



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in samenwerking met het Trimbos-instituut in 2004. De gegevens mogen met bronvermelding (E.M. Zantinge, P.F.M. Verhaak, I. Voordouw, J.F. van den Berg, *GGZ-consultaties aan de eerstelijnszorg*, NIVEL 2004) worden gebruikt.

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

## **GGZ-consultaties aan de eerstelijnszorg (Registratie 2000-2003)**

Steunpunt Tussen de Lijnen:  
E.M. Zantinge (Rapportage)  
P.F.M. Verhaak (Rapportage)  
I. Voordouw  
J.F. van den Berg

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

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

ISBN 90-6905-683-6

<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>5</b>
1.1 Achtergrond	5
1.2 Het Steunpunt Tussen de Lijnen	6
1.3 Registratie consultatieve contacten	8
1.4 Indeling van deze rapportage	9
<b>2 Methode</b>	<b>11</b>
2.1 Inleiding	11
2.2 Procedure	11
2.3 Deelnemende projecten	12
2.4 Registratieformulier	14
2.5 Analyses	17
<b>3 Resultaten</b>	<b>19</b>
3.1 Inleiding	19
3.2 Ontwikkelingen op landelijk niveau	19
3.3 Ontwikkelingen op projectniveau	26
<b>4 Samenvatting en conclusies</b>	<b>33</b>
4.1 Inleiding	33
4.2 Samenvatting	33
4.3 Methodologische beschouwingen	34
4.4 Beschouwing en conclusies	35
<b>Literatuur</b>	<b>39</b>
<b>Bijlage 1:</b> Registratieformulier consultatieve bijeenkomsten tot mei 2003	<b>41</b>
<b>Bijlage 2:</b> Registratieformulier consultatieve contacten vanaf mei 2003	<b>47</b>



# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond

In 1997 constateerde de Minister van Volksgezondheid, Werkgelegenheid en Sport dat het aantal hulpvragen op het gebied van psychische problematiek een stijgende lijn vertoonde (Brief Geestelijke Gezondheidszorg, 1997). De minister stelde een beleidsprogramma voor om aan deze groeiende vraag te kunnen voldoen, waarbij versterking van de eerstelijns Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) een centrale positie innam. De kerndisciplines van de eerstelijns GGZ zijn de huisarts, het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) en de eerstelijnspsycholoog. Binnen de eerstelijns GGZ heeft de huisarts een centrale poortwachtersrol en wordt daarbij bijgestaan door het AMW en de eerstelijnspsycholoog.

Het beleidsprogramma van VWS is erop gericht een sterkere, meer samenhangende eerstelijns GGZ te realiseren waarbij patiënten sneller de zorg krijgen die zij nodig hebben. De behandeling van patiënten dient niet in een hoger echelon dan nodig plaats te vinden: behandeling kan - indien mogelijk - kort en algemeen in de eerstelijns en - indien nodig - intensief en specifiek in de tweedelijns.

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

Eén van de maatregelen die het ministerie van VWS heeft genomen om de eerstelijns GGZ te versterken is de consultatieregeling waarover wij hier rapporteren. Sinds 1999 stelt VWS jaarlijks geld beschikbaar ten behoeve van consultatieprojecten in de Geestelijke Gezondheidszorg, met de zogenaamde regeling Consultatiegelden. Onder de consultatiemethode wordt oorspronkelijk een werkwijze verstaan waarbij op basis van gelijkwaardigheid en wederkerigheid de consultatiegever specialistische kennis en vaardigheden overdraagt aan de consultatievrager (Gersons, 1977). Bij de klassieke vorm van consultatie vindt zodoende een gesprek plaats tussen de consultatievrager en consultatiegever. Echter, gebaseerd op het idee van decentralisatie en deregulering, laat men de precieze invulling van de regeling aan het veld over. In dit rapport wordt onder consultatie verstaan:

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

Het doel van de regeling Consultatiegelden is om eerstelijns GGZ-medewerkers zoals huisartsen, algemeen maatschappelijk werkers en eerstelijnspsychologen de mogelijkheid te bieden consultatie te vragen aan GGZ-specialisten in de tweede lijn. Goede consultatiemogelijkheden van de tweede- aan de eerstelijns dragen bij aan een betere samenwerking tussen de lijnen en deskundigheidsbevordering binnen de eerstelijns, wat past in de missie van de versterking van de eerstelijns GGZ. Door middel van consultatie wordt de eerstelijns GGZ ondersteund bij de uitvoering van GGZ-taken. Vooral voor de huisarts is dit van groot belang; het beleidsprogramma van VWS mag in ieder geval de werkbelasting van de huisarts niet vergroten.

Vanuit de regeling Consultatiegelden wordt jaarlijks geld beschikbaar gesteld door het Ministerie van VWS om consultatie-initiatieven in de vorm van projecten te subsidiëren. In 1999 was 2,72 miljoen euro beschikbaar voor consultatieprojecten; van 2000 tot en met 2002 was jaarlijks 5,45 miljoen euro uitgetrokken voor tweedelijns consultatie aan de eerstelijns. In augustus 2002 zijn betrokken partijen door VWS geïnformeerd dat de regeling verlengd wordt tot en met 2005, met eveneens 5,45 miljoen euro per jaar. De consultatiegelden worden jaarlijks op basis van inwonersaantallen verdeeld over de 31 zorgregio's waarin de zorgverzekeraars Nederland hebben opgesplitst. De regionale zorgkantoren van deze zorgregio's hebben de taak gekregen om deze gelden toe te kennen aan veelbelovende initiatieven of goed lopende projecten. Bij deze projecten staat voorop dat de projecten gericht zijn op patiëntgebonden consultatie en zowel de GGZ-specialisten (zoals psychiaters, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en andere GGZ-medewerkers) als de GGZ-disciplines binnen de eerste lijn (zoals huisartsen, AMW en de eerstelijnspsycholoog) een duidelijke rol krijgen toebedeeld. De Consultatieregeling is succesvol gebleken. Al vanaf het jaar 2000 zijn er landelijk zo rond de 100 consultatieprojecten bekend die vanuit de Consultatieregeling gefinancierd worden. Vanaf 2003 is dit aantal iets teruggelopen, omdat sommige consultatieprojecten nu vanuit reguliere middelen gefinancierd worden (Verhaak e.a., 2003). 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 e.a., 2002). Ook in een landelijk onderzoek onder huisartsen inzake GGZ wordt consultatie genoemd als een gewenste manier van ondersteuning voor huisartsen (Visscher e.a., 2002).

## **1.2 Het Steunpunt Tussen de Lijnen**

Vanaf het begin van de regeling heeft het Steunpunt Tussen de Lijnen, een samenwerkingsverband tussen het NIVEL en het Trimbos-instituut, de taak om consultatieprojecten die vanuit de regeling Consultatiegelden van start zijn gegaan te monitoren. Dit houdt in dat wordt bijgehouden welke initiatieven op welke plek gestart zijn. Per project worden projectkenmerken vastgelegd, zoals bijv. wie de betrokkenen bij een project zijn, wat voor soort consultatie wordt geboden en of het project zich richt op speciale doelgroepen. Zo ontstaat een landelijk beeld van waar zich consultatie-activiteiten ontwikkeld hebben en hoe deze projecten eruit zien. Daarnaast heeft het Steunpunt een registratie van consultatieve contacten ontwikkeld, waarmee inzichtelijk

wordt hoe de consultaties er daadwerkelijk uitzien. Elk gestart consultatieproject wordt door het Steunpunt benaderd om deel te nemen aan deze registratie. De consultatiegevers van het consultatieproject wordt verzocht bij elke cliënt over wie zij een nieuwe consultatievraag ontvangen een aantal gegevens met betrekking tot de consultatie te registreren. Vanaf het voorjaar 2003 wordt deze registratie op verkorte formulieren ingevuld. Er was intussen een groot gegevensbestand van zo'n 40.000 geregistreerde consultaties verzameld. Daarmee was genoeg informatie voorhanden om allerlei onderlinge relaties te berekenen. Bovendien bleken sommige gegevens door de tijd heen nauwelijks onderhevig aan verandering, zodat het weinig meerwaarde had dit doorlopend te blijven registreren. Daarom is gekozen voor een verkorte opzet, met alleen een registratie van de kerngegevens bij elke consultatie, zodat de administratie ook minder tijd zou kosten voor de deelnemende projecten. Wel is het bij de nieuwe registratie de bedoeling dat ook de vervolgsconsultaties bij een cliënt geregistreerd worden, in tegenstelling tot de oude registratie, waarbij alleen werd gevraagd het eerste consultatieve contact met een cliënt vast te leggen. In dit rapport wordt verslag gedaan van de resultaten van zowel de oude als de nieuwe registratie.

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

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

Het Steunpunt Tussen de Lijnen rapporteert jaarlijks in de zomer aan de Stuurgroep Tussen de Lijnen over de bevindingen bij de monitoring van projecten en in de winter over de registratie van consultatieve contacten. De Stuurgroep Tussen de Lijnen is ingesteld door VWS om de versterking van de eerstelijns GGZ in de praktijk mogelijk te maken. Alle betrokken partijen bij de versterking van de eerstelijns GGZ zijn in deze Stuurgroep vertegenwoordigd.

In april 2000, augustus 2000, september 2001, juli 2002 en oktober 2003 is gerapporteerd over de toekenning van consultatiegelden in de verschillende zorgregio's en is een beschrijving van de projecten gegeven, afgaande op de projectbeschrijvingen van de projecten zelf.

In december 2000, 2001 en 2002 is aan de Stuurgroep Tussen de Lijnen gerapporteerd over de registratie van consultatieve contacten. De projecten die deelnemen aan de consultatieregistratie hebben in de periode van de landelijke rapportage een spiegelrapportage van hun eigen, projectspecifieke resultaten ontvangen, zodat zij die resultaten kunnen vergelijken met de landelijke rapportages. De projecten hebben ook begin 2004 een soortgelijke rapportage ontvangen.

### 1.3 Registratie consultatieve contacten

In dit rapport wordt verslag gedaan van de registratie van consultatieve contacten op formulieren die tot 1 oktober 2003 door het Steunpunt ontvangen zijn. Door middel van de consultatieregistratie kunnen we een landelijk beeld schetsen van de inhoud van consultaties. Zowel de contacten die zijn geregistreerd op de oude, uitgebreidere registratieformulieren als op de nieuwe, verkorte formulieren zijn opgenomen in dit rapport. Al vanaf het jaar 2000 worden consultaties geregistreerd, in de eerste instantie in steeds toenemende mate, waardoor wij over grote aantallen registratieformulieren kunnen rapporteren. In dit rapport zijn de resultaten van meer dan 50.000 geregistreerde consultaties opgenomen. Omdat in eerdere jaren eveneens is gerapporteerd over de registratie van consultatieve contacten, zullen sommige onderdelen in deze rapportage overeenkomen met de rapportages van eerdere jaren, vooral wanneer het de achtergrond en methode van onderzoek betreft.

In 2002 zijn we uitvoerig op de inhoud van de consultaties ingegaan en is gerapporteerd over een groot aantal verbanden die zijn aangetroffen binnen de geregistreerde consultaties (Zantinge e.a., 2002). Daarnaast hebben we bekeken in hoeverre er ontwikkelingen door de tijd heen zichtbaar waren. Daarvoor was een tweedeling gemaakt in geregistreerde consultaties in de beginperiode van de registratie of in de tweede helft. Ook is gekeken naar de inhoud van de consultaties op projectniveau. Vorig jaar is wederom een aantal verbanden binnen de consultaties onderzocht (Verhaak e.a., 2003). Toen constateerden we dat deze verbanden door de tijd heen weinig aan verandering onderhevig waren. Ook is gekeken naar ontwikkelingen door de tijd heen gedurende de periode 2000 tot medio 2002. Daarnaast is ingegaan op de opbrengst van de consultaties voor de eerstelijns.

Intussen beschikken we over een nog langere tijdsperiode waarin de consultaties geregistreerd zijn en kunnen we nog uitvoeriger ingaan op eventuele ontwikkelingen door de tijd heen. Gezien de grote verschillen tussen projecten is het ook zinnig om op projectniveau naar deze ontwikkelingen door de tijd heen te kijken. Hiermee ondervang je het probleem dat grote projecten die veel registratieformulieren insturen de landelijke resultaten aanzienlijk beïnvloeden. Daarnaast beschikken we dit jaar voor het eerst over gegevens met betrekking tot de vervolgsconsultaties. Daarmee kunnen we een betere schatting maken van het aantal consultaties dat vanuit de Consultatieregeling van de grond is gekomen. Met de gegevens uit de oude registratie beschikten we alleen over de aantallen eerste consultatieve contacten, en bleef het aantal vervolgscontacten onbekend. De verbanden binnen de consultaties hebben we dit jaar niet onderzocht, omdat we daar weinig verandering in verwachten.

In dit rapport beantwoorden we de volgende onderzoeksvragen:

1. Welke ontwikkelingen m.b.t. de inhoud van de consultaties zijn er landelijk te constateren van 2000 tot 2003?
2. Welke ontwikkelingen m.b.t. de inhoud van de consultaties zijn er op projectniveau te constateren van 2000 tot 2003?



## **1.4 Indeling van deze rapportage**

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

In hoofdstuk 3 worden landelijke resultaten gepresenteerd over de ontwikkelingen door de tijd heen in de consultaties (onderzoeksvraag 1) en op projectniveau (onderzoeksvraag 2). Hoofdstuk 4 bevat conclusies en aanbevelingen voor de Stuurgroep Tussen de Lijnen.



## 2 Methode

### 2.1 Inleiding

Om zicht te krijgen op de inhoud van consultatieve contacten, vindt vanaf het jaar 2000 een doorlopende registratie plaats van consultatieve contacten. Consultatiegevers vullen deze formulieren in na een contact over of met een cliënt. Tot het voorjaar 2003 vond deze registratie plaats op uitgebreidere registratieformulieren (zie bijlage 1), vanaf mei 2003 wordt geregistreerd op nieuwe, verkorte formulieren (bijlage 2).

In dit hoofdstuk wordt achtereenvolgens ingegaan op de procedure van gegevensverzameling, de registrerende projecten, de registratieformulieren en de gehanteerde analyses in deze rapportage.

### 2.2 Procedure

Het Steunpunt Tussen de Lijnen wordt door de regionale zorgkantoren op de hoogte gehouden van de toekenning van consultatiegelden aan de projecten in de betreffende regio. De zorgkantoren dienen als verdeelpost voor het uitzetten van consultatiegelden. De projecten die in aanmerking komen voor consultatiegelden zijn door het Steunpunt benaderd om deel te nemen aan de consultatieregistratie, mits blijkt dat het project daadwerkelijk is gestart. Deelname aan de project- en consultatieregistratie is één van de voorwaarden voor de projecten om in aanmerking te komen voor het ontvangen van consultatiegelden.

Indien een project kan starten met de consultatieregistratie, ontvangt de betreffende projectcoördinator van het Steunpunt registratieformulieren. Elk project heeft een uniek projectnummer, dat vermeld staat op elk registratieformulier, waardoor ook per project gerapporteerd kan worden. De projectcoördinatoren verspreiden de registratieformulieren onder alle consultatiegevers van een project. Bij de oude, uitgebreide registratie (tot mei 2003) was het de bedoeling dat consultatiegevers bij elke cliënt over wie zij een nieuwe consultatievraag ontvingen het formulier 'Registratie consultatieve bijeenkomsten' invulden (zie bijlage 1). Indien naar aanleiding van een consultatieve vraag over een cliënt meerdere contacten plaatsvonden, werd alleen bij het eerste contact een formulier ingevuld. Bij de nieuwe registratie (vanaf mei 2003) vullen consultatiegevers na elk contact over een cliënt een aantal basisgegevens in, ook als het een vervolcontact betreft. Het nieuwe registratieformulier is opgenomen als bijlage 2.

De projectcoördinator zorgt ervoor dat er regelmatig, bij voorkeur maandelijks, formulieren worden geretourneerd naar het Steunpunt Tussen de Lijnen. Indien een project nieuwe formulieren nodig heeft, worden deze bij het Steunpunt besteld. De formulieren worden verwerkt met behulp van een scanner.

## 2.3 Deelnemende projecten

Halverwege het jaar 2003 registreren 79 van de 93 projecten hun consultaties (Verhaak e.a., 2003). Vanaf het jaar 2000 zijn in totaal 54.880 consultaties geregistreerd en opgenomen in het databestand van het Steunpunt Tussen de Lijnen. 48.000 daarvan zijn geregistreerd op de oude, uitgebreide registratieformulieren en 5540 consultaties zijn vastgelegd op de nieuwe, verkorte formulieren. Van de nieuwe registratieformulieren zijn betreffen 2801 consultaties vervolcontacten met een cliënt.

Het databestand met consultaties zoals geregistreerd op de formulieren van het Steunpunt Tussen de Lijnen is per definitie incompleet, omdat niet alle projecten hun consultaties registreren en binnen de projecten niet duidelijk is in hoeverre de geregistreerde consultaties compleet zijn. Van sommige projecten die niet deelnemen aan de consultregistratie van het Steunpunt was het mogelijk alsnog registratiegegevens uit andere bronnen aan te vullen. Daarvoor zijn gegevens vanuit de registratie van het Diaboloproject gebruikt. Het Diaboloproject wordt, net zoals de Consultatieprojecten, gefinancierd vanuit het stimuleringsprogramma van het ministerie van VWS ter versterking van de eerstelijns GGZ. Vanuit het Diaboloproject worden op lokaal niveau samenwerkingsinitiatieven en projecten die zich bezighouden met het verlenen van vraaggerichte hulp bij psychische problemen ondersteund; vaak betreft dit consultatieprojecten. Ook bij de Diaboloprojecten worden de consultaties geregistreerd, op een uitgebreidere manier dan bij het Steunpunt Tussen de Lijnen. De projecten die zowel vanuit de Consultatieregeling als vanuit het Diaboloproject gefinancierd worden, nemen alleen deel aan de Diaboloregistratie. Het Steunpunt Tussen de Lijnen gebruikt bij die projecten de registratiegegevens van het Diaboloproject. In totaal zijn 188 geregistreerde consultaties gebruikt voor het databestand waarover we hier rapporteren. Daarnaast zijn er projecten die niet deelnemen aan de registratie van het Steunpunt Tussen de Lijnen, maar wel binnen hun eigen instelling elektronisch gegevens van de consultaties registreren die ook bij de registratie van het Steunpunt Tussen de Lijnen worden vastgelegd. Deze gegevens zijn als aanvulling gebruikt om een zo compleet mogelijk overzicht te krijgen van de consultaties die landelijk plaatsvinden vanuit de Consultatieregeling. In totaal betreft dit 1152 consultaties.

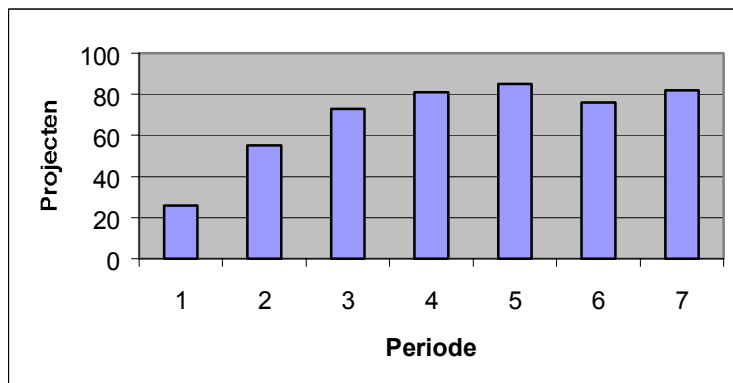
Sinds het begin van de registratie in 2000 zijn er 119 projecten die op enig moment registratieformulieren hebben ingestuurd naar het Steunpunt Tussen de Lijnen. Een aantal van deze projecten is intussen opgeheven of worden inmiddels uit andere middelen gefinancierd, waardoor zij niet meer deelnemen aan de registratie. Er zijn grote verschillen tussen de projecten in de mate waarin registratieformulieren zijn ingestuurd. Tabel 2.1 laat de spreiding in bijdrage van registratieformulieren van alle registrerende projecten sinds 2000 zien. Dit aantal is gemeten op 1 oktober 2003.

Tabel 2.1: Verdeling projecten naar aantal ingestuurde registratieformulieren op 1 oktober 2003

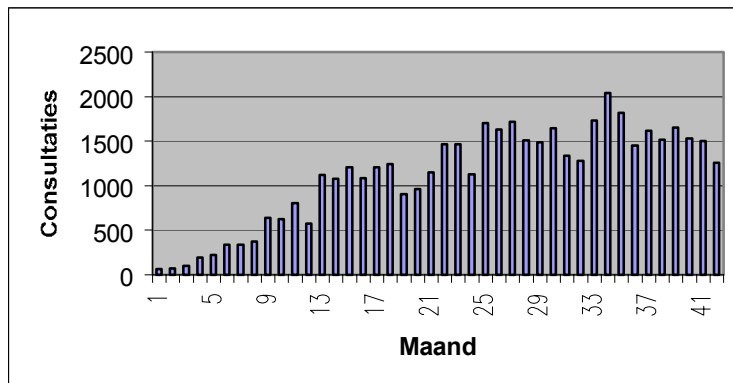
Aantal ingestuurde registratieformulieren	Aantal projecten (n=119)
1-50	36
51-100	11
101-200	17
201-500	21
501-1000	24
1001-2000	6
>2000	4

In de grafieken 2.1 en 2.2 is te zien hoeveel projecten er sinds begin 2000 hun consultaties registreren (grafiek 2.1) en het totaal aantal geregistreerde consultaties per maand vanaf begin 2000 (grafiek 2.2). Het betreft zowel de registratie op de formulieren van het Steunpunt Tussen de Lijnen, als de aanvullingen vanuit de instellingen zelf en van de Diaboloregistratie. De periodes in de grafiek 2.1 zijn halfjaars-periodes, waarbij periode 1 het eerste half jaar van 2000 is en periode 7 het eerste half jaar van 2003. Alleen die projecten zijn meegeteld die in een half jaar tijd minstens 5 registratieformulieren hebben ingestuurd. Het aantal geregistreerde consultaties in grafiek 2.2 is berekend vanaf januari 2000 tot en met juni 2003. Alleen de registratie van eerste contacten met een cliënt is opgenomen.

Grafiek 2.1: Aantal registrerende projecten per halfjaars-periode 2000- medio 2003



Grafiek 2.2: Aantal geregistreerde eerste consultaties per maand, 2000- medio 2003



Het aantal registrerende projecten is de laatste 2 jaar, medio 2001 tot medio 2003, vrij constant, zo rond de 80 (grafiek 2.1). Het aantal projecten dat meer dan 5 consultaties had vastgelegd en ingestuurd op de nieuwe registratieformulieren was op 1 oktober 2003 68 (niet in grafiek). Daarnaast zijn er nog 3 projecten die wel gestart zijn met de nieuwe registratie, maar minder dan 5 consultaties hebben vastgelegd. Of de overgang naar nieuwe registratieformulieren een verlies van registrerende projecten heeft opgeleverd is nog niet duidelijk. Veel projecten zijn later gestart met registreren op de nieuwe formulieren, waardoor wellicht op 1 oktober nog geen formulieren ingestuurd waren. Ook is een aantal consultatieprojecten in 2003 overgegaan op een andere financieringsbron, waardoor er geen registratieverplichting meer was bij het Steunpunt Tussen de Lijnen. Hoewel aan deze projecten gevraagd is te blijven registreren, kan dit toch een daling in het aantal registrerende projecten hebben opgeleverd.

Het aantal geregistreerde consultaties per maand schommelt van half 2002 tot half 2003 tussen de 1200 en 1800 eerste contacten per maand, met een uitschieter van ruim 2000 consultaties (grafiek 2.2). De laatste maanden lijkt het aantal registraties iets af te nemen, maar ook hierbij geldt dat we hier nog geen conclusies aan kunnen verbinden. Dit kan ook te maken hebben met een registratieachterstand van de projecten, waardoor op 1 oktober 2003 nog niet alle geregistreerde consultaties die in de zomer van 2003 plaatsvonden zijn ingestuurd.

## 2.4 Registratieformulier

Het oude formulier voor de registratie van consultatieve contacten (zie bijlage 1) werd telkens ingevuld wanneer een consultatiegever een nieuwe consultatievraag over een cliënt ontving. Het formulier bestaat uit vragen met vaste antwoordcategorieën, betreffende de setting, de aanleiding, de onderwerpen van de consultatie en de wijze waarop de zorgverlening na de consultatie wordt voortgezet. Bij de nieuwe registratie (bijlage 2) wordt alleen de setting van de consultatie ingevuld en het vervolg op de consultaties. Bij de nieuwe registratie wordt nog extra ingevuld of de consultatie een

eerste contact of een vervolgcounselatie betreft. Hieronder worden de categorieën toegelicht.

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

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

Tabel 2.2 Clustering consultatiegevers

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

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

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

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

*Aanleiding voor de consultatie (alleen oude registratie)*

Om aan te geven welke problematiek besproken is, is een lijst van 23 klachten en hulpvragen opgenomen waarvan de consultatiegever bij maximaal 3 klachten een 1, 2 of 3 kan omcirkelen, wat een rangorde van belang van de klachten aangeeft. Om de gegevens meer inzichtelijk te maken zijn de 23 klachten geclusterd in 7 categorieën. Dit leidt tot de indeling in tabel 2.3:

Tabel 2.3 Clustering van klachten

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

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

De volgende indeling wordt gehanteerd:

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

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

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

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

*Onderwerpen van de consultatie (alleen oude registratie)*

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



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

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

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

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

## 2.5 Analyses

De gegevens zijn verwerkt met behulp van SPSS-PC.

Om ontwikkelingen binnen de consultaties door de tijd heen in kaart te kunnen brengen (eerste onderzoeksvraag), is het hele databestand verdeeld in 7 periodes van halve jaren waarin de consultaties plaats vonden. De eerste periode is de eerste helft van 2000; de laatste periode loopt van januari tot en met juni 2003. Er zijn rechte tellingen gemaakt van de variabelen van het registratieformulier, uitgesplitst naar periode. Daarbij is telkens gekeken naar de eerste contacten met een patiënt. De consultaties waarvan de datum onbekend is vervallen, evenals de consultaties die in het tweede half jaar van 2003 zijn geregistreerd. In totaal wordt gerapporteerd over 46.751 eerste contacten, over een periode van 3,5 jaar. Voor beide onderzoeksvragen geldt dat de resultaten van 2003 soms op een minder groot aantal registratieformulieren betrekking hebben dan bij eerdere periodes. In 2003 is gebruik gemaakt van aanvullende gegevens van instellingen zelf en van Diaboloprojecten en deze gegevens zijn vaak niet voor elke variabele helemaal compleet. Met behulp van Pearson's correlatie is berekend in hoeverre er een relatie is tussen de halfjaars-periode waarin de consultatie plaatsvond en de betreffende variabele om mogelijke trends door de tijd heen op te kunnen sporen. Er is een laag significantieniveau gehanteerd van  $p < .0005$  omdat het grote aantallen registratieformulieren betreft en er veel correlaties zijn berekend. Omdat enkele grote projecten de uitkomsten aanzienlijk kunnen beïnvloeden, is in dit rapport telkens gekeken wat de uitkomsten zouden zijn als de 4 grootste projecten (>2000 registratieformulieren, 27% van de eerste contacten) buiten beschouwing blijven.

Bij de beantwoording van de tweede onderzoeksvraag, het schetsen van ontwikkelingen door de tijd op projectniveau, is het totale databestand van geregistreerde eerste contacten per registratiejaar (2000, 2001, 2002, 2003) geaggregeerd op het niveau van de projecten. Daarbij is per project de verdeling van consultatievragers en – gevers en de setting van de consultatie berekend. Alleen die projecten zijn in beschouwing genomen waarbij jaarlijks

meer dan 10 eerste contacten waren geregistreerd. Ook is per project het aandeel vervolconsultaties berekend, waarbij alleen projecten die meer dan 10 contacten (eerste of vervolcontacten) zijn betrokken. De gegevens van 2003 zijn nog niet compleet: alleen de registratieformulieren die vóór 1 oktober door het Steunpunt zijn verzameld zijn opgenomen bij deze onderzoeksvraag. Gezien de grote aantallen ingestuurde formulieren, is het wel mogelijk om het jaar 2003 bij de analyses te betrekken.

## 3 Resultaten

### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de landelijke ontwikkelingen binnen de consultaties en de projecten gedurende de hele registratieperiode in kaart gebracht. In paragraaf 3.2 wordt ingegaan op de landelijke ontwikkelingen van de inhoud van de consultaties. Daarbij is het totale databestand verdeeld in 7 periodes, van januari 2000 tot en met juni 2003. Per onderwerp wordt bekeken, in hoeverre zich ontwikkelingen door de tijd heen hebben voorgedaan. In het methodehoofdstuk is vermeld, dat enkele zeer grote projecten de resultaten aanzienlijk kunnen beïnvloeden. Daarom is telkens apart vermeld, wanneer de resultaten afwijken indien de 4 grootste projecten buiten beschouwing blijven. De tabellen hebben steeds betrekking op het eerste consultatieve contact over of met een patiënt.

In paragraaf 3.3 worden enkele landelijke ontwikkelingen op projectniveau bekeken (tweede onderzoeksvraag). We kunnen dan zien of de eventuele ontwikkelingen die we bij het geheel aan consultaties aantreffen ook binnen de projecten zijn terug te vinden. Door de ontwikkelingen op projectniveau te bekijken, worden de grote verschillen die er tussen projecten bestaan gladgestreken; de grootste projecten tellen dan even zwaar mee als de kleine projecten. De ontwikkelingen worden per jaar bekeken, van 2000 tot en met 2003. Het registratiejaar 2003 is niet compleet: alleen de geregistreerde consultaties die tot oktober 2003 zijn ingeleverd bij het Steunpunt Tussen de Lijnen zijn opgenomen in het databestand. Bij het in kaart brengen van de resultaten op projectniveau is eveneens alleen gebruik gemaakt van de geregistreerde eerste contacten. Bij het berekenen van het aandeel vervolconsultaties per project, zijn geen ontwikkelingen door de tijd heen berekend, omdat vervolcontacten pas vanaf mei 2003 geregistreerd worden.

### 3.2 Ontwikkelingen op landelijk niveau

In tabel 3.1 en 3.2 is te zien welke consultatievragers en –gevers de laatste jaren betrokken waren bij de consultatieprojecten.

Tabel 3.1: Consultatievragers van 2000- medio 2003

	% 1-6 2000 n=977	% 7-12 2000 n=3291	% 1-6 2001 n=6759	% 7-12 2001 n=6930	% 1-6 2002 n=9500	% 7-12 2002 n=9432	% 1-6 2003 n=8710
Huisarts	87,4	83,3	83,4	82,7	83,9	85,3	88,7*
AMW	7,4	5,3	6,6	6,1	6,4	6,8	6,0
Eerstelijnspsycholoog	1,7	1,5	2,2	2,2	2,5	1,8	1,7
Anders	3,5	9,8	7,9	9,0	7,2	6,1	3,7*

\* p<0,0005

Tabel 3.2: Consultatiegevers van 2000- medio 2003

	% 1-6 2000 n=975	% 7-12 2000 n=3290	% 1-6 2001 n=6809	% 7-12 2001 n=6911	% 1-6 2002 n=9526	% 7-12 2002 n=9444	% 1-6 2003 n=8462
Psychiater	11,0	17,6	10,8	10,1	9,0	7,0	5,4*
Psycholoog	9,9	12,9	9,2	10,8	10,1	11,0	8,4*
SPV	72,9	58,0	67,7	66,5	69,8	71,3	75,4*
Overig	6,2	11,5	12,3	12,5	11,1	10,7	10,8

\* p<0,0005

Gedurende de hele periode worden de meeste consultaties gevraagd door huisartsen. De SPV verzorgt in ongeveer tweederde tot driekwart van de gevallen de consultatie. In de loop der tijd zien we dat huisartsen nog iets vaker consultatie zijn gaan vragen. De SPV is steeds vaker als consultatiegever betrokken bij de consultaties, in tegenstelling tot de psychiaters, die in de loop der tijd juist minder consultaties registreren. Ook is een kleine daling zichtbaar in het aantal consultaties dat gegeven wordt door psychologen. ‘Andere consultatievragers’ zijn bijvoorbeeld verpleegkundigen of de jeugdzorg. Bij ‘overige consultatiegevers’ wordt bijv. een maatschappelijk werker in dienst van een GGZ-instelling genoemd.

In tabel 3.3 en 3.4 zijn de verschillende consultatievormen opgenomen. In tabel 3.3 is de setting van de consultatie bij een eerste consultatief contact zichtbaar. Dit is gedurende de hele registratieperiode tot oktober 2003 vastgelegd. In tabel 3.4 is de consultatievorm bij de vervolcontacten opgenomen. Informatie over de vervolcontacten is alleen bij de nieuwe registratie, in de periode van mei tot oktober 2003, vastgelegd. Daarom is hierbij geen onderscheid gemaakt in verschillende tijdsperiodes.

Tabel 3.3: Setting consultatie bij eerste consultatieve contact van 2000- medio 2003

	% 1-6 2000 n=949	% 7-12 2000 n=3107	% 1-6 2001 n=6490	% 7-12 2001 n=6686	% 1-6 2002 n=9210	% 7-12 2002 n=9105	% 1-6 2003 n=8443
Telefonisch	14,0	21,8	11,7	11,1	10,0	8,9	6,7*
Vis à vis consultatievrager	14,8	15,8	15,3	15,1	13,4	13,3	11,4*
Vis à vis consultatievrager en cliënt	6,0	6,1	6,7	6,7	6,2	6,5	6,0
Vis à vis met uitsluitend cliënt	62,8	54,6	63,0	64,2	67,0	67,9	72,9*
Anders	2,4	1,7	3,3	2,8	3,4	3,5	3,0

\* p<0,0005

Tabel 3.4: Setting consultatie bij vervolcontact (mei- okt. 2003)

	N	%
Telefonisch	140	4,9
Vis à vis consultatievrager	222	7,8
Vis à vis consultatievrager en cliënt	61	2,1
Vis à vis met uitsluitend cliënt	2353	82,4
Anders	81	2,8

Bij de meeste eerste consultaties (tabel 3.3) wordt een gesprek tussen consultatiegever en cliënt gevoerd, zonder dat de consultatievrager daarbij aanwezig is. Telefonische consultatie komt steeds minder vaak voor, evenals een gesprek tussen consultatievrager en –gever zonder de cliënt. Zonder de grote projecten zien we dat ook bijeenkomsten met consultatiegever, -vrager en cliënt steeds minder vaak voorkomen (niet in tabel). In tabel 3.4 zien we dat bij vervolcontacten nog vaker dan bij de eerste contacten – in 82% van de contacten – een gesprek tussen consultatiegever en cliënt plaatsvindt.

In de tabellen 3.5 en 3.6 zijn geslacht en leeftijd van de cliënten waarover consultatie wordt gevraagd opgenomen. De leeftijd van cliënten is in een gangbare klassenindeling gegoten.

Tabel 3.5: Geslacht cliënten van 2000- medio 2003

	% 1-6 2000 n=949	% 7-12 2000 n=3172	% 1-6 2001 n=6586	% 7-12 2001 n=6835	% 1-6 2002 n=9441	% 7-12 2002 n=9433	% 1-6 2003 n=8585
Man	37,2	37,1	36,9	36,9	37,0	35,6	37,4
Vrouw	62,8	62,9	63,1	63,1	63,0	64,4	62,6

Tabel 3.6: Leeftijdsklasse cliënten van 2000- medio 2003

	% 1-6 2000 n=942	% 7-12 2000 n=3168	% 1-6 2001 n=6676	% 7-12 2001 n=6891	% 1-6 2002 n=9461	% 7-12 2002 n=9460	% 1-6 2003 n=8680
0 – 17	4,6	8,1	7,4	7,6	6,7	5,3	4,7*
18 - 24	11,1	11,2	11,3	11,4	12,3	12,7	12,7*
25 - 44	43,3	43,2	45,9	47,2	47,8	47,8	49,2*
45 - 64	25,6	23,4	23,8	23,5	24,3	24,6	26,0*
>= 65	15,4	14,1	11,6	10,4	8,9	9,6	7,4*

\* p<0,0005

Iets minder dan tweederde van de cliënten is vrouw. De meeste consultaties betreffen volwassen cliënten. In de loop der tijd zijn volwassen steeds meer vertegenwoordigd, terwijl er minder vaak consultatie wordt gevraagd over jeugdige cliënten tot 18 jaar en ouderen.

In tabel 3.7 zijn de redenen opgenomen die de aanleiding vormden voor de consultatie. Ook heeft de consultatiegever de problematiek van de cliënten aangekruist op een lijst van 23 mogelijke problemen. Deze problemen zijn gerubriceerd in 7 categorieën en opgenomen in tabel 3.8. Er konden maximaal 3 redenen en problemen worden aangekruist, met een rangorde van belangrijkheid; in tabel 3.7 en 3.8 zijn alleen de hoofdredenen en -problemen opgenomen (eerste prioriteit).

De redenen van consultatie en de problematiek van cliënten worden niet meer vastgelegd in de nieuwe registratieformulieren. De tabellen 3.7 en 3.8 hebben alleen betrekking op de gegevens van de oude registratie, evenals de tabellen 3.9 en 3.10.

Tabel 3.7: Redenen (1<sup>e</sup> prioriteit) van consultatie van 2000- medio 2003

	% 1-6 2000 n=974	% 7-12 2000 n=3390	% 1-6 2001 n=6790	% 7-12 2001 n=6824	% 1-6 2002 n=9133	% 7-12 2002 n=9138	% 1-6 2003 n=6953
Onduidelijkheid diagnose	34,6	30,9	37,0	38,7	40,4	39,9	42,6*
Overmatig bezoek	4,2	4,1	4,0	3,6	3,4	2,9	2,2*
Onttrekken behandeling	2,8	2,2	2,3	1,8	1,7	1,5	1,4*
Advies therapietrouw	,5	,7	1,0	,8	,4	,4	,4*
Advies omgang cliënt	15,6	17,4	15,5	13,2	14,5	14,7	12,3*
Advies medicatie	4,2	5,7	3,9	4,4	4,1	4,0	2,9*
Advies verwijzing	32,0	30,5	29,0	30,0	28,8	29,0	29,7*
Reden overig	6,1	8,5	7,3	7,4	6,7	7,6	8,5

\* p<0,0005

Onduidelijkheid over de diagnose vormt de meest voorkomende aanleiding om consultatie te vragen (43% van de consultaties in 2003). Ook wordt vaak advies over een mogelijke verwijzing gevraagd. In de loop der jaren zien we de meest duidelijke verandering bij consultatievragen vanwege onduidelijkheid over de diagnose: in de loop der tijd vormt dit steeds vaker de aanleiding om consultatie te vragen. Zonder de grote projecten zien we geen afname van verwijsadviezen door de tijd.

Tabel 3.8: Klachten (1<sup>e</sup> prioriteit) van de cliënt 2000 – medio 2003

	% 1-6 n=982	% 7-12 2000 n=3369	% 1-6 2001 n=6864	% 7-12 2001 n=6793	% 1-6 2002 n=9174	% 7-12 2002 n=9030	% 1-6 2003 n=6928
Psychiatrie	11,6	10,0	8,6	7,8	7,2	7,4	5,9*
Stemmingsstoornissen	23,7	27,7	24,6	28,2	26,1	25,9	27,1
Angst en spanning	16,3	14,1	16,4	16,6	16,9	16,8	17,0
Somatoforme stoornis	2,9	3,2	2,7	2,9	3,0	2,8	2,8
Persoonlijkheid en gedrag	9,1	8,5	9,2	7,8	8,8	9,1	8,6
Psychosociale problematiek	21,6	21,0	24,4	22,5	23,0	22,5	23,7
Overige problematiek	14,9	15,4	14,2	14,2	15,1	15,5	15,0

\* p<0,0005

Tabel 3.8 laat zien dat stemmingsstoornissen en psychosociale problematiek de meest voorkomende hoofdproblemen zijn waarover consultatie wordt gevraagd. Consultatie m.b.t. angst- en spanningsproblemen komt ook regelmatig voor. Door de tijd vormen psychiatrische problemen van de cliënt, zoals organische stoornissen, gebruik van psychoactieve middelen of schizofrenie, steeds minder vaak aanleiding voor een consultatievraag.

In tabel 3.9 is opgenomen wat de geschiedenis van de klachten van de cliënt was bij het eerste consultatieve contact.

Tabel 3.9: Geschiedenis klachten van 2000 –medio 2003

	% 1-6 2000 n=956	% 7-12 2000 n=3252	% 1-6 2001 n=6706	% 7-12 2001 n=6808	% 1-6 2002 n=9420	% 7-12 2002 n=9401	% 1-6 2003 n=7226
Nieuwe klacht	37,1	36,5	41,0	42,0	42,4	45,7	48,0*
Bestaande klacht die plotseling verergert	33,3	33,6	34,0	33,4	31,3	29,3	27,8*
Cliënt heeft al lang psychische klachten	29,6	29,9	25,0	24,6	26,3	25,0	24,2*

\* p<0,0005

In bijna de helft van de consultaties in 2003 is het probleem van de cliënt een nieuw probleem; dit komt het meest voor. Door de tijd heen zien we een verschuiving: de klachten van de cliënt zijn in de loop der tijd steeds vaker nieuw dan bestaand.

Na elke consultatie heeft de consultatiegever ingevuld welke onderwerpen in het uiteindelijke advies aan de orde kwamen.

Tabel 3.10: Onderwerpen waarop het advies betrekking heeft van 2000- medio 2003

	% 1-6 2000 n=1197	% 7-12 2000 n=4441	% 1-6 2001 n=9386	% 7-12 2001 n=9583	% 1-6 2002 n=13172	% 7-12 2002 n=12648	% 1-6 2003 n=9458
Medicatie	9,0	13,0	11,9	11,8	12,1	11,0	9,6*
Andersoortig behandeladvies	18,5	18,4	18,9	18,2	19,4	18,4	18,8
Advies lichamelijke diagnostiek	1,2	1,9	1,9	1,5	1,3	1,3	1,3*
Advies diagnostiek GGZ	18,6	14,4	13,6	14,7	12,1	13,1	12,7*
Advies verwijzing	33,7	32,9	33,9	35,0	33,9	33,8	34,2
Advies attitude hulpverlener	12,6	11,3	12,2	12,1	12,2	12,2	11,9
Advies overig	6,3	8,1	7,6	6,8	9,0	10,2	11,6*

NB: Per consultatie konden meerdere onderwerpen worden aangekruist

\*  $p < 0,0005$

Adviezen met betrekking tot een eventuele verwijzing komen het meest voor, in ruim eenderde van de consultaties. De inhoud van de consultaties laat kleine veranderingen zien door de tijd heen. Zo zien we minder medicatieadviezen en adviezen omtrent lichamelijke of GGZ-diagnostiek, terwijl ‘overige adviezen’ vaker voorkomen. De afname van diagnostiek-adviezen is opvallend, omdat we in tabel 3.7 zagen dat de hoofdreden van consultatie steeds vaker onduidelijkheid over de diagnose betreft. Zonder de 4 grootste projecten zien we geen afname van adviezen omtrent de GGZ-diagnostiek, maar wel een afname van behandeladviezen. In tabel 3.11 is tenslotte aangegeven wat er na afloop van de consultatie met de cliënten gebeurt.



Tabel 3.11: Vervolg van consultatie na het eerste consultatieve contact van 2000- medio 2003

	% 1-6 2000 n=971	% 7-12 2000 n=3238	% 1-6 2001 n=6716	% 7-12 2001 n=6829	% 1-6 2002 n=9194	% 7-12 2002 n=8805	% 1-6 2003 n=8290
Cons.vrager zet behandeling voort	28,8	27,9	27,6	26,6	28,0	28,6	27,3
Vervolgconsultatie	22,0	27,0	30,3	30,8	32,4	34,7	34,5*
Verwijzing binnen 1e lijn	9,1	7,5	8,1	8,6	10,1	11,0	12,6*
Verwijzing specialistische GGZ	32,4	26,9	24,2	26,9	25,0	25,6	24,6
Anders	7,6	10,8	9,7	7,1	4,5	,2	1,1*

\* p<0,0005

Na afloop van de eerste consultatie met een cliënt volgt in ruim eenderde van de gevallen een vervolgconsultatie (tabel 3.11). In meer dan een kwart van de gevallen gaat de cliënt na afloop van de consultatie terug naar de consultatievrager, in de meeste gevallen dus de huisarts. Na bijna een kwart van de eerste consultaties wordt de cliënt naar de tweedelijns GGZ verwezen. Vervolgconsultaties en verwijzingen binnen de eerste lijn zijn door de tijd steeds vaker uitkomst van een eerste consultatie.

Wanneer de 4 grootste projecten buiten beschouwing worden gelaten, blijkt over de gehele periode genomen de behandeling vaker te worden voortgezet door de consultatievrager, terwijl een vervolgconsultatie minder vaak de uitkomst van een eerste consultatie is. De ontwikkelingen door de tijd heen zonder de 4 grootste projecten verschillen niet van de ontwikkelingen bij alle projecten tezamen.

In tabel 3.12 is opgenomen wat er met de cliënt gebeurt na een laatste vervolgcontact met de consultatiegever.

Tabel 3.12: Vervolg van de consultatie na een laatste vervolgcontact van mei-okt 2003

	N	%
Consultatievrager zet behandeling voort	827	57,7
Verwijzing binnen 1e lijn	126	8,8
Verwijzing specialistische GGZ	358	25,0
Anders	123	8,6

Na een laatste vervolgcontact met de consultatiegever wordt de behandeling in meer dan de helft van de gevallen voortgezet door de consultatievrager. Opvallend is dat het aantal verwijzingen naar de tweedelijns even hoog is als na een eerste contact. Het aantal verwijzingen binnen de eerstelijns is iets lager, 9% in plaats van 13% na een eerste contact.

Behalve naar het vervolg, is ook gekeken naar de betrokkenen en de setting bij vervolgconsultaties (niet in tabel). De vervolgconsultaties kenmerken zich doordat de

huisarts nog vaker dan bij eerste contacten betrokken is bij de consultatie, namelijk bij 93% van de vervolcontacten. De SPV is in 76% van de vervolconsultaties de consultatiegever en de setting van de vervolconsultatie is in de meeste gevallen (82%) een gesprek tussen consultatiegever en cliënt.

### 3.3 Ontwikkelingen op projectniveau

In de tabellen 3.13 tot en met 3.15 is te zien in welke mate verschillende consultatievragers betrokken zijn bij de consultatieprojecten. De percentages in elke kolom hebben betrekking op de projecten die in het betreffende jaar meer dan 10 registratieformulieren hebben ingediend.

Tabel 3.13: Vertegenwoordiging van de huisarts per jaar in de verschillende projecten

% contacten	2000 n=47	2001 n=82	2002 n=82	2003 n=78
0%	9%	7%	7%	6%
1-25%	6%	5%	7%	1%
26-50%	6%	9%	9%	10%
51-75%	11%	15%	12%	15%
76-99%	38%	41%	45%	38%
100%	30%	23%	20%	28%

Tabel 3.14: Vertegenwoordiging van het AMW per jaar in de verschillende projecten

% contacten	2000 n=47	2001 n=82	2002 n=82	2003 n=78
0%	47%	40%	34%	47%
1-25%	45%	44%	48%	40%
26-50%	4%	10%	12%	8%
51-75%	2%	2%	2%	4%
76-99%	-	2%	2%	-
100%	2%	1%	1%	1%

Tabel 3.15: Vertegenwoordiging van de eerstelijnspsycholoog per jaar in de verschillende projecten

% contacten	2000 n=47	2001 n=82	2002 n=82	2003 n=78
0%	83%	76%	68%	74%
1-25%	11%	18%	24%	18%
26-50%	4%	2%	4%	4%
51-75%	-	-	-	1%
76-99%	-	1%	1%	-
100%	2%	2%	2%	3%

De tabellen 3.13, 3.14 en 3.15 laten vanaf 2000 tot en met 2002 een trend zien, waarin de grote betrokkenheid van huisartsen bij de consultatieprojecten iets afneemt, ten gunste van de betrokkenheid van het AMW en de eerstelijnspsychologen. Zo verminderde het aandeel projecten dat volledig op huisartsen gericht is terwijl het aandeel projecten waarbij het AMW of de eerstelijnspsychologen betrokken zijn groter werd. Deze trend zien we niet meer terug in 2003. Het aandeel van de projecten waarbij het AMW of de eerstelijnspsycholoog helemaal niet betrokken is stijgt weer en het deel projecten met alleen huisartsen als consultatievrager wordt groter. Dit sluit aan bij ontwikkeling binnen de consultaties in paragraaf 3.2, waaruit blijkt dat huisartsen uiteindelijk, over de hele periode tot halverwege 2003 genomen, nog vaker consultatie zijn gaan vragen. Het AMW en de eerstelijnspsycholoog zijn uiteindelijk in de loop der jaren niet méér betrokken geraakt bij de consultaties en de consultatieprojecten.

In tabel 3.16 tot en met 3.18 is te zien in welke mate de verschillende consultatiegevers de afgelopen jaren betrokken waren bij de consultatieprojecten.

Tabel 3.16: Vertegenwoordiging van de psychiater per jaar in de verschillende projecten

	2000 n=47	2001 n=82	2002 n=82	2003 n=76
0%	51%	49%	54%	61%
1-25%	13%	24%	23%	20%
26-50%	4%	9%	6%	7%
51-75%	6%	1%	5%	-
76-99%	6%	9%	7%	3%
100%	19%	9%	5%	11%

Tabel 3.17: Vertegenwoordiging van de psycholoog per jaar in de verschillende projecten

	2000 n=47	2001 n=82	2002 n=82	2003 n=76
0%	64%	72%	49%	70%
1-25%	21%	18%	40%	20%
26-50%	9%	6%	7%	8%
51-75%	-	1%	2%	3%
76-99%	4%	2%	1%	-
100%	2%	-	-	-

Tabel 3.18: Vertegenwoordiging van de SPV per jaar in de verschillende projecten

	2000 n=47	2001 n=82	2002 n=82	2003 n=76
0%	30%	18%	18%	21%
1-25%	17%	13%	7%	3%
26-50%	4%	9%	10%	8%
51-75%	4%	7%	12%	20%
76-99%	19%	23%	26%	13%
100%	25%	29%	27%	36%

Aan tabel 3.16 is te zien dat de psychiater in de loop der tijd steeds minder als consultatiegever bij projecten betrokken is. Het aandeel projecten waarbij geen enkele psychiater betrokken is, stijgt geleidelijk van 51% in 2000 tot 61% in 2003. De SPV is juist steeds prominenter aanwezig als consultatiegever bij de projecten (tabel 3.18). Het percentage projecten waarbij de SPV alle consultaties voor zijn rekening neemt is gestegen van 25% in 2000 tot 36%, ruim eenderde van de projecten, in 2003. Het aantal projecten waarbij de SPV meer dan de helft van de consultaties heeft gegeven was in 2000 nog 48% terwijl de SPV in 2003 in 69% van de projecten de meerderheid van de consultaties verzorgt. Er zijn ook steeds minder projecten waarbij de SPV helemaal niet betrokken is. Deze ontwikkelingen binnen de projecten komen overeen met de ontwikkelingen die we in paragraaf 3.2 aantreffen bij ontwikkelingen binnen de consultaties. Psychiaters zijn steeds minder betrokken bij de consultaties, ten gunste van de SPV. In paragraaf 3.2 zagen we er iets minder consultaties worden gegeven door psychologen maar deze ontwikkeling zien we niet duidelijk terug bij de projecten. In tabel 3.19 t/m 3.22 zien we in welke mate de verschillende consultatiesettings voorkomen bij de consultatieprojecten.

Tabel 3.19: Aandeel telefonische setting per jaar bij de verschillende consultatieprojecten

	2000 n=47	2001 n=82	2002 n=82	2003 n=78
0%	28%	29%	29%	41%
1-25%	40%	50%	57%	50%
26-50%	9%	11%	4%	4%
51-75%	2%	1%	6%	3%
76-99%	13%	9%	4%	3%
100%	9%	-	-	-

Tabel 3.20: Aandeel setting met consultatievrager per jaar bij de verschillende consultatieprojecten

	2000 n=47	2001 n=82	2002 n=82	2003 n=78
0%	23%	17%	18%	23%
1-25%	45%	46%	55%	49%
26-50%	11%	17%	10%	13%
51-75%	11%	11%	10%	5%
76-99%	9%	5%	6%	6%
100%	2%	4%	1%	4%

Tabel 3.21: Aandeel setting met consultatievrager en cliënt per jaar bij de verschillende consultatieprojecten

	2000 n=47	2001 n=82	2002 n=82	2003 n=78
0%	43%	26%	26%	35%
1-25%	49%	67%	66%	58%
26-50%	4%	5%	2%	3%
51-75%	-	1%	5%	4%
76-99%	4%	1%	1%	1%
100%	-	-	-	-

Tabel 3.22: Aandeel setting alleen met cliënt per jaar bij de verschillende consultatieprojecten

	2000 n=47	2001 n=82	2002 n=82	2003 n=78
0%	30%	16%	11%	14%
1-25%	21%	26%	22%	19%
26-50%	9%	10%	12%	5%
51-75%	15%	13%	15%	19%
76-99%	19%	33%	37%	36%
100%	6%	2%	4%	6%

Uit tabel 3.19 blijkt dat er steeds meer projecten zijn waarbij telefonische consultatie helemaal niet meer voorkomt. Er zijn geen projecten meer waarbij alleen maar telefonische consultatie wordt gegeven. Bijeenkomsten met de consultatiegever en -vrager, al dan niet met de cliënt, laten geen duidelijke veranderingen door de tijd zien. Gesprekken tussen consultatiegever en de cliënt zonder aanwezigheid van de consultatievrager zijn steeds dominanter geworden binnen de consultatieprojecten (tabel 3.22). Terwijl in 2000 in 40% van de projecten de meerderheid van de consultatieve contacten alleen met de cliënt plaatsvond, was dat in 2003 gegroeid tot 61% van de projecten. Er zijn steeds minder projecten zonder de consultatievariant ‘gesprek tussen consultatiegever en cliënt’; in 2003 is dat nog maar 14% van de projecten. De ontwikkelingen die we op projectniveau zien (minder telefonische consultatie, meer contacten tussen consultatiegever en cliënt) zagen we ook in paragraaf 3.2, bij de ontwikkelingen binnen de consultaties. Binnen de consultaties zagen we ook dat consultatieve contacten tussen consultatiegever en -vrager in de loop der tijd iets minder vaak voorkomen; dit zien we niet terug bij de projecten.

In tabel 3.23 is opgenomen welk deel van de geregistreerde consultaties binnen de projecten vervolgsconsultaties met een cliënt zijn. Deze tabel heeft alleen betrekking op de gegevens van de nieuwe registratie in 2003, waarin ook vervolgscontacten geregistreerd worden. Alleen die projecten zijn opgenomen waarbij minimaal 10 consultaties geregistreerd waren.

Tabel 3.23: Aandeel vervolconsultaties in de verschillende projecten (mei- okt. 2003)

	Aantal projecten N=63	% projecten
0%	2	3%
1-10%	3	5%
11-30%	18	29%
31-50%	18	29%
51-70%	13	21%
71-100%	9	14%

Opvallend bij tabel 3.23 is dat bij bijna alle projecten in meer of mindere mate vervolconsultaties plaatsvinden met de cliënt; slechts bij 2 projecten zijn helemaal geen vervolconsultaties vastgelegd. In hoofdstuk 2 bleek al dat bij alle projecten bij elkaar 56% van de consultaties een vervolconsultatie betreft. Uit tabel 3.23 blijkt dat dit dus niet volledig toe te schrijven is aan enkele grote projecten, die veel met vervolconsultaties werken. Blijkbaar is het bij bijna alle projecten gebruikelijk dat er meerdere contacten met of over een cliënt kunnen plaatsvinden.

Wanneer we de informatie op projectniveau integreren met de resultaten uit paragraaf 3.2 over het vervolg van de consultatie voor de cliënt, kunnen we de volgende informatie afleiden. Uit de landelijke resultaten in tabel 3.11, blijkt dat in 2003 35% van de cliënten na een eerste consultatief contact een vervolconsultatie krijgt. Dat betekent dat van de 100 cliënten met een eerste consultatie, 35 van hen een vervolconsultatie krijgen. 56% van alle consultaties betreft een vervolconsultatie; 44% betreft dus eerste contacten. Dat betekent dat er bij elke 100 eerste contacten (44%) ook 127 vervolcontacten plaatsvinden (56%). Verdelen we deze 127 vervolcontacten over de 35 cliënten die na hun eerste consultatie een vervolconsultatie krijgen, dan zal elke cliënt gemiddeld 3,6 vervolcontact hebben na hun eerste contact met de consultatiegever. Daarbij moeten we wel vermelden dat de nieuwe registratie, waarop we deze rekensom baseren, pas een aantal maanden in werking was op het moment dat het databestand voor dit rapport in gebruik werd genomen (1 oktober 2003). Sommige behandelsessies zullen dus onderbroken zijn. Op langere termijn zullen we een nauwkeuriger beeld krijgen van de frequentie van de vervolcontacten.





## 4 Samenvatting en conclusies

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt eerst een samenvatting gegeven van de resultaten in dit rapport. Vervolgens wordt aandacht besteed aan enkele methodologische beschouwingen. Tenslotte worden conclusies geformuleerd als antwoord op de onderzoeksvragen, waarbij we de resultaten uit dit rapport integreren met de bevindingen in onze eerdere rapporten over de registratie van consultaties.

### 4.2 Samenvatting

In dit rapport is verslag gedaan van de registratie van consultaties bij consultatieprojecten die financiering ontvangen vanuit de regeling Consultatiegelden. Sinds begin 2000 registreren consultatiegevers na elk eerste contact over of met een cliënt een aantal gegevens over de consultatie. Vanaf het voorjaar 2003 wordt er minder uitgebreid geregistreerd, maar worden wel de vervolcontacten met een cliënt vastgelegd. In dit rapport werd verslag gedaan van ontwikkelingen door de tijd heen binnen de consultaties en binnen de consultatieprojecten. Het verslag heeft grotendeels betrekking op de eerste consultatieve contacten met een cliënt.

De huisarts vraagt veruit de meeste consultaties, 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 dat door huisartsen wordt aangevraagd neemt in de loop der tijd nog toe, terwijl de betrokkenheid van het AMW en de eerstelijnspsycholoog uiteindelijk even groot blijft. Deze ontwikkeling zien we ook terug binnen de projecten.

De SPV is de meest voorkomende consultatiegever met driekwart van de consultaties in 2003, in de loop der tijd is dit steeds meer geworden. De psychiater daarentegen is steeds minder betrokken bij de consultaties; in 2003 geeft hij nog maar 5% van alle eerste consultaties. Ook binnen de projecten zien we dat de psychiater een steeds kleiner deel van de consultaties voor zijn rekening neemt, 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. De afname van telefonische consultatie en de toename van gesprekken tussen consultatiegever en cliënt zien we ook terug binnen de projecten. 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 de vraag om 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 (resp. 26% en 24% van de consultaties). Door de tijd heen zien we een verandering bij psychiatrische problemen van cliënten: hierover wordt steeds minder geconsulteerd. De problemen van de cliënt zijn in 2003 in bijna de helft van de consultaties nieuwe problemen. In de loop der tijd zijn de problemen van de cliënt steeds vaker 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 vervolgsconsultatie. Gemiddeld heeft een cliënt dan 3,6 vervolgscontacten met de consultatiegever. Na 27% van de consultaties wordt de behandeling voortgezet door de consultatievrager en na 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 door de tijd het aantal verwijzingen binnen de eerstelijns na een eerste consultatief contact iets toe.

Volgsconsultaties komen in 97% van de projecten in meer of mindere mate voor. Na een laatste vervolgscontact gaat de cliënt in 58% van de gevallen terug naar de consultatievrager. Een verwijzing naar de tweedelijns volgt in een kwart van laatste vervolgscontacten, een verwijzing binnen de eerstelijns in 9% van de gevallen.

### **4.3 Methodologische beschouwingen**

De consultatieprojecten die wij in dit rapport onderzocht hebben, zijn allen consultatieprojecten die financiering ontvangen vanuit de Regeling Consultatiegelden. Dat wil niet zeggen dat de Consultatiegelden de enige financieringsbron voor de projecten zijn. Uit de rapportage over de monitoring van consultatieve projecten (Verhaak e.a., 2003) bleek dat 32% van de projecten het hele consultatieproject draaiende houdt vanuit de consultatieregeling. De andere 68% van de projecten gebruikt dus aanvullende financiering uit andere bronnen, zoals bijvoorbeeld reguliere financiering.

Dat betekent dat we in dit rapport geen zuiver beeld kunnen schetsen van alleen die consultaties die zijn voortgekomen uit de consultatieregeling. Wel zijn alle participerende projecten opgezet vanuit de Regeling Consultatiegelden en ontvangen ze in ieder geval nog deels subsidie vanuit de regeling.

Eerder in dit rapport (en in eerdere rapportages) werd al genoemd dat de consultatieprojecten sterk verschillen in de mate waarin zij consultaties registreren. Enkele zeer grote projecten kunnen de resultaten van de inhoud van consultaties aanzienlijk beïnvloeden, omdat ze door hun grote aantallen consultaties veel zwaarder

meetellen dan projecten die minder consultaties registreren. Dit hebben we enerzijds ondervangen door bij elke tabel apart te vermelden, indien de resultaten af zouden wijken wanneer de 4 grootste projecten buiten beschouwing zouden blijven. Daarnaast hebben we de ontwikkelingen door de tijd ook op projectniveau bekeken, waardoor de verschillen tussen projecten geen rol meer spelen. Bij de resultaten op projectniveau (betrokken partijen, setting van de consultatie) zagen we dat de ontwikkelingen die we over alle consultaties tezamen aantreffen, ook terug te zien waren op projectniveau. Dat betekent dat de ontwikkelingen door de tijd niet toegeschreven kunnen worden aan de invloed van enkele grote projecten, maar een ontwikkeling bij alle consultatieprojecten laat zien.

De resultaten in dit rapport hebben betrekking op grote aantallen registratieformulieren; in totaal zijn er meer dan 50.000 consultaties geregistreerd. De gegevens lenen zich goed om ontwikkelingen door de tijd heen te schetsen, maar aan de absolute aantallen registraties mogen geen conclusies verbonden worden. Hoewel er op grote schaal en door veel projecten wordt geregistreerd, is de registratie niet compleet. Niet bij alle projecten worden registratieformulieren ingevuld en bovendien is onbekend, hoe volledig de consultaties binnen de registrerende projecten worden vastgelegd. Of elke consultatiegever binnen een project consultaties registreert en of de registrerende consultatiegevers volledig zijn in hun registratie zijn vragen die we niet met zekerheid kunnen beantwoorden. Tot vorig jaar hadden we geen zicht op de omvang van het aantal vervolconsultaties, omdat consultatiegevers alleen de eerste consultatieve contacten met een cliënt vastlegden, maar sinds het voorjaar 2003 worden ook de vervolconsultaties vastgelegd. Met de gegevens van deze nieuwe registratie is alvast een schatting gemaakt van het aantal vervolconsultaties binnen de consultatieprojecten. Daarbij moeten we vermelden dat, vanwege de korte duur van de nieuwe registratie (sommige projecten waren pas laat overgegaan op de nieuwe registratie), sommige behandelsessies onderbroken kunnen zijn. Pas na een langere registratieperiode kunnen we bekijken of we ons beeld moeten bijstellen.

Dit jaar hebben we voor het eerst gebruik gemaakt van aanvullende registratiegegevens die digitaal zijn aangeleverd vanuit de registratiesystemen bij de instellingen zelf. Binnen deze registratiesystemen worden dezelfde gegevens verzameld als bij de consultatieregistratie van het Steunpunt tussen de Lijnen. Deze manier van werken hopen we in de toekomst vaker toe te kunnen passen.

#### **4.4 Beschouwing en conclusies**

Twee jaar geleden constateerden we in ons rapport over de registratie van consultaties dat er 3 veel voorkomende typen van consultatie onderscheiden kunnen worden:

Een contact tussen consultatiegever en cliënt

Een contact tussen consultatiegever en consultatievrager, de 'klassieke' consultatie

Een telefonisch contact

Wanneer een gesprek tussen consultatiegever en cliënt plaatsvindt, is de huisarts vrijwel altijd consultatievrager en de SPV is in de meeste gevallen consultatiegever. Na afloop van een eerste gesprek met de SPV krijgt de cliënt vaak één of meerdere

vervolgconsultaties; in de praktijk gaat het hierbij om kortdurende behandeling of begeleiding. In het geval van zo'n kortdurende behandeling constateerden we dat een huisarts gemiddeld zo'n 12 cliënten per jaar kan aanmelden bij de SPV. Deze gespreksvorm lijkt voor de huisarts het minst tijdsintensief te zijn.

Het tweede scenario –de klassieke vorm van consultatie- is het meest tijdsintensief voor de consultatievrager; dit zagen we terug in een kleiner aantal registraties bij de projecten die volgens deze methodiek werkten. Gemiddeld wordt op deze manier jaarlijks per betrokken consultatievrager over 3 cliënten consultatie gevraagd. Bij de klassieke vorm van consultatie zijn vaker AMW-ers of een eerstelijnspsycholoog betrokken dan bij andere consultatievormen.

Ook bij telefonische consultaties zien we meer betrokkenheid van AMW-ers en eerstelijnspsychologen, zij het minder vaak dan bij klassieke consultatie. De jaarlijkse contactfrequentie is eveneens zo'n 3 cliënten per consultatievrager. Telefonische consultatie wordt vaak gebruikt om verwijzstromen te stroomlijnen (Verhaak e.a., 2003); de psychiater is dan vaak consultatiegever.

Dit jaar zijn de 3 scenario's nog verder uitgediept. We zagen dat de trend door de tijd zich duidelijk voortzet; gesprekken tussen consultatiegever (meestal de SPV) en cliënt krijgen de overhand binnen de consultaties en consultatieprojecten, ten koste van klassieke en telefonische consultatie. Psychiateren geven minder vaak consultatie, terwijl de SPV steeds meer consultaties verzorgt. Er wordt dan ook minder vaak consultatie gevraagd vanwege psychiatrische problemen van de cliënt (organische stoornis, gebruik psychoactieve middelen, schizofrenie).

Opvallend is dat de problemen van de cliënt in de loop der tijd steeds vaker nieuwe problemen zijn, in plaats van bestaande problemen. In de loop der tijd zijn dus andere cliëntengroepen voorgelegd aan de consultatiegevers. Het komt vaker voor dat cliënten met nieuwe problemen direct worden voorgelegd aan de consultatiegever.

In de loop der tijd zijn huisartsen steeds de grootste afnemers van consultatie gebleken. In de beginperiode (1999, 2000) was de Consultatieregeling vooral gericht op huisartsen, maar al snel daarna werd het belang benadrukt van de betrokkenheid van het AMW en de eerstelijnspsycholoog bij consultatieprojecten. Aan de zorgkantoren en andere betrokken partijen bij de consultatieprojecten werd gevraagd te stimuleren dat consultatie voor de hele eerstelijns GGZ toegankelijk wordt. Vanuit de monitoring en registratie van het Steunpunt Tussen de Lijnen hebben we deze ontwikkeling gevolgd. De resultaten in dit rapport laten zien dat het tot nu toe niet gelukt is om het AMW en de eerstelijnspsychologen op grotere schaal te laten participeren in de consultatieprojecten. In ons rapport van vorig jaar vermeldden we dat deze eerstelijns partijen in de loop der tijd binnen de projecten een prominenter plek hadden veroverd, maar dit jaar moesten we constateren dat deze ervaring van tijdelijke aard was. Het AMW en de eerstelijnspsycholoog blijven in de loop der tijd in dezelfde mate betrokken bij de consultaties; de stijgende lijn blijft achterwege.

Dit jaar was het voor het eerst mogelijk om iets te zeggen over het aantal vervolggconsultaties dat binnen de consultatieprojecten plaatsvindt. We constateerden dat bij vrijwel alle projecten vervolggcontacten worden gehouden c.q. kortdurend behandeld wordt. Ruim eenderde van de cliënten krijgt na een eerste contact met de consultatiegever nog één of meerdere vervolggcontacten; gemiddeld zijn dit 3,6 vervolggcontacten. Na

afloop van een vervolcontact wordt de cliënt even vaak als na een eerste contact verwezen naar de tweedelij. De kortdurende behandeling door de SPV is dus geen volledige vervanging van specialistische hulpverlening in de tweedelij; uiteindelijk komt een deel van de cliënten daar alsnog terecht.

In dit rapport stond de vraag centraal welke ontwikkelingen er binnen de consultaties en binnen de consultatieprojecten te constateren zijn van begin 2000 tot medio 2003. Deze ontwikkelingen zijn in hoofdstuk 3 en in de samenvatting besproken. Bij deze ontwikkelingen springen enkele opvallende dingen naar voren. Ten eerste valt op dat de veranderingen in zowel de betrokken consultatiegevers en – vragers als in de consultatievorm, bij een groot deel van de projecten zichtbaar zijn. Het is dus niet zo dat de veranderingen zijn toe te schrijven aan enkele grote projecten die het geheel beïnvloeden. Binnen het merendeel van de projecten zien we een extra opkomst van de SPV, een nog grotere rol voor huisartsen en een groeiend aandeel van gesprekken tussen consultatiegever en cliënt, die vaak gevolgd worden door enkele vervolconsultaties. Het grootste deel van de projecten lijkt zich dezelfde kant op te ontwikkelen. Hoewel ook andere consultatievormen en disciplines voorkomen bij de consultatieprojecten, is het toch opvallend, dat projecten zich steeds meer in de richting bewegen van de consultatievarianten die altijd al het meest populair waren. De soorten consultatie die altijd al minder vaak voorkwamen, worden nu ondergesneeuwd door de meest voorkomende consultaties. Een verklaring hiervoor is dat –zoals al eerder genoemd – consultatieprojecten met vooral kortdurende behandeling door de SPV de hoogste productie aan consultaties laten zien. Door de hoge productie bij deze consultatievorm, raken de andere varianten met hun lagere productie op de achtergrond binnen het databestand van consultaties.

Anderzijds is de beweging van consultatieprojecten in de richting van de ‘SPV in de eerstelij’ ook toe te schrijven aan de populariteit van deze vorm van ondersteuning in de praktijk. De regeling Consultatiegelden is afgekondigd om de eerstelijns GGZ –met name de huisarts maar ook het AMW en de eerstelijnspsycholoog – te ondersteunen bij het behandelen van cliënten met psychische problemen in de eerstelij. Cliënten zouden indien mogelijk in de eerstelij behandeld moeten worden; consultatie kan daarbij ondersteuning bieden. Mogelijke gevolgen van het vergroten van de consultatiemogelijkheden zijn dat de samenwerking en verwijsmogelijkheden tussen de eerste- en tweedelij en binnen de eerstelij verbeterd zouden worden en dat deskundigheid van de tweedelij naar de eerstelijns GGZ wordt overgedragen.

Bij de consultatievorm ‘de SPV in de eerstelij’ wordt de huisarts het meest ontlast, gezien de grote aantallen cliënten die door de SPV worden gezien. Het kost bovendien de minste tijd voor de huisarts, omdat hij zelf niet bij de gesprekken aanwezig hoeft te zijn. Ook levert de SPV vaak een positieve bijdrage aan de samenwerking tussen eerste- en tweedelij door bijvoorbeeld een rol te spelen in het stroomlijnen van verwijzingen (Bosman, 2002). Op welke schaal de specialistische GGZ ontlast wordt door toedoen van de SPV in de eerstelij is de vraag; een deel van de cliënten wordt na een kortdurende behandeling door de SPV alsnog naar de tweedelij verwezen. Maar het is niet bekend wat er gebeurd zou zijn met de cliënten die via de huisarts bij de SPV terecht zijn gekomen, wanneer er geen SPV beschikbaar zou zijn. Ook is de vraag in hoeverre er een leereffect op gebied van GGZ-deskundigheid te verwachten is binnen de eerstelij,

wanneer de huisarts de cliënt uit handen geeft aan de SPV en zelf niet aanwezig is bij de gesprekken. Desalniettemin werkt deze manier van consultatie blijkbaar goed en laten de landelijke cijfers zien dat de SPV in de eerstelijns een formule is die veelvuldig wordt toegepast.

Voor een uitgebreidere evaluatie van de Consultatieregeling en de andere maatregelen die genomen zijn om de eerstelijns GGZ te versterken verwijzen we alvast naar de resultaten van de landelijke evaluatiestudie, die in de periode 2001-2004 is uitgevoerd door het NIVEL, Trimbos-instituut en SGBO.

# Literatuur

- Bosman M, Lange, J de. De functie van de GGZ-verpleegkundige in de huisartspraktijk. Utrecht: Trimbos-instituut, 2002.
- Gersons BPR. De consultatiemethode in de preventieve psychiatrie. Alphen aan de Rijn: Samson, 1977.
- Meijer SA, Zantinge EM, Verhaak PFM, Kornalijnslijper N, Smeets KAPW, Schoenmakers CJHH. Evaluatie versterking eerstelijns GGZ: Een onderzoeksprogramma om het beleid ter versterking van de eerstelijns GGZ te evalueren. Eerste Interim Rapportage: maart 2002. Utrecht: NIVEL/SGBO, 2002.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief Geestelijke Gezondheidszorg 1997. Den Haag: Sdu Uitgevers, 1997.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg 1999. Den Haag: VWS, 1998.
- Verhaak PFM, Vonk E, Zantinge EM, Voordouw I, Berg JF van den. Tussenrapportage Monitoring Consultatieve Projecten 2002. Utrecht: NIVEL/Trimbos-instituut, 2002.
- Verhaak PFM, Zantinge EM, Boer ME de, Voordouw I, Berg JF van den. GGZ-consultaties aan de eerstelijnszorg (Registratie 2000-2002). Utrecht: NIVEL/Trimbos-instituut, 2003.
- Verhaak PFM, Zantinge EM, Boer ME de, Voordouw I, Berg JF van den. Consultatieregeling GGZ ten behoeve van de eerstelijns. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 2003; 58(6): 547-558.
- Visscher A, Laurant M, Schattenberg, G, Grol, R. De rol van de huisarts inzake geestelijke gezondheidszorg. De resultaten van een landelijke enquête. Nijmegen: WOK, 2002.
- Zantinge EM, Verhaak PFM, Vries WJ de, Meijer SA, Berg JF van den, Schaefer BS. GGZ-consultaties aan de eerstelijnszorg (Registratie 2001). Utrecht: NIVEL/Trimbos-instituut, 2002.





**Bijlage 1:** Registratieformulier consultatieve bijeenkomsten tot mei 2003











**Bijlage 2:** Registratieformulier consultatieve contacten vanaf mei 2003