



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in samenwerking met het Trimbos instituut in 2005. De gegevens mogen met bronvermelding (P.F.M. Verhaak, J. Groenendijk, E.M. Zantinge, E. Vonk, I. Voordouw C.v d Veen, *GGZ-consultaties aan de eerstelijnszorg (Registratie 2000-2004), NIVEL 2005*) worden gebruikt. Gezien het openbare karakter van NIVEL publicaties kunt u altijd naar deze pdf doorlinken. Het rapport is te bestellen via [receptie@nivel.nl](mailto:receptie@nivel.nl).

Ga (terug) naar de website: <http://www.nivel.nl/>

## **GGZ-consultaties aan de eerstelijnszorg (Registratie 2000-2004)**

Steunpunt Tussen de Lijnen:

P.F.M. Verhaak

J. Groenendijk

E.M. Zantinge

E. Vonk

I. Voordouw

C.v d Veen

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 90-6905-731-x

<http://www.nivel.nl>

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

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2005 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	10
<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	16
<b>3 Resultaten</b>	<b>19</b>
3.1 Inleiding	19
3.2 Ontwikkelingen van 1-1-2000 tot 30-6-2004 op landelijk niveau	19
3.3 Consultaties binnen projecten met een verschillende opzet	24
3.4 Consultaties binnen projecten die in een verschillend stadium zitten	29
<b>4 Samenvatting en conclusies</b>	<b>33</b>
4.1 Inleiding	33
4.2 Samenvatting	33
4.3 Methodologische beschouwingen	35
4.4 Beschouwing en conclusies	35
<b>Literatuur</b>	<b>39</b>
<b>Bijlage 1: Registratieformulier consultatieve bijeenkomsten tot mei 2003</b>	<b>41</b>
<b>Bijlage 2: Registratieformulier consultatieve contacten vanaf mei 2003</b>	<b>47</b>



# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond

In 1997 constateerde de Minister van Volksgezondheid, Welzijn 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 was 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 dient - indien mogelijk - kort en algemeen in de eerstelijns plaats te vinden en - indien nodig - intensief en specifiek in de tweedelijns.

In de Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg van 1999 werden de maatregelen van VWS verder uitgewerkt. De maatregelen waren 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 werd 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, liet men de precieze invulling van de regeling aan het veld over, hetgeen tot verschillende varianten heeft geleid. In dit rapport gaan we daar nader op in.

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 was 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 moest 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 6 miljoen gulden (2,72 miljoen euro) beschikbaar voor consultatieprojecten; van 2000 tot en met 2002 was jaarlijks 12 miljoen gulden (5,45 miljoen euro) uitgetrokken voor tweedelijns consultatie aan de eerstelijns. In augustus 2002 werden betrokken partijen door VWS geïnformeerd dat de regeling verlengd werd 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 zien we dat consultatieprojecten in toenemende mate buiten de regeling Consultatiegelden om op reguliere basis door de instellingen gefinancierd worden. Voor een deel ontsnappen deze projecten dan aan de registratie waarover wij hier rapporteren, voor een deel blijven ze hun gegevens aan het Steunpunt Tussen de Lijnen leveren.

## **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 is door het Steunpunt benaderd om deel te nemen aan deze registratie. De consultatiegevers van

het consultatieproject wordt daarbij 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.

Een toenemend aantal instellingen, dat de door ons gevraagde gegevens voor eigen administratie ook al automatisch registreert, levert deze data geautomatiseerd aan. Dit betreft meestal gevallen waar de consultatie al "regulier" geworden is, en dus na afloop van de regeling Consultatiegelden gecontinueerd zal worden. Omdat ook de geautomatiseerde registratie onafhankelijk van het Steunpunt Tussen de Lijnen – wiens activiteiten na 2005 zullen stoppen – verloopt, zullen deze gegevens in de toekomst in principe beschikbaar blijven om het verdere verloop van consultatieve activiteiten op een aantal punten te kunnen blijven monitoren.

Naast de onderzoeksfunctie, waaruit de registratie en analyse van consultatieve contacten voortvloeit, 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 platformfunctie. 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, oktober 2003 en oktober 2004 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, 2002 en 2003 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 onlangs (Nieuwsbrief februari 2005) 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 2004 op papier dan wel elektronisch 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 eerste instantie in steeds toenemende mate, waardoor wij over grote aantallen registratieformulieren kunnen rapporteren. In dit rapport zijn de resultaten van meer dan 65.000 eerste consultatieve contacten en 20.000 vervolg 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 de eerste rapportage 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). De meeste consultatieve contacten waren op huisartsen gericht, andere eerstelijns hulpverleners vroegen dit veel minder vaak aan. De meest ingeschakelde consultatiegever was de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV), gevolgd door psychiater en psycholoog. Wanneer een SPV consultatiegever was, was er relatief vaak sprake van een contact met de patiënt, zonder de consultatievrager. Ook eindigde de consultatie vaak met een vervolgconsultatie. Consultaties met een psychiater vonden vaker plaats in aanwezigheid van de consultatievrager of waren telefonisch. Ook is gekeken naar de inhoud van de consultaties op projectniveau. Projecten waarbij een psychiater de consultatiegever was hadden veel minder consultaties dan projecten waarbij de SPV werd ingeschakeld.

In de tweede rapportage is wederom een aantal verbanden binnen de consultaties onderzocht (Verhaak e.a., 2003). We kwamen tot drie “typen” consultatie. In de eerste plaats een “pseudo-verwijzing” door de huisarts voor een kort aantal zittingen met een SPV. Vaak ging het dan om stemmingsstoornissen, angst of psychosociale problemen. In de tweede plaats “consultatie in de klassieke zin” (zie 1.1). Relatief vaak bij AMW of eerstelijnspsycholoog als consultatievrager. In de derde plaats telefonische consultatie, relatief vaak van toepassing bij psychiaters als consultatiegever. In deze tweede rapportage constateerden we dat door de tijd heen weinig veranderingen plaats vonden. In de derde rapportage is gekeken naar ontwikkelingen door de tijd heen gedurende de periode 2000 tot medio 2003. Er was een afname van telefonische consultaties en een toename van consultaties waarbij de consultatievrager afwezig was. Ook was er een



toename van consultaties die eindigden in vervolggconsultaties en een afname van consultaties die eindigden in een verwijzing naar de tweedelijns GGZ. Daarnaast is aandacht besteed aan de vervolggconsultaties die in dat rapportagejaar voor het eerst werden meegenomen in de vernieuwde registratieopzet. Gemiddeld bleek een cliënt 3,6 vervolggconsultaties te hebben. Deze eindigden ten slotte in iets meer dan de helft van de gevallen met teruggave van de cliënt aan de consultatievrager, in een kwart alsnog met een verwijzing naar de 2<sup>e</sup> lijns GGZ.

In het verleden is door het Steunpunt tussen de Lijnen gewezen op het feit dat het algemene begrip “consultatieve ondersteuning vanuit de tweedelijns GGZ aan de eerstelijns” her en der verschillend werd ingevuld ( zie Verhaak e.a., 2003). We betoogden daar dat consultatie oorspronkelijk werd gezien als een vorm van gevalsbespreking tussen een tweedelijns specialist en een consultatie vragende eerstelijns hulpverlener. De uitkomst van zo’n gevalsbespreking was een advies aan de consultatievrager hoe deze de behandeling het beste voort zou kunnen zetten. Een dergelijk contact over de patiënt met de consultatievrager, meestal zonder de patiënt <sup>1</sup>, betitelden we als “klassieke” consultatie. Het bleek echter al vrij snel na de inwerkingtreding van de consultatieregeling dat in veel projecten de gespecialiseerde GGZ aan consultatievragers de mogelijkheid bood om hun patiënten een aantal gesprekken met “consultatiegevers”, veelal SPV-en te laten hebben. “Kortdurende overname van de behandeling” leek ons een benaming voor deze consultatievorm die de werkelijkheid het meest benaderde. Naast de klassieke consultatie en de mogelijkheid om de patiënt een of meer contacten met een gespecialiseerde GGZ-er te laten hebben bleek in een aantal projecten het consultatief aanbod vooral te bestaan uit de mogelijkheid om een specialist op gezette tijden telefonisch te raadplegen. Deze vorm (“telefonische consultatie”) wordt nogal eens aangetroffen t.b.v. specifieke subgroepen (verslaving, jeugd) waarbij een vraag zich niet zo frequent voordoet maar waarvoor wel een specifieke expertise vereist is voor de vragen die zich voordoen.

In de onderhavige rapportage zullen we opnieuw aandacht besteden aan de ontwikkelingen in de loop van de tijd, nu van 2000 tot medio 2004. We zullen aandacht besteden aan verschillen tussen projecten waarbij de nadruk ligt op “klassieke consultatie”, projecten waarbij de meeste consultaties plaatsvinden in afwezigheid van de “consultatievrager” en projecten die zich vooral toeleggen op telefonische consultatie. Ten slotte gaan we na of er verschillen zijn tussen projecten die al hard op weg zijn naar consultatie als reguliere activiteit of dat stadium al bereikt hebben en projecten die zich nog in de uitvoeringsfase van de consultatie conform de regeling Consultatiegelden bevinden en nog niet toe zijn aan consolidatie in een meer reguliere regeling.

In dit rapport beantwoorden we de volgende onderzoeksvragen:

1. Welke ontwikkelingen m.b.t. het consultatieproces zijn er landelijk te constateren van 2000 tot 2004?

---

<sup>1</sup> hoewel Huyse (1989) en vd Feltz-Cornelis (2002) vanaf 1990 succesvol consultatieve bijeenkomsten van specialist en consultatievrager in de aanwezigheid van de patiënt uitvoerden

2. In hoeverre zijn er verschillen tussen projecten die zich toeleggen op “klassieke consultatie”, “consultatie in afwezigheid van consultatievrager” en “telefonische consultatie”
3. In hoeverre zijn er verschillen tussen projecten die nog in de uitvoeringsfase van het project zitten en projecten die hun consultatieve activiteiten voor de toekomst binnen een reguliere regeling consolideren.?

#### **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 met betrekking tot de drie hierboven genoemde onderzoeksvragen gepresenteerd. 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). Vanaf 2003 leveren een aantal projecten digitale bestanden met gegevens aan, die vergelijkbare informatie bevatten als de verkorte formulieren.

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 vervolgcontact 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.

## 2.3 Deelnemende projecten

Halverwege het jaar 2004 registreren 76 van de 115 projecten hun consultaties via de registratie van het Steunpunt Tussen de Lijnen (Verhaak e.a., 2004). Vanaf het jaar 2000 zijn in totaal ongeveer 98.000 consultaties geregistreerd en opgenomen in het databestand van het Steunpunt Tussen de Lijnen. 48.000 daarvan zijn geregistreerd op de oude, uitgebreide registratieformulieren en 50.000 consultaties zijn vastgelegd op de nieuwe, verkorte formulieren dan wel elektronisch aangeleverd. Van de nieuwe registratieformulieren betreffen 23.300 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. Daarnaast zijn er projecten die niet deelnemen aan de registratie van het Steunpunt Tussen de Lijnen, maar wel binnen hun eigen instelling of binnen een Diaboloproject 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 bijna 10.000 consultaties, aangeleverd door zeven instellingen (waarvan één instelling, Altrecht, 40 projecten onderscheidt).

Sinds het begin van de registratie in 2000 zijn er 129 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 2004.

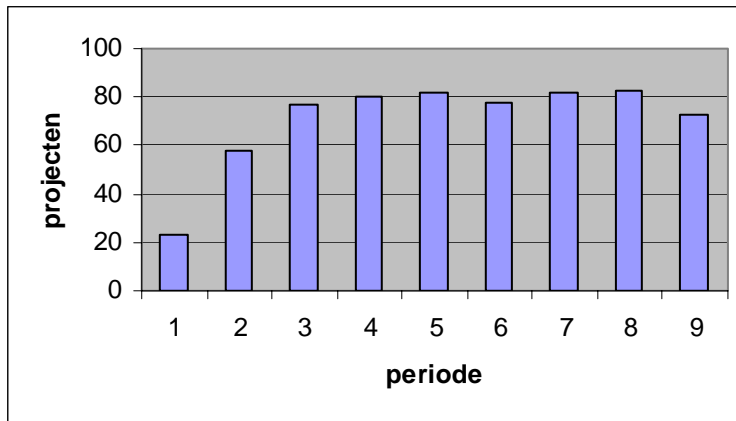
Tabel 2.1 Verdeling projecten naar aantal ingestuurde registratieformulieren op 1 oktober 2004

Aantal ingestuurde registratieformulieren	Aantal projecten (n=129)
1-50	31
51-100	14
101-200	16
201-500	27
501-1000	22
1001-2000	12
>2000	7

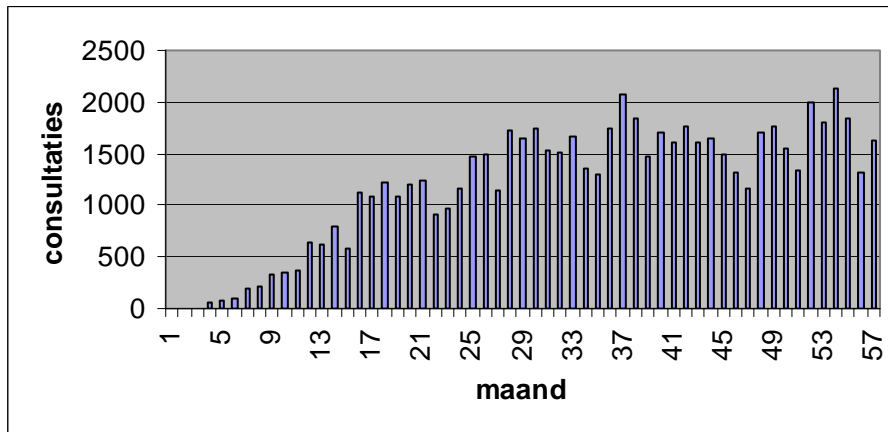
In de grafieken 2.1 en 2.2 is te zien hoeveel projecten er sinds begin 2000 hun consultaties registreren (grafiek 2.1) en het totaal aantal geregistreerde consultaties per

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 9 het eerste half jaar van 2004. 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 2004. Alleen de registratie van eerste contacten met een cliënt is opgenomen.

Grafiek 2.1 Aantal registrerende projecten per halfjaars-periode 2000- medio 2004



Grafiek 2.2 Aantal geregistreerde eerste consultaties per maand, 2000- medio 2004



Het aantal registrerende projecten is van medio 2001 tot eind 2003, vrij constant, zo rond de 80 (grafiek 2.1). Het eerste half jaar van 2004 laat een lichte daling zien. Een aantal consultatieprojecten is 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 2004 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 2004 nog niet alle geregistreerde consultaties die in de zomer van 2004 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 vervolggconsultatie 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)
Gedragwetenschappelijk	psycholoog, pedagoog
Verpleegkundige	sociaal psychiatrisch verpleegkundige, B-verpleegkundige
Anders	

De categorie ‘medisch’ bestaat voor het grootste gedeelte uit psychiaters, de categorie ‘gedragwetenschappelijk’ 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

<b>Cluster</b>	<b>Klachten</b>
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 is het hele databestand verdeeld in 9 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 2004. 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 2004 zijn geregistreerd. In totaal



wordt gerapporteerd over 64.874 eerste contacten, over een periode van 4,5 jaar. De resultaten van 2004 berusten soms op een minder groot aantal registratieformulieren. 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.



## 3 Resultaten

### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de landelijke ontwikkelingen in de tijd binnen de consultaties gedurende de hele registratieperiode in kaart gebracht, voor zover het de categorieën betreft die op het “nieuwe” formulier gehandhaafd zijn. Deze ontwikkelingen worden geschetst in paragraaf 3.2 en waarmee onderzoeksvraag 1 beantwoord wordt.

Vervolgens bespreken we in paragraaf 3.3 mogelijke verschillen tussen consultaties die binnen vier verschillende contexten plaatsvinden: consultaties in projecten waarin gewoonlijk de consultatievrager actief betrokken is bij de consultatieve bijeenkomst ( de “klassieke” consultatie), consultaties in projecten waarin als routine de patiënt één of meerdere contacten met de consultatiegever heeft, projecten waarbinnen de meeste consultaties telefonisch plaatsvinden en projecten waarbinnen geen van deze drie types duidelijk de overhand heeft. Dit leidt tot een antwoord op de tweede onderzoeksvraag, namelijk of er verschillen zijn tussen deze types.

In paragraaf 3.4 onderzoeken we in welke mate er verschillen bestaan tussen consultaties binnen projecten die naar eigen opgave (in mei 2004) consultatie reeds als regulier aanbod aanbieden (waarbij we mogen aannemen dat het soort consultatie dat zij bieden ook in de toekomst zal blijven bestaan), consultaties binnen projecten die bezig zijn met de organisatie van een regulier aanbod en projecten die medio 2004 consultaties uitvoerden in het kader van de subsidieregeling consultatieve projecten en op dat moment nog niet bezig waren met een of andere vorm van borging. De laatste categorie loopt het grootste risico na 2005 niet meer tot het zorgaanbod te zullen behoren. Met deze analyses zal onderzoeksvraag 3, naar verschillen tussen projecten die in een verschillende fase van borging zitten, beantwoord worden.

### 3.2 Ontwikkelingen van 1-1-2000 tot 30-6-2004 op landelijk niveau

In tabel 3.1 en 3.2 is te zien welke consultatievragers en –gevers in de loop van de tijd betrokken waren bij de consultatieprojecten.

Tabel 3.1 Consultatievragers van 2000- medio 2004 (als percentage van alle vragers in de betreffende periode)

	<b>1-6 2000 n=977</b>	<b>7-12 2000 n=3291</b>	<b>1-6 2001 n=6759</b>	<b>7-12 2001 n=6930</b>	<b>1-6 2002 n=9500</b>	<b>7-12 2002 n=9432</b>	<b>1-6 2003 n=8710</b>	<b>7-12 2003 n=8653</b>	<b>1-6 2004 n=10622</b>
Huisarts	87,4	83,3	83,4	82,7	83,9	85,3	88,7	85,8	89,5*↑
AMW	7,4	5,3	6,6	6,1	6,4	6,8	6,0	6,8	4,0*↓
Eerstelijns- psycholoog	1,7	1,5	2,2	2,2	2,5	1,8	1,7	2,3	2,2
Anders	3,5	9,8	7,9	9,0	7,2	6,1	3,7	7,5	8,5

\* p<0,0005

Tabel 3.2: Consultatiegevers van 2000- medio 2004 (als percentage van alle gevers in de betreffende periode)

	<b>1-6 2000 n=975</b>	<b>7-12 2000 n=3290</b>	<b>1-6 2001 n=6809</b>	<b>7-12 2001 n=6911</b>	<b>1-6 2002 n=9526</b>	<b>7-12 2002 n=9444</b>	<b>1-6 2003 n=8462</b>	<b>7-12 2003 n=8159</b>	<b>1-6 2004 n=9774</b>
Psychiater	11,0	17,6	10,8	10,1	9,0	7,0	5,4	5,7	4,3* ↓
Psycholoog	9,9	12,9	9,2	10,8	10,1	11,0	8,4	8,6	7,7* ↓
SPV	72,9	58,0	67,7	66,5	69,8	71,3	75,4	73,8	76,1* ↑
Overig	6,2	11,5	12,3	12,5	11,1	10,7	10,8	11,9	11,8

\* 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 bij voorbeeld een maatschappelijk werker in dienst van een GGZ-instelling genoemd.

In tabel 3.3 zijn de verschillende consultatievormen (gedefinieerd door de setting van de consultatie bij een eerste consultatief contact) opgenomen.

Tabel 3.3: Setting consultatie bij eerste consultatieve contact van 2000- medio 2004

	<b>1-6 2000 n=949</b>	<b>7-12 2000 n=3107</b>	<b>1-6 2001 n=6490</b>	<b>7-12 2001 n=6686</b>	<b>1-6 2002 n=9210</b>	<b>7-12 2002 n=9105</b>	<b>1-6 2003 n=8443</b>	<b>7-12 2003 n=8670</b>	<b>1-6 2004 n=10708</b>
Telefonisch	14,0	21,8	11,7	11,1	10,0	8,9	6,7	8,8	6,8* ↓
Vis à vis consultatievrager	14,8	15,8	15,3	15,1	13,4	13,3	11,4	15,7	17,6* ↑
Vis à vis consultatievrager en cliënt	6,0	6,1	6,7	6,7	6,2	6,5	6,0	6,0	5,0* ↓
Vis à vis met uitsluitend cliënt	62,8	54,6	63,0	64,2	67,0	67,9	72,9	66,4	68,4* ↑
Anders	2,4	1,7	3,3	2,8	3,4	3,5	3,0	3,0	2,2

\* p<0,0005

Tabel 3.4: Setting consultatie bij vervolcontact (mei 2003- juni. 2004)

	<b>5-6 2003 n=2382</b>	<b>7-12 2003 n=7572</b>	<b>1-6 2004 n=9068</b>
Telefonisch	4,9	5,0	6,1
Vis à vis consultatievrager	9,6	8,3	14,8
Vis à vis consultatievrager en cliënt	1,1	1,4	1,5
Vis à vis met uitsluitend cliënt	78,5	78,5	75,4
Anders	5,9	5,9	2,2

Bij de meeste eerste consultaties (tabel 3.3) wordt een gesprek tussen consultatiegever en cliënt gevoerd, zonder dat de consultatievrager daarbij aanwezig is. Hierin zit in de loop van de tijd een stijgende lijn. Consultatieve gesprekken tussen consultatievrager en – geveger zonder de cliënt vormen ongeveer een zesde van alle consultaties. Er is sprake van een zeer lichte toename in de loop van de tijd. Telefonische consultatie komt steeds minder vaak voor en dat geldt ook voor de weinig frequent voorkomende categorie waarin consultatievrager en – geveger met de patiënt de problematiek bespreken. Zonder de grote projecten zien we ook dat 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 een gesprek tussen consultatiegever en cliënt in afwezigheid van de consultatievrager 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 gecategoriseerd.

Tabel 3.5: Geslacht cliënten van 2000- medio 2004

	<b>1-6 2000 n=949</b>	<b>7-12 2000 n=3172</b>	<b>1-6 2001 n=6586</b>	<b>7-12 2001 n=6835</b>	<b>1-6 2002 n=9441</b>	<b>7-12 2002 n=9433</b>	<b>1-6 2003 n=8585</b>	<b>7-12 2003 n=8605</b>	<b>1-6 2004 n=10117</b>
Man	37,2	37,1	36,9	36,9	37,0	35,6	37,4	37,6	37,3
Vrouw	62,8	62,9	63,1	63,1	63,0	64,4	62,6	62,3	62,7

Tabel 3.6: Leeftijdsklasse cliënten van 2000- medio 2004

	<b>1-6 2000 n=949</b>	<b>7-12 2000 n=3107</b>	<b>1-6 2001 n=6490</b>	<b>7-12 2001 n=6686</b>	<b>1-6 2002 n=9210</b>	<b>7-12 2002 n=9105</b>	<b>1-6 2003 n=8443</b>	<b>7-12 2003 n=8670</b>	<b>1-6 2003 n=10708</b>
0 – 17	4,6	8,1	7,4	7,6	6,7	5,3	4,7	4,7	5,5
18 - 24	11,1	11,2	11,3	11,4	12,3	12,7	12,7	13,0	12,9
25 - 44	43,3	43,2	45,9	47,2	47,8	47,8	49,2	48,7	47,6
45 - 64	25,6	23,4	23,8	23,5	24,3	24,6	26,0	26,1	25,5
>= 65	15,4	14,1	11,6	10,4	8,9	9,6	7,4	7,5	8,5

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.

Tabel 3.7: Vervolg van consultatie na het eerste consultatieve contact van 2000- medio 2004

	<b>1-6 2000 n=971</b>	<b>7-12 2000 n=3238</b>	<b>1-6 2001 n=6716</b>	<b>7-12 2001 n=6829</b>	<b>1-6 2002 n=9194</b>	<b>7-12 2002 n=8805</b>	<b>1-6 2003 n=8290</b>	<b>7-12 2003 n=8430</b>	<b>1-6 2004 n=9497</b>	
Cons.vrager zet										
behandeling voort	28,8	27,9	27,6	26,6	28,0	28,6	27,3	27,9	24,2* ↓	
Vervolgconsultatie	22,0	27,0	30,3	30,8	32,4	34,7	34,5	35,9	40,1* ↑	
Verwijzing binnen										
1e lijn		9,1	7,5	8,1	8,6	10,1	11,0	12,6	10,4	10,5* ↑
Verwijzing specialis										
tische GGZ	32,4	26,9	24,2	26,9	25,0	25,6	24,6	20,2	18,9* ↓	
Anders		7,6	10,8	9,7	7,1	4,5	,2	1,1	5,7	6,3

\* p<0,0005

Na afloop van de eerste consultatie met een cliënt volgt in ruim eenderde van de gevallen een vervolgconsultatie (tabel 3.7) en dit is in de loop van de tijd alleen maar toegenomen. 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. Hierin zien we een lichte afname. Na bijna een kwart van de eerste consultaties wordt de cliënt naar de tweedelijns GGZ verwezen. Ook dit is in de loop van de tijd minder geworden.

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 vervolconsultatie 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 3.8 is opgenomen wat er met de cliënt gebeurt na een laatste vervolcontact met de consultatiegever.

Tabel 3.8: Vervolg van de consultatie na een laatste vervolcontact van mei 2003 tot juli 2004

	<b>5 - 6 2003 n = 872</b>	<b>7 - 12 2003 n= 2777</b>	<b>1 - 6 2004 n = 3260</b>
Consultatievrager zet behandeling voort	45,4	43,4	42,3
Verwijzing binnen 1e lijn	12,7	11,6	12,6
Verwijzing specialistische GGZ	28,8	25,1	26,0
Anders	13,1	14,2	9,7

Na een laatste vervolcontact met de consultatiegever wordt de behandeling in minder dan de helft van de gevallen voortgezet door de consultatievrager. Het aantal verwijzingen naar de eerste of tweedelijns is na een aantal consultatieve contacten relatief even hoog als na een eerste consultatief contact.

Tabel 3.9: Patiëntenstroom tussen eerste contact en laatste vervolcontact voor 19591 patiënten waarbij ook eventuele vervolcontacten zijn geregistreerd

	<b>Na 1<sup>e</sup> contact</b>	<b>Vervolg- consultaties</b>	<b>Na laatste vervolcontact</b>	<b>Totaal</b>	<b>%</b>
Consultatievrager zet behandeling voort	5019		2875	7894	43%
Verwijzing binnen 1e lijn	2014		797	2811	15%
Verwijzing specialistische GGZ	3838		1723	5561	31%
Anders	1186		757	1943	11%
Vervolgconsultatie	7534	19460 contacten (2,6 per patient)			
Afloop (nog) niet bekend				1382	

In bovenstaand stroommodel ziet men dat aanvankelijk, na een eerste consultatief contact een kwart van de patiënten weer naar de consultatievrager wordt teruggestuurd, ongeveer

30% wordt naar eerste of tweede lijn verwezen en voor 35% wordt een vervolgsconsultatie gevraagd. Deze laatsten hebben gemiddeld 2,6 verder contacten met de consultatiegever waarna ongeveer in dezelfde verhouding als na een eerste contact teruggave aan de consultatievrager, verwijzing naar eerstelijns of verwijzing naar tweede lijn volgt. Uiteindelijk stellen we dan vast dat 43% van de patiënten waarbij de consultatieve contacten beëindigd zijn weer onder behandeling van de consultatievrager verkeren, ruim tien procent naar de eerstelijns GGZ is verwezen en ruim dertig procent naar de tweedelijns GGZ.

Behalve naar het vervolg, is ook gekeken naar de betrokkenen en de setting bij vervolgsconsultaties (niet in tabel). De vervolgsconsultaties kenmerken zich doordat de huisarts nog vaker dan bij eerste contacten initiatiefnemer is tot de consultatie, namelijk bij 93% van de vervolgcontacten. De SPV is in 76% van de vervolgsconsultaties de consultatiegever en de setting van de vervolgsconsultatie is in de meeste gevallen (82%) een gesprek tussen consultatiegever en cliënt.

### **3.3 Consultaties binnen projecten met een verschillende opzet**

In deze paragraaf staan we stil bij een aantal aspecten van de drie verschillende consultatievormen die we in de inleiding (1.3) aanduiden als “klassieke consultatie”, waarin consultatievrager en –gever consultatief contact hebben, “consultatief contact van consultatiegever met patiënt in afwezigheid van de consultatievrager” en telefonische consultatie. Wat zijn de consequenties van deze verschillende vormen voor de productie die men levert, hoeveel patiënten worden er in de verschillende vormen in consult genomen? In de tweede plaats staan we stil bij de vraag of de verschillende vormen van consultatie tot verschillende patiëntenstromen leiden. Zijn er verschillen in de aantallen patiënten die na consultatie in de tweedelijns terecht komen, in de resulterende verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ en in de mate waarin de consultatievrager zelf weer verder kan met de patiënt. Ten slotte bezien we de ontwikkelingen van de verschillende consultatievormen in de tijd.

Om deze vragen te beantwoorden is op projectniveau vastgesteld of één van de drie genoemde vormen van consultatie binnen een project dominant was. We noemden één vorm, bij voorbeeld “klassieke consultatie” dominant wanneer de meerderheid van de consultatieve contacten als “klassieke consultatie”, dus een contact waarbij de consultatievrager aanwezig was, was geclassificeerd én wanneer “klassieke consultatie” minstens 30% méér voorkwam dan een eventuele tweede variant. Projecten waarbij geen der drie onderscheiden types een meerderheid had, of waarbij b.v. een 55% - 45% - 10% verhouding optrad, zijn als “geen dominante consultatievorm” geclassificeerd. We beperken de analyse m.b.t. productie en patiëntstromen tot de periode vanaf juli 2003, omdat sinds toen ook gegevens over vervolgsconsultaties bekend zijn. De analyse over het verloop in de tijd is gedaan over alle 1<sup>e</sup> consultaties van 2000 – 2004.

#### *Productie*

Tabel 3.10 geeft aan in welke mate de verschillende consultatievormen dominant zijn in



de registrerende projecten, hoeveel patiënten gemiddeld per project in verschillende vormen in consultatie genomen worden en in welke mate in verschillende vormen “vervolgconsultaties” gegenereerd worden.

Tabel 3.10: Verschillende vormen van consultatie: productiecijfers in de periode juli 2003 – september 2004

	<b>Consultatie in aanwezigheid van vrager (+/- patiënt) is dominant</b>	<b>Consultatie zonder vrager is dominant</b>	<b>Telefonische consultatie is dominant</b>	<b>Geen dominante consultatievorm</b>
Aantal projecten	28	50	5	21
Aantal in consultatie genomen patiënten	2762	16874	587	1283
Aantal patiënten per project	99	337	117	61
Aantal vervolgcconsultaties	1059	16126	214	1446
Aantal consultatieve bijeenkomsten/patiënt	1,38	2,04	1,36	2,09

Bij 20% van de projecten is geen dominante consultatievorm aanwijsbaar. Het gaat in deze projecten overigens slechts om minder dan 6% van alle in consultatie genomen patiënten.

Wanneer er wel een dominante vorm is dan betreft het meestal de consultatie waarin de consultatievrager niet lijfelijk aanwezig is. Het gaat om 48% van de projecten. Omdat dit ook de vorm is waarin de gemiddelde omzet, het aantal patiënten per project, het grootst is, gaat het om relatief nog veel meer patiënten: In meer dan driekwart van de gevallen wordt consultatie gegeven binnen projecten waarin consultatie zonder de vrager dominant is. Bij relatief veel patiënten in deze projecten vinden vervolgcconsultaties plaats, zodat het gemiddeld aantal bijeenkomsten per patiënt meer dan twee is.

Projecten die op de “klassieke” wijze zijn vormgegeven vormen een kwart van de consultatieve projecten. Het gemiddelde aantal patiënten per project is hier het laagst, dus wordt in dit kwart van de projecten minder dan 15% van alle patiënten in consultatie genomen. Het aantal vervolgcconsultaties is relatief lager dan bij consultatie zonder een aanwezige vrager.

Telefonische consultaties zijn in een klein deel van de projecten, 5%, dominant. Per project behandelen ze meer patiënten dan in de “klassieke” vorm, maar minder dan in de vorm zonder consultatievrager. Ook deze vorm leidt relatief weinig tot vervolgcconsultaties.

#### *Patiëntenstromen*

In Tabel 3.11 is zichtbaar van welke consultatievragers de patiënten afkomstig zijn bij projecten van een verschillende opzet.

Tabel 3.11: Consultatievragers binnen verschillende consultatievormen

	<b>Consultatie in aanwezigheid van vrager (+/- patiënt) is dominant</b>	<b>Consultatie zonder vrager is dominant</b>	<b>Telefonische consultatie is dominant</b>	<b>Geen dominante consultatievorm</b>
Huisarts	52%	95%	57%	69%
AMW	17%	3%	9%	15%
Eerstelijnspsycholoog	8%	0,4%	3%	11%
Anders	22%	1%	30%	5%

De projecten waarbij de consultatievrager de patiënt instuurt, zonder zelf bij het consultatief gesprek aanwezig te zijn, worden volledig gedomineerd door huisartsen. Daar waar sprake is van klassieke consultatie zien we de meeste participatie van de andere eerstelijns GGZ disciplines. Andere disciplines, verpleegkundigen, kinderartsen, jeugdzorg, komen bij klassieke consultatie ook ruim aan bod. Opvallend genoeg is het de vorm waar huisartsen relatief het minst bij betrokken zijn. Telefonische consultaties leveren een min of meer vergelijkbaar beeld op.

Tabel 3.12 maakt duidelijk wat het vervolg is na het eerste consultatieve contact in ieder van de vier vormen.

Tabel 3.12: Vervolg van consultatie na het eerste consultatieve contact bij vier vormen van consultatie

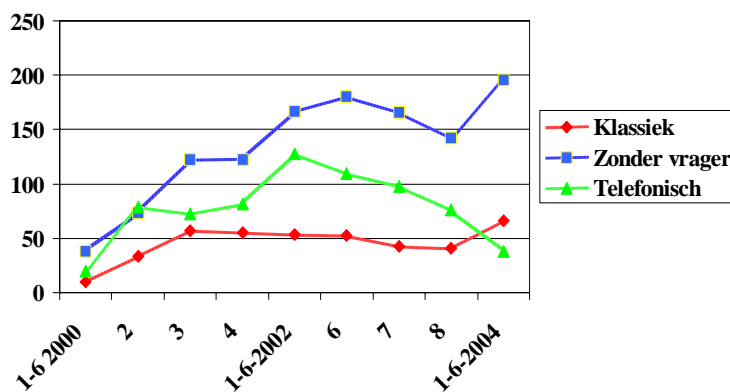
	<b>Consultatie in aanwezigheid van vrager (+/- patiënt) is dominant</b>	<b>Consultatie zonder vrager is dominant</b>	<b>Telefonische consultatie is dominant</b>	<b>Geen dominante consultatievorm</b>
Cons.vrager zet				
behandeling voort	47%	22%	38%	43%
Vervolgconsultatie	17%	39%	12%	18%
Verwijzing binnen 1e lijn	9%	10%	10%	8%
Verwijzing specialistische				
GGZ	22%	23%	36%	27%
Anders	6%	5%	5%	4%

Het vervolg van de verschillende consultatievormen is volgens verwachting, wanneer men de aard van de verschillende vormen voor ogen houdt. "Klassieke consultatie" leidt na het eerste consultatief contact relatief het meest tot een voortzetting van de behandeling door de consultatievrager. Wanneer de GGZ-specialist met de patiënt aan de slag gaat, is het meest sprake van een vervolgconsultatie. Telefonische consultatie, waarvan we al opmerkten dat die met name t.b.v. specifieke groepen dominant was, leidt relatief vaak tot een verwijzing naar de specialistische GGZ.

### Ontwikkelingen in de tijd

Onderstaande figuur maakt duidelijk dat de productiviteit van de drie verschillende vormen van consultatie tussen 1 januari 2000 en 30 juni 2004 per vorm een ander verloop heeft gehad. Projecten waarin men vooral telefonische consultaties gaf waren weliswaar gering in aantal, maar het gemiddeld aantal consultaties per project liet in eerste instantie een steeds toenemende productie zien. Na een hoogtepunt, begin 2002, is dat weer afgenomen, nagenoeg naar het niveau van de start van de consultatieregeling. Projecten waarbij de consultatiegever met patiënten praat zonder aanwezigheid van de consultatievrager, hebben hun productie vanaf de start van de regeling vrijwel voortdurend zien toenemen. De projecten waarbij “klassieke consultatie” de boventoon voerde, namen het eerste jaar toe in omvang (zij het in veel bescheidener mate dan de vorige) en bleven min of meer constant op dat niveau.

Grafiek 3.1: Ontwikkeling in de tijd van de productie (aantal consultaties/project/half jaar) binnen drie vormen van consultatie



Het aandeel van de verschillende beroepsgroepen onder de consultatievragers veranderde binnen bepaalde vormen van consultatie eveneens in de loop van de tijd. Dit geldt niet voor de projecten waarbij consultatie werd gegeven zonder consultatievrager. Hier is de huisarts zonder uitzondering altijd voor meer dan 95% de consultatievrager. Maar binnen projecten waarbinnen een van de twee andere typen consultaties dominant is, zien we veranderingen in de loop van de tijd.

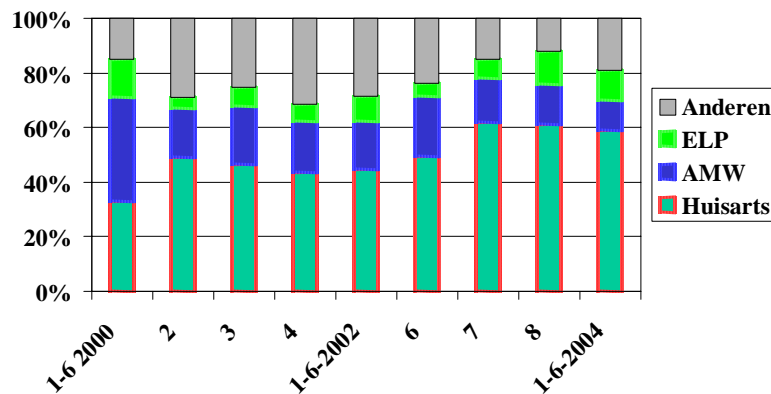
In grafiek 3.2 zien we dat bij “klassieke consultaties” in eerste instantie het AMW een groot aandeel in de vraag naar consultatie had. Het AMW-aandeel nam geleidelijk af en is eerst overgenomen door een aantal specifieke consultatievragers uit de categorie “anderen” en de huisarts, en de huisarts is in de tweede helft van de periode een

toenemend aandeel gaan opeisen.

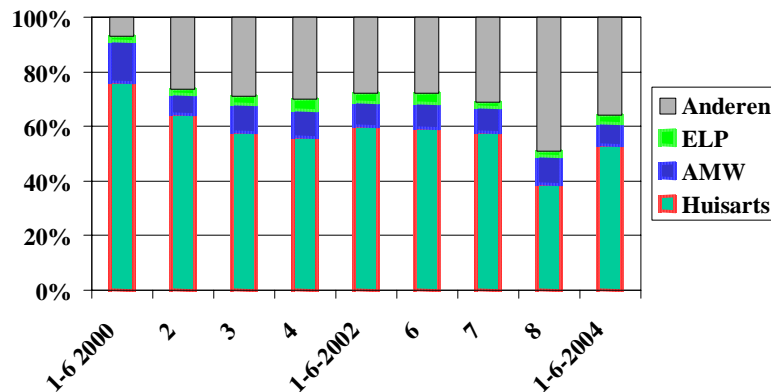
Grafiek 3.3 laat hetzelfde zien voor telefonische consultaties. Hier is sprake van een afnemend aandeel van huisartsen, in de loop van de tijd, welk aandeel steeds meer wordt ingenomen door de groep “anderen”, die in het laatste jaar rond de 40% van alle consultatieve vragen rond deze telefonische consultatie projecten (het zijn er op dat moment nog 5) voor hun rekening nemen.

Wat betreft de instroom van consultatievragen, zien we zo dat in de loop van de tijd binnen bepaalde consultatievormen veranderingen optreden. Wat betreft de uitstroom is sprake van een constant beeld in de loop van de tijd. Binnen “klassieke consultaties” is voortzetting van de behandeling door de consultatievrager constant de meest voorkomende optie, de consultaties tussen consultatiegever en patiënt, zonder vrager, monden steeds meer uit in vervolgsconsultaties (dit gaat met name ten koste van verwijzingen naar de 2<sup>e</sup> lijns GGZ als uitkomst) en binnen projecten met vooral telefonische consultaties blijven verwijzing naar de GGZ en voortzetting behandeling door vrager de twee meest voorkomende vervolgen van een eerste consultatief contact.

Grafiek 3.2: Verloop in de tijd van het aandeel van vier beroepsgroepen in “klassieke consultaties”



Grafiek 3.3: Verloop in de tijd van het aandeel van vier beroepsgroepen in “telefonische consultaties



### 3.4 Consultaties binnen projecten die in een verschillend stadium zitten

In de enquête die alle projecten voorjaar 2004 ontvingen, is gevraagd naar de fase waarin deze projecten zich bevinden. We onderscheidden drie mogelijke fasen:

1. het project was nog in een startfase of werd projectmatig uitgevoerd, zonder dat men al aandacht besteedde aan een eventuele borging in een toekomst waarin geen consultatieregeling meer zou bestaan
2. het project werd nog (deels) uit consultatiegelden betaald, maar men was bezig het project ook voor de toekomst zeker te stellen
3. het project was opgenomen in de reguliere activiteiten van de GGZ-instelling en er waren financiële afspraken met zorgkantoor o.i.d. gemaakt

Op basis hiervan konden we 29 projecten uit ons registratiesysteem aanmerken als projecten waarvan de financiering al binnen de reguliere zorg was ondergebracht, 28 projecten die zich in een overgangsfase bevonden en 23 projecten die nog geen borging voor de toekomst hadden en het project binnen de projectregeling uitvoerden. We weten dus van 80 van de 129 projecten in welke fase van borging ze zich bevinden. Een aantal van de 129 projecten waarvan op enig moment registraties zijn verzameld was al gestopt als project of in ieder geval met registreren voor april 2004, toen de gegevens omtrent borging verzameld werden. Voorts is in die betreffende enquête de vraag in kwestie niet door ieder project beantwoord. Omdat de nu volgende tabellen maar op 62% van alle projecten berusten, kunnen de genoemde percentages afwijkend zijn van de totalen die in tabellen 3.1, 3.7 en 3.10 vermeld worden.

In deze paragraaf bezien we enige cijfers omtrent deze drie soorten projecten zoals deze vanaf januari 2003 geregistreerd werden.

Het idee achter deze vergelijking is dat projecten die aangeven hun consultatieve activiteiten voor 2006 en later al gezeurd te hebben de beste indicatie vormen voor de wijze waarop consultatie in de toekomst gestalte zal krijgen, terwijl de projecten die aangeven hieraan nog geen aandacht besteed te hebben de grootste kans hebben een consultatiepraktijk te laten zien die de langste tijd gehad heeft.

#### *Omvang en stijl*

Tabel 3.12 laat zien dat projecten die nog geheel in de projectfase zitten wat omvang betreft een relatief kleine omzet hebben. Binnen deze projecten vindt relatief veel “klassieke consultatie” in aanwezigheid van de consultatievrager plaats maar het grootste aandeel hebben de contacten zonder vrager. Dit laatste is nog sterker het geval bij projecten die zeggen in de overgang naar reguliere zorg te zitten; dit zijn van de drie onderzochte groepen ook de projecten met de grootste omzet. Projecten die aangeven hun consultatieve activiteiten al binnen het reguliere aanbod geregeld te hebben zijn meer gemiddeld van omvang. Consultatie in aanwezigheid van de consultatievrager en telefonische consultatie zijn hier zeker gemiddeld vertegenwoordigd.

Tabel 3.13 Omvang en stijl van projecten die zich in verschillende fasen van borging bevinden

	<b>Project in start- of uitvoeringsfase</b>	<b>Project in overgang naar reguliere zorg</b>	<b>Reguliere zorg</b>
Aantal projecten	23	28	29
Aantal patiënten waarvoor consultatie gevraagd wordt. (sinds 1 jan 2003)	3988	13674	7728
Aantal patiënten per project	173	488	266
Percentage telefonische consultaties	7%	10%	17%
Percentage contacten zonder cons.vrager	50%	59%	43%
Percentage contacten met cons. vrager	42%	26%	37%

#### *In- en uitstroom*

Tabel 3.14: consultatievragers bij projecten die medio 2004 nog in start/uitvoeringsfase, in overgangsfase zaten of die consultatie reeds als reguliere zorg geregeld hadden

	<b>Project in start- of uitvoeringsfase</b>	<b>Project in overgang naar reguliere zorg</b>	<b>Reguliere zorg</b>
Huisarts	81%	90%	87%
AMW	7%	5%	4%
Eerstelijnspsycholoog	10%	1%	1%
Anders	1%	3%	9%

We constateren dat bij de projecten waar consultatie al reguliere zorg is het percentage vragen van de kant van AMW en eerstelijns psycholoog lager is dan bij projecten die nog in de start/uitvoeringsfase zitten. Van een aantal specifieke projecten waar “anderen” bij betrokken zijn, lijkt de toekomst daarentegen verzekerd te zijn.

Tabel 3.15: vervolg van eerste consultaties bij projecten in verschillende fasen van borging.

	<b>Project in start- of uitvoeringsfase</b>	<b>Project in overgang naar reguliere zorg</b>	<b>Reguliere zorg</b>
Cons.vrager zet behandeling voort	31%	25%	22%
Vervolgconsultatie	18%	36%	41%
Verwijzing binnen 1e lijn	15%	12%	10%
Verwijzing specialistische GGZ	14%	21%	21%
Anders	6%	6%	5%

Binnen projecten die hun toekomst in de reguliere zorg al veilig gesteld hebben, zijn een vervolgconsultatie na een eerste gesprek en een verwijzing naar de specialistische GGZ relatief veel voorkomende afsluitingen. In iets mindere mate geldt dat ook voor projecten die aangeven al een eind op weg te zijn met de overgang naar een regeling. Het zijn de projecten met vooralsnog het minste toekomstperspectief waar de consultatievrager het meest frequent de behandeling zelf voortzet of waar naar de eerstelijns in plaats van naar de tweede lijn wordt verwezen.





## 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 deze vierde rapportage over de registratie van consultatieve projecten hebben we vooral aandacht besteed aan de instroom (welke hulpverleners bieden patiënten aan welke consultatiegevers ter consultatie aan) en de uitstroom (waar gaan deze patiënten na consultatie heen). Deze gegevens vormen de kern van hetgeen na de vereenvoudiging van de formulieren in mei 2003 nog steeds geregistreerd wordt. Voor de analyses rond kenmerken van patiënten en hun problemen en rond de adviezen die gegeven worden verwijzen we naar de drie vorige rapportages. In het afgelopen jaar zijn daarover geen nieuwe data meer verzameld.

Van deze instroom en uitstroom hebben we in deze rapportage drie aspecten in beschouwing genomen: welke ontwikkelingen laten ze zien in de loop van de tijd, in hoeverre is er een relatie tussen de vigerende vorm van consultatie binnen een project en de karakteristieken van instroom en uitstroom, en in hoeverre zijn er in deze opzichten verschillen tussen projecten die zich in een verschillende fase van overgang van projectmatige aanpak naar reguliere zorg bevinden.

De volgende ontwikkelingen in de tijd kunnen we constateren. Het aandeel van huisartsen onder de consultatievragers, dat vanaf het begin veruit het grootste was, is alleen nog maar toegenomen. In het aandeel van het AMW konden we een afname constateren. Onder de consultatiegevers zien we hetzelfde: degenen die in het begin al het sterkst vertegenwoordigd waren, de SPV-en, zagen hun aandeel in de loop van de tijd nog toenemen. Het aandeel van psychiaters en psychologen nam af.

In het verlengde hiervan is er ook sprake van een relatieve toename van consultatieve contacten waarbij de consultatievrager niet aanwezig is. Dit zijn meestal contacten met een huisarts als consultatievrager en een SPV als consultatiegever. Echter, ook consultatieve contacten tussen een consultatievrager en –gever, zonder patiënt, namen lichtelijk toe in de tijd. Een afname is te zien in het aandeel van telefonische consultaties en consultaties waarbij consultatievrager, -gever én patiënt aanwezig zijn. Bij nadere analyse van de consultatiesetting waarbinnen vervolcontacten zich afspelen valt het op dat deze vervolcontacten ook bij telefonische consultaties en consultaties

met de consultatievrager erbij optreden. De gedachte in eerdere rapportages, toen we nog geen vervolcontacten registreerden was namelijk dat vervolcontacten een typisch product van consultatie met uitsluitend de cliënt waren, en daarom wezen op kortdurende behandeling. Uit dit resultaat maken we op dat vervolcontacten bij alle vormen van consultatie voorkomen, met uitzondering van de vorm waarin consultatievrager, -gever en patiënt acte de présence geven.

Letten we op de uitstroom, dan zien we in de loop van de tijd een relatieve toename van eerste consultaties die eindigen met een vervolconsultatie, een lichte toename van verwijzingen naar de eerstelijns GGZ, een lichte afname van een voortzetting van de behandeling door de consultatievrager en een afname van verwijzingen naar de 2<sup>e</sup> lijns GGZ.

Bezien we de uitstroom bij de consultaties waarbij in eerste instantie een vervolconsultatie werd afgesproken, na een laatste vervolcontact, dan blijkt nog niet in de helft van deze gevallen de oorspronkelijke consultatievrager de behandeling weer over te nemen. Dertig procent eindigt per saldo in een verwijzing naar de 2<sup>e</sup> lijns GGZ en tien procent in een verwijzing binnen de eerstelijns GGZ.

Vervolgens is aandacht besteed aan projecten waarbij één van de drie volgende vormen dominant is (d.w.z. dat een duidelijke meerderheid van consultaties binnen een project die vorm aannam). Het gaat om “klassieke consultatie”, consultatie waarbij de consultatievrager lijfelijk aanwezig is, telefonische consultatie, en bijeenkomsten van consultatiegever en patiënt.

Laatstgenoemde komen het meeste voor, slechts een zevental projecten leveren hoofdzakelijk telefonische consultatie.

Vergelijken we deze projecten dan blijkt de “productie” (aantal patiënten waarover consultatie gegeven wordt per tijdseenheid) van projecten waar in de regel een consultatiegever in gesprek gaat met de patiënt het hoogst te zijn en die van “klassieke consultatie” het laagst. Bij projecten die hoofdzakelijk telefonische consultatie geven, zien we de productie in de eerste helft van de tijd tussen deze beide andere vormen liggen, maar vervolgens neemt dit zo af dat in het laatste jaar de gemiddelde productie van deze projecten lager ligt dan die van projecten die zich op “klassieke consultatie” toeleggen.

Een punt dat opvalt wanneer we de productiecijfers in beschouwing nemen, is dat het gemiddeld aantal vervolconsultaties bij die projecten waar we die veel verwachtten (consultaties zonder consultatievrager) gemiddeld nauwelijks hoger dan twee zijn. Bij de projecten waarbij de consultatievrager niet aanwezig is, is de huisarts bijna altijd de consultatievrager.

AMW en ELP komen in beide andere vormen meer aan bod, hoewel zichtbaar is dat het AMW in de loop van de tijd binnen “klassieke consultatieprojecten” steeds minder als vrager aan bod komt.

Telefonische consultatie (vaak complexe problematiek) leidt in het algemeen tot relatief veel verwijzingen naar de tweedelijns, klassieke consultatie tot relatief veel voortzetting van de behandeling door de consultatievrager.

Ten slotte hebben we onderzocht of instroom en uitstroom verschilt al naar gelang

projecten in een verder gevorderd stadium van integratie in de reguliere zorg zitten. Projecten die aangeven nog geheel met projectmatige uitvoering bezig te zijn, hebben een lagere productie dan projecten die bezig zijn met de overgang naar een definitievere regeling dan wel dit al geregeld hebben. Het valt op dat eerstelijnspsychologen nauwelijks een rol als consultatievrager spelen in projecten die bezig zijn met die overgang of al consultatie als reguliere zorg bieden. We nemen aan dat dit projecten zijn die met name vanuit de tweedelijns GGZ geregistreerd worden. Ten slotte valt het op dat binnen projecten die consultatie al als reguliere zorg bieden (en in iets mindere mate ook bij projecten in de overgang) de afsluiting van een eerste consultatief contact vaak een vervolcontact of een verwijzing naar de tweede lijn is.

### **4.3 Methodologische beschouwingen**

We wezen er vorig jaar al op (Zantinge e.a. 2004) dat de projecten die in deze registratie beschreven worden, geleidelijk aan buiten de consultatieregeling gaan vallen. 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. Naarmate de registratie van consultatieve contacten een grotere afstand krijgt van de deelname aan de consultatieregeling en we er ook steeds meer toe overgaan elektronische bestanden over te nemen van ex-deelnemers aan onze papieren registratie, wordt het ook moeilijker om uit te maken hoe volledig de registratie nog is. Daarom moet niet zozeer afgegaan worden op de absolute aantallen die in deze rapportage worden genoemd maar vooral gekeken worden naar de veranderingen in de verhoudingen die we waarnemen. 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.

Dit jaar hebben we op grotere schaal dan vorig jaar 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**

Met deze voorbehouden in gedachte kunnen we de drie vragen die in paragraaf 1.3 gesteld zijn op de volgende wijze beantwoorden

*Welke ontwikkelingen m.b.t. de inhoud van de consultaties zijn er landelijk te constateren van 2000 tot 2004?*

Het is in de samenvatting hierboven al uiteengezet. Het model waarin de huisarts een patiënt doorstuurt naar een SPV zonder daarbij zelf aanwezig te zijn was vanaf het begin het meest populair en is alleen maar populairder geworden. De klassieke consultatie, die men van de kant van het beleid oorspronkelijk meer voor ogen had, is er in getale niet op achteruit gegaan maar is nooit zo populair geweest. Het vragen van consultatief advies door AMW en eerstelijnspsycholoog was niet veel voorkomend en is alleen maar achteruitgegaan.

Het is de vraag of men hardnekkig moet streven naar een verbetering van de positie van deze disciplines als consultatievrager. Wellicht is hun rol binnen de eerstelijns GGZ, waarheen na afloop van een consultatief contact verwezen kan worden, van meer belang in de toekomst. Dit is een afloop van consultatieve contacten die in de loop van de tijd meer voorkomend is geworden.

De afloop van consultatieve contacten die in de loop van de tijd steeds meer is gaan voorkomen is de vervolgsconsultatie. Dit is inherent aan de toenemende populariteit van de SPV om de patiënt kortdurend aan over te dragen. Overigens blijkt uit onze analyses dat het gemiddeld aantal contacten met de patiënt ook in deze situaties zich tot drie á vier te beperken.

Vanuit de gedachte dat de consultatie vooral gericht moet zijn op meer opvang van psychische problemen in de eerstelijns, is de geconstateerde lichte afname van verwijzingen naar de tweedelijns GGZ als resultaat van de consultatie een pluspunt. Was dit in de beginperiode bij bijna een derde van alle eerste contacten het resultaat, drie jaar later is dat bij minder dan 20% van de gevallen het resultaat. Overigens bleek uit onze analyse van de hele patiënten stroom dat per saldo nog steeds dertig procent van de patiënten waarover consultatie gevraagd wordt uiteindelijk in de gespecialiseerde GGZ belandt.

*In hoeverre zijn er verschillen tussen projecten die zich toeleggen op “klassieke consultatie”, “consultatie in afwezigheid van consultatievrager” en “telefonische consultatie”*

Letten we op de verschillen tussen de onderscheiden vormen van consultatie, dan is het verschil in productie in het oog vallend. Projecten waarbij in het algemeen de consultatievrager niet aanwezig is bij de consultaties nemen meer dan drie keer zoveel patiënten in consultatie dan projecten waarbij de vrager met de consultatiegever over de patiënt praat. Er is weinig verschil tussen beide vormen met betrekking tot de gegenereerde verwijzingen naar 2<sup>e</sup> of 1<sup>e</sup> lijns GGZ. Andere verschillen, die er wel zijn (huisartsen c.q. SPV oververtegenwoordigd bij de eerste soort, vervolgsconsultatie oververtegenwoordigd bij de eerste soort, voortzetting behandeling door vrager het meest voorkomend bij de klassieke consultatie) komen voort uit de aard van de twee verschillende types.

Telefonische consultatie blijft een apart fenomeen. Veel aangetroffen bij andere consultatievragers dan de kerndisciplines uit de eerstelijns, vaak leidend tot verwijzing naar specialistische GGZ, en in de loop van de tijd teruglopend in populariteit.

*In hoeverre zijn er verschillen tussen projecten die nog in de uitvoeringsfase van het*

*project zitten en projecten die hun consultatieve activiteiten voor de toekomst binnen een reguliere regeling consolideren.?*

Nemen we de omvang van het aantal geregistreerde consultaties in ogenschouw, dan mogen we stellen dat consultatieve activiteiten ook na afloop van de consultatieregeling op veel plaatsen in Nederland door zullen blijven gaan, maar nu als reguliere zorg, waarover door GGZ-instellingen met zorgverzekeraars afspraken gemaakt worden.

Wanneer we de projecten in verschillende fasen bekijken, dan heeft het er de schijn van dat zowel de klassieke consultatievorm als de inzet van SPV-en in de eerstelijns aan wie met name de huisarts patiënten ter consultatie aanbiedt in de nabije toekomst blijven bestaan. Het is wel de vraag in hoeverre het AMW en de eerstelijns psycholoog als consultatievrager aan bod zullen komen in de projecten die in de toekomst onder reguliere zorg vanuit de GGZ zullen vallen. Wanneer we afgaan op de participatie van deze beroepsgroepen gedurende het afgelopen jaar in de projecten die ver op weg naar regulering van de consultatieve activiteiten waren, dan wordt hun positie als consultatievrager marginaal. Wellicht zijn het vooral de projecten waarin de SPV gedurende enige dagdelen in de huisartspraktijk wordt gedetacheerd, die al in vergaande mate in de reguliere zorg van de GGZ-instelling zijn opgenomen. Dergelijke projecten kennen immers een geringe participatie van AMW en eerstelijnspsycholoog. Telefonische consultaties zullen maar een klein aandeel in blijven nemen. In de regelingen die tot nu toe getroffen zijn, zal snelle voortzetting van de behandeling door de consultatievrager minder prominent aanwezig zijn dan onder de consultatieregeling het geval was. Vervolgconsultaties en ook verwijzingen naar de specialistische GGZ zullen niet verder meer afnemen.

In een aantal instellingen wordt reeds gewerkt aan verschillende arrangementen waaruit eerstelijns partners kunnen kiezen. Kortdurende overdracht van de behandeling aan een in de eerstelijns praktijk gedetacheerde SPV-er, eenmalige consultatieve gesprekken of de mogelijkheid tot telefonische raadpleging, ieder tegen eigen tarieven. Wanneer de GGZ kans ziet in de toekomst dergelijke keuzepakketten overal in Nederland aan te bieden, dan kan op zo gedifferentieerd mogelijke wijze de expertise van de GGZ aan de eerstelijns worden aangeboden, zodat dit aanbod maximaal bij de behoefte aansluit.



# Literatuur

- Gersons BPR. De consultatiemethode in de preventieve psychiatrie. Alphen aan de Rijn: Samson, 1977.
- Huyse FJ. Systematic interventions in C/L psychiatry. (Academisch proefschrift). Amsterdam, VU pers, 1989
- 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 eerstelijnszorg. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 2003; 58(6): 547-558.
- 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.
- Zantinge EM, Verhaak PFM, Voordouw I, Berg JF vd, GGZ-consultaties aan de eerstelijnszorg (Registratie 2000-2003). Utrecht: Nivel/Trimbosinsituut, 2004





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











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







