de resultaten blijkt dat de hoeveelheid tijd die huisartsen aan nascholing op het gebied van GGZ besteden niet is toegenomen tijdens de evaluatieperiode. Ook de resultaten van het nascholingsaanbod op DHV-niveau geven geen relatie weer tussen aanbod en belangstelling voor GGZ-gerelateerde nascholing. Het is echter goed mogelijk dat hierin op termijn wel verandering optreedt: nadat het ontwikkelde nascholingsmateriaal is geïmplementeerd en nadat een aantal huisartsen de kaderopleiding hebben afgerond en zich gericht kunnen inzetten om de deskundigheidsbevordering op het gebied van GGZ bij huisartsen te stimuleren.

Vanuit het samenwerkingsconvenant is door de koepelorganisatie van het *AMW* ook geïnvesteerd in deskundigheidsbevordering: er zijn verscheidene cursussen ontwikkeld en in 2002 geïmplementeerd: psychopathologie/psychiatrie, rapporteren en multidisciplinair samenwerken. Voor *AMW*-instellingen is er dus meer aanbod gekomen op het gebied van GGZ-bij- en nascholing. Op grond hiervan kan verwacht worden dat er binnen *AMW*-instellingen tijdens de evaluatieperiode in toenemende mate deskundigheidsbevorderende activiteiten op het gebied van GGZ plaatsvonden. Uit de resultaten blijkt dat er gemiddeld binnen instellingen juist minder activiteiten op dat gebied waren. Per instelling hebben echter wel méér *AMW*-ers deelgenomen aan GGZ-bij- en nascholing. De betrokkenheid binnen instellingen bij het GGZ-nascholingsaanbod lijkt dus wel te zijn toegenomen. Het feit dat de hoeveelheid activiteiten niet is toegenomen is te verklaren vanuit het feit dat nog slechts een deel van de *AMW*-instellingen gebruik heeft kunnen maken van het ontwikkelde cursusaanbod; niet alle instellingen hadden hiervoor tijd en geld beschikbaar.

Bij *eerstelijnspsychologen* is vanuit het samenwerkingsconvenant extra aandacht besteed aan deskundigheidsbevordering via het thema begeleide supervisie. Verder is er een Werkgroep Deskundigheidsbevordering Eerstelijnspsychologen opgericht die lacunes op het gebied van bij- en nascholing in kaart brengt en op basis daarvan aanbevelingen ontwikkelt voor toekomstig bij- en nascholingsaanbod. Gezien aard van de deskundigheidsbevorderende activiteiten bij eerstelijnspsychologen die voortkomen uit de beleidsmaatregelen is er niet direct een effect te verwachten op de gevolgde of gewenste bij- en nascholing bij deze groep. De resultaten hadden dan ook niet ten doel om ontwikkelingen hierin te schetsen binnen de evaluatieperiode, maar geven uitsluitend informatie over de stand van zaken in 2002. Deze informatie kan als basis dienen voor toekomstige ontwikkelingen in deskundigheidsbevordering bij eerstelijnspsychologen op grond van de activiteiten vanuit het samenwerkingsconvenant.

Over het geheel genomen kan geconcludeerd worden dat de deskundigheidsbevorderende activiteiten bij alle drie de eerstelijnsdisciplines nog niet tot concrete effecten hebben kunnen leiden binnen de evaluatieperiode. De activiteiten zijn nog niet voldoende geïmplementeerd om effecten te kunnen verwachten.

Ondanks het ontbreken van meetbare effecten lijkt er wel een positieve ontwikkeling op gang gebracht te zijn, in die zin dat bij- en nascholingsactiviteiten bij huisartsen en het *AMW* in toenemende mate gericht zijn op psychiatrische problematiek. De toegenomen belanstelling voor persoonlijkheidsproblematiek wijst erop dat deze disciplines breder georiënteerd zijn op het gebied van GGZ-problematiek. Dit is een gewenste ontwikkeling, omdat een bredere kennis van GGZ-problematiek kan bijdragen aan een betere herkenning van psychische en sociale problemen binnen de eerstelijns. Huisartsen en *AMW*-ers kunnen daardoor beter beoordelen welke patiënten binnen de eerstelijns behandeld kunnen worden en welke patiënten gezien de ernst van hun problematiek doorverwezen moeten worden naar de tweedelijns GGZ.

### 10.3.3 Samenwerking

#### *Huisartsen*

*Samenwerking binnen de eerstelijns GGZ:* De resultaten geven over het algemeen weinig verbeteringen te zien in de samenwerking met de eerstelijns GGZ. De bekendheid van huisartsen met het AMW en eerstelijnspsychologen is niet toegenomen, evenmin als de frequentie van berichtgeving van beide disciplines. Huisartsen beoordeelden in 2003 de kwaliteit van de berichtgeving van het AMW zelfs lager dan in 2001. De berichtgeving heeft vooral betrekking op de intake en het resultaat van de hulpverlening. De frequentie van overleg met het AMW en eerstelijnspsychologen is evenmin toegenomen tussen 2001 en 2003. De kwaliteit van het overleg met beide disciplines wordt zelfs lager beoordeeld dan in 2001. Huisartsen ervaren de wachttijden bij het AMW en eerstelijnspsychologen echter wel minder als een knelpunt dan in 2001. Huisartsen blijken positiever te zijn over de samenwerking met eerstelijnspsychologen dan met het AMW: ze ontvingen – net als in 2001 – frequenter bericht van eerstelijnspsychologen dan van het AMW.

*Samenwerking met de tweedelijns GGZ:* De meest in het oog springende ontwikkeling is dat de samenwerking van huisartsen met de ambulante GGZ op vrijwel alle gemeten aspecten is verbeterd: huisartsen zijn bekender geworden met de ambulante GGZ, ontvangen vaker bericht over voortgang en resultaat van de hulpverlening en zijn de kwaliteit van die berichtgeving hoger gaan beoordelen, ze overleggen vaker met de ambulante GGZ en ervaren minder knelpunten in de samenwerking met deze discipline. Daarnaast zijn huisartsen bekender geworden met de andere tweedelijns GGZ-disciplines voor zover het aanmelding van cliënten en het hulpverleningsaanbod betreft. Ook zijn ze vaker bericht gaan ontvangen van de tweedelijns GGZ over het resultaat van de behandeling, met uitzondering van de vrijevestigde. In de frequentie van overleg met andere disciplines dan de ambulante GGZ zijn geen veranderingen opgetreden. De kwaliteit van overleg met de psychiatrie/PAAZ wordt echter wel hoger beoordeeld. Bovendien zijn ze minder knelpunten gaan ervaren in de wachttijden bij alle disciplines van de gespecialiseerde GGZ, met uitzondering van de verslavingszorg. Huisartsen zijn nog steeds weinig bekend met spreekuurtijden en wachtlijsten van de verschillende disciplines. Ze hebben evenals in 2001 vooral informatie over de aanmelding van cliënten bij de ambulante GGZ-instellingen.

#### *AMW*

Het percentage cliënten waarover contact met een externe hulpverlener was is licht gedaald tussen 2000 en 2002: van 44% naar 36%. Binnen deze groep is het aantal contacten per cliëntensysteem met externe hulpverleners onveranderd: in beide jaren was dit gemiddeld 4,4. Bijna de helft van de contacten vond telefonisch plaats, een iets kleiner deel was face-to-face. Ook hierin zijn geen veranderingen opgetreden tussen 2000 en 2002. Contacten met externe hulpverleners bestonden vooral uit overleg, te weten bij driekwart van de cliënten waarover contact is geweest met externe hulpverleners. Bij 35% was sprake van intensiever contact in de vorm van samenwerking. In beide vormen van contact zijn geen veranderingen gevonden tussen 2000 en 2002. Wel is er een lichte toename in het aantal cliënten waarover consultatie plaatsvond met een externe hulpverlener (van 12% in 2000 naar 18% in 2002). Een verklaring hiervoor kan zijn dat



AMW-instellingen in toenemende mate betrokken zijn bij consultatieprojecten. De contacten met externe hulpverleners bestaan echter maar voor een klein deel uit contacten met de GGZ: 17% van de cliënten in 2002 tegenover 14% in 2000; dit is dus nauwelijks veranderd.

De enquête onder AMW-instellingen laat zien dat er in de samenwerking *binnen de eerstelijns GGZ* weinig verbeteringen zijn opgetreden tussen 2001 en 2003. Wel is op managementniveau de frequentie van overleg met organisaties van eerstelijnspsychologen toegenomen, hoewel de overlegfrequentie nog steeds relatief laag is. De overlegfrequentie met organisaties van huisartsen is echter onveranderd, en ook op uitvoerend niveau is de frequentie van overleg met huisartsen en eerstelijnspsychologen niet veranderd binnen de evaluatieperiode. Driekwart van de AMW-instellingen had op uitvoerend niveau regulier overleg met huisartsen; eenderde deel van de AMW-instellingen had regulier overleg met eerstelijnspsychologen.

De samenwerking van het AMW met de tweedelijns GGZ is wél meer verbeterd tussen 2001 en 2003. AMW-instellingen zijn zowel op *management*-niveau als op uitvoerend niveau tussen 2001 en 2003 vaker gaan overleggen met de ambulante GGZ. Driekwart van de AMW-instellingen had op uitvoerend niveau regulier overleg met huisartsen en de ambulante GGZ. Ten opzichte van 2001 waren er meer AMW-instellingen betrokken bij projecten ter versterking van de eerstelijns GGZ.

#### *Eerstelijnspsychologen*

*Samenwerking binnen de eerstelijns GGZ:* De bekendheid van eerstelijnspsychologen met verschillende hulpverleningsaspecten van het AMW is toegenomen tussen 2000 en 2002. Over ontwikkelingen in de frequentie van berichtgeving aan eerstelijnspsychologen hebben we geen informatie. Het oordeel over de kwaliteit van de berichtgeving van het AMW is echter nauwelijks toegenomen en bleef onvoldoende: een 4.3 in 2000 en een 4.6 in 2002. Over berichtgeving van en naar het AMW zijn weinig vaste afspraken gemaakt. Ook stuurden huisartsen weinig bericht aan eerstelijnspsychologen over doorverwezen patiënten: slechts een kwart van hen ontving regelmatig een aanmeldingsbrief van de huisarts. Zowel de frequentie als de kwaliteit van het overleg van eerstelijnspsychologen met huisartsen en het AMW is toegenomen tussen 2000 en 2002. De overlegfrequentie van eerstelijnspsychologen met andere eerstelijnsdisciplines was in 2002 vooral incidenteel. Regelmatig overleg was er met 5-12% van de huisartsen en AMW-instellingen waarmee eerstelijnspsychologen contact hadden. Overleg had vooral betrekking op individuele patiënten en veel minder op samenwerking.

*Samenwerking met de tweedelijns GGZ:* Over ontwikkelingen in bekendheid van eerstelijnspsychologen met de tweedelijns GGZ hebben we geen informatie. Eerstelijnspsychologen bleken in 2002 het meest bekend te zijn met de ambulante GGZ. Ook van de hulpverlening van vrijevestigden waren ze redelijk op de hoogte. Ze waren in 2002 nog erg onbekend met de hulpverlening door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige en de verslavingszorg. Over ontwikkelingen in de frequentie van berichtgeving hebben we geen informatie, maar de kwaliteit van de berichtgeving van de tweedelijns GGZ aan eerstelijnspsychologen is toegenomen tussen 2000 en 2002. De kwaliteit van de berichtgeving van de psychiatrie/PAAZ werd in beide jaren het hoogst

gewaardeerd, die van de SPV het laagst. Zowel de frequentie als de kwaliteit van overleg met de tweedelijns GGZ is toegenomen tussen 2000 en 2002. Maximaal 13% van de eerstelijnspsychologen overlegde in 2002 regelmatig met de ambulante GGZ; met de andere tweedelijnspartijen werd minder overlegd. Net als binnen de eerstelijns GGZ werd in 2002 ook hier vooral overlegd over individuele cliënten en veel minder over samenwerking.

### *Conclusies*

Uit de resultaten kunnen we als antwoord op de tweede onderzoeksvraag concluderen dat het versterkingsprogramma deels succesvol is geweest in het verbeteren van de voorwaarden waaronder een sterkere eerstelijns GGZ tot stand kan komen. Toch zijn de in dit onderzoek geconstateerde veranderingen relatief klein. Over het geheel genomen laten de landelijke resultaten weinig verbeteringen zien in de samenwerking *binnen de eerstelijns GGZ*. Toch lijkt het erop dat de samenwerking tussen het AMW en eerstelijnspsychologen wat aan het toenemen is: zowel op management-niveau als op hulpverleningsniveau is er meer overleg tussen beide disciplines, en eerstelijnspsychologen zijn wat bekender geworden met het AMW. In de samenwerking van de eerstelijns *met de tweedelijns GGZ* is meer verbeterd dan in de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ. De samenwerking van huisartsen en het AMW met de ambulante GGZ is over het geheel genomen toegenomen, evenals de bekendheid van huisartsen met de verschillende disciplines van de tweedelijns GGZ.

Concluderend kunnen we stellen dat de versterkende maatregelen die gericht zijn op het verbeteren van de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ tot nu toe nog nauwelijks geleid hebben tot zichtbare effecten op landelijk niveau. De maatregelen die hierop gericht waren zijn het Korte Lijnen project en het Diaboloproject. Een reden voor het gebrek aan aantoonbare landelijke resultaten kan liggen in het feit dat deze projecten niet landelijk zijn ingezet, maar slechts in een aantal experimentele regio's zijn uitgevoerd. Maatregelen die gericht zijn op het verbeteren van de samenwerking tussen eerste- en tweedelijns GGZ zijn de Consultatieregeling en het Diaboloproject. Deze maatregelen lijken een duidelijker positief effect te hebben op de landelijk gemeten samenwerking, hoewel op grond van dit hoofdstuk geen uitspraak gedaan kan worden over de relatie tussen de maatregelen en de resultaten. Het feit dat de Consultatieregeling landelijk is ingezet maakt de kans dat de effecten ook op landelijk niveau zichtbaar worden waarschijnlijker dan bij lokale projecten het geval is. De Consultatieregeling bestaat uit projecten waarbij de huisarts advies over behandeling van GGZ-problematiek kan vragen aan een hulpverlener van de tweedelijns GGZ. In de praktijk houden deze projecten grotendeels in dat de deelnemende huisarts een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) in zijn/haar praktijk heeft. Deze SPV vervult daarmee een belangrijke brugfunctie tussen huisarts en ambulante GGZ. Dit verklaart waarom de toegenomen samenwerking met de tweedelijns GGZ vooral zichtbaar is bij de ambulante GGZ.

In hoofdstuk 9 van dit rapport wordt de relatie tussen de versterkende maatregelen en de samenwerking van huisartsen met AMW, eerstelijnspsychologen en de tweedelijns GGZ meer in detail beschreven.

## 10.4 Ontwikkelingen in verwijsstromen en hulpverlening

In deze paragraaf beschrijven we in hoeverre de uiteindelijke doelstelling van het versterkingsprogramma is bereikt: worden er waar mogelijk meer psychische stoornissen binnen de eerstelijns GGZ behandeld (onderzoeksvraag 3)? Uitkomstmaten hiervoor zijn ontwikkelingen in verwijsstromen en hulpverlening.

### 10.4.1 Verwijsstromen

#### *Huisartsen*

Volgens schattingen van huisartsen is het aantal verwijzingen per 1000 huisartspatiënten naar de eerstelijns GGZ onveranderd binnen de evaluatieperiode (17,6 in 2000 en 17,3 in 2002). Ook zijn er geen overtuigende aanwijzingen dat de verwijsstroom van huisartsen naar de gespecialiseerde GGZ is afgenomen.

Volgens de LINH-registratie is het percentage verwijzingen van de huisarts naar AMW, eerstelijnspsycholoog en de tweedelijns GGZ over het geheel genomen gedaald tussen 2001 en 2003. In 2001 werd 6% van de patiënten met een psychische of sociale diagnose door de huisarts verwezen; in 2003 was dat 5%. Het percentage verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ is sterker gedaald dan het percentage verwijzingen naar de tweedelijns GGZ. Daardoor is de verhouding tussen verwijzingen binnen de eerstelijns en verwijzingen naar de tweedelijns verschoven: in 2001 bestond een kwart van het totale percentage verwijzingen uit een verwijzing binnen de eerstelijns; in 2003 was dat 20%. Het aantal huisartsverwijzingen van patiënten met stress problematiek, is gedaald tussen 2001 en 2003, terwijl er juist méér patiënten met sociale problemen zijn verwezen. Het aantal verwijzingen bij de diagnose 'angst' is ongeveer gelijk gebleven. Patiënten met slaapproblemen werden in beide jaren het minst vaak doorverwezen naar een GGZ-discipline. Ten opzichte van 2001 zijn in 2003 verhoudingsgewijs meer patiënten verwezen met depressie en 'overige diagnoses' binnen de eerstelijns, terwijl patiënten met angst, stress en sociale problemen in 2003 juist wat vaker naar de tweedelijns zijn verwezen.

Voor wat betreft type problematiek per verwijsbestemming blijkt dat het aantal patiënten met angstproblemen dat naar het AMW verwezen werd te zijn toegenomen ten koste van verwijzing naar eerstelijnspsychologen. Patiënten met de diagnose 'angst' of 'stress' kregen in 2003 minder vaak een verwijzing voor de eerstelijnspsycholoog dan in 2001. Het aantal verwijzingen van patiënten met depressie naar de psychiatrie is iets afgenomen. Patiënten met angst en met sociale problemen werden in 2003 vaker verwezen naar vrijgevestigde psychologen of psychotherapeuten dan in 2001, terwijl patiënten met depressie hier juist minder vaak naar verwezen werden.

#### *AMW*

In de verwijsstromen van en naar het AMW zijn afgaande op de cliëntenregistratie van 2000 en 2002 geen veranderingen opgetreden. Meer dan de helft van de verwijzingen naar het AMW was afkomstig van de huisarts, en slechts een klein deel van de cliënten is verwezen via de GGZ (5%). Er is echter wel een trend waar te nemen dat het AMW in 2003 wat vaker een doorverwijzing via eerstelijnspsychologen heeft gekregen. De

frequentie waarmee het AMW naar eerstelijnspsychologen en de gespecialiseerde GGZ verwijst is niet veranderd tussen 2001 en 2003.

#### *Eerstelijnspsychologen*

Ten opzichte van 1998 zijn er in 2002 geen veranderingen opgetreden in de instroom bij eerstelijnspsychologen. Cliënten kwamen voor meer dan tweederde deel via de huisarts bij een eerstelijnspsycholoog terecht; 3% van de cliënten is doorverwezen via het AMW of de tweedelijns GGZ. De rest kwam voornamelijk op eigen initiatief; Het totaal aantal verwijzingen vanuit de eerstelijnspsycholoog is toegenomen van 7% in 1998 naar 11% in 2002. Het percentage verwijzingen naar het AMW is ongewijzigd en betreft minder dan 1% van de cliënten. Ten opzichte van 1998 zijn er verschuivingen opgetreden in verwijsstromen naar de tweedelijns GGZ: er is een toename van verwijzingen naar de ambulante GGZ en een afname van verwijzingen naar de vrijgevestigde. Het percentage verwijzingen naar de ambulante GGZ en de vrijgevestigde *tezamen* is afgenomen: in 1998 kwam 60% van de doorverwijzingen terecht bij de ambulante GGZ of een vrijgevestigde, in 2002 was dit 48%. Over wijzigingen in het totale percentage verwijzingen naar de gespecialiseerde GGZ kunnen we geen uitspraken doen, omdat deze deels deel uitmaakten van de restcategorie 'anders', waaronder ook niet-GGZ instellingen vielen.

#### *Conclusies*

Ontwikkelingen in verwijsstromen zeggen indirect iets over de mate waarin een sterke en samenhangende eerstelijns GGZ is bereikt. Een afname van verwijsstromen naar de tweedelijns GGZ kan worden verwacht naarmate er beter aan de belangrijkste randvoorwaarden wordt voldaan: voldoende capaciteit binnen de eerstelijns GGZ, voldoende deskundigheid op het gebied van de GGZ, een goede samenwerking binnen de eerstelijns GGZ en een goede samenwerking tussen eerste- en tweedelijns GGZ. Uit hoofdstuk 4 is duidelijk geworden dat de capaciteit van het AMW en van eerstelijnspsychologen is toegenomen. De wachttijden zijn echter niet korter geworden, zodat de toegenomen capaciteit niet vanzelfsprekend meer ruimte biedt voor meer verwijzingen naar de genoemde disciplines. Gezien het feit dat er veel geld is geïnvesteerd in capaciteitsuitbreiding van het AMW is dit een teleurstellend resultaat. Huisartsen zijn de wachtlijsten bij het AMW en eerstelijnspsychologen echter wel minder als een knelpunt gaan ervaren (H6), waardoor ze mogelijk toch meer geneigd zijn om patiënten binnen de eerstelijns GGZ te verwijzen. De verwijsstromen naar de tweedelijns GGZ zouden hierdoor kunnen afnemen. Uit hoofdstuk 5 hebben we geconcludeerd dat het niet realistisch is om een toegenomen GGZ-deskundigheid binnen de eerstelijns te verwachten binnen de evaluatieperiode, dus deze randvoorwaarde moeten we hier buiten beschouwing laten. Uit hoofdstuk 6 is gebleken dat de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ op landelijk niveau niet of nauwelijks is toegenomen, maar dat de samenwerking met de ambulante GGZ wel is verbeterd. Op basis daarvan zouden we eerder een toename van verwijzingen naar de ambulante GGZ verwachten. Deze verwachting past overigens ook bij de resultaten van het Toronto-project in Harlingen (Scholten et al., 2003). Op basis van de capaciteitsuitbreiding en afname van ervaren knelpunten in wachtlijsten binnen de eerstelijns GGZ kunnen we dus een toegenomen verwijsstroom naar het AMW en eerstelijnspsychologen verwachten, maar geven de

ontwikkelingen in samenwerking anders dan oorspronkelijk verondersteld nog geen duidelijke aanwijzingen dat de verwijsstromen naar de tweedelijns GGZ zullen afnemen.

Uit de resultaten blijkt dat de huisarts onveranderd de belangrijkste verwijzer voor het AMW en eerstelijnspsychologen blijft. Het totale aantal verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ is niet toegenomen, maar is verhoudingsgewijs juist afgenomen. Ook is er (nog) geen afname van verwijsstromen naar de gespecialiseerde GGZ; de resultaten duiden eerder op een toename. Hiervoor zijn verschillende verklaringen. Ten eerste heeft de verbeterde samenwerking van huisarts en eerstelijnspsycholoog met de ambulante GGZ de verwijsstroom naar de gespecialiseerde GGZ waarschijnlijk gestimuleerd. Een tweede verklaring kan zijn dat er binnen de eerstelijns GGZ meer psychosociale problematiek gesignaleerd wordt dan in 2001. Niet alleen blijft het aantal mensen met psychische en sociale problematiek groeien (de Rijk et al., 1999), maar ook de toegenomen aandacht voor psychische en sociale problematiek binnen de eerstelijns heeft zeer waarschijnlijk geleid tot een betere herkenning van deze problematiek. Deze ontwikkeling speelt een belangrijke rol bij huisartsen die ondersteuning van een GGZ-medewerker uit de tweedelijns hebben (Scholten et al., 2004). Ten slotte maakt een toegenomen aanbod van GGZ-hulp (lees: toegenomen capaciteit binnen de eerstelijns GGZ) een grote behoefte aan psychische hulp zichtbaar: hoe groter het aanbod van (laagdrempelige) GGZ-hulp, hoe meer mensen gebruik gaan maken van deze hulp. In het licht van deze ontwikkelingen is de doelstelling van een afgenomen verwijsstroom naar de tweedelijns GGZ door middel van capaciteitsuitbreiding, deskundigheidsbevordering en toegenomen samenwerking niet realistisch gebleken.

#### **10.4.2 Hulpverlening**

##### *Huisartsen*

Uit de LINH-registratie bleek dat het vóórkomen van psychische en sociale diagnoses in de huisartspraktijk niet is veranderd tussen 2001 en 2003. Binnen de groep patiënten met een psychische of sociale diagnose zijn er wel verschillen: er waren in 2003 relatief meer patiënten met de diagnose ‘angststoornis’, en relatief minder patiënten met nerveus/gespannen gevoel, surmenage, slaapproblemen en voorbijgaande stressreactie. Huisartsen zijn meer psychofarmaca gaan voorschrijven aan patiënten met psychische en sociale problemen, met name meer anti-depressiva. Ten opzichte van 2001 werd in 2003 meer medicatie voorgeschreven aan patiënten met overspanningsklachten, angststoornis en sociale problemen. Meer dan 80% van de patiënten met slaapproblemen, depressie of angststoornissen kreeg medicatie voorgeschreven van de huisarts. De GGZ-gerelateerde werkbelasting van huisartsen is niet veranderd tussen 2001 en 2003. Evenals uit de LINH-registratie bleek uit de huisartsenquête dat het aandeel van GGZ-gerelateerde consulten onveranderd is ten opzichte van 2001; gemiddeld éénvijfde deel van de consulten betreft een patiënt met psychische of sociale problemen. Huisartsen zijn ook niet méér tijd uit gaan trekken voor een consult van patiënten met psychische of sociale problematiek; hieraan besteden ze gemiddeld 20 minuten. Het percentage huisartsen dat gebruik maakt van ondersteunende maatregelen op het gebied van de GGZ is wél toegenomen: van 19% naar 35%. Het betreft meestal ondersteuning van een SPV

in hun praktijk. Er zijn minder huisartsen die knelpunten ervaren bij het verlenen van zorg aan patiënten met psychische en sociale problemen ten aanzien van tijdgebrek, het vergoedingssysteem, de sociale kaart, zorgverlening door huisartsen tijdens de wachtlijstperiode en de hoeveelheid taken voor de huisarts.

#### *AMW*

Het type cliënten dat bij het AMW terecht komt is niet gewijzigd in de evaluatieperiode, evenmin als het type problematiek dat bij het AMW gepresenteerd wordt; er is geen toename te zien in het percentage cliënten met relationele of psychische problemen. De wachttijd vanaf het moment dat een cliënt zich aanmeldde tot het moment dat de hulpverlening kon starten was gemiddeld 30,9 dagen, een dag langer dan in 2000. Net als in 2000 werd ongeveer driekwart van de cliënten binnen een maand geholpen. Deze resultaten wijzen uit dat de capaciteitstoename bij het AMW via de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel niet heeft geleid tot een afname van de wachttijd bij het AMW. Er zijn eerder aanwijzingen dat de extra capaciteit ingezet wordt om cliënten vaker te zien, gezien de toename van het gemiddeld aantal contacten met cliënten. In 2000 was dit op gemiddeld 7,4 contacten per cliënt, in 2002 was dit aantal 8,7. Ook de aard van de hulpverlening is niet gewijzigd in de evaluatieperiode: het aandeel psychologische hulp ten opzichte van sociaal-materiële of organisatorische hulp bleef in 2002 rond de tweederde (65% ten opzichte van 69% in 2000). De versterkende maatregelen hebben er dus op landelijk niveau nog niet toe geleid dat het AMW een groter aandeel GGZ-gerelateerde problematiek behandelt.

#### *Eerstelijnspsychologen*

De cliëntkenmerken van eerstelijnspsychologen zijn nauwelijks veranderd tussen 1998 en 2002. Het merendeel is vrouw, de gemiddelde leeftijd is 37 jaar en de cliënten zijn bijna allemaal van Nederlandse afkomst. Alleen in het opleidingsniveau is een kleine verschuiving opgetreden: de overrepresentatie van middelhoog en hoog opgeleiden is iets toegenomen. In de problematiek waar een eerstelijnspsycholoog mee te maken krijgt bestaan ook enkele verschillen met 1998: het percentage cliënten met werk/studieproblemen en burnout is toegenomen, evenals het percentage cliënten met identiteitsproblemen. 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. 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.

#### *Conclusies*

Ontwikkelingen in de hulpverlening binnen de eerstelijns GGZ zeggen iets over de mate waarin een sterke eerstelijns GGZ is bereikt. Er kan een toename in de kwaliteit van de hulpverlening worden verwacht naarmate de belangrijkste randvoorwaarden meer zijn

verbeterd: capaciteitsuitbreiding binnen de eerstelijns GGZ, toegenomen deskundigheidsbevordering op het gebied van de GGZ, een betere samenwerking binnen de eerstelijns GGZ en een betere samenwerking tussen eerste- en tweedelijns GGZ. Bovendien is er vanuit het samenwerkingsconvenant en vanuit het budget ter ondersteuning van huisartsen veel geïnvesteerd in het verbeteren van de kwaliteit van de GGZ-gerelateerde hulpverlening binnen de eerstelijns GGZ. Ook de consultatieregeling kan een positieve invloed hebben op de hulpverlening van huisartsen ten aanzien van GGZ-problematiek. Met name in de hulpverlening van huisartsen zijn dus veranderingen te verwachten. De verwachting is dat huisartsen minder knelpunten ervaren bij verlenen van zorg aan patiënten met psychische en sociale problemen, dat ze psychische en sociale problematiek beter zijn gaan herkennen en dus vaker dit type diagnoses stellen, en dat ze meer tijd kunnen besteden aan GGZ-consulten. Ook kunnen we verwachten dat huisartsen minder psychofarmaca voorschrijven bij depressiviteitsklachten, omdat de NHG-richtlijnen in eerste instantie een zekere terughoudendheid in deze aanbevelen. Bij het AMW is de verwachting dat het percentage cliënten met psychische en relationele problematiek toeneemt, dat de hulpverlening meer psychologisch van aard is. Bij eerstelijnspsychologen zou het aandeel van relatief ernstige problematiek toe kunnen nemen, omdat patiënten met wat lichtere psychosociale problematiek meer bij de huisarts blijven of naar het AMW verwezen worden. Bij zowel het AMW als eerstelijnspsychologen wordt verwacht dat de wachttijd omlaag gaat als gevolg van een toegenomen capaciteit.

Uit de resultaten blijkt dat huisartsen inderdaad minder knelpunten zijn gaan ervaren in het verlenen van zorg aan patiënten met psychische en sociale problematiek. Ze stellen echter niet vaker een psychische of sociale diagnose, en ze besteden evenmin meer tijd aan dit type patiënten. Bovendien zijn ze bij patiënten met depressiviteitsklachten nog vaker psychofarmaca voor gaan schrijven, een ontwikkeling die niet conform de NHG-standaard voor depressie is. Huisartsen zijn zich dus niet méér gaan richten op psychische en sociale stoornissen.

Bij het AMW zijn de verwachte veranderingen in de hulpverlening evenmin zichtbaar in de resultaten. Bij eerstelijnspsychologen is weliswaar het percentage cliënten met identiteitsproblemen toegenomen, maar over het geheel genomen is het aandeel van relatief ernstige problematiek niet toegenomen. Bovendien heeft de toegenomen capaciteit binnen de eerstelijns GGZ niet geleid tot een afname in de wachttijd bij het AMW en eerstelijnspsychologen.

Over het geheel genomen lijken de maatregelen dus wel effect te hebben op ervaren knelpunten van huisartsen, maar zijn er verder nog geen effecten zichtbaar in de hulpverlening van de eerstelijns GGZ. Een verklaring hiervoor kan liggen in het feit dat veel ontwikkelingen op het gebied van deskundigheidsbevordering en kwaliteitsverbetering nog in volle gang waren ten tijde van het laatste meetmoment. Een aantal ontwikkelde producten (cursussen/opleidingen) voor deskundigheidsbevordering en kwaliteitsverbeterende maatregelen moeten nog geïmplementeerd worden (zie hoofdstuk 3). Bovendien zal er enige tijd overheen gaan voordat deze producten een meetbaar effect hebben op de hulpverlening. Hetzelfde geldt voor de kwaliteitsbevorderende maatregelen. Het meetmoment van onze evaluatiestudie is dus te vroeg om zichtbare veranderingen te kunnen verwachten in de hulpverlening.

## 10.5 Relatie tussen de inzet van versterkende maatregelen en veranderingen in uitkomstmaten

In hoofdstuk 9 stond de vraag centraal in hoeverre de door VWS ingezette maatregelen om de eerstelijns GGZ te versterken het doel hebben bereikt waarvoor ze zijn ingezet (onderzoeksvraag 4 en 5). De maatregelen die hier geëvalueerd worden zijn ingezet in de vorm van verschillende samenwerkingsprojecten. Onderzocht is in hoeverre huisartsen die bij een samenwerkingsproject betrokken waren verschilden van huisartsen die niet bij een samenwerkingsproject betrokken waren op de volgende uitkomstmaten: capaciteit van het AMW en eerstelijnspsychologen, samenwerking binnen de eerstelijns GGZ, samenwerking met de tweedelijns GGZ, en verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ en naar de tweedelijns GGZ. De resultaten geven dus bijna in het geheel het perspectief van de huisartsen weer. Daarnaast is de capaciteit van het AMW per DHV-regio onderzocht. De resultaten zijn hier beschreven per uitkomstmaat, waarbij onderscheid gemaakt is tussen ontwikkelingen tijdens de evaluatieperiode en de situatie zoals die in 2003 (het laatste meetmoment van de evaluatiestudie) bestond.

### *Capaciteit*

Per DHV is de capaciteitstoename van het *AMW* tussen 1998 en eind 2003 gemiddeld 14%. De verschillen hierin tussen DHV's zijn niet groot. De grootste capaciteitstoename heeft plaatsgevonden in Westland/Schieland/Delfland; de kleinste capaciteitstoename in West Brabant, regio Utrecht en Rijnland/Midden Holland. De capaciteitstoename is niet gerelateerd aan de capaciteit bij aanvang van de stimuleringsmaatregel in 1998. Op DHV-niveau is er een tendens gevonden dat daar waar de capaciteit sterker is toegenomen, huisartsen frequenter zijn gaan overleggen met het AMW en minder knelpunten in de samenwerking met het AMW zijn gaan ervaren. Er is geen verband gevonden tussen de capaciteit in 2003 enerzijds en de samenwerking en verwijsstromen van huisartsen naar het AMW in datzelfde jaar. Daarbij moet opgemerkt worden dat de capaciteitstoename ten tijde van de huisartsenquête in 2003 nog niet volledig gerealiseerd was.

De samenwerking van huisartsen met *eerstelijnspsychologen* in 2003 lijkt positief te worden beïnvloed door het aantal gevestigde eerstelijnspsychologen: bijna alle gebruikte samenwerkingsmaten zijn hiermee gecorreleerd. Er is geen aantoonbaar verband tussen het aantal gevestigde eerstelijnspsychologen en de verwijsstroom van huisartsen naar eerstelijnspsychologen in 2003.

### *Samenwerking binnen de eerstelijns GGZ*

*Ontwikkelingen tussen 2001 en 2003.* Huisartsen die betrokken waren bij een *Korte Lijnen project* zijn de kwaliteit van het overleg met eerstelijnspsychologen hoger gaan waarderen dan huisartsen die niet aan een Korte Lijnenproject deelnamen. Op de overige maten voor samenwerking met eerstelijnspsychologen zijn geen verschillen gevonden. Ook in de samenwerking met het AMW zijn geen verschillen gevonden. Huisartsen die betrokken waren bij een *Diaboloproject* zijn bekender geworden met het AMW en eerstelijnspsychologen dan huisartsen die daar niet bij betrokken waren. Ook zijn de frequentie en kwaliteit van het overleg met eerstelijnspsychologen meer



toegenomen dan bij de huisartsen die niet bij een Diaboloproject betrokken waren. Een negatieve ontwikkeling is dat deze huisartsen méér knelpunten zijn gaan ervaren in de wachtlijsten bij het AMW.

*Situatie in 2003:* Deelname aan het project *Korte Lijnen* is in 2003 gerelateerd aan een hogere frequentie en kwaliteit van berichtgeving van het AMW, en aan minder knelpunten bij het AMW zoals ervaren door huisartsen. Dit laatste geldt ook voor het knelpunt 'wachtlijst bij het AMW'. In de samenwerking met eerstelijnspsychologen zijn geen verschillen gevonden tussen huisartsen die wel en huisartsen die niet aan een Korte Lijnen project deelnamen.

In 2003 was de kwaliteit van de berichtgeving van het AMW bij huisartsen die betrokken waren bij een *Diaboloproject lager* dan bij huisartsen die niet aan een Diaboloproject deelnamen. In de samenwerking met eerstelijnspsychologen zijn geen verschillen gevonden tussen beide groepen huisartsen.

#### *Samenwerking met de tweedelijns GGZ*

*Ontwikkelingen tussen 2001 en 2003:* In de samenwerking van huisartsen met de tweedelijns GGZ hebben enkele ontwikkelingen plaatsgevonden in relatie tot deelname een tweedelijns-samenwerkingsproject, met name m.b.t. de samenwerking met de ambulante GGZ. Huisartsen die betrokken zijn bij een tweedelijns samenwerkingsproject zijn bekender geworden met de ambulante GGZ, zijn vaker gaan overleggen met de ambulante GGZ, en ervaren minder knelpunten in de samenwerking met de ambulante GGZ. Ook zijn deze huisartsen bekender geworden met de vrijgevestigden en de verslavingszorg.

*Situatie in 2003:* Huisartsen die betrokken zijn bij een tweedelijns-samenwerkingsproject waren over alle geïnventariseerde samenwerkingsaspecten positiever over de ambulante GGZ dan huisartsen die niet bij een tweedelijns-samenwerkingsproject betrokken waren. Bovendien was er een tendens dat huisartsen die bij een tweedelijns-samenwerkingsproject betrokken waren de kwaliteit van het overleg met de verslavingszorg hoger beoordeelden. De meeste van de geconstateerde effecten bij samenwerking met de ambulante GGZ lijken het gevolg te zijn van de consultatieprojecten. Het Diaboloproject daartentegen was in 2003 vooral gerelateerd aan een betere samenwerking met de verslavingszorg.

De effecten van de consultatieproject blijken dus het beste zichtbaar te zijn in de samenwerking met de ambulante GGZ. Gezien de invulling van de consultatieprojecten was dit ook te verwachten: huisartsen hebben ondersteuning in hun praktijk van een SPV, welke in dienst is van de ambulante GGZ. Ook uit andere resultaten binnen deze evaluatiestudie is gebleken dat de SPV een belangrijke brugfunctie vervult tussen de huisarts en de ambulante GGZ (Scholten et al., 2004).

De resultaten met betrekking tot het aantal consultaties die uit de consultatieprojecten voortvloeien bevestigen de positieve relatie tussen consultatieprojecten en de samenwerking met de ambulante GGZ: hoe meer consultaties er in 2003 waren in een DHV-regio, hoe vaker er overlegd werd tussen huisartsen en de ambulante GGZ. In mindere mate geldt dit ook voor de verslavingszorg. Bij de overige samenwerkingsmaten is geen verband gevonden met het aantal consultaties.

### *Verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ*

*Ontwikkelingen tussen 2001 en 2003:* huisartsen die aan een Diaboloproject deelnamen zijn meer patiënten gaan verwijzen naar het AMW en eerstelijnspsychologen dan huisartsen die niet aan een Diaboloproject deelnamen. Deze relatie geldt niet voor consultatieprojecten. Ook de andere samenwerkingsprojecten zijn niet gerelateerd aan ontwikkelingen in verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ.

*Situatie in 2003:* Het aantal verwijzingen per 1000 patiënten van huisartsen naar eerstelijnspsychologen was lager bij huisartsen die betrokken waren bij een consultatieproject dan huisartsen die niet betrokken waren bij een consultatieproject. Verwijsstromen naar het AMW verschillen niet tussen deze twee groepen. Voor de andere samenwerkingsprojecten is in 2003 geen verband gevonden met verwijsstromen van huisartsen binnen de eerstelijns GGZ.

### *Verwijsstromen naar de tweedelijns GGZ*

*Ontwikkelingen tussen 2001 en 2003:* Huisartsen die aan een Diaboloproject deelnamen zijn meer patiënten gaan doorverwijzen naar de tweedelijns GGZ ten opzichte van huisartsen die niet aan een Diaboloproject deelnamen. Dit geldt voor verwijzingen naar de ambulante GGZ, naar de vrijevestigde en naar de verslavingszorg. Wanneer diaboloprojecten en consultatieprojecten samengenomen worden, valt de relatie met het aantal verwijzingen naar de ambulante GGZ weg. Over het algemeen is het aantal verwijzingen naar de tweedelijns GGZ van huisartsen die aan een consultatieproject deelnamen niet of nauwelijks gestegen.

*Situatie in 2003:* Voor geen van de samenwerkingsprojecten is een statistisch significant verband gevonden met verwijsstromen naar de tweedelijns GGZ. Er is echter wel een trendmatig verband gevonden voor het ELP/HHM-project: huisartsen die bij een ELP/HHM-project betrokken waren, verwezen in 2003 minder patiënten door naar de psychiatrie/PAAZ dan huisartsen die niet bij dit project betrokken waren.

### *Conclusies*

Er zijn aanwijzingen dat huisartsen in regio's waar een sterkere toename van de AMW-capaciteit is, minder knelpunten inzake samenwerking opmerken. Ook lijkt de samenwerking van huisartsen met eerstelijnspsychologen positief te worden beïnvloed door een grotere beschikbaarheid van eerstelijnspsychologen. De capaciteitstoename binnen de eerstelijns GGZ lijkt echter nog geen effect te hebben op verwijsstromen.

Projecten met als doel het versterken van de *samenwerking* binnen de eerstelijns GGZ hebben wel enig effect gehad, te weten op de bekendheid van huisartsen met de eerstelijnsdisciplines en de frequentie en kwaliteit van overleg. Dit geldt met name voor eerstelijnspsychologen; met betrekking tot het AMW is alleen de bekendheid toegenomen. Daarbij moet wel gerealiseerd worden dat de resultaten alleen gebaseerd zijn op de mening van huisartsen. Mogelijk is de samenwerking zoals het AMW en eerstelijnspsychologen die ervaren meer toegenomen dan de huisartsen rapporteren. Projecten die tot doel hebben de samenwerking met de tweedelijns GGZ te versterken hebben eveneens een positief effect gehad. Vooral de samenwerking met de ambulante GGZ is verbeterd. De effecten lijken in sterkere mate op het conto van de Consultatieregeling te schrijven dan van het Diaboloproject. Dit is te verklaren vanuit het

feit dat de Consultatieregeling landelijk op grote schaal is ingezet, terwijl Diaboloprojecten in een aantal experimentele regio's is ingezet.

Bij de interpretatie van de gevonden verschillen in samenwerking tussen huisartsen die wel en huisartsen die niet betrokken zijn bij een samenwerkingsproject moeten we voorzichtig zijn met oorzaak-gevolgrelaties. De verschillen zullen niet alleen te maken hebben met het betreffende samenwerkingsproject zelf, maar deels ook te maken hebben met een attitudeverschil ten aanzien van de diagnostiek en/of behandeling van GGZ-problematiek. Huisartsen die meer affiniteit hebben met GGZ-problematiek zullen eerder geneigd zijn om tijd en energie te steken in deelname aan een samenwerkingsproject ter versterking van de eerstelijns GGZ. Ook zoeken ze mogelijk al vanuit zichzelf meer samenwerking met andere GGZ-partners dan huisartsen die minder affiniteit hebben met de GGZ.

Het Diaboloproject heeft een stimulerende invloed op *verwijsstromen* van huisartsen naar zowel AMW en eerstelijnspsychologen als naar de tweedelijns GGZ. Dit laatste is een onbedoeld effect van het versterkingsprogramma, omdat verwacht werd dat verwijzingen naar de tweedelijns GGZ juist zouden afnemen als gevolg van een toename van verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ.

Een ander opvallend punt is dat huisartsen die in 2003 bij een consultatieproject betrokken waren, minder patiënten verwijzen naar een eerstelijnspsycholoog dan huisartsen die niet bij zo'n project betrokken waren. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de beschikbaarheid van een SPV in de huisartspraktijk het voor de huisarts gemakkelijker maakt om patiënten door een SPV te laten behandelen dan deze patiënten door te verwijzen naar een eerstelijnspsycholoog.

In tegenstelling tot de verwachting heeft het project Korte Lijnen op landelijk niveau geen aantoonbaar stimulerend effect gehad op verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ. Dit kan te maken hebben met de manier waarop de gegevens verkregen zijn. Een reden hiervoor kan zijn dat de aantallen huisartsen waarop de gegevens gebaseerd zijn te klein zijn om statistisch significante verschillen te vinden.

## 10.6 Vervolg

De resultaten van het in dit rapport beschreven landelijke onderzoek vormen slechts een onderdeel van de totale evaluatiestudie naar de versterking van de eerstelijns GGZ. We vonden het daarom niet zinvol om alleen op basis van dit landelijke deel een algemene beschouwing en conclusie te geven. Hiervoor verwijzen we naar de integrale eindrapportage (Meijer et al., 2004). Daarin zijn de bevindingen van de *totale* evaluatiestudie geïntegreerd. Het laatste hoofdstuk van dat rapport is gewijd aan een resultaten-overstijgende beschouwing, inclusief conclusies en beleidsaanbevelingen



## **Bijlage 1 Samenstelling Stuurgroep tussen de Lijnen**

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



## **Bijlage 2 Checklist van onderwerpen in cursussen of cursusedelen bij inventarisatie landelijke aanbod GGZ-nascholing voor huisartsen**

### **Specifieke onderwerpen**

#### **1 Depressie inclusief suïcidaal gedrag**

Depressief gevoel (P03), depressie (P76), suïcide poging (P77)

#### **2 Angststoornissen**

Fobie (P79), overige angsten en angststoornissen, zoals gevoel van angst, nervositeit, gespannenheid (P01), angstneurose (P74), angst voor behandeling/medicijngebruik (A13), angst voor dood (A25), angst voor ziekte die niet is vastgesteld (A26, A27, B25, B26, B27, D26, D27, F27, H27, K24, K25, K27, L26, L26, N26, N27, P27, R26, R27, S26, S27, T26, T27, U26, U27, X23, X25, X26, X27, Y27, Z27)

#### **3 Slaapstoornissen**

Slaapstoornissen (P06)

#### **4 Grote psychiatrie**

Schizofrenie (P72), organische psychose (P71), affectieve psychose (P73), bipolaire stoornis, persoonlijkheids- en karakterstoornissen (P80).

#### **5 Post-traumatisch stress syndroom (P82)**

#### **6 Surmenage**

Surmenage (P78), acute stress reactie (P02)

#### **7 Dementie**

Dementie (P70)

#### **8 Alcohol/drugsproblematiek**

Alcohol/drugsproblematiek (P15 t/m P19)

#### **9 Seksuele problematiek**

Seksuele problemen (P07, P08), vaginitis (X84), impotentie (Y07), bezorgdheid over seksuele voorkeur (P09).

#### **10 Verwerkingsproblematiek**

Verwerkingsproblemen bij ziekte, overlijden, ingrijpende gebeurtenis (Z11, Z14, Z15, Z18, Z19, Z22, Z23, Z25), levensfasegebonden problemen (P25), verwerkingsproblemen bij werkloosheid (Z06).

### **11 Seksueel misbruik, mishandeling**

Problemen ten gevolge van aanranding, schadelijk gebeurtenis (Z25), emotionele kindermishandeling (Z16).

### **12 Relatieproblematiek**

Relatieproblemen met partner, kind, familie, vrienden (Z12, Z13, Z16, Z20, Z21, Z24).

### **13 Problemen in de werksituatie (Z05)**

### **14 Opvoedings- en ontwikkelingsproblematiek**

Eetproblemen bij kinderen (P11), bedplassen (P12) en andere zindelijkheidsproblemen (P13), prikkelbaar druk kind (A16), gedragsproblemen (P22, P23), overactief kind, hyperkinetisch syndroom/ADHD (P81), psychomotore ontwikkelingsachterstand (P22), leerproblemen (P24), psychische retardatie (P85).

### **15 Anorexia nervosa, bulimia en andere eetproblemen**

Anorexia nervosa, bulimia (P86), overmatige eetlust (T02).

## **Generieke onderwerpen**

### **16 Communicatie huisarts-patiënt**

zoals bijvoorbeeld communicatie met alloctonen, sekse-specifieke hulpverlening, omgaan met complexe patiënten, therapietrouwen communicatie huisarts-patiënt algemeen, slecht-nieuwsgesprek, chronisch klagen, inzicht in eigen communicatiegedrag, zoals overdracht en tegenoverdracht.

### **17 Psychosociale begeleiding over specifiek onderwerp**

*(exclusief omgaan met eerder genoemde klachten en aandoeningen)*, zoals bijvoorbeeld euthanasie, omgaan met pijn, begeleiding bij chronische ziekte, preventie, abortus provocatus, stoppen met roken en ontevredenheid met uiterlijk (A18, H15, X22, W21), bezorgdheid oud te worden (P05).

### **18 Functionele klachten, inclusief bijvoorbeeld chronisch vermoeidheidssyndroom, irritable bowel syndroom, whiplash, rugklachten**

Somatoforme stoornis, hypochondrische neurose (P75), somatische klachten en aandoeningen met mogelijk een psychosociale component zoals chronisch vermoeidheidssyndroom, maag- en darmklachten (D02, D09, D93), nek- en schouderklachten (L83, L01, L08), rugklachten (L02, L03, L84, L86), fibromyalgie en andere spierklachten (L18), hoofdpijn (N89, N95, N01), premenstrueel spanningsyndroom (X89).



## Bijlage 3 Inzet van maatregelen

Tabel 1 Besteding toegekende subsidie voor handhaving en/of uitbreiding capaciteit AMW per beleidsdoel in 2001 en 2003

Bron: SGB0-enquêtes onder gemeenten

Beleidsdoel	2001		2003	
	n	%	n	%
1. Meer AMW-capaciteit voor bepaalde groepen 2001: N=156 2003: N=106	70	44.9	45	42.5
2. Meer AMW-capaciteit voor bepaalde problemen 2001: N=156 2003: N=111	38	24.4	52	46.8
3. Meer AMW-capaciteit voor preventie 2001: N=156 2003: N=99	12	7.7	31	31.3
4. Meer AMW-capaciteit voor GGZ-problematiek (psychische, psychosociale, relationele problemen) 2001: N=156 2003: N=114	29	18.6	60	52.6
5. Overig 2001: N=156 2003: N=83	87	55.8	59	71.1
<i>Totaal</i>	<i>236</i>	<i>151.3</i>	<i>247</i>	<i>244.3</i>

Tabel 2 Aanleiding beleidsdoelen in 2001 en 2003

Bron: SGBO-enquêtes onder gemeenten

<b>Beleidsdoelen ingegeven door:</b>	<b>2001</b>		<b>2003</b>	
	n	%	n	%
Toename aantal ouderen in de lokale bevolking	42	24.1	27	15.7
Toename allochtonen in de lokale bevolking	17	9.8	8	4.7
Toenemend aantal jongeren met problemen	62	35.6	51	29.7
Toename sociaal-psychische problemen	77	44.3	63	36.6
Vermaatschappelijking van de zorg	46	26.4	52	30.2
Wachlijsten in de zorg	74	42.5	49	28.5
Stimuleringsregeling AMW	-	-	98	57.0
Overig	46	26.4	20	11.6
<i>Totaal</i>	<i>364</i>	<i>209.2</i>	<i>368</i>	<i>214.0</i>

Tabel 3 Houding ten aanzien van het AMW en de Stimuleringsregeling in 2001 en 2003.

Bron: SGBO-enquêtes onder gemeenten

Uitspraken	Helemaal eens	Eens	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens
1. In onze gemeente werd het AMW al een belangrijke voorziening gevonden vóór de komst van de Tijdelijke stimuleringsregeling AMW					
<b>2001</b> (n=297) <sup>1</sup>	49.8	29.6	14.8	3.4	1.7
<b>2003</b> : (n=231)	52.4	23.8	18.6	3.5	1.7
2. De AMW-instelling in onze gemeente is een belangrijke schakel in de eerstelijns GGZ					
<b>2001</b> (n=293)	36.5	36.5	20.5	4.8	1.7
<b>2003</b> (n=229)	37.1	36.2	17.5	8.3	0.9
3. Onze gemeente stuurde de AMW-instelling al aan op belangrijke beleidsdoelen vóór de invoering van de Tijdelijke stimuleringsregeling AMW					
<b>2001</b> (n=294)	20.7	28.2	28.9	15.3	6.8
<b>2003</b> (n=228)	14.5	29.4	32.9	20.2	3.1
4. Door de invoering van de Tijdelijke stimuleringsregeling AMW is er in onze gemeente meer belangstelling ontstaan voor de AMW-instelling <b>2001</b>					
(n=293)	8.5	23.9	23.5	27.6	16.4
<b>2003</b> (n=230)	5.2	27.0	28.7	25.2	13.9
5. In onze gemeente is meer belangstelling gekomen voor de versterking van de eerstelijns GGZ door de komst van de Tijdelijke stimuleringsregeling AMW					
<b>2001</b> (n=293)	6.8	20.5	32.8	25.6	14.3
<b>2003</b> (n=227)	2.2	20.3	39.2	25.6	12.8
6. In onze gemeente is het AMW een belangrijk instrument om bepaalde beleidsdoelen na te streven. <sup>2</sup>					
<b>2003</b> (n=225).	16.9	33.3	37.3	10.2	2.2

<sup>1</sup> De cursieve getallen betreffen de resultaten van de meting uit 2001.

<sup>2</sup> De laatste uitspraak was alleen opgenomen in de vragenlijst van 2003.

Tabel 4 Gevoerd beleid in relatie tot de stimulering AMW in 2001 en 2003  
 Bron: SGBO-enquêtes onder gemeenten

Beleidssterreinen	Stimulering AMW expliciet in verband gebracht met beleidssterrein			
	2001 (n=205)		2003 (n=204)	
	n	%	n	%
Maatschappelijke opvang	55	26.8	76	37.3
Vrouwenopvang	6	2.9	19	9.3
Ambulante verslavingszorg	24	11.7	31	15.2
Grotestedenproblematiek	13	6.3	10	4.9
Openbare Geestelijke Gezondheidszorg	51	24.9	74	36.3
OGZ / Gem. gezondheidsbeleid	90	43.9	104	51
Jeugdbeleid	132	64.4	117	57.4
Lokaal sociaal beleid	80	39.0	57	27.9
Armoedeproblematiek	71	34.6	77	37.7
Ouderen- en gehandicaptenbeleid	-	-	83	40.7
Diversiteitsbeleid	-	-	10	4.9
Overig beleid, namelijk:	17	8.3	15	7.4
<i>Totaal</i>	<i>539</i>	<i>262.9</i>	<i>673</i>	<i>329.9</i>

## Bijlage 4 Capaciteit AMW eerstelijns GGZ op gemeentelijk niveau

Tabel 1 Aantal fte's uitvoerend AMW per 6000 inwoners ultimo 1998 t/m 2003

Bron: SGBO-enquêtes onder gemeenten

FTE's	1998 <sup>1</sup>		1999 <sup>1</sup>		2000 <sup>1</sup>		2001 <sup>2</sup>		2002 <sup>2</sup>		2003 (prognose) <sup>2</sup>	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
0.00 – 0.50	76	25.7	72	23.8	72	22.6	46	22.7	35	17.2	26	12.7
0.51 – 0.75	139	<b>47.0</b>	146	<b>48.3</b>	149	<b>46.9</b>	94	<b>46.3</b>	90	<b>44.1</b>	79	<b>38.5</b>
0.76 – 1.00	64	21.6	64	21.2	69	21.7	51	25.1	64	31.4	80	<b>39.0</b>
> 1.00	17	5.7	20	6.6	28	8.8	12	5.9	15	7.4	20	9.8
Totaal	296	100.0	302	100.0	318	100.0	203	100.0	204	100.0	205	100.0

<sup>1</sup> Gegevens afkomstig uit meting 1 (2001); <sup>2</sup> gegevens afkomstig uit meting 2 (2003)

Tabel 2 Percentage gemeenten dat beschikt over  $\geq 1$  fte uitvoerend AMW per 6000 inwoners ultimo 1998 t/m 2003, uitgesplitst naar grootteklasse.

Bron: SGBO-enquêtes onder gemeenten

Gemeentegrootte (aantal inwoners)	1998 <sup>1</sup>		1999 <sup>1</sup>		2000 <sup>1</sup>		2001 <sup>2</sup>		2002 <sup>2</sup>		2003 (prognose) <sup>2</sup>	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
0-9.999	3	17.6	5	25	6	21.4	5	38.5	6	37.5	7	33.3
10.000-19.999	5	29.4	5	25	7	25.0	4	30.8	3	18.8	4	19.0
20.000-49.999	4	23.5	6	30	9	32.1	1	7.7	3	18.8	6	28.6
50.000-99.999	5	29.4	4	20	5	17.9	1	7.7	1	6.3	1	4.8
$\geq 100.000$	0	0.0	0	0	1	3.6	2	15.4	3	18.8	3	14.3
<i>Totaal</i>	<i>17</i>	<i>100.0</i>	<i>20</i>	<i>100</i>	<i>28</i>	<i>100.0</i>	<i>13</i>	<i>100.0</i>	<i>16</i>	<i>100.0</i>	<i>21</i>	<i>100.0</i>

<sup>1</sup> Gegevens afkomstig uit meting 1 (2001); <sup>2</sup> gegevens afkomstig uit meting 2 (2003)

NB n per gemeentegrootteklasse:

	2001	2003
0 - 9.999 inw.	57	34
10.000-19.999 inw.:	123	86
20.000-49.999 inw.:	124	99
50.000-99.999 inw.:	28	19
> 100.000 inw.:	15	14
Totaal:	347	253

Tabel 3 Mate van **stedelijkheid** van gemeenten die beschikken over **>=1 fte uitvoerend AMW per 6000 inwoners** in de jaren 1998 t/m 2003.

*Bron: Bron: SGBO-enquêtes onder gemeenten*

Mate van stedelijkheid	1998 <sup>1</sup>		1999 <sup>1</sup>		2000 <sup>1</sup>		2001 <sup>2</sup>		2002 <sup>2</sup>		2003 (prognose) <sup>2</sup>	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Niet stedelijk	5	29.4	6	30	8	28.6	7	53.8	7	43.8	8	38.1
Weinig stedelijk	4	23.5	6	30	9	32.1	2	15.4	4	25.0	5	23.8
Matig stedelijk	5	29.4	5	25	6	21.4	2	15.4	3	18.8	5	23.8
Sterk stedelijk	3	17.6	3	15	5	17.9	1	7.7	1	6.3	2	9.5
Zeer sterk stedelijk	0	0.0	0	0	0	0.0	1	7.7	1	6.3	1	4.8
Totaal (n=347)	17	100.0	20	100	28	100.0	13	100.0	16	100.0	21	100.0

<sup>1</sup> Gegevens afkomstig uit meting 1 (2001); <sup>2</sup> gegevens afkomstig uit meting 2 (2003)

## Bijlage 5 Deskundigheidsbevordering bij het AMW

Tabel 1 Percentage AMW-instellingen dat in 2000 en 2002 deelnam aan verschillende vormen van deskundigheidsbevordering *op het gebied van GGZ* en gemiddelde percentage deelname van uitvoerend AMW per instelling

Bron: Nivel- enquêtes onder AMW- instellingen

Werkvorm <sup>1</sup>	% AMW-instellingen		% deelname per instelling			
	2000	2002	2000		2002	
	n=74	n=54	n	%	n	%
Eendaagse training/cursus	66	44*	44	48	20	47
Meerdaagse training/cursus	69	61	43	41	31	55
Workshop	53	22**	33	37	11	59
Congres	64	26**	44	30	13	23
Anders	25	26	16	10	12	62**

<sup>1</sup> > 1 antwoord per instelling mogelijk

\* p<.05; \*\* p<.01

NB Alleen de instellingen die iets hebben ingevuld zijn opgenomen in de tabel. Bij deze berekening zijn alleen de instellingen betrokken die de betreffende werkvorm hadden aangekruist.

Tabel 2 Percentage AMW-instellingen dat nooit, incidenteel of regelmatig deelneemt aan verschillende deskundigheidsbevorderende activiteiten in 2001 en 2003  
*Bron: Nivel- enquêtes onder AMW- instellingen*

Frequentie per activiteit	% AMW-instellingen	
	2000	2002
Intervisiebijeenkomst	n=82	n=85
Nooit	6	8
Incidenteel	15	12
Regelmatig	79	80
Casuïstiekbespreking	n=82	n=88
Nooit	1	1
Incidenteel	11	10
Regelmatig	88	89
Deelname verbetersteam/projecten	n=45	n=70
Nooit	20	21
Incidenteel	33	44
Regelmatig	47	34
Werkbegeleiding	n=88	n=87
Nooit	2	6
Incidenteel	13	13
Regelmatig	85	82
Consultatie bij andere GGZ-hulpverleners	n=66	n=87
Nooit	11	5
Incidenteel	35	40
Regelmatig	55	55



## Bijlage 6 Samenwerking van huisartsen met de tweedelijns GGZ

Tabel 1 Percentage huisartsen met informatie over de gespecialiseerde GGZ

Bron: Enquêtes huisartsen (NIVEL/WOK)

Informatie over:	Ambulante GGZ		Psychiatrie /PAAZ		Vrijgevestigde		Verslaving	
	2001 n=1336	2003 n=1316	2001 n=1336	2003 n=1311	2001 n=1336	2003 n=1312	2001 n=1336	2003 n=1314
Spreekuurtijden	28	29	16	16	16	16	21	18
Aanmelding cliënten	84	91**	48	53**	48	53*	58	62*
Namen hulpverleners	34	33	34	35	47	48	13	12
Hulpverleningsaanbod	58	66**	35	39*	36	40*	40	50**
Advies vragen	63	69**	37	40	33	35	36	38
Wachlijsten	41	37*	20	18	21	19	13	13

\* p<.05; \*\* p<.01

Tabel 2 Frequentie waarmee huisartsen zeggen bericht te ontvangen omtrent diverse stadia van de hulpverlening

Bron: Enquêtes huisartsen (NIVEL/WOK)

	% huisartsen							
	Ambulante GGZ		Psychiatrie/PAAZ		Vrijgevestigde		Verslaving	
	2001 n=1240	2003	2001 n=1130	2003	2001 n=1106	2003	2001 n=1201	2003
<b>Intake</b>								
Bijna altijd	78	78	60	55*	39	36	45	45
Soms	15	17	24	25	35	36	27	27
Bijna nooit	7	5	16	20	26	28	28	28
<b>Voortgang</b>								
Bijna altijd	21	26*	23	22	15	14	10	12
Soms	48	47	38	37	43	42	33	34
Bijna nooit	31	27	39	41	42	44	57	54
<b>Resultaat</b>								
Bijna altijd	64	74	66	73**	45	48	28	36**
Soms	30	22	26	21	38	36	35	33
Bijna nooit	7	4	8	5	18	17	37	30

n ambulante GGZ= 1319, 1242, 1325; n psychiatrie=1139, 1087, 1195; n vrijgevestigde=1104, 1061, 1153; n verslaving=1253, 1172, 1262

\* p<.05; \*\* p<.01

## Bijlage 7 Verwijsstromen van huisartsen naar AMW, eerstelijnspsychologen en de tweedelijns GGZ

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

Bron: NS2/LINH registratie

Verwijsdiscipline	Depressie (P76/P03)		Slaapproblemen (P06)		Angst (P74/P01)		Stress (P78/P02)		Sociale problemen (Z12/Z05)		Overig psychisch/sociaal <sup>1</sup>	
	2001 n=2412	2003 n=1762	2001 n=1498	2003 n=939	2001 n=1919	2003 n=1338	2001 n=1255	2003 n=773	2001 n=750	2003 n=536	2001 n=4621	2003 n=3212
Eerstelijns GGZ												
AMW	2	2	1	0	1	4	9	8	13	13	1	2
ELP	6	9	0	1	10	4	17	8	10	13	5	4
Tweedelijns GGZ												
Psychiatrie	26	21	0	2	13	12	12	12	9	9	17	10
Ambulante GGZ	17	19	1	1	11	11	9	6	12	11	13	12
Vrijgevestigde <sup>2</sup>	11	6	3	2	6	13	18	17	8	17	4	5
Totaal	62	58	5	6	41	44	65	50	52	63	40	32

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

<sup>2</sup> vrijgevestigd psycholoog/psychotherapeut



## Bijlage 8 Voorschrijven van psychofarmaca van huisartsen bij patiënten met psychische of sociale problematiek

Aantal prescripties van huisartsen per 1000 patiënten in hoofdgroepen van psychofarmaca in het eerste kwartaal van 2001 en het eerste kwartaal van 2003, uitgesplitst per diagnosegroep

Bron: NS2/LINH registratie

Type medicatie	Depressie (P76/P03)		Slaapproblemen (P06)		Angst (P74/P01)		Stress (P78/P02)		Sociale problemen (Z12/Z05)	
	2001 n=3213	2003 n=2142	2001 n=2071	2003 n=1179	2001 n=2644	2003 n=1634	2001 n=1648	2003 n=910	2001 n=972	2003 n=647
Kalmeringsmiddelen (N05B)	483	560	483	511	981	950	431	545	340	351
Slaapmiddelen (N05C)	349	360	1470	1422	276	274	257	299	200	206
Antidepressiva (N06A)	1528	1522	307	344	655	828	286	413	190	243
<i>Totaal psychofarmaca</i>	2359	2443	2259	2277	1912	2053	974	1257	730	799



## **Bijlage 9 Methodische verantwoording bij analyses hoofdstuk 9**

### **Samenwerking**

#### **Bekendheid van huisartsen met GGZ (HA-enq '01 en '03)**

Op de hoogte van AMW, ELP, RIAGG, PAAZ, vrijgevestigde en verslaving m.b.t.

- Spreekuurtijden
- Aanmelding en intakeprocedure
- Namen van hulpverleners
- Hulpverleningsaanbod
- Mogelijkheden om advies te vragen
- Wachtlijsten

#### *Stappen:*

1. 1 var AMW (beramw): opgeteld van hoeveel onderwerpen bij AMW op de hoogte (beramw 0-6)
2. 1 var ELP (berelp): opgeteld van hoeveel onderwerpen bij ELP op de hoogte (berelp 0-6)
3. 1 var RIAGG (berria): opgeteld van hoeveel onderwerpen bij RIAGG op de hoogte (berria 0-6)
4. 1 var PAAZ (berpaz): opgeteld van hoeveel onderwerpen bij PAAZ op de hoogte (berpaz 0-6)
5. 1 var vrijgevestigde (bervri): opgeteld van hoeveel onderwerpen bij vrijgevestigde op de hoogte (bervri 0-6)
6. 1 var verslaving (bercad): opgeteld van hoeveel onderwerpen bij verslavingszorg op de hoogte (bercad 0-6)
7. geaggregeerd naar gemiddelde score per DHV (**beramw, berelp, berria, berpaz, bervri, bercad**)

#### **Frequentie berichtgeving aan huisartsen van GGZ (HA-enq '01 en '03)**

Frequentie bericht ontvangen van AMW, ELP, RIAGG, PAAZ, vrijgevestigde, verslaving (bijna nooit=1, soms=2, meestal=3) m.b.t.

- Intake (score 1-3)
- Voortgang hulpverlening (score 1-3)
- Resultaat hulpverlening (score 1-3)

#### *Stappen*

Opgeteld hoe vaak bericht ontvangen van alle onderwerpen samen: score is max. 3x3=9

1. 1 var AMW gemaakt (freamw)
2. 1 var ELP gemaakt (freelp)
3. 1 var RIAGG gemaakt (freria)

4. 1 var PAAZ gemaakt (frepaz)
5. 1 var vrijgevestigde gemaakt (frevri)
6. 1 var verslaving gemaakt (frecad)
7. omgerekend naar score van 1-10 (fre\_amw, fre\_elp, fre\_ria, fre\_paz, fre\_vri, fre\_cad):  
vermenigvuldigd met 10/9
8. geaggregeerd naar gemiddelde score per DHV (**fre\_amw, fre\_elp, fre\_ria, fre\_paz, fre\_vri, fre\_cad**)

#### **Kwaliteit bericht van GGZ (HA-enq '01 en '03)**

- Rapportcijfer AMW
- Rapportcijfer ELP
- Rapportcijfer RIAGG
- Rapportcijfer PAAZ
- Rapportcijfer vrijgevestigde
- Rapportcijfer verslaving

#### *Stappen*

1. geaggregeerd naar gemiddelde score per DHV (**kbr\_amw, kbr\_elp, kbr\_ria, kbr\_paz, kbr\_vri, kbr\_cad**)

#### **Frequentie overleg met GGZ (HA-enq '01 en '03)**

- Frequentie overleg met AMW over patiënten (bijna nooit=1, soms=2, meestal=3)
- Frequentie overleg met ELP over patiënten (bijna nooit=1, soms=2, meestal=3)
- Frequentie overleg met RIAGG over patiënten (bijna nooit=1, soms=2, meestal=3)
- Frequentie overleg met PAAZ over patiënten (bijna nooit=1, soms=2, meestal=3)
- Frequentie overleg met vrijgevestigde over patiënten (bijna nooit=1, soms=2, meestal=3)
- Frequentie overleg met verslaving over patiënten (bijna nooit=1, soms=2, meestal=3)

#### *Stappen*

1. geaggregeerd naar gemiddelde score per DHV (**frovamw, frovelp, frovria, frovpaz, frovvri, frovcad**)

#### **Kwaliteit overleg met GGZ (HA-enq '01 en '03)**

- Rapportcijfer over AMW mbt kwaliteit overleg over patiënten
- Rapportcijfer over ELP mbt kwaliteit overleg over patiënten
- Rapportcijfer over RIAGG mbt kwaliteit overleg over patiënten
- Rapportcijfer over PAAZ mbt kwaliteit overleg over patiënten
- Rapportcijfer over vrijgevestigde mbt kwaliteit overleg over patiënten
- Rapportcijfer over CAD mbt kwaliteit overleg over patiënten

#### *Stappen*

1. geaggregeerd naar gemiddelde score per DHV (**kwov\_amw, kwov\_elp, kwov\_ria, kwov\_paz, kwov\_vri, kwov\_cad**)



### **Knelpunten in samenwerking**

Overall geldt een score van 1-5: 1=helemaal oneens, 2=oneens, 3=deels eens, 4=eens, 5=helemaal eens

- Lange wachttijd
- Patiënten zijn moeilijk te motiveren voor verwijzing naar
- De GGZ-instelling of hulpverlener heeft geen inzichtelijke organisatiestructuur
- 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 vind ik onvoldoende
- De adviezen van deze GGZ-instelling of hulpverlener over de nazorg van de behandelde patiënten zijn onvoldoende

#### *Stappen*

- Alle scores op de 6 knelpunten opgeteld (range 6-30)
- Deze scores aggregeren op DHV-niveau (**kne\_amw, kne\_elp, kne\_ria, kne\_paz, kne\_vri, kne\_cad**)

### **Reductie van variabelen voor knelpunten in verlenen van GGZ-zorg op DHV-niveau**

- Te weinig tijd
- Onlogisch en niet eenduidig vergoedingssysteem
- Ontbreken actuele sociale kaart
- Zorg door huisarts tijdens wachtlijst
- Teveel taken voor huisarts
- Onvoldoende kennis en vaardigheden

#### *Stappen*

- Alle scores op de 6 knelpunten opgeteld (range 6-36)
- Deze score aggregeren op DHV-niveau (kne\_zorg)

### **Reductie van variabelen voor verwijzingen op DHV-niveau**

Gem. aantal verwijzingen per 1000 patiënten (HA-enq '01 en '03)

- naar AMW (vw\_amw)
- naar ELP (vw\_elp)
- naar RIAGG (vw\_ria)
- naar PAAZ (vw\_paz)
- naar vrijgevestigde (vw\_vri)
- naar verslaving (vw\_cad)

#### *Stappenplan*

Aggregeren naar gem. aantal verwijzingen per 1000 patiënten op DHV-niveau



## Bijlage 10      Capaciteitstoename van het AMW per DHV

Capaciteitstoename van het AMW per DHV tussen 1998 en 2003, uitgedrukt in percentage bezetting ten opzichte van de normcapaciteit van 1 fte AMW / 6000 inwoners  
*Bron: VWS-registratie Tijdelijke Stimuleringsmaatregel 1998-2003*

DHV	Naam DHV	Bezettingsgraad 1998	Bezettingsgraad 2003	Bezettingsgraad $\Delta$
1	Amsterdam	63.8	78.5	14.8
2	Kennemerland/Haarlemmermeer	41.6	55.6	14.0
3	Holland Noord	43.6	56.8	13.2
4	Den Haag e.o.	52.3	66.4	14.1
<b>5</b>	<b>Rijnland/Midden Holland</b>	<b>54.7</b>	<b>67.6</b>	<b>13.0</b>
6	Rotterdam e.o.	48.3	63.1	14.8
7	Zuid-Holland Zuid	52.7	67.3	14.6
8	Zeeland	76.8	92.0	15.1
<b>9</b>	<b>West Brabant</b>	<b>65.6</b>	<b>77.5</b>	<b>11.9</b>
10	Noord Brabant Noordoost	62.0	76.3	14.3
11	Limburg	73.8	87.7	13.9
<b>12</b>	<b>Utrecht</b>	<b>67.6</b>	<b>80.4</b>	<b>12.8</b>
13	Gooi/Eemland/NW-Veluwe	63.5	76.6	13.1
14	Groot Gelre	65.1	79.6	14.4
15	Stedendriehoek	62.9	76.7	13.8
16	Zwolle/Flevoland	62.0	76.7	14.0
17	Twente	67.2	82.0	14.7
18	Drenthe	73.1	87.6	14.5
19	Friesland	54.4	68.6	14.2
20	Groningen	70.5	85.1	14.6
<b>21</b>	<b>Westland/Schieland/Delfland</b>	<b>39.0</b>	<b>56.3</b>	<b>17.3</b>
22	Midden Brabant	76.9	91.2	14.3
23	Zuidoost Brabant	67.1	81.4	14.3
Gemiddeld over de DHV's		61.1 (SD 10.9)	75.3 (SD 10.8)	14.2 (SD 1.03)



## Bijlage 11      **Vergelijking van huisartsen die wel / niet aan een Diaboloproject en een consultatieproject deelnamen**

NB Gegevens over wel/geen deelname aan de projecten zijn apart verzameld en gekoppeld aan de gegevens van de enquêtes onder huisartsen.

Tabel 1    Vergelijking van huisartsen die wel/niet aan een *Diaboloproject* deelnamen in *ontwikkelingen* in samenwerking met de tweedelijns GGZ

*Bron: Enquêtes onder huisartsen (NIVEL/WOK)*

	Wel Diaboloproject			Geen Diaboloproject		
	2001	2003	Δ	2001	2003	Δ
<i>Ambulante GGZ</i>						
Bekendheid met ambulante GGZ	3.1	3.3	0.2	3.1	3.1	0.1
Frequentie bericht van ambulante GGZ	5.9	7.1	1.1	6.2	6.7	0.5
Kwaliteit bericht van ambulante GGZ	6.8	7.1	0.3	6.6	6.7	0.2
Frequentie overleg met ambulante GGZ*	1.9	2.1 <sup>1</sup>	0.3	1.8	1.9 <sup>1</sup>	0.1
Kwaliteit overleg met ambulante GGZ	4.5	5.8	1.3	4.3	5.0	0.7
Knelpunt=wachtlijst ambulante GGZ	3.9	3.7 <sup>2</sup>	-0.2	4.0	3.8 <sup>2</sup>	-0.2
Knelpunten ambulante GGZ	15.7	16.0	0.3	17.3	16.1	-1.3
<i>Psychiatrie/PAAZ</i>						
Bekendheid met psychiatrie/PAAZ	1.4	1.4 <sup>3</sup>	0.1	2.0	2.0 <sup>3</sup>	0.0
Frequentie bericht van psychiatrie/PAAZ	4.9	4.7	-0.2	5.2	5.4	0.2
Kwaliteit bericht van psychiatrie/PAAZ*	6.1	5.2	-0.9	6.2	6.0	-0.2
Frequentie overleg met psychiatrie/PAAZ	1.5	1.4	-0.0	1.5	1.5	0.0
Kwaliteit overleg met psychiatrie/PAAZ	2.9	2.6	-0.3	3.2	3.4	-0.3
Knelpunt=wachtlijst psychiatrie/PAAZ	2.8	2.5	-0.3	3.3	3.1	-0.2
Knelpunten psychiatrie/PAAZ	12.6	12.1	-0.5	14.9	14.6	-0.3
<i>Vrijgevestigde</i>						
Bekendheid met vrijgevestigde	1.9	2.1	0.2	2.0	2.1	0.1
Frequentie bericht van vrijgevestigde	4.8	4.7	-0.2	4.6	4.6	0.0
Kwaliteit bericht van vrijgevestigde	5.7	5.4	-0.3	5.2	4.9	-0.2
Frequentie overleg met vrijgevestigde	1.5	1.6	0.1	1.6	1.6	0.0
Kwaliteit overleg met vrijgevestigde	3.0	3.5	0.6	3.1	3.3	0.3
Knelpunten=wachtlijst vrijgevestigde	2.8	2.5	-0.3	2.9	2.7	-0.2
Knelpunten vrijgevestigde	11.7	11.9	0.2	12.9	12.5	-0.4
<i>Verslavingszorg</i>						
Bekendheid met verslavingszorg	1.8	2.1	0.3	1.8	1.9	0.1
Frequentie bericht van verslavingszorg*	4.4	5.6 <sup>4</sup>	1.2	4.6	4.8 <sup>4</sup>	0.2

	Wel Diaboloproject			Geen Diaboloproject		
	2001	2003	Δ	2001	2003	Δ
Kwaliteit bericht van verslavingszorg	5.0	5.4 <sup>5</sup>	0.5	4.6	4.6 <sup>5</sup>	-0.0
Frequentie overleg met verslavingszorg*	1.4	1.6 <sup>6</sup>	0.2	1.5	1.5 <sup>6</sup>	0.0
Kwaliteit overleg met verslavingszorg	2.6	3.2	0.6	2.4	2.7	0.3
Knelpunt=wachtlijst verslavingszorg	11.7	11.9	0.2	12.9	12.5	-0.4
Knelpunten verslavingszorg	14.2	15.0	0.9	14.9	15.1	0.1

Vershil 2001-2003: \*p<.05; \*\*p<.01

2003: <sup>2,6</sup>p<.05; <sup>1,3,4,5</sup>p<.01

NB Deze getallen zijn gebaseerd op de groepsgemiddelden van huisartsen uit de multilevel analyse. Deze komen weliswaar globaal genomen overeen met de oorspronkelijke groepsgemiddelden, maar zijn daaraan niet identiek. De gepresenteerde waarden omtrent de kwaliteit van berichtgeving en overleg zijn dus niet de gemiddelde rapportcijfers zoals huisartsen die ingevuld hebben, maar zijn een afgeleide daarvan!

Tabel 2: Vergelijking van huisartsen die wel/niet aan een *consultatieproject* deelnamen in *ontwikkelingen* in samenwerking met de tweedelijns GGZ

Bron: Enquêtes onder huisartsen (NIVEL/WOK)

	Wel consultatieproject			Geen consultatieproject		
	2001	2003	Δ	2001	2003	Δ
<i>Ambulante GGZ</i>						
Bekendheid met ambulante GGZ**	3.1	3.6 <sup>1</sup>	0.4	3.0	3.1 <sup>1</sup>	0.0
Frequentie bericht van ambulante GGZ	7.2	7.5	0.3	7.2	7.3	0.2
Kwaliteit bericht van ambulante GGZ*	6.8	7.1 <sup>2</sup>	0.3	6.9	7.0 <sup>2</sup>	0.1
Frequentie overleg met ambulante GGZ**	2.0	2.1 <sup>3</sup>	0.2	1.9	1.9 <sup>3</sup>	0.0
Kwaliteit overleg met ambulante GGZ	6.9	7.2 <sup>4</sup>	0.3	6.8	6.9 <sup>4</sup>	0.2
Knelpunt=wachtlijst ambulante GGZ	4.2	3.8 <sup>5</sup>	-0.4	4.2	4.0 <sup>5</sup>	-0.2
Knelpunten ambulante GGZ**	19.7	17.7 <sup>6</sup>	-2.0	19.6	18.8 <sup>6</sup>	-0.8
<i>Psychiatrie/PAAZ</i>						
Bekendheid met psychiatrie/PAAZ	1.8	2.0	0.2	2.0	2.0	0.1
Frequentie bericht van psychiatrie/PAAZ	6.8	6.8	-0.0	6.9	6.9	-0.0
Kwaliteit bericht van psychiatrie/PAAZ	7.0	7.2	0.2	7.0	7.1	0.1
Frequentie overleg met psychiatrie/PAAZ	1.6	1.6	0.0	1.6	1.6	-0.0
Kwaliteit overleg met psychiatrie/PAAZ	6.7	7.0	0.3	6.6	6.8	0.2
Knelpunt=wachtlijst psychiatrie/PAAZ*	3.5	3.2	-0.3	3.4	3.2	-0.2
Knelpunten psychiatrie/PAAZ*	18.8	18.0	-0.9	18.4	18.3	-0.2
<i>Vrijgevestigde</i>						
Bekendheid met vrijgevestigde*	1.8	2.1	0.3	2.1	2.1	0.0
Frequentie bericht van vrijgevestigde	6.2	5.9	-0.3	6.0	6.1	0.0
Kwaliteit bericht van vrijgevestigde	6.7	6.6	-0.0	6.7	6.6	-0.1
Frequentie overleg met vrijgevestigde*	1.6	1.7	0.1	1.7	1.7	0.0
Kwaliteit overleg met vrijgevestigde	7.1	7.3	0.2	6.9	7.0	0.2
Knelpunten=wachtlijst vrijgevestigde	3.5	3.2	-0.3	3.4	3.2	-0.2
Knelpunten vrijgevestigde	17.1	16.5	-0.6	16.8	16.4	-0.3
<i>Verslavingszorg</i>						
Bekendheid met verslavingszorg*	1.8	2.1 <sup>7</sup>	0.3	1.8	1.8 <sup>7</sup>	0.0
Frequentie bericht van verslavingszorg	5.6	5.8	0.2	5.6	5.7	0.1
Kwaliteit bericht van verslavingszorg	6.0	6.2	0.2	5.9	6.0	0.1
Frequentie overleg met verslavingszorg	1.5	1.6	0.0	1.5	1.5	0.0
Kwaliteit overleg met verslavingszorg	5.9	6.2	0.3	6.1	6.3	0.2
Knelpunt=wachtlijst verslavingszorg	3.3	3.2	-0.1	3.2	3.2	-0.0
Knelpunten verslavingszorg	19.0	18.9	-0.2	18.8	19.0	0.3

Verschil 2001-2003: \*p<.05; \*\*p<.01

2003: <sup>2</sup> p<.05; <sup>1,3,4,5,6,7</sup> p<.01

NB Deze getallen zijn gebaseerd op de groepsgemiddelden van huisartsen uit de multilevel analyse. Deze komen weliswaar globaal genomen overeen met de oorspronkelijke groepsgemiddelden, maar zijn daaraan niet identiek. De gepresenteerde waarden omtrent de kwaliteit van berichtgeving en overleg zijn dus niet de gemiddelde rapportcijfers zoals huisartsen die ingevuld hebben, maar zijn een afgeleide daarvan!





## Bijlage 12 Verband tussen aantal consultaties in een regio en samenwerking met de tweedelijns GGZ

Correlatie op DHV-niveau tussen het aantal consultaties per 100.000 inwoners en samenwerking met de 2<sup>de</sup> lijns GGZ in 2003

Bron: Enquêtes onder huisartsen (NIVEL/WOK)

Samenwerking met 2 <sup>de</sup> lijns GGZ	Correlatie met aantal consultaties in 2003 per 100.000 inw. n=23
<i>Ambulante GGZ</i>	
Bekendheid met ambulante GGZ	-.02
Frequentie bericht van ambulante GGZ	.25
Kwaliteit bericht van ambulante GGZ	.06
Frequentie overleg met ambulante GGZ	.63**
Kwaliteit overleg met ambulante GGZ	.26
Knelpunten bij ambulante GGZ	-.25
<i>Psychiatrie/PAAZ</i>	
Bekendheid met psychiatrie/PAAZ	-.03
Frequentie bericht van psychiatrie/PAAZ	.16
Kwaliteit bericht van psychiatrie/PAAZ	.08
Frequentie overleg met psychiatrie/PAAZ	.15
Kwaliteit overleg met psychiatrie/PAAZ	-.01
Knelpunten bij psychiatrie/PAAZ	-.21
<i>Vrijgevestigde</i>	
Bekendheid met vrijgevestigde	.07
Frequentie bericht van vrijgevestigde	.20
Kwaliteit bericht van vrijgevestigde	.03
Frequentie overleg met vrijgevestigde	.25
Kwaliteit overleg met vrijgevestigde	-.00
Knelpunten bij vrijgevestigde	-.10
<i>Verslavingszorg</i>	
Bekendheid met verslavingszorg	-.20
Frequentie bericht van verslavingszorg	.19
Kwaliteit bericht van verslavingszorg	-.03
Frequentie overleg met verslavingszorg	.33
Kwaliteit overleg met verslavingszorg	-.19
Knelpunten bij verslavingszorg	.26



## Bijlage 13 Verband tussen samenwerking van huisartsen en verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ

Correlatie (Pearson r) tussen samenwerking van huisartsen en aantal verwijzingen van huisartsen per 1000 patiënten naar AMW en eerstelijnspsychologen *in 2003*

Bron: Enquêtes onder huisartsen (NIVEL/WOK)

	Correlatie met verwijzing naar betreffende discipline n=538-1207
<b>Samenwerking binnen 1<sup>ste</sup> lijns GGZ</b>	
<i>AMW</i>	
Bekendheid met AMW	.10**
Frequentie bericht van AMW	.01
Kwaliteit bericht van AMW	.04
Frequentie overleg met AMW	.12**
Kwaliteit overleg met AMW	.05
Knelpunt = lange wachtlijst AMW	-.02
Knelpunten samenwerking met AMW	-.08**
<i>Eerstelijnspsycholoog (ELP)</i>	
Bekendheid met ELP	.12**
Bekendheid met ELP	.13**
Frequentie bericht van ELP	.10**
Kwaliteit bericht van ELP	.18**
Frequentie overleg met ELP	.12**
Kwaliteit overleg met ELP	-.03
Knelpunt = lange wachtlijst ELP	-.09**
Knelpunten samenwerking met ELP	.12**
<b>Samenwerking met 2<sup>de</sup> lijns GGZ</b>	
<i>Ambulante GGZ</i>	
Bekendheid met ambulante GGZ	.06
Frequentie bericht van ambulante GGZ	.11**
Kwaliteit bericht van ambulante GGZ	.06*
Frequentie overleg met ambulante GGZ	.10**
Kwaliteit overleg met ambulante GGZ	.00
Knelpunt = lange wachtlijst ambulante GGZ	-.03
Knelpunten samenwerking met ambulante GGZ	-.05
<i>Psychiatrie/PAAZ</i>	
Bekendheid met psychiatrie/PAAZ	.14**
Frequentie bericht van psychiatrie/PAAZ	.12**

	Correlatie met verwijzing naar betreffende discipline n=538-1207
Kwaliteit bericht van psychiatrie/PAAZ	.07*
Frequentie overleg met psychiatrie/PAAZ	.19**
Kwaliteit overleg met psychiatrie/PAAZ	.04
Knelpunt = lange wachtlijst psychiatrie/PAAZ	-.01
Knelpunten samenwerking met psychiatrie/PAAZ	-.05
<i>Vrijgevestigde</i>	
Bekendheid met vrijgevestigde	.26**
Frequentie bericht van vrijgevestigde	.16**
Kwaliteit bericht van vrijgevestigde	.17**
Frequentie overleg met vrijgevestigde	<b>.30**</b>
Kwaliteit overleg met vrijgevestigde	.18**
Knelpunt = lange wachtlijst vrijgevestigde	-.06
Knelpunten samenwerking met vrijgevestigde	-.18**
<i>Verslavingszorg</i>	
Bekendheid met verslavingszorg	.11**
Frequentie bericht van verslavingszorg	.05
Kwaliteit bericht van verslavingszorg	.04
Frequentie overleg met verslavingszorg	.09**
Kwaliteit overleg met verslavingszorg	-.01
Knelpunt = lange wachtlijst verslavingszorg	-.04
Knelpunten samenwerking met verslavingszorg	-.03

\* p<.05; \*\* p<.01

# Literatuurlijst

- Andrews G, Henderson S (2000). *Unmet need in psychiatry: problems, resources, responses*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bijl RV, Ravelli A (2000). *Psychiatric morbidity, service use and need for care in the general population : results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*.
- Boer C (2003, 2004). *Nieuwsbrieven Diaboloproject* okt. 03 en feb. 04 (interne publicatie).
- Boer C (2004). *Jaarplan 2004* (interne publicatie).
- Donker MCH (1990). *Principes en praktijk van programma-evaluatie: opzet en rendement in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: NcGv
- IJland CM, Drouven LE (2002): *Evaluatie project 'Verruiming financiële toegankelijkheid eerstelijnspsychologen*. Enschede: Hoeksma, Homans & Mentink.
- Kersten TJMT (1985). *Samenwerking tussen maatschappelijk werk en gezondheidszorg in de eerstelijns*. Utrecht: NIVEL.
- Kornalijnslijper N, Schoenmakers CJHH, Smeets KAPW (2004). *Evaluatie beleidsmatige samenwerking op regionaal niveau in vijf zorgregio 's*. Onderzoek in kader van Versterking Eerstelijns GGZ. Den Haag: SGBO.
- Kornalijnslijper N, Schoenmakers CJHH (2004). *Inzet extra AMW-middelen door gemeenten; resultaten eindmeting 2003*. SGBO: Den Haag, 2004.
- Lamberts H, Wood M (1986). *International Classification of Primary Care*. Oxford: Oxford University Press.
- 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: *Stuurgroepvergadering 07-02-03* (interne publicatie).

- LHV, VOG, LVE, Korte Lijnen (2004). *Rapportages Kwaliteitsprojecten eerstelijnspartijen*. Utrecht: Stuurgroepvergadering 10-03-04 (interne publicatie).
- LHV/NHG-projectgroep GGZ (2003). *Kwaliteitsbeleid geestelijke gezondheidszorg-huisartsen. Jaarverslag 2002* (interne publicatie, concept).
- LHV, LVE, MOgroep (2003). *Second opinion van het gezamenlijke programma Korte Lijnen ter verbetering van de samenwerking in de eerstelijns GGZ* (interne publicatie).
- LINH website www.LINH.nl (2004). NHG / LHV / WOK / NIVEL.
- LVE (2003). Aanzet continuering LVE-kwaliteitsbeleid 2004-2006 (interne publicatie, concept).
- LVE (2003). Kabinet: sterkere eerstelijns, geen extra middelen. *Eerstelijns psychologie*, 4, pag. 5
- Meijer SA, Zantinge EM, Verhaak PFM, Kornalijslijper 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.
- Meijer SA, Zantinge EM, Verhaak PFM, Scholten M, Pols J, Valenkamp MW, Kornalijslijper N, Smeets KAPW (2003). *Evaluatie versterking eerstelijns GGZ: een beleidsprogramma om het beleid ter versterking van de eerstelijns GGZ te versterken. Tweede Interim Rapportage: maart 2003*. Utrecht: NIVEL/Trimbos-instituut/SGBO.
- Meijer SA, Verhaak, PFM (2004). *De eerstelijns GGZ in beweging. Resultaten, conclusies en beschouwing van het evaluatie-onderzoek 'Versterking eerstelijns GGZ'. Integrale eindrapportage, 2004*. Utrecht: NIVEL.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1997). *Brief Geestelijke Gezondheidszorg 1997*. Den Haag: Sdu-uitgevers.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1998). *Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg 1999*. Den Haag: Elkerhout.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) (1998). *Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw*. Zoetermeer: RVZ.
- Pullen I, Wilkinson G, Wright A, Gray DP (1994). *Psychiatry and general practice today*. Londen: Royal College of General Practitioners, Royal College of Psychiatrists.
- Rijk, K de, Verhaak P, Tiemens B, Vries W de, Kerssens J, Hutschemaekers G (1999). *Tussen de lijnen: Achtergrondstudie bij de beleidsvisie GGZ*. Utrecht: Trimbos Instituut/NIVEL.
- Ruwaard D, Kramers PGN (red.) (1997). *Volksgezondheid. Toekomstverkenning 1997. De som der delen*. Bilthoven: RIVM; Maarssen: Elsevier/ De Tijdstroom.

- 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).
- Scholte M, Voordouw I (2003). *Verspreidings- en ImplementatiePlan (VIP). Implementatie van het samenwerkingsmodel en de protocollen van het project Korte Lijnen – tweede ronde* (interne publicatie).
- Scholte M, Voordouw I, Berg J van den, Sok K (2003). *Evaluatieverslag Korte Lijnen. Eerste ronde* (interne publicatie).
- Scholten M, Duurkoop W, Berg J van den, Vries I de, Ruiter C de. *GGZ-consultatie in de huisartspraktijk (2003)*. Het Toronto-project in Harlingen. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Scholten M, Pols J, Drost Y, Ruiter C de (2004). *Consultatie in de eerstelijns GGZ. De praktijk van consultatie op het lokale niveau (Concept)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Stake RE (1967) *Countenance of educational evaluation*. Teachers College Record: 68, 7, 523-540.
- Verhaak PFM (1993). *Analysis of referrals of mental health problems by general practitioners*. British Journal of General Practice: 43, 203-208.
- Verhaak PFM, Vonk E, Zantinge EM, Berg JF van den, Voordouw I (2003). *Tussenrapportage Monitoring Consultatieve projecten 2003*. 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.
- VOG/AMW (2001). *Het algemeen maatschappelijk werk in beeld. Jaarrapport 1999*.
- VonKorff M, Tiemens BG (2000). *Individualized stepped care of chronic illness*. West J Med; 172:133-137.
- Weert JCM van, Heiligers PhJM, Verhaak PFM (1999). *GGZ-nascholing voor huisartsen: een analyse van het aanbod*. Utrecht: NIVEL.
- Wentink M, Hattum MJC, Hutschemaekers G (2002). *De eerstelijnspsycholoog gevolgd*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Westert GP, Schellevis FG, de Bakker DH, Groenewegen PP, Bensing JM, van der Zee J (2004). *Monitoring health inequalities through General Practice: the Second Dutch National Survey of General Practice*. European Journal of Public Health, in press.
- Zantinge EM, Verhaak PFM (2004). *GGZ-consultaties aan de eerstelijnszorg (2000-2003) (Concept)*. Steunpunt tussen de Lijnen. Utrecht: NIVEL.





## Afkortingenlijst

(O)GGZ	(Openbare) Geestelijke Gezondheidszorg
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
CVZ	College van Zorgverzekeringen
DHV	Districts Huisartsen Vereniging
DSM IV	Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders
ELP	Eerstelijnspsycholoog
EPZ	Eerstelijns Psychologische Zorg
GGD	Gemeentelijke Gezondheids Dienst
HBO	Hoger Beroeps Onderwijs
HHM	Hoeksma, Homans & Mentink (Adviesbureau)
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
ICPC	International Classification of Primary Care
ICT	Informatie en Communicatie Technologie
KNMG	De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LBO	Lager Beroeps Onderwijs
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LINH	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen
LVE	Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen
LVG	Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn
MAVO	Middelbaar Algemeen Voortgezet Onderwijs
MO-groep	Maatschappelijke Ondernemersgroep (voorheen VOG)
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NICTIZ	Nationaal ICT Instituut in de Zorg
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
NIVEL	Nederland Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
NS2	Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk
PAAZ	Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis
PAOG	Post Academisch Onderwijs Geneeskunde
P-diagnose	Psychische diagnose
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
ROAM	Regionaal Overlegorgaan van het AMW
ROEP	Regionaal Orgaan Eerstelijns Psychologen
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SPV	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige

SGBO	Onderzoeks- en adviesbureau van de VNG
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VOG	Ondernemersorganisatie voor welzijn, hulpverlening en opvang (nu: MO-groep)
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WDH	Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen
WGR	Wet Gemeenschappelijke Regelingen
WO	Wetenschappelijk Onderwijs
WOK	Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (Centre of Quality of Care Research)
Z-diagnose	Sociale diagnose

## Relevante internetadressen

[www.buitinkbeleidsadvies.nl](http://www.buitinkbeleidsadvies.nl)  
[www.diabolo-project.nl](http://www.diabolo-project.nl)  
[www.ggz.artsennet.nl](http://www.ggz.artsennet.nl)  
[www.ggznederland.nl](http://www.ggznederland.nl)  
[www.lhv.artsennet.nl](http://www.lhv.artsennet.nl)  
[www.lve.nl](http://www.lve.nl)  
[www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)  
[www.mogroep.nl](http://www.mogroep.nl)  
[www.nhg.artsennet.nl/](http://www.nhg.artsennet.nl/)  
[www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)  
[www.nizw.nl/kortelijnen](http://www.nizw.nl/kortelijnen)  
[www.sgbo.nl](http://www.sgbo.nl)  
[www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)