



Dit rapport is uitgegeven door het Nivel in 2002.

De gegevens mogen met bronvermelding (GGZ-consultaties aan de eerstelijnszorg (registratie 2001), E.M. Zantinge, P.F.M. Verhaak, W.J. de Vries, S.A. Meijer, J. F. van den Berg, B.S. Schaefer) worden gebruikt. Het rapport is te bestellen via receptie @nivel.nl.

GGZ-consultaties aan de eerstelijnszorg (Registratie 2001)

E.M. Zantinge
P.F.M. Verhaak
W.J. de Vries
S.A. Meijer
J. F. van den Berg
B.S. Schaefer

Utrecht, 2002

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

GGZ-consultaties aan de eerstelijnszorg

(Registratie 2001)

E.M. Zantinge, P.F.M. Verhaak, W.J. de Vries, S.A. Meijer, J. F. van den Berg, B.S. Schaefer

Utrecht: Nivel

ISBN 90-6905-560-0

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

Inhoud

1	Inleiding	5
2	Methode	9
3	Resultaten	15
3.1	Inleiding	15
3.2	Landelijke gegevens	15
3.3	Verschillen in tijd	25
3.4	Verschillen tussen de projecten	27
4	Conclusies en aanbevelingen	32
	Verwijzingen	39
	Bijlage 1	41

1 Inleiding

Achtergrond

Sinds 1999 stelt het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport jaarlijks geld beschikbaar ten behoeve van consultatieprojecten in de Geestelijke Gezondheidszorg, met de zogenaamde regeling Consultatiegelden. Het doel van deze regeling is om eerstelijns GGZ-medewerkers zoals huisartsen, algemeen maatschappelijk werkers en eerstelijnspsychologen de mogelijkheid te bieden consultatie te vragen aan GGZ-specialisten in de tweede lijn. Onder de consultatiemethode wordt 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 een gesprek plaats tussen de consultatievrager en consultatiegever; in de praktijk blijken ook andere vormen van consultatie te bestaan, zoals bijvoorbeeld een gesprek tussen consultatiegever en de patiënt.

Met de regeling Consultatiegelden wordt jaarlijks geld beschikbaar gesteld door het Ministerie van VWS om consultatie-initiatieven in de vorm van projecten te subsidiëren. De consultatieregeling past binnen het beleid van het ministerie van VWS dat gericht is op het versterken van de eerstelijns GGZ, waaronder de huisarts, het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) en de eerstelijnspsycholoog. Door middel van verschillende maatregelen wordt gestreefd naar 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, gericht op het AMW. Goede consultatiemogelijkheden van de tweede- aan de eerstelijns dragen bij aan een betere samenwerking tussen de lijnen en deskundigheidsbevordering binnen de eerstelijns.

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

Het Steunpunt tussen de Lijnen

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 enerzijds in dat wordt bijgehouden welke initiatieven op welke plek gestart zijn. Per project worden projectkenmerken vastgelegd, zoals bijv. wie de

betrokkenen van een project zijn, wat voor soort consultatie wordt geboden en of het project zich richt op speciale doelgroepen. Zo ontstaat een landelijke beeld van waar zich consultatie-activiteiten ontwikkeld hebben en hoe deze projecten eruit zien. Anderzijds heeft het Steunpunt een registratie van consultatieve activiteiten ontwikkeld, waarmee inzichtelijk wordt hoe de consultatieve bijeenkomsten er daadwerkelijk uit zien. Elk gestart consultatieproject wordt door het Steunpunt benaderd om deel te nemen aan deze registratie. De consultatiegevers van het consultatieproject worden verzocht bij elke patiënt waarover zij een nieuwe consultatievraag ontvangen een aantal gegevens met betrekking tot de consultatie te registreren.

Naast deze monitor- en registratie-functie 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 de Nieuwsbrief worden ook de projecten op de hoogte gesteld van de resultaten van de monitoring van projecten en consultatieve bijeenkomsten.

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 regelmatig aan de Stuurgroep tussen de Lijnen over de bevindingen bij de monitoring en registratie van projecten en consultatieve bijeenkomsten. In april 2000, augustus 2000 en september 2001 is gerapporteerd over de toekenning van consultatiegelden en zijn de projecten beschreven. In december 2000 is voor het laatst aan de Stuurgroep tussen de Lijnen gerapporteerd over de consultatieve bijeenkomsten. Vervolgens is in februari 2001 voor de consultatieprojecten zelf nog verslag gedaan van de consultatieregistratie middels de Nieuwsbrief tussen de Lijnen.

Monitoring consultatieve bijeenkomsten

In deze rapportage staat de monitoring van consultatieve bijeenkomsten centraal. Het afgelopen jaar is de registratie-activiteit onder consultatieprojecten sterk gestegen, waardoor we over een groter aantal projecten kunnen rapporteren. Met dit geheel aan consultatieregistraties kunnen we een landelijk beeld schetsen van de inhoud van consultaties.

Omdat sommige projecten al langere tijd hun consultaties registreren kunnen ook eventuele ontwikkelingen door de tijd heen zichtbaar gemaakt worden. Het is mogelijk dat er verschillen zijn tussen consultaties van projecten die zich nog in de opstartfase bevinden en consultaties van projecten die al langere tijd bezig zijn. Omdat de startdatum van de consultatieprojecten sterk kan verschillen, is in deze rapportage per project een verdeling gemaakt tussen consultaties in de startperiode van een project en latere consultaties. Deze indeling biedt niet alleen de mogelijkheid om ontwikkelingen in consultaties door de tijd heen in kaart te brengen, maar kan eveneens richtlijnen geven om het nut van een doorlopende consultregistratie over een langere periode te bezien. Indien blijkt dat er gedurende een langere periode ontwikkelingen zichtbaar zijn bij het registreren van consultregistraties door de tijd heen, kan een doorlopende registratie nieuwe informatie opleveren. Zo niet, kan het nut van consultregistratie over een langere periode worden herzien.

Naast deze landelijke indrukken besteden we in deze rapportage ook aandacht aan de inhoud van consultaties per project. Bezien wordt of de inhoud van consultaties nu juist

een homogeen of een heterogeen beeld oplevert wanneer een vergelijking tussen de projecten wordt gemaakt. De vraag is of de projecten op elkaar lijken of juist erg verschillend zijn. Het bekijken van consultaties binnen de projecten levert bovendien nog een ander voordeel op. Naast de verschillen in startdatum tussen de projecten, is er ook grote diversiteit in het aantal ingestuurde registratieformulieren tussen de projecten. Projecten die op grote schaal registratieformulieren hebben ingevuld, kunnen het landelijke beeld van de inhoud van consultaties beïnvloeden omdat ze een groter aandeel in het geheel hebben. Wanneer de consultaties per project bekeken worden, in plaats van over het geheel aan landelijk verzamelde consultaties, wordt deze invloed recht getrokken.

Naast het landelijke beeld dat wij in december 2000 hebben geschetst, kunnen we nu dus ook ontwikkelingen door de tijd heen en bevindingen op het niveau van de projecten rapporteren. De volgende onderzoeksvragen staan daarbij centraal:

- 1) Wat is het landelijke beeld van de inhoud van consultatieve bijeenkomsten?
- 2) Zijn er ontwikkelingen door de tijd heen zichtbaar in de inhoud van consultatieve bijeenkomsten?
- 3) Wat is het beeld van de inhoud van consultatieve bijeenkomsten op het niveau van de projecten?

Op basis van de beantwoording van deze drie vragen krijgen we een indruk van de bijdrage die deze consultatie-projecten leveren aan het versterken van de eerstelijns-GGZ.

Indeling van deze rapportage

In hoofdstuk 2 wordt aandacht besteed aan de methode die wij gebruikt hebben om zicht te krijgen op de consultatieve bijeenkomsten bij de consultatieprojecten.

In hoofdstuk 3 worden resultaten gepresenteerd van het landelijke beeld van de inhoud van consultatieve bijeenkomsten (onderzoeksvraag 1). Vervolgens wordt ingegaan op ontwikkelingen door de tijd heen (onderzoeksvraag 2). Tenslotte staat de inhoud van consultatieve bijeenkomsten binnen de projecten centraal (onderzoeksvraag 3).

Hoofdstuk 4 bevat conclusies en aanbevelingen voor de Stuurgroep tussen de Lijnen.

2 Methode

Inleiding

Om zicht te krijgen op de inhoud van consultatieve bijeenkomsten, vindt vanaf het jaar 2000 een doorlopende registratie plaats van consultatieve bijeenkomsten. In dit hoofdstuk wordt achtereenvolgens ingegaan op de procedure van gegevensverzameling, de beschrijving van de projecten, het formulier voor de registratie, en de gehanteerde analyses in deze rapportage.

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 consultregistratie is opgenomen als één van de voorwaarden voor de projecten om in aanmerking te komen voor het ontvangen van consultatiegelden.

Indien een project kan starten met de consultregistratie, ontvangt de betreffende projectcoördinator van het Steunpunt registratieformulieren. Elk project heeft een uniek project-nummer, dat vermeld staat op elk registratieformulier, waardoor ook per project gerapporteerd kan worden.

De projectcoördinatoren verspreiden de registratieformulieren onder alle consultatiegevers van een project. De bedoeling is dat de consultatiegevers bij elke patiënt waarover zij een nieuwe consultatievraag ontvangen het formulier 'Registratie consultatieve bijeenkomsten' invullen (zie bijlage 1). Indien over dezelfde patiënt meerdere keren consultatie wordt gevraagd, wordt alleen bij het eerste contact een formulier ingevuld.

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 zijn zo voor gecodeerd, dat verwerking plaats kan vinden door middel van een scanner.

Deelnemende projecten

Bij het Steunpunt tussen de Lijnen zijn 112 projecten bekend die gebruik maken van de regeling consultatiegelden. De gegevens waarover wordt gerapporteerd zijn afkomstig van de 75 projecten. De registratieformulieren die het Steunpunt tussen de Lijnen voor 1 oktober 2001 heeft ontvangen zijn betrokken bij deze rapportage.

Het laatste jaar is het aantal projecten dat consultatieve bijeenkomsten registreert sterk toegenomen. In december 2000 werd gerapporteerd over 40 projecten en 1.658 registratieformulieren; negen maanden later zijn dat 75 projecten en 11.411 formulieren. In tabel 2.1 is opgenomen op welke schaal de consultatieprojecten registreren.

Tabel 2.1 Verdeling van de projecten naar aantal ingestuurde registratieformulieren

Aantal ingestuurde registratieformulieren	Aantal projecten (n= 75)
1-50	29
51-100	21
101-200	16
201-1000	7
>1000	2

Bij de beantwoording van de eerste onderzoeksvraag, het schetsen van een landelijk beeld van consultatieve bijeenkomsten, wordt over al deze 12.517 formulieren gerapporteerd. Omdat twee projecten een buiten-proportionele bijdrage aan het aantal ingezonden formulieren hebben geleverd, wordt bij deze rapportage over alle formulieren iedere keer bezien, of de resultaten anders zijn wanneer de formulieren van deze twee projecten buiten beschouwing worden gelaten.

Om ontwikkelingen door de tijd heen in kaart te kunnen brengen, is de hele database per project gesplitst in 'oude' en 'nieuwe' consultaties, gebaseerd op de datum van consultatie, waarbij per project de mediaan van het aantal consultaties als grens is gehanteerd. Omdat de startdata van de projecten sterk uiteen kunnen lopen is het van het belang om deze indeling per project te maken, in plaats van over het geheel aan consultaties. Op deze manier wordt bij elke consultatie zichtbaar of deze zich afspeelde in de beginperiode van het project of in de latere periode. Projecten die in totaal minder dan 20 registratieformulieren hebben ingevuld zijn hierbij buiten beschouwing gelaten. Deze selectie zorgt er ook voor, dat projecten die recent zijn begonnen met het registreren van consultaties buiten de selectie vallen omdat zij waarschijnlijk nog niet meer dan 20 formulieren hebben ingeleverd. Over dit resterende bestand van 10.614 consultaties is gekeken naar verschillen tussen de eerste en tweede periode van de projecten.

Voor de beantwoording van de derde onderzoeksvraag, het in kaart brengen van de inhoud van consultatieve bijeenkomsten binnen de projecten, is een geaggregeerde bestand van 63 projecten gebruikt (zonder de projecten met minder dan 20 consultaties). Door op het niveau van de projecten naar de gegevens te kijken, valt de invloed van de grote verschillen in aantallen ingevulde registratieformulieren tussen de projecten weg en kunnen verschillen tussen de projecten zichtbaar worden gemaakt.

Van de 112 projecten die gebruik maken van de regeling consultatiegelden, namen op 30 september 2001 75 projecten deel aan de consultregistratie. Er waren dus 37 projecten die nog geen consultatieve bijeenkomsten registreren. Het grootste deel van deze niet-registrerende projecten zijn projecten die een startdatum hebben in 2001. Uit de tussenrapportage 'Monitoring Consultatieve Projecten' van september 2001 komt naar voren dat er in het jaar 2001 36 gaan starten of al gestart zijn. 27 van deze nieuwe projecten registreren nog geen consultaties. Daarnaast zijn er nog 10 projecten die al wel in het jaar 2000 of eerder van start zijn gegaan, maar nog steeds niet aan de registratieverplichting voldoen.

Overigens zijn er na september 2001 al weer 5 nieuwe projecten gestart met de consultregistratie. Deze projecten zijn niet opgenomen in deze rapportage.

Registratieformulier

Het formulier voor de registratie van consultatieve bijeenkomsten (zie bijlage 1) wordt telkens ingevuld wanneer een consultatiegever een nieuwe consultatievraag over een patiënt ontvangt. Het formulier bestaat uit vragen met vaste antwoordcategorieën, betreffende de setting, de aanleiding, de inhoud en het gevolg van de consultatie.

Setting van de consultatie

Het formulier bevat algemene informatie over de consultatie zoals de datum van consultatie en welke partijen betrokken zijn bij de consultatie. 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	

Vervolgens wordt aangegeven wat de setting van de consultatie is:

- Telefonisch 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

Met betrekking tot de klachten van de patiënt is een lijst van 23 klachten 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

In deze rapportage is gekozen voor een indeling in clusters van klachten die op de voorgrond aanwezig zijn (de klachten die de eerste prioriteit hebben gekregen) en klachten die meer op de achtergrond aanwezig zijn (klachten die een lagere prioriteit hebben gekregen).

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). Ook hier is in deze rapportage onderscheid gemaakt tussen redenen die op de voorgrond of op de achtergrond aanwezig zijn.

Inhoud van de consultatie

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

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

Analyses

De gegevens zijn verwerkt met SPSS-PC.

Om een landelijke beeld te geven van consultaties wordt eerst met behulp van tabellen een beschrijving van aantallen gegeven waarbij de consultatievrager, consultatiegever, de setting van de consultatie, de patiëntgegevens, de klachten, de reden van consultatie, de inhoud van het advies en het gevolg van de consultatie aan bod komen. Vervolgens wordt door middel van kruistabellen dezelfde variabelen besproken, uitgesplitst naar consultatiegever, consultatievrager en soort klachten. Omdat het een genest design, van 75 projecten met ongelijke aantallen consultaties en een ongelijksoortige aanpak betreft, zijn kruistabellen getoetst met behulp van multi-level analyse.

Om ontwikkelingen door de tijd heen zichtbaar te maken is eveneens gebruik gemaakt van kruistabellen, met een tweedeling in de periode waarin de consultatie plaatsvond (begin- of latere periode).

Om op het niveau van de projecten te kunnen kijken naar de inhoud van consultaties is de totale dataset geaggregeerd tot het niveau van de projecten. Van de variabelen die op het registratieformulier voorkomen is per project aangegeven welke percentages daarop van toepassing zijn.

Bij de tabellen geldt dat niet alle percentages optellen tot 100% omdat bij sommige vragen meerdere antwoorden gegeven kunnen worden. Dit is het geval bij de klachten van de patiënt, de reden van consultatie en de inhoud van het advies. Bij de beschrijving van de resultaten staat steeds apart vermeld wanneer de percentages niet tot 100% optellen.

3 Resultaten

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt gerapporteerd over de inhoud van de consultaties die binnen 75 projecten hebben plaatsgevonden. In totaal zijn er over 11.411 consultatieve contacten registratieformulieren ingevuld. Het gaat steeds om het eerste consultatieve contact over een bepaalde patiënt. Vervolg-consultaties over dezelfde patiënt worden niet geregistreerd. Het formulier waarop geregistreerd is, is in het vorige hoofdstuk besproken en opgenomen als bijlage 1.

We bespreken in dit hoofdstuk eerst de gegevens over het totale bestand. Hierbij wordt ingegaan op de kenmerken van consultatievrager, -gever, betreffende patiënt en setting waarin de consultatie zich afspeelt; de problemen waarvoor consultatie gevraagd wordt en de aard van de adviezen die uit de consultatie voortvloeien. In dit kader wordt ingegaan op eventuele samenhang tussen verschillende type consultatiegevers, aangeboden problematiek en adviezen.

Zoals gezegd in de methode sectie verschilt het aantal geregistreerde contacten sterk per project en zijn er met name twee projecten die een zeer aanzienlijk deel (38%) van alle registraties voor hun rekening nemen. In de rapportage op het niveau van de afzonderlijke consultaties is hiermee rekening gehouden door de diverse frequentieverdelingen en kruistabellen ook te berekenen voor het bestand waarin de twee grote projecten niet zijn meegenomen en worden afwijkingen in de tekst vermeld.

Vervolgens bezien we ontwikkelingen in bovengenoemde opzichten in de tijd. Nagegaan wordt of “oude” consultaties, uit de periode dat een werkwijze zich nog moest uitkristalliseren, verschillen van consultaties die meer recent zijn, wat betreft de setting waarin de consultatie zich afspeelt, de consultatiegever, de problematiek die wordt aangeboden en de adviezen die worden gegeven.

In de derde plaats wordt nagegaan hoe de consultaties per project gestalte hebben gekregen. Omdat er enige projecten zijn die zeer massaal hebben geregistreerd, bestaat de kans dat hun specifieke aanpak de resultaten, zoals beschreven in 3.2 en 3.3, heeft vertekend. Door op projectniveau de gegevens te beschouwen wordt een dergelijke vertekening rechtgetrokken. Tevens geeft deze analyse inzicht in de verschillen in wijze waarop de consultatieve projecten gestalte hebben gekregen.

3.2 Landelijke gegevens

De setting waarbinnen consultatie wordt gegeven

De setting waarbinnen consultatie wordt gegeven laat zich karakteriseren door de discipline van degenen die consultatie vragen en geven, door de wijze waarop de consultatie plaatsvindt (telefonisch, in persoonlijk contact). Zoals in de inleiding vermeld is er in de klassieke vorm van consultatie sprake van een gesprek tussen consultatievrager en -gever, maar het blijkt in de praktijk ook mogelijk dat de patiënt die het betreft aanwezig is bij dit gesprek of dat consultatiegever en patiënt samen het consultatieve gesprek voeren. Deze verschillende

aspecten van de setting waarbinnen de consultatie wordt gegeven komen in deze paragraaf aan de orde.

Tabel 3.1 maakt duidelijk dat de overgrote meerderheid van consultatievragers uit huisartsen bestaat. De groep “overigen”, die de tweede plaats inneemt, bestaat o.a. uit verpleegkundigen, kinderartsen en jeugdzorg. Het AMW is in 6 procent van de gevallen consultatievrager en eerstelijnspsychologen worden in 2% van de consultaties genoemd als consultatievrager.

Tabel 3.1 Consultatievragers (N= 11.108)¹

Huisarts	9.592	86%
AMW	672	6%
Eerstelijnspsycholoog	172	2%
Overig	672	6%

Wanneer de twee “mega-projecten” buiten beschouwing worden gelaten daalt het aandeel van de huisarts naar 79% en neemt het aandeel van AMW en overigen toe, beiden tot 9 procent.

In tabel 3.2 staat de discipline van de consultatiegevers weergegeven in combinatie met de setting waarbinnen de consultatie plaatsvindt. Zoals in het methode hoofdstuk uiteengezet zijn de consultatiegevers geclusterd in vier groepen: medisch specialisten, psychologen/pedagogen, verpleegkundigen en overigen. Omdat de eerste groep voor 86% psychiaters betreft, de tweede voor 96% door psychologen gevormd en de verpleegkundigen voor 97% SPV-en zijn, worden deze benamingen in de rest van de tekst gebruikt voor de eerste drie clusters.

Tabel 3.2 Consultatiegevers en de setting waarbinnen de consultatie zich afspeelt (N= 10.437)

	Psychiater		Psycholoog		SPV		Overig		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Telefonisch	647	54%	129	13%	629	9%	97	8%	1.502	14%
Cons.vrager + -gever	122	10%	95	10%	1.002	14%	221	19%	1.440	14%
Cons.vrager + -gever + pat.	87	7%	22	2%	400	6%	31	3%	540	5%
Cons.gever + patiënt	332	28%	702	73%	4.903	70%	739	62%	6.676	64%
Anders	15	1%	14	2%	152	2%	98	8%	301	3%
Totaal	1.203		962		7.086		1.186		10.437	

¹ Alle percentages in dit hoofdstuk zijn afgerond op hele getallen

In twee derde van de gevallen wordt consultatie gegeven door een SPV. In 12% is er sprake van een psychiater en in 9% van een psycholoog. In 11% is de consultatiegever "overig". Vaak is dit een maatschappelijk werker in dienst van de GGZ-instelling.

De meeste "consultaties", bijna twee derde, betreffen een vis à vis contact tussen consultatiegever en patiënt. In ongeveer 14% van de gevallen is er sprake van telefonische consultatie; een consultatief gesprek tussen consultatievrager en -gever, wat eigenlijk de klassieke vorm van consultatie is, komt ongeveer met dezelfde frequentie voor. 5% van de geregistreerde contacten betreft een consultatief gesprek tussen consultatievrager en -gever samen met de patiënt.

Psychiaters geven relatief vaak telefonisch consultatie. SPV-en en psychologen beperken zich veelal tot contacten met de patiënt zonder daarbij de consultatievrager te zien. De "klassieke consultatie", een gesprek tussen consultatievrager en -gever komt relatief het meest voor bij de groep overige consultatiegevers.

Wanneer een huisarts de consultatie aanvraagt, hetgeen meestal het geval is, gaat de over-all verdeling, getoond in tabel 3.2, in grote trekken op. Is echter een AMW-er of eerstelijnspsycholoog de consultatievrager, dan is er relatief vaker (ruim 20% van al hun consultatievragen) sprake van een telefonisch consult, en veel vaker (ongeveer de helft van alle gevallen) sprake van een overleg tussen consultatievrager en -gever. Een contact tussen de consultatiegever samen met de patiënt in kwestie is er maar in 10% tot 20% van de gevallen, terwijl dit in meer dan 72% van de keren dat een huisarts consultatie vraagt de uitkomst is.

Aangezien in de twee "mega-projecten" de setting in 89% van de gevallen uit een contact tussen consultatiegever en patiënt bestond en daarbij nauwelijks psychiaters werden ingeschakeld, vertekenen deze twee projecten de resultaten aanzienlijk. Telt men deze twee projecten niet mee, dan is er in 49% van de gevallen sprake van een contact tussen consultatiegever en patiënt en is er in 22% telefonisch contact, in 18% een contact consultatievrager - consultatiegever en in 7% een contact met consultatievrager, - gever en patiënt.

Aanleiding voor het consultatief contact

Op het registratieformulier (zie bijlage 1) was het mogelijk meerdere problemen waarvoor consultatie werd gevraagd aan te kruisen en te prioriteren. In tabel 3.3 staat per probleemgebied aangegeven hoe vaak het betreffende probleemgebied de eerste prioriteit had en hoe vaak de klacht als tweede of lager was aangekruist ("achtergrond")

Teneinde één en ander overzichtelijker te presenteren zijn de problemen geclusterd conform de in hoofdstuk 2 uiteengezette methode.

Tabel 3.3 Probleemgebieden waarover consultatie is gevraagd, uitgesplitst naar “eerste prioriteit” en “probleem op de achtergrond” (N= 11.411)

Probleemcategorie:	Eerste prioriteit		Meespelend op de achtergrond	
	N	%	N	%
Grote psychiatrie	990	9%	342	3%
Stemmingsstoornis	2.982	26%	1.263	11%
Angst en spanning	1.755	15%	1.273	11%
Somatoforme stoornis	314	3%	254	2%
Persoonlijkheid en gedrag	981	9%	728	6%
Psychosociale problematiek	2.635	23%	2.868	25%
Overige problemen	1.532	13%	1.460	13%

¹ Percentages tellen niet op tot 100%

Meest voorkomende problematiek zijn stemmingsstoornissen, in 26% van alle consultaties als primair probleem aangegeven, en psychosociale problematiek, zoals problemen met de partner en familie, opvoeding, het leggen van contacten en werk- of studie problemen. Deze psychosociale problematiek vormt 23% van de primaire problemen, speelde daarnaast ook nog eens in 25% van alle problemen op de achtergrond mee. Angst en spanning is de derde veel voorkomende categorie. Onder de overige problemen, die in 13% van de gevallen het primaire probleem vormden, vallen eet- en slaapstoornissen, seksuele stoornissen en psychotrauma. Problemen met alcohol en drugs (niet in de tabel) worden in 2% van de gevallen als primair probleem en in 1% als bijkomend probleem opgevoerd.

Wanneer we de twee “megaprojecten” buiten beschouwing laten tekent zich in grote lijnen hetzelfde beeld af, behalve dat dan psychosociale problematiek in 14% in plaats van 23% van de gevallen als eerste prioriteit wordt beschouwd. In de twee grote projecten wordt psychosociale problematiek vaker als reden van consultatie gezien dan in de overige projecten.

Het gaat in 40% van de gevallen om een nieuw probleem, in 33% om een bestaand probleem dat plotseling verergerd is en in 26% om patiënten die al jaren psychische klachten hebben.

De mate waarin de verschillende consultatievragers diverse problemen aansneden in hun consultaties is weergegeven in tabel 3.4. Hierbij is geen onderscheid gemaakt in de prioriteit van de problematiek.

Tabel 3.4 Probleemgebieden waarover door verschillende consultatievragers consultatie is gevraagd.

	Huisarts	AMW	Eerstelijns- Psycholoog	Overig
N:	9.592	672	172	672
Grote psychiatrie	10%	12%	8%	29%
Stemmingsstoornis	39%	29%	34%	21%
Angst en spanning	26%	23%	31%	16%
Somatoforme stoornis	5%	3%	1%	4%
Persoonlijkheid en gedrag	14%	21%	37%	21%
Psychosociale problematiek	44%	48%	41%	35%
Overige problemen	25%	25%	30%	34%

¹ Meer dan een opgave mogelijk. Percentages tellen op tot meer dan 100%

Psychosociale problemen en stemmingsstoornissen zijn voor alle consultatievragers belangrijke categorieën.

Stemmingsstoornissen worden relatief meer door huisartsen aangemeld, persoonlijkheids- en gedragsproblemen meer door eerstelijnspsychologen. De verdeling van diverse probleemgebieden over de verschillende consultatiegevers is als volgt.

Tabel 3.5 Probleemgebieden waarover door verschillende consultatiegevers consultatie is gegeven.

	Psychiater	Psycholoog	SPV	Overig
N:	1.295	1.059	7.524	1.273
Grote psychiatrie	20%	6%	11%	10%
Stemmingsstoornis	39%	35%	38%	32%
Angst en spanning	22%	24%	26%	24%
Somatoforme stoornis	8%	5%	5%	5%
Persoonlijkheid en gedrag	20%	14%	15%	15%
Psychosociale problematiek	30%	49%	46%	44%
Overige problemen	23%	23%	25%	29%

¹ Meer dan een opgave mogelijk. Percentages tellen op tot meer dan 100%

Stemmingsstoornissen worden relatief vaak door psychiaters in behandeling genomen. Psychiaters hebben daarentegen minder met psychosociale problematiek te maken. Voor de overige probleemgebieden zijn er geen significante verschillen tussen consultatiegevers.

De reden om consultatie te vragen voor deze problemen staat in tabel 3.6

Tabel 3.6 Reden om consultatie te vragen voor verschillende consultatievragers

	Huisarts	AMW	Eerstelijns- Psycholoog	Overig	Totaal
N:	9.592	672	172	672	11.108
Onduidelijkheid over diagnose	42%	41%	45%	30%	42%

Overmatig bezoek van patiënt	8%	6%	6%	4%	8%
Patiënt onttrekt zich aan behandeling	4%	6%	2%	8%	4%
Behoeftte aan advies i.v.m. therapietrouw	2%	3%	2%	3%	2%
Omgang met de patiënt	27%	57%	38%	35%	29%
Behoeftte aan advies over medicatie	12%	6%	16%	12%	12%
Behoeftte aan advies over verwijzing	58%	43%	45%	51%	57%
Overige reden	10%	6%	16%	21%	11%

¹ Meer dan een opgave mogelijk. Percentages tellen op tot meer dan 100%

De drie belangrijkste redenen om consultatie te vragen zijn de behoefte aan een verwijsadvies, onduidelijkheid over de diagnose van het probleem en behoefte aan advies over de omgang met de patiënt. Advies m.b.t. de medicatie wil men in een achtste van de gevallen. Negatieve beeldvorming over de patiënt (overmatig bezoek, wil geen behandeling, slechte therapietrouw) is bijna nooit een reden om consultatie te vragen.

Deze redenen worden in de "megaprojecten" in dezelfde mate naar voren gebracht als in de overige, behalve dat in de overige projecten in 37% van de gevallen werd aangegeven dat men behoefte had aan een advies over de omgang met de patiënt, waar dat in de twee grote projecten slechts in 17% van de consultaties het geval was.

Dit algemene beeld gaat voor verschillende consultatievragers afzonderlijk ook op: advies over verwijzing, onduidelijkheid over de diagnose en advies over omgang van de patiënt zijn zowel voor huisarts als voor AMW-er en eerstelijnspsycholoog de belangrijkste redenen om consultatie te vragen. Wel is er een accentverschil: voor de huisarts is een advies over verwijzing meer voorkomend als reden voor consultatie dan bij de twee andere eerstelijnsdisciplines. Advies over omgang met de patiënt is voor de AMW-er - en in mindere mate de eerstelijnspsycholoog - belangrijker dan voor de huisarts. Behoeftte aan medicatieadvies bestaat vooral bij de eerstelijnspsycholoog.

Tabel 3.7 Reden om consultatie te vragen aan verschillende consultatiegevers

	Psychiater	Psycholoog	SPV	Overig	Totaal
N:	1.295	1.059	7.524	1.273	11.151
Onduidelijkheid over diagnose	35%	44%	44%	33%	42%
Overmatig bezoek van patiënt	5%	6%	9%	5%	8%
Patiënt onttrekt zich aan behandeling	6%	2%	4%	3%	4%
Behoeftte aan advies i.v.m. therapietrouw	2%	1%	2%	2%	2%
Omgang met de patiënt	34%	22%	29%	33%	29%
Behoeftte aan advies over medicatie	33%	7%	10%	7%	12%
Behoeftte aan advies over verwijzing	47%	69%	57%	58%	57%
Overige reden	10%	9%	12%	9%	11%

¹ Meer dan een opgave mogelijk. Percentages tellen op tot meer dan 100%

Kijken we naar de verschillende consultatie gevende disciplines dan geldt opnieuw dat voor allen advies over verwijzing, diagnose en omgang van de patiënt belangrijk zijn. Bij psychologen en SPV-en als consultatiegever, wordt vaker advies over verwijzing als reden voor consultatie neergelegd dan bij de psychiater. Bij de psychiater is de reden voor consultatie relatief vaak een behoefte aan advies over medicatie.

Inhoud van de consultatie

De volgende reeks gegevens hebben betrekking op hetgeen er feitelijk in het consultatief contact aan de orde is geweest. Deze staan weergegeven in tabel 3.8

Tabel 3.8 Inhoud van de consultatie bij verschillende consultatievragers

	Huisarts	AMW	Eerstelijns- Psycholoog	Overig	Totaal
N:	9.592	672	172	672	11.108
Advies over medicatie	16%	9%	17%	12%	15%
Andersoortig behandeladvies	24%	28%	36%	19%	25%
Diagnostisch advies; lichamelijk	2%	1%	4%	4%	2%
Diagnostisch advies; psychisch	20%	15%	23%	16%	20%
Advies om te verwijzen naar GGZ	46%	27%	41%	44%	44%
Advies betreffende attitude hulpverlener	12%	41%	20%	26%	15%
Advies, overig	9%	5%	9%	23%	10%

¹ Meer dan een opgave mogelijk. Percentages tellen op tot meer dan 100%

In bijna de helft van de consultaties komt een verwijzing naar de GGZ als optie voor de patiënt ter sprake. Een advies over de behandeling door de consultatievragers wordt in 40% van de consultaties gegeven. In 15% betreft dit de medicatie, in 25% een andersoortig behandeladvies. Een diagnostisch advies wordt in ruim 20% van de gevallen gegeven. In 15% van de consultaties wordt de houding van de consultatievragers ten opzichte van de patiënt in het advies betrokken.

Huisartsen en overigen krijgen meer het advies om naar de GGZ te verwijzen dan AMW-ers of eerstelijnspsychologen. AMW-ers krijgen vaker dan de anderen adviezen met betrekking tot de houding die ze tot de cliënt moeten aannemen. Psychologen krijgen het meest advies over medicatie. Deze verschillen in type adviezen stemt overeen met de verschillen in redenen om consultatie te vragen tussen verschillende consultatievragers.

Tabel 3.9 Inhoud van de consultatie bij verschillende consultatiegevers

	Psychiater	Psycholoog	SPV	Overig	Totaal
N:	1.295	1.059	7.524	1.273	11.151
Advies over medicatie	43%	7%	13%	8%	15%
Andersoortig behandeladvies	30%	24%	24%	22%	25%
Diagnostisch advies; lichamelijk	4%	1%	2%	1%	2%
Diagnostisch advies; psychisch	14%	25%	20%	16%	20%
Advies om te verwijzen naar GGZ	45%	53%	43%	46%	45%
Advies betreffende attitude hulpverlener	16%	8%	14%	22%	15%
Advies, overig	5%	6%	11%	12%	10%

¹ Meer dan een opgave mogelijk. Percentages tellen op tot meer dan 100%

De achtergrond van de consultatiegever is in een aantal opzichten van invloed op de inhoud van de consultatie. Consultatiegevers met een medische achtergrond, meestal dus psychiaters geven meer adviezen m.b.t. de behandeling door middel van medicatie. Psychologen of pedagogen geven vaker een advies, gericht op psychische diagnostiek. Omdat meerdere vormen van advies binnen een consultatie mogelijk zijn, tellen de percentages op tot meer dan 100. Optelling van de percentages leert dat psychiaters en psychologen ongeveer 1,6 adviezen per consultatie geven, SPV-en en overigen ongeveer 1,3. De laatsten geven gemiddeld minder adviezen per consultatie en springen er daarom in geen enkele categorie uit ten opzichte van andere disciplines.

Advies over medicatie komt relatief vaker voor (20%) wanneer de twee “megaprojecten” niet meegerekend worden. Het is logisch dat dit type advies in die twee projecten weinig gegeven wordt, gezien de ondervertegenwoordiging van psychiaters in die projecten. Het advies betreffende de attitude van de hulpverlener komt ook vaker voor (20%) bij het niet meerekenen van de twee “megaprojecten”, waarschijnlijk omdat daar ook minder behoefte was bij de projecten (zie voorgaande).

In hoeverre is de inhoud van de consultatie afhankelijk van het type aangeboden probleem. In tabel 3.10 worden de verschillende adviezen die we geregistreerd hebben afgezet tegen de aanwezigheid van verschillende problemen.

Tabel 3.10 Inhoud van de consultatie bij verschillende probleemgroepen

	Grote Psychiatrie	Stemming stoornis	Angst en spanning	Somatoform stoornis
N:	1.309	4.192	2.837	568
Advies over medicatie	21%	24%	18%	16%
Andersoortig				

behandeladvies	21%	26%	26%	27%
Diagnostisch advies; lichamelijk	7%	2%	2%	7%
Diagnostisch advies; psychisch	25%	21%	21%	17%
Advies om te verwijzen naar GGZ	44%	44%	45%	44%
Advies betreffende attitude hulpverlener	18%	13%	15%	23%
Advies, overig	13%	10%	9%	7%
		Persoonlijk- heid	Psycho- sociaal	Overig
N:	1.709	5.036	2.876	
Advies over medicatie	13%	10%	14%	
Andersoortig behandeladvies	27%	25%	25%	
Diagnostisch advies; lichame- lijk	2%	1%	2%	
Diagnostisch advies; psychisch	22%	18%	21%	
Advies om te verwijzen naar GGZ	46%	48%	44%	
Advies betreffende attitude hulpverlener	26%	15%	16%	
Advies, overig	7%	9%	11%	

¹ Meer dan een opgave mogelijk. Percentages tellen op tot meer dan 100%

Het vervolg van de consultatie

Bij afloop van de eerste consultatieve bijeenkomst werd op het formulier ingevuld wat het vervolg op deze bijeenkomst zou zijn. Een voor de hand liggend vervolg is dat er een advies wordt gegeven aan de consultatievrager, die op basis daarvan de behandeling voortzet. Een andere mogelijkheid is een advies om de behandeling over te dragen aan een ander, binnen de eerstelijns of in de tweedelijns-GGZ. Een derde mogelijkheid is dat de consultatie wordt voortgezet. Dit kan inhouden dat er een tweede consultatief overleg is tussen consultatievrager en -gever, in de meeste gevallen betekent het dat de consultatiegever samen met de patiënt één of meer vervolgssessies heeft. Het staat ter discussie of men dit nog consultatie moet noemen of dat een (kortdurende) behandeling door de consultatiegever wordt gegeven. In tabel 3.11 staan deze verschillende uitkomsten bij consultatievragers uit verschillende disciplines op een rij.

Tabel 3.11 Vervolg van de consultatie bij verschillende consultatievragers.

	Huisarts	AMW	Eerstelijns- Psycholoog	Overig	Totaal
N:	9.374	654	170	615	10.813
Consultatievrager zet behandeling voort	22%	56%	52%	31%	25%
Consultatie wordt voortgezet binnen huidige setting	28%	7%	4%	10%	25%
Consultatie wordt voortgezet binnen andere setting	5%	6%	4%	9%	5%
Verwijzing binnen eerstelijns	9%	5%	7%	5%	9%
Verwijzing naar specialistische GGZ	27%	21%	31%	23%	26%
Verwijzing elders	10%	6%	2%	23%	11%

Slechts in een kwart van de gevallen is het gevolg van de consultatie dat de consultatievrager zelf de behandeling voortzet. In 45% is er sprake van een verwijzing, meestal naar de specialistische GGZ, soms binnen de eerstelijns of elders. In 30% volgt een voortzetting van de consultatie.

De inhoud van tabel 3.11 wordt duidelijk gekleurd door de twee “megaprojecten”. Telt men deze niet mee, dan is er in 32% van de consultaties sprake van voortzetting van de behandeling en in 17% van voortzetting van de consultatie binnen de huidige setting. De overige percentages blijven nagenoeg ongewijzigd.

Bezien we het vervolg voor verschillende consultatievragers dan zijn er verschillen. Het vervolg van de consultatie in het geval van de huisarts als consultatievrager is conform het algemene beeld, geschetst in kolom “totaal” met relatief veel voortzetting van de consultatie en relatief veel verwijzingen naar de specialistische GGZ. Wanneer AMW of eerstelijnspsycholoog consultatie vraagt, zet de betreffende vrager veel vaker zelf de behandeling voort. Verwijzing naar de specialistische GGZ is de andere optie. Voortzetting van de consultatie binnen de huidige setting wordt zelden aangetroffen in deze gevallen. Bezien we vervolgens het vervolg op de consultatie bij consultatiegevers uit verschillende disciplines.

Tabel 3.12 Vervolg van de consultatie bij verschillende consultatiegevers.

	Psychiater	Psycholoog	SPV	Overig	Totaal
N:	1.268	1.042	7.392	1.215	10.917
Consultatievrager zet behandeling voort	39%	22%	23%	24%	25%
Consultatie wordt voortgezet binnen huidige setting	7%	23%	29%	24%	25%
Consultatie wordt voortgezet binnen andere setting	5%	5%	4%	7%	5%
Verwijzing binnen eerstelijns	6%	9%	9%	8%	8%

Verwijzing naar specialistische GGZ	32%	28%	26%	25%	26%
Verwijzing elders	11%	14%	10%	13%	11%

Consultatie door een medicus, veelal een psychiater leidt er vaker toe dat de consultatievrager zelf de behandeling voortzet. Consultatie door psycholoog of verpleegkundige betekent vaker een voortzetting van de consultatie binnen de huidige setting. Dit lijkt te wijzen op een kortdurende behandeling door de consultatiegever. Consultatie door de psychiater leidt vaker tot een verwijzing naar de specialistische GGZ.

Tabel 3.13 Vervolg van de consultatie in verschillende settings.

	Telefonisch	Gever+ vrager	Gever+ vrager+ patiënt	Gever+ patiënt	Anders	Totaal
N:	1.480	1.422	539	6.671	238	11.746
Consultatievrager zet behandeling voort	28%	48%	36%	18%	32%	25%
Consultatie wordt voortgezet binnen huidige setting	9%	11%	20%	32%	17%	25%
Consultatie wordt voortgezet binnen andere setting	9%	8%	5%	3%	7%	5%
Verwijzing binnen eerstelijns	6%	4%	10%	10%	9%	9%
Verwijzing naar specialistische GGZ	35%	22%	22%	26%	22%	26%
Verwijzing elders	14%	6%	8%	11%	13%	11%

De uitkomsten van de consultatie zijn niet in alle settings hetzelfde. Telefonische consultaties leiden vaak tot verwijzing, consultaties waar de consultatievrager lijfelijk bij aanwezig is tot voortzetting van de behandeling door de consultatievrager en consultaties met patiënt en consultatiegever tot voortzetting van de consultatie in de huidige setting.

Tabel 3.14 geeft aan in welke opzichten het vervolg van de consultatie verschillend kan zijn bij verschillende probleemgebieden.

Tabel 3.14 Vervolg op de consultatie bij verschillende probleemgebieden

	Grote Psychiatrie	Stemming stoornis	Angst en spanning	Somatoform stoornis
N:	1.281	4.112	2.787	556
Consultatievrager zet behandeling voort	31%	22%	23%	31%
Consultatie wordt voortgezet binnen huidige setting	15%	29%	26%	25%
Consultatie wordt voortgezet binnen andere setting	5%	5%	5%	5%
Verwijzing binnen eerstelijns	4%	7%	8%	8%
Verwijzing naar specialistische GGZ	33%	28%	29%	24%
Verwijzing elders	12%	9%	9%	8%
	Persoonlijkheid	Psychosociaal	Overig	
N:	1.680	4.932	2.803	
Consultatievrager zet behandeling voort	32%	22%	24%	
Consultatie wordt voortgezet binnen huidige setting	18%	28%	25%	
Consultatie wordt voortgezet binnen andere setting	6%	5%	5%	
Verwijzing binnen eerstelijns	7%	11%	9%	
Verwijzing naar specialistische GGZ	29%	23%	26%	
Verwijzing elders	9%	12%	12%	

Bij stemmingsstoornissen, angst en psychosociale problemen zien we vaker dat de consultatie nog wordt voortgezet dan bij grote psychiatrie of persoonlijkheidsstoornissen. Verwijzing naar de specialistische GGZ komt het meest voor bij grote psychiatrie, stemmingsstoornissen, angst en persoonlijkheids- of gedragsstoornissen. Psychosociale problemen worden het meest binnen de eerste lijn verwezen.

3.3 Verschillen in de tijd

In bovenstaande weergave zijn alle consultaties over een kam geschoren. Het is niet uitgesloten dat zich in de loop van een project geleidelijk wijzigingen in de opzet voltrekken. Om dit te onderzoeken vergelijken we de eerste helft van de consultaties uit ieder project met de consultaties uit de tweede helft. Omdat de verschillende projecten alle een eigen startdatum kennen is deze tweedeling per project bepaald (vgl. hoofdstuk 2).

De volgende tabellen geven de registratiegegevens betreffende consultatievrager, -gever, primair probleem, reden van consultatie, inhoud van consultatie en vervolg van de consultatie, uitgesplitst naar periode.

Tabel 3.15 Consultatievragers en gevers in de eerste en tweede helft van de consultaties

	Eerste helft (N= 5.462)	Tweede helft (N= 4.925)
Huisarts	87%	85%
AMW	6%	6%
Eerstelijnspsycholoog	2%	2%
Overig	6%	7%

	Eerste helft (N= 5.462)	Tweede helft (N= 4.944)
Psychiater	11%	13%
Psycholoog	11%	8%
SPV	67%	67%
Overig	11%	13%

Wanneer projecten wat langer lopen, is het relatieve overwicht van huisartsen aan de vraagzijde iets minder groot (ten gunste van "overige consultatievragers) en is aan de aanbodzijde de inbreng van psychologen (nog) geringer dan in de eerste helft van een project. Aan aanbodzijde is er een toename van de inbreng van overigen. De genoemde verschillen zijn significant

($p < .05$). Men dient zich er echter rekenschap van te geven dat deze significantie het resultaat is van zeer grote aantallen en dat de verschillen geen praktisch relevante ontwikkelingen laten zien.

Tabel 3.16 Consultatieredenen en problemen en in de eerste en tweede helft van de consultaties

	Eerste helft (N= 5.561)	Tweede helft (N= 5.053)
Onduidelijkheid over diagnose	41%	43%
Overmatig bezoek van patiënt	8%	7%
Patiënt onttrekt zich aan behandeling	4%	4%
Behoeftte aan advies i.v.m. therapietrouw	2%	3%
Omgang met de patiënt	30%	29%
Behoeftte aan advies over medicatie	12%	13%
Behoeftte aan advies over verwijzing	57%	58%
Overige reden	12%	10%
Grote psychiatrie	12%	12%
Stemmingsstoornis	37%	36%
Angst en spanning	25%	25%
Somatoforme stoornis	5%	5%
Persoonlijkheid en gedrag	14%	16%
Psychosociale problematiek	45%	45%
Overige problemen	26%	24%

De redenen om consultatie te vragen en de aard van de ingebrachte problematiek wordt hoegenaamd niet anders in de loop van een project.

Tabel 3.17 Inhoud van de consultaties in de eerste en tweede helft van de consultaties

	Eerste helft (N= 5.561)	Tweede helft (N= 5.053)
Advies over medicatie	15%	16%
Andersoortig behandeladvies	24%	25%
Diagnostisch advies; lichamelijk	2%	2%
Diagnostisch advies; psychisch	20%	18%
Advies om te verwijzen naar GGZ	44%	45%
Advies betreffende attitude hulpverlener	14%	16%
Advies, overig	10%	10%

Ook in het type adviezen dat tijdens de consultaties wordt gegeven is geen noemenswaardig verschil te vinden tussen consultaties uit het begin van een project en consultaties uit de latere episode

Tabel 3.18 Vervolg van de consultaties in de eerste en tweede helft van de consultaties

	Eerste helft (N= 5.103)	Tweede helft (N= 5.222)
Consultatievrager zet behandeling voort	24%	27%
Consultatie wordt voortgezet binnen huidige setting	25%	25%
Consultatie wordt voortgezet binnen andere setting	5%	5%
Verwijzing binnen eerstelijns	8%	9%
Verwijzing naar specialistische GGZ	27%	25%
Verwijzing elders	12%	9%

De verdeling van de diverse vervolgmogelijkheden laten wel een kleine, doch significante ontwikkeling zien. Naarmate het project langer duurt is de uitkomst vaker dat een consultatievrager zelf de behandeling voortzet en is er een afname van het percentage consultaties dat eindigt met een verwijzing naar de specialistische GGZ of elders.

3.4 Verschillen tussen projecten

De tot nu toe gepresenteerde getallen hadden betrekking op het totale bestand. In dit bestand zijn verschillende projecten getalsmatig heel verschillend vertegenwoordigd. Twee projecten hebben ieder meer dan 1000 registratieformulieren opgeleverd, andere hebben tussen de twintig en vijftig consultaties geregistreerd. Het overzicht van het aantal consultaties per project staat in tabel 3.19.

Tabel 3.19 Verdeling van aantallen consultaties over projecten

Aantal consultaties	Aantal projecten
20 - 50	15
51 -100	23

100-200	16
200-500	6
> 500	3

De projecten met meer dan 500 registraties tellen 551, 1.656 en 2.639 cases.

Het spreekt voor zich dat de registratie van de laatste twee “megaprojecten” het totaal sterk beïnvloeden. Daarom zijn de gegevens per project geaggregeerd en worden in deze paragraaf de gegevens per project weergegeven. Op deze manier telt ieder project in dezelfde mate mee en kunnen ook verschillen tussen projecten in beschouwing genomen worden.

De setting waarbinnen consultatie wordt gegeven op projectniveau

In tabel 3.20 worden de projecten gekarakteriseerd naar de mate waarin huisarts, AMW of eerstelijnspsycholoog er consultatievrager was.

Tabel 3.20 Vertegenwoordiging van verschillende typen consultatievrager in de verschillende projecten

Met als consultatievrager:			
Percentage registraties binnen een project	Huisarts	AMW	Eerstelijnspsycholoog
0%	3	21	48
1% - 50%	7	37	14
50% -99%	44	4	1
100%	9	1	0

Er zijn 9 projecten (van de 63) waarin uitsluitend huisartsen als consultatievrager optreden en één project waarin alle geregistreerde vragen van het AMW afkomstig zijn. In drie projecten is de huisarts in geen enkele registratie vertegenwoordigd. Eerstelijnspsychologen zijn in 48 van de 63 projecten totaal niet vertegenwoordigd als consultatievrager en voor AMW-ers is dat bij 21 projecten het geval. In 53 van de 63 projecten komt de meerderheid van de consultatievragen van de huisarts, in 5 projecten van het AMW en in 1 project van de eerstelijnspsycholoog.

Wanneer we de twee projecten met meer dan duizend geregistreerde consultaties, beide projecten waarin de consultatie vragende huisarts de meerderheid vormt, buiten beschouwing laten, dan verschillen de projecten waarin de meerderheid van de consultatievragen van de huisarts afkomstig is qua omvang niet heel sterk van de projecten waarin AMW-er of ELP de boventoon voeren. Het gemiddeld aantal geregistreerde consultaties bedraagt 118 respectievelijk 94.

Zo kunnen we de projecten ook karakteriseren naar participatie van de verschillende consultatiegevers. Zie tabel 3.21.

Tabel 3.21 Vertegenwoordiging van verschillende typen consultatiegever in de verschillende projecten

Met als consultatiegever:

Percentage registraties binnen een project	Psychiater	Psycholoog	SPV	Anders
0%	27	42	16	42
1% - 50%	19	16	11	16
50% -99%	12	5	31	4
100%	5	-	5	1

In vijf projecten zijn alle geregistreerde consultaties door psychiaters gegeven, in 17 projecten doen psychiaters meer dan de helft van de consultaties. SPV-en zijn in 5 projecten als enige aanwezig en vormen de meerderheid in 36 projecten. Psychologen domineren in 5 projecten maar zijn nergens de enige consultatiegever. Projecten waarbij de psychiater als consultatiegever in de meerderheid is omvatten gemiddeld 70 registraties, projecten waarbij sprake is van een psycholoog als consultatiegever tellen gemiddeld 111 registraties en projecten met een SPV 249. Laten we bij de laatste de twee “megaprojecten” buiten beschouwing dan is dat gemiddelde 137.

De setting waarbinnen de consultaties plaatsvinden verschilt uiteraard ook van project tot project.

Tabel 3.22 Mate waarin verschillende settings vertegenwoordigd zijn in de verschillende projecten

Percentage registraties binnen een project	Setting Telefonisch	Vrager + Gever	Vrager + Gever + Patiënt	Gever + Patiënt	Anders
0%	17	17	18	8	23
1% - 50%	37	37	44	24	40
50% -99%	9	9	1	31	-
100%	-	-	-	-	-

In negen projecten bestaat de meerderheid uit telefonische consultaties, in negen consulten uit consultatie van de geveer aan de vrager; in één project is het merendeel een gesprek van vrager, geveer en patiënt en in 31 projecten is het merendeel van de consultaties een gesprek tussen consultatiegever en patiënt. Projecten waarbij het merendeel bestaat uit consultaties waarbij de consultatievrager samen met de consultatiegever (en eventueel de patiënt) gevallen bespreekt tellen minder registraties (gemiddeld ongeveer 72) dan projecten waarbij het merendeel telefonisch of uitsluitend tussen consultatiegever en patiënt geschiedt (gemiddeld 142 resp. 256. Dit laatste is met inbegrip van de twee “megaprojecten”; laat men die buiten beschouwing dan is het gemiddelde voor projecten waarbij de geveer+patiënt variant de meerderheid heeft 126 registraties)

Inhoud van de consultatie op projectniveau

Tabel 3.23 Mate waarin verschillende onderwerpen vertegenwoordigd zijn in de verschillende projecten

% registraties	Medicatie	Anders-	Advies	Advies	Advies	Advies
----------------	-----------	---------	--------	--------	--------	--------

binnen een project		soortig behandel advies	lich.diagn.	GGZ-diagn.	verwijzing	houding
0%	1	-	21	4	-	5
1 - 10%	15	5	38	18	3	14
10 - 20%	19	16	3	22	4	18
20 - 30%	13	17	1	12	5	11
30 - 40%	4	14	-	5	14	11
40 - 50%	3	7	-	1	18	2
50 - 60%	2	1	-	1	10	1
60 - 70%	4	3	-	-	6	-
>70%	2	-	-	-	3	1
gem. %	23%	28%	3%	17%	43%	20%

Adviezen over lichamelijke diagnostiek worden in de meeste projecten nauwelijks gegeven. Adviezen over een mogelijke verwijzing komt in de meerderheid van de projecten zeer regelmatig aan de orde. De mate waarin adviezen over medicatie en behandeling, over nadere GGZ-diagnostiek en over de houding van de consultatievrager worden gegeven verschillen erg van project tot project.

Het vervolg van de consultatie op project niveau

De voortzetting van de consultatie verschilt eveneens van project tot project. Zie tabel 3.23

Tabel 3.24 Verschillende mogelijkheden van voortzetting van de consultatie, zoals ze in de verschillende projecten geregistreerd zijn

% registraties binnen een project	Vrager zet behandeling voort	Vervolg Consultatie zelfde setting	Consultatie Elders	Verwijzing 1e lijn	Verwijzing GGZ	Verwijzing Elders
0%	-	6	10	7	1	6
1 - 10%	5	24	44	35	2	43
10 - 20%	7	15	8	12	21	12
20 - 30%	13	5	1	8	21	-
30 - 40%	11	6	-	1	8	1
40 - 50%	14	5	-	-	9	-
50 - 60%	7	1	-	-	1	1
60 - 70%	3	1	-	-	-	-
70 - 80%	3	-	-	-	-	-
gem. %	36%	16%	5%	9%	25%	8%

Hoewel bij de analyses op het niveau van het individuele registratieformulier (vgl. 3.2.4) de indruk ontstond dat voortzetting van de consultatie binnen dezelfde setting en verwijzing naar de GGZ even vaak of meer voorkwam dan de voortzetting van de behandeling door de consultatievrager, berust deze indruk deels op schijn. Ze is veroorzaakt door enige projecten met zeer veel registraties, waarbij dat gebruikelijk was. Kijken we op project niveau, dan is de voortzetting van de behandeling door de consultatievrager de meest gebruikelijke voortzetting. Bij 24 van de 63 projecten (38%) is deze voortzetting in 40% of meer van de registraties het geval. Vervolgconsultatie vinden we bij 6 van de 63 projecten (10%) in 40% of meer van de registraties en een verwijzing naar de GGZ bij 10 van de 63 projecten (16%).

Consultatie elders, een verwijzing binnen de eerste lijn, of een verwijzing elders vindt maar zelden in meer dan 20% van de gevallen binnen een project plaats.

4 Conclusies en aanbevelingen

Inleiding

In deze rapportage is aandacht besteed aan de inhoud van consultaties zoals dit landelijk in 75 consultatieprojecten vorm heeft gekregen. Door middel van de registraties die de consultatiegevers bijhouden wanneer zij over een nieuwe patiënt consultatie geven hebben we zicht gekregen op de praktijk van de consultatieve bijeenkomsten. Naast een landelijk beeld zoals wij een jaar geleden ook hebben geschetst, is in deze rapportage ook onderscheid gemaakt tussen consultaties die plaatsvonden in de startperiode van een project en latere consultaties. Ook hebben we de gekeken naar de inhoud van consultaties binnen de projecten en de verschillen die daarin zichtbaar zijn.

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen samengevat en zal worden ingegaan op conclusies.

Samenvatting

De setting waarbinnen de consultatie wordt gegeven

Uit de landelijke gegevens blijkt dat de meeste consultaties gericht zijn op huisartsen; slechts in mindere mate komen AMW-ers en eerstelijnspsychologen aan bod (resp. 6% en 2% van de gevallen). Deze ontwikkeling is ook zichtbaar in het aantal projecten waarbij huisartsen de meerderheid van de consultaties vragen: in 53 projecten is dit het geval, terwijl maar in 5 respectievelijk 1 project een AMW-er of ELP in de meerderheid is als consultatievrager. AMW-ers zijn wel betrokken bij 42 projecten, terwijl ELP-en slechts in 15 projecten vertegenwoordigd zijn.

Tweederde van de consultaties bij huisartsen wordt verzorgd door een SPV, waarbij vaak een gesprek wordt gevoerd met de patiënt zonder dat de consultatievrager daarbij aanwezig is. In 12% van de gevallen geeft een psychiater consultatie, relatief vaak telefonisch, en in 9% van de gevallen betreft het een psycholoog (ook vaak een gesprek alleen met de patiënt). Een gesprek waarbij zowel de consultatiegever, -vrager en patiënt aanwezig zijn komt weinig voor (5% van de gevallen). Ook de klassieke vorm van consultatie, waarbij de consultatievrager en -gever in gesprek gaan, komt slechts voor in 14% van de gevallen.

Wanneer een AMW-er of eerstelijnspsycholoog consultatie vraagt wordt wel meer gebruik gemaakt van de klassieke vorm van consultatie (in de helft van de gevallen). Ook telefonische consultatie komt vaker voor (in ruim 20% van de gevallen), in tegenstelling tot de gesprekken tussen consultatiegever en patiënt zoals veel bij huisartsen voorkomt.

Deze resultaten, gebaseerd op alle registraties tezamen, zijn vertekend door twee heel grote projecten die zich kenmerken door de huisarts als consultatievrager en consultatief contact tussen SPV en patiënt. Maar ook bij beschouwing van de gegevens op het niveau van de projecten blijkt dat SPV-en in meer dan de helft van de projecten de belangrijkste consultatiegever zijn; het consultatiegever-patiënt contact is ook op projectniveau meer voorkomend dan ieder ander model. Opvallend daarbij is dat de projecten waarbij een psychiater als consultatiegever in de meerderheid is, gemiddeld minder consultaties kennen, terwijl projecten met overwegend een SPV als consultatievrager juist veel meer consultaties

registreren (resp. 70 en 249 registraties). Projecten met overwegend telefonische consultaties of consultatiegever-patiënt contacten zijn omvangrijker dan consultaties waarbij de consultatievrager in het gesprek betrokken is.

Wanneer we de ontwikkelingen door de tijd heen bezien, blijkt dat huisartsen relatief iets minder grote afnemers van consultatie zijn geworden, maar dat het aantal AMW-ers en eerstelijnspsychologen precies gelijk is gebleven. Hun aandeel is nog steeds laag.

Aanleiding voor het consultatieve contact

De meest voorkomende problematiek bij alle consultatievragers zijn stemmingsstoornissen en psychosociale problematiek. Angst- en spanningsklachten komen op de derde plaats.

Zowel bij alle consultatievragers als bij de consultatiegevers geldt dat de belangrijkste redenen van consultatie de behoefte aan verwijzingsadvies zijn, onduidelijkheid over de diagnose en behoefte aan advies over de omgang met de patiënt. Door de tijd heen zijn er geen veranderingen gevonden in de problematiek die wordt ingebracht bij de consultaties en de redenen waarom consultatie wordt gevraagd.

Inhoud van de consultatie

Binnen de consultaties is in bijna de helft van de gesprekken een verwijzing van de patiënt naar de GGZ onderwerp van gesprek. In 40% van de gevallen wordt advies gegeven over de behandeling door de consultatievrager. Ook op het niveau van de projecten blijkt dat gemiddeld per project 43% van de consultaties over een verwijzing naar de GGZ gaat en in 51% van de gevallen dit een behandeladvies betreft.

Huisartsen krijgen vaker het advies om naar de GGZ te verwijzen, AMW-ers meer over de houding die ze tegenover de patiënt moeten aannemen en adviezen aan eerstelijnspsychologen zijn vaker gericht op de behandeling.

Psychiaters geven het meeste advies over de behandeling door de consultatievrager zelf (waaronder medicatie), psychologen raden het meest aan om te verwijzen naar de GGZ.

Er zijn geen veranderingen zichtbaar in inhoud van consultaties binnen de looptijd van de projecten.

Vervolg van de consultatie

Wanneer het vervolg van de consultaties voor de patiënt wordt bezien, blijkt dat er met de huisarts als consultatievrager in bijna de helft van de gevallen sprake is van een verwijzing, meestal naar de specialistische GGZ. In 33% volgt een voortzetting van de consultatie, in de meeste gevallen in dezelfde setting. Slechts in een kwart van de gevallen zet de consultatievrager de behandeling voort. AMW-ers of eerstelijnspsychologen zetten veel vaker zelf de behandeling voort dan huisartsen, terwijl voortzetting van de consultatie veel minder vaak voorkomt.

Consultatie door een psychiater leidt vaker tot voortzetting van de behandeling door de consultatievrager, terwijl SPV-en en psychologen vaker de consultatie voort zetten, wat lijkt te wijzen op een kortdurende behandeling door de consultatiegever.

Verwijzingen naar de GGZ komen het meest voor bij grote psychiatrische problematiek, angst- en spanningsklachten, stemmingsproblematiek en persoonlijkheids- of gedragsstoornissen.

Het beeld dat consultatie eerder uitmondt in een verwijzing naar de GGZ of een voortzetting van de behandeling door de consultatiegever, in plaats van een vervolg-behandeling door de consultatievrager, wordt genuanceerd wanneer de gegevens op het niveau van de projecten

worden gezien. De consultatievrager blijkt dan in gemiddeld 36% van de gevallen daadwerkelijk de behandeling voort te zetten, terwijl minder vaak een verwijzing naar de GGZ of een vervolg-consultatie door de consultatiegever volgt.

Wanneer we het vervolg van de consultatie door de tijd heen beschouwen, zijn er op kleine schaal ontwikkelingen zichtbaar. In de consultaties uit de tweede helft van een project zet de consultatievrager de behandeling vaker zelf voort en vinden er minder verwijzingen plaats naar de specialistische GGZ dan in de consultaties uit de eerste helft.

Conclusies en aanbevelingen

Methodologische kanttekening

In dit rapport hebben we verslag gedaan van de inhoud van consultatieve bijeenkomsten over het geheel aan consultaties. Grote projecten zijn daarbij oververtegenwoordigd, overeenkomstig de realiteit, waarin zij ook daadwerkelijk meer consultaties zullen verrichten en patiënten ontvangen. Toch kunnen deze grote projecten het beeld dat ontstaat bij het bekijken van de landelijke resultaten vertekenen. In de tekst wordt de lezer er regelmatig op attent gemaakt, hoe groot de invloed van de twee grootste projecten is. Verbanden die voor de hand liggen wanneer de kruistabellen bij de landelijke rapportage worden gezien, dienen met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden, omdat het mogelijk is dat deze verbanden toebehoren aan enkele grote projecten. Daarom is door middel van multilevel analyses gekeken hoe die verbanden geïnterpreteerd moeten worden. Ook is een analyse gemaakt van de consultaties op het niveau van de projecten.

Daarnaast hebben we, omdat sommige projecten al over een langere periode hun consultaties registreren, naar ontwikkelingen door de tijd heen gekeken, waarbij we de eerste helft van de consultaties van elk project hebben vergeleken met de tweede helft van de consultaties. De consequentie van een indeling met de mediaan als grens, is dat per project verschilt hoeveel consultaties tot de beginperiode van een project behoren. Ook verschilt per project hoe lang de periode duurt die wij als beginperiode definiëren.

Ook bij deze vergelijking tussen 'oude' en 'nieuwe' consultaties kunnen de grootste projecten de resultaten beïnvloeden. Daarom is bij deze tabellen eveneens aangegeven in hoeverre deze grootste projecten van invloed zijn op de resultaten.

Conclusies

Het is duidelijk dat de consultaties nog steeds voornamelijk gericht zijn op huisartsen, hoewel dit jaar bij de aanvraag van consultatiegelden is gestimuleerd een breder scala aan eerstelijnspartijen te bereiken. Dit voornemen was ook zichtbaar in de projectaanvragen van de consultatieprojecten, waarin 56% van de projecten aangaf ook AMW te betrekken en 42% zich eveneens op eerstelijnspsychologen ging richten (Tussenrapportage Monitoring Consultatieve Projecten 2001, september 2001). Dit voornemen is wat het AMW betreft wel zichtbaar: in 67% van de projecten blijkt ook daadwerkelijk AMW betrokken te zijn. Eerstelijnspsychologen zijn slechts in 24% van de projecten betrokken. AMW en ELP zijn dus wel aanwezig binnen de projecten, maar vooral bij de eerstelijnspsychologen, nog op kleine schaal.

Naarmate de projecten langer lopen, lijkt het aandeel van huisartsen in de projecten iets af te nemen. Dit is tot nu toe nog niet merkbaar in een toename van het aantal AMW-ers en eerstelijnspsychologen die consultatie ontvangen.

Het grootste deel van de consultaties wordt verzorgd door SPV-en, waarbij vaak gesprekken

worden gevoerd met alleen de patiënt. De psychiater speelt in 17 projecten de hoofdrol maar geeft hierbij gemiddeld veel minder consultaties dan de SPV. Landelijk is zijn aandeel daardoor in mindere mate zichtbaar. Psychologen vormen slechts in 5 projecten de meerderheid als consultatiegever.

In de oorspronkelijke consultatievorm gingen consultatiegever en consultatievrager met elkaar in gesprek over een patiënt. Deze vorm van consultatie is slechts in een minderheid van de consultaties aangetroffen. Het meest vinden consultaties plaats met de consultatiegever en patiënt; gezien het feit dat ook dergelijke consultaties vaak vervolgd worden door een consultatie in dezelfde setting lijkt hierbij sprake te zijn van kortdurende behandeling. Telefonische consultaties komen in de meeste projecten wel voor en nemen een substantieel deel van alle individuele registraties voor hun rekening maar vormen slechts in 9 projecten de meerderheid.

Projecten waarbij telefonische consultatie of een gesprek tussen patiënt en consultatiegever plaatsvindt, hebben meer consultaties geregistreerd dan projecten waarbij de consultatiegever en vrager samen in gesprek gaan, wellicht door een arbeidsintensievere methode.

Veel voorkomende onderwerpen in de consultatiegesprekken zijn een eventuele verwijzing van de patiënt naar de GGZ en advies over de behandeling. Een verwijsadvies is regelmatig aanleiding om een consultatiegever te raadplegen. Daarnaast zijn onduidelijkheid over de diagnose en behoefte aan een advies m.b.t. de omgang met de patiënt redenen om consultatie te vragen.

De projecten die bij deze rapportage zijn betrokken hebben in de loop van hun ontwikkeling (voor sommige projecten een ontwikkeling van twee jaar, voor de meeste een ontwikkeling van ruim een jaar) nog niet veel verandering in aanpak laten zien. Wel is het duidelijk, gezien de onderlinge verschillen in omvang, dat veel projecten in kwantitatieve zin, nog een zeker groei-potentieel hebben.

Met de gegevens die we nu hebben kunnen we helaas nog geen exacte uitspraken doen met betrekking tot het aantal betrokkenen uit de eerstelijns. Op dit moment is een voorzichtige schatting - op basis van indrukken van de helpdesk - dat tussen de 1000 en 1500 huisartsen in principe gebruik kunnen maken van consultatieve projecten. Het Steunpunt streeft ernaar daar beter zicht op te krijgen. In het voorjaar van 2002 hebben we het voornemen alle consultatieprojecten te benaderen om eventuele wijzigingen in de projectopzet in kaart te kunnen brengen en eveneens inzage te krijgen in het aantal betrokken in de eerstelijns die de mogelijkheid tot consultatie hebben.

De belangrijkste vraag bij de evaluatie van de regeling Consultatiegelden is de vraag of deze consultatieprojecten nu daadwerkelijk een bijdrage leveren aan het versterken van de eerstelijns GGZ. Verschillende resultaten uit deze rapportage kunnen een bijdrage leveren aan deze discussie.

Alle resultaten in aanmerking nemend, kunnen er een aantal veel voorkomende typen consultaties onderscheiden worden.

We kunnen ze onderscheiden op basis van de setting en op basis van de uitkomst. Bezien we

ze op basis van de setting dan zijn er:

- 1) Het contact tussen de patiënt en de consultatiegever, die veelal SPV of psycholoog is.
- 2) Het contact waarbij de consultatievrager vis a vis de consultatiegever betrokken is
- 3) Het telefonische contact, waarbij de consultatiegever veelal psychiater is

De tweede vorm is in die zin tijdsintensiever dan de 1e en 3e dat projecten waarin deze vorm prevaleert gemiddeld veel minder registraties kennen dan beide andere vormen.

Naar uitkomst bezien onderscheiden we drie volgende mogelijke typen:

- 1) De consultaties waarbij de huisarts geholpen wordt om zelf verder te gaan met de behandeling. In veel projecten is dit de meest voorkomende uitkomst. Het is vaker de uitkomst wanneer een psychiater consultatiegever is en -misschien daarom, maar wel contra-intuïtief - vaker bij grote psychiatrie, somatoforme en persoonlijkheids-stoornissen dan bij angst, depressie en psychosociale problemen. Relatief vaak voorkomend wanneer AMW en eerstelijnspsycholoog om consultatie vragen.
- 2) De consultaties die resulteren in een verwijzing naar de specialistische GGZ. Opnieuw vaker bij de psychiater en de psycholoog als consultatiegever en opnieuw, nu meer conform de verwachting, bij grote psychiatrie en persoonlijkheids-stoornis.
- 3) De consultaties die resulteren in een voortzetting van de consultatie, zoals we reeds opmerkten, in veel gevallen een vorm van kortdurende behandeling. Consultatiegever is meestal de SPV. Favoriet zijn stemmingsstoornis en psychosociale klachten.

Tussen de setting en uitkomst van de consultaties zijn er ook relaties. Contacten waarbij de consultatievrager alleen betrokken is als de aanvrager hebben als uitkomst veelal een kortdurende behandeling. Telefonische contacten leiden relatief vaak tot adviezen voor verwijzing, naar de GGZ of elders en voor consultatie in een andere setting. Contacten waarbij de consultatievrager samen met de consultatiegever het geval bespreekt, leiden relatief vaak tot voortzetting van de behandeling door de consultatievrager.

In evaluatieve zin zouden we willen stellen dat alle drie de mogelijke uitkomsten een versterking van de eerstelijns-GGZ betekenen en als zodanig de moeite van het nastreven waard zijn. Vanuit een methodisch-theoretische invalshoek is in het verleden de consultatie waarmee de consultatievrager verder geholpen wordt, aanbevolen vanwege het verwachte leereffect op lange termijn en de vermeende efficiëntie ervan. Dit betrof, wat de setting betreft, consultatieve bijeenkomsten van -vrager en -gever. Gezien onze bevinding dat projecten die aan dit type consultaties de voorkeur geven tot minder geregistreerde consultaties leiden dan andere types, moeten bij die efficiëntie wellicht kanttekeningen geplaatst worden. Het is klaarblijkelijk een vorm van consultatie die in ieder geval extra inspanning van de partijen vraagt, inspanning die in de huidige omstandigheden vaak niet opgebracht wordt.

Vanuit een methodisch-theoretische invalshoek bestaan er twijfels bij een aanpak die uitsluitend op de mogelijkheid van telefonische contacten gebaseerd is. Hiervan is overigens onder de huidige projecten nauwelijks sprake.

Afgaand op de kwantitatieve resultaten lijkt de versie van de SPV, of andere GGZ-post die vooruitgeschoven wordt in de eerstelijns, een aansprekende variant die tot een grote productie leidt.

Voor iedere variant geldt dat de geregistreerde productie niet van de reguliere GGZ zonder een extra bijdrage in de vorm van de consultatiegelden verwacht had kunnen worden. Met name de succesvolle SPV-in-de-eerste-lijn variant vergt een substantiële extra inzet, die op basis van

de reguliere GGZ-bezetting niet verwacht kan worden. Deze reguliere bezetting heeft al een probleem met het wegwerken van de wachtlijsten.

Wanneer de consultatieve projecten in de toekomst niet voortgezet worden is er een afbreukrisico. Onder andere via de help-desk is bekend dat vele van deze projecten zich grote moeite hebben getroost om de belangrijkste doelgroep, de huisartsen, te overtuigen van het nut ervan. Mochten de projecten volgend jaar wegens stopzetting van de regeling hun diensten staken, dan is er meer verloren dan voor de start van de regeling het geval was.

De regeling zou zelfs uitbreiding verdienen. Het aantal registraties per maand is sinds januari 2001 tamelijk stabiel (ongeveer 1000/maand) maar vanuit de help-desk is bekend dat een aantal projecten bij uitbreiding grotere aantallen wil realiseren. De twee "megaprojecten" hebben laten zien dat een groter aanbod tot een verdere groei kan leiden. Daarnaast hebben we in onze rapportage over de consultatieve projecten deze zomer (Zantinge e.a. september 2001) gemeld dat een aantal projecten in januari 2001 niet meer gehonoreerd zijn omdat men te laat indiende of omdat de gelden in de betreffende regio al vergeven waren. Ten slotte hebben eerstelijnspsychologen en AMW nog nauwelijks kans gehad om projecten in te dienen. Een groei met 50% lijkt al met al niet irreëel.

Het effect van deze investering zal op korte termijn zijn dat er consultatieve contacten plaatsvinden en dat de eerstelijns zich daardoor gesteund voelt. Op langere termijn, in het kader van de landelijke evaluatie van de versterking van de eerstelijns-GGZ, zullen we moeten vaststellen worden of dit leidt tot betere samenwerking tussen eerstelijns en GGZ en tot een betere behandeling van mensen met psychische problemen in de eerstelijns.

Verwijzingen

Gersons, B.P.R. De consultatiemethode in de preventieve psychiatrie. Alphen aan de Rijn, Samson, 1977.

Zantinge, E., Verhaak, P., Vries, W.de. Tussenrapportage Monitoring Consultatieve Projecten, NIVEL/Trimbos-instituut, september 2001.