



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2006. De gegevens mogen met bronvermelding (M.J. Emmen, P.F.M. Verhaak, *Rapport monitoring van capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ*, NIVEL 2006) 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/>

## **Rapport monitoring van capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ**

M.J. Emmen  
P.F.M. Verhaak



ISBN 90-6905-821-9  
ISBN 978-90-6905-821-4

<http://www.nivel.nl>  
[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)  
Telefoon 030 2 729 700  
Fax 030 2 729 729

©2006 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 van het onderzoek	5
1.2 Vraagstelling en onderzoeksdesign	6
1.3 Verdere indeling van dit rapport	8
<b>2 Methode van onderzoek</b>	<b>9</b>
2.1 Inleiding	9
2.2 Samenvattend overzicht van de dataverzameling	9
2.3 Huisartsen	10
2.4 Algemeen Maatschappelijk Werk.	14
2.5 Eerstelijnspsychologen	16
2.6 Tweedelijns GGZ (inzet van SPV en andere consultatiegevers)	18
2.7 Dataverzameling op regionaal niveau	19
<b>3 Resultaten: Capaciteit</b>	<b>23</b>
3.1 Inleiding	23
3.2 Ontwikkelingen in de capaciteit bij huisartsen	23
3.3 Ontwikkelingen in capaciteit AMW op instellingsniveau	24
3.4 Ontwikkelingen in capaciteit eerstelijnspsychologen	24
3.5 Ontwikkeling in capaciteit consultatiegevers vanuit de tweedelijns GGZ (in het kader van de Consultatieregeling)	25
3.6 Capaciteit bij hulpverleners in de eerstelijns GGZ, uitgesplitst in regio's.	26
<b>4 Resultaten: probleemaanbod</b>	<b>29</b>
4.1 Inleiding	29
4.2 Ontwikkelingen in aanbod en kenmerken (GGZ-) hulpverlening bij huisartsen	29
4.3 Ontwikkelingen in aanbod en kenmerken hulpverlening bij het AMW	34
4.4 Ontwikkelingen in aanbod en kenmerken hulpverlening bij eerstelijnspsychologen	36
4.5 Aanbod van psychische problemen op regionaal niveau	40
<b>5 Resultaten: verwijsstromen</b>	<b>45</b>
5.1 Inleiding	45
5.2 Ontwikkelingen in de verwijsstromen bij huisartsen	45
5.3 Ontwikkelingen in verwijsstromen bij het AMW	47
5.4 Ontwikkelingen in verwijsstromen bij de eerstelijnspsycholoog	48
5.5 Ontwikkelingen in verwijsstromen bij consultatieve projecten	50
5.6 Verwijsstromen op regionaal niveau	51
<b>6 Discussie</b>	<b>57</b>
6.1 Inleiding	57
6.2 De onderzoeksvragen	57
6.3 Onderzoekstechnische kanttekeningen	63
6.4 Overwegingen voor de toekomst	64

<b>Literatuur</b>	<b>67</b>
<b>Afkortingenlijst</b>	<b>69</b>
<b>Bijlage 1: Voorschrijven van psychofarmaca van huisartsen bij patiënten met psychische of sociale problematiek</b>	<b>71</b>
<b>Bijlage 2: Verwijsstromen van huisartsen naar AMW, eerstelijnspsychologen en de tweedelijns GGZ</b>	<b>73</b>

# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond van het onderzoek

Acht jaar geleden kondigde de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een aantal maatregelen aan waarmee de eerstelijns Geestelijke Gezondheidszorg versterkt zou worden (Ministerie van VWS, 1999). Met behulp van deze maatregelen zou de huisarts, ondersteund door Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) en eerstelijnspsycholoog (ELP), in staat moeten zijn om als poortwachter op te treden bij de toenemende stroom aan psychische problemen. De tweedelijns GGZ, waarop een steeds groter beroep werd gedaan in de loop van de jaren zou zo ontlast moeten worden. De maatregelen hadden betrekking op de capaciteit (stimuleringsmaatregel voor AMW; toegankelijk maken van de eerstelijnspsycholoog door opname in het toenmalige ziekenfonds), op de bevordering van de onderlinge samenwerking binnen de eerstelijns, op de ondersteuning van de eerstelijns door de tweedelijns GGZ door middel van consultatieve ondersteuning en op de deskundigheidsbevordering van de eerstelijns. In een landelijk evaluatieonderzoek, uitgevoerd door NIVEL in samenwerking met Trimbos-instituut en SGBO (Onderzoeks- en adviesbureau van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten), werd vastgesteld dat in een aantal opzichten de versterkende maatregelen hun doel bereikt hadden (toename capaciteit, verbetering relatie huisarts – tweedelijns GGZ), en dat in andere opzichten nog geen resultaten zichtbaar waren of nog niet verwacht mochten worden. Zo werd op het moment van de eindmeting de tweedelijns GGZ nog niet aantoonbaar ontlast, en was toename van de samenwerking binnen de eerstelijns nog niet goed vast te stellen (Meijer en Verhaak, 2004).

In het kader van die evaluatie werd aanbevolen om een aantal belangrijke parameters te blijven volgen, de hulpverleningscapaciteit in de eerstelijns GGZ, de eerstelijns GGZ die daadwerkelijk verleend werd en de verwijsstromen. Dit is belangrijk want op deze manier kan nagegaan worden of eerder getroffen beleidsmaatregelen om de eerstelijns GGZ te versterken effectief zijn op lange termijn en of de gemeten effecten van de maatregelen beklijven. De periodieke monitoring biedt ook de mogelijkheid om op regionaal niveau feedback te geven over mogelijke lacunes in het zorgaanbod om op die manier tot een betere regie te komen, waardoor het zorgaanbod aangepast kan worden aan de heersende zorgbehoefte. De resultaten kunnen een bijdrage leveren aan het totstandkomen van regionale zorgvisies en een ondersteuning vormen voor de beleidsontwikkeling van plaatselijke zorgverzekeraars. Verder kunnen bedoelde en onbedoelde effecten van nieuwe beleidsmaatregelen vastgesteld worden. Omdat de Overheid de ontwikkelingen in het aanbod aan GGZ meer aan vraag en aanbod wil overlaten, en voor zichzelf voornamelijk een rol ziet weggelegd als bewaker van de kwaliteit van zorg, is het zaak dat men zicht houdt op de wijze waarop capaciteit, het probleem aanbod en verwijsstromen in de eerstelijns GGZ zich ontwikkelen.

Het Drie Partijen Overleg waarin de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Maatschappelijk Ondernemers Groep (MO-Groep) en de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE) vertegenwoordigd waren, ondersteunde een continue monitoring van de eerstelijns GGZ. Zij achtte het opportuun om in de toekomst hulpverleningscapaciteit, hulpverlening en verwijsstromen te blijven volgen, om vroegtijdig knelpunten te kunnen signaleren.

In dit rapport worden de resultaten van deze monitoring tot en met 2004 beschreven. Ingegaan wordt op de hulpverleningscapaciteit van de GGZ, op de geleverde zorg bij psychische problemen door de eerstelijns GGZ en op de onderlinge verwijsstromen.

## 1.2 Vraagstelling en onderzoeksdesign

Het doel van deze monitor is het op periodieke basis verzamelen van kerngetallen betreffende de capaciteit van eerstelijns GGZ (huisarts, AMW, Eerstelijnspsycholoog en consultatieve ondersteuning vanuit de tweedelijns GGZ), het probleemaanbod en de verwijsstromen tussen deze partijen naar aanleiding van psychische problematiek in de eerstelijns.

### Onderzoeksvragen

Met deze monitor wordt antwoord gegeven op de volgende vragen:

- I Wat is de landelijke ontwikkeling op jaarbasis van:*
  - 1 hulpverleningscapaciteit in de eerstelijns GGZ*
  - 2 de psychische problematiek die in de eerstelijns GGZ wordt aangeboden*
  - 3a. verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ*
  - 3b verwijsstromen van eerstelijns naar tweedelijns GGZ*
  
- II Zijn er op regionaal niveau verschillen in de hulpverleningscapaciteit in de eerstelijns GGZ, het aanbod aan psychische problematiek in de eerstelijns GGZ en de verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ en van de eerstelijns naar tweedelijns GGZ?*

#### *Ad 1. hulpverleningscapaciteit*

In de eerstelijns GGZ gaat het in de eerste plaats om de hulpverleningscapaciteit van de huisartsen, algemeen maatschappelijk werkers en eerstelijnspsychologen. Tevens is in het evaluatieonderzoek (Meijer et al., 1994) geconcludeerd dat de beschikbaarstelling van de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV) vanuit de tweedelijns GGZ ook tot een vergroting van de hulpverleningscapaciteit in de eerstelijns geleid heeft. Bij het vaststellen van de capaciteit aan huisartsen zal uitgegaan worden van het beschikbare aantal fte aan huisartsen. Aangezien psychische problemen in de huisartspraktijk maar een klein deel van het totale probleemaanbod uitmaken, en huisartsen hierin bovendien onderling verschillen, zal bij de vaststelling van de capaciteit rekening gehouden worden met het aandeel van psychische problemen in het totale aanbod.

Bij het vaststellen van de capaciteit aan AMW gaan we uit van de beschikbare fte uitvoerend AMW per instelling. Omdat niet alle werkzaamheden van het AMW tot de geestelijke gezondheidszorg behoren, zal er rekening gehouden worden met het percentage relationele en psychische problemen dat per AMW instelling voorkomt. Wat betreft hulpverleningscapaciteit betreffende de signalering, diagnostiek en behandeling van psychische of psychosociale problemen is de positie van de eerstelijnspsycholoog eenduidig. In principe zijn al zijn of haar hulpverleningscontacten daarop gericht. We kunnen ons wat deze beroepsgroep betreft beperken tot de vaststelling van het aantal zelfstandig gevestigde eerstelijnspsychologen. Ten aanzien van de hulpverleningscapaciteit die consultatiegevers vanuit de tweedelijns GGZ aan de eerstelijns bieden, zal vastgesteld worden of het aantal beschikbare fte ten behoeve van consultatie (zowel consultatie in de zin van raadpleging als consultatie in de zin van kortdurende behandeling) in de eerstelijns verandert na afloop van de consultatieprojecten.

#### *Ad 2. prevalentie van psychische problematiek*

Voor huisartsen en AMW is het van belang om het aandeel dat psychische problematiek op het geheel van hun probleemaanbod inneemt, in beschouwing te nemen. Daarnaast is het relevant om te monitoren, in hoeverre bepaalde psychische problemen binnen de eerstelijns GGZ behandeld worden en in hoeverre ze doorverwezen worden naar de tweedelijns GGZ.

#### *Ad 3. verwijfsstromen binnen de eerstelijns GGZ en van eerstelijns naar tweedelijns GGZ*

Om te kunnen monitoren in hoeverre de eerstelijns kans ziet de tweedelijns GGZ te ontlasten door meer binnen de eerstelijns te behandelen is het belangrijk om jaarlijks te blijven volgen in welke mate en met welke indicaties de onderscheiden partners in de eerstelijns GGZ over en weer verwijzen dan wel om een consultatief advies vragen. Het gaat hier vooral om verwijzingen van de huisarts naar AMW en de eerstelijnspsycholoog en consultatieve vragen vanuit de eerstelijns GGZ aan consultatiegevers (veelal de SPV en psychiater) vanuit de tweedelijns GGZ.

Daarnaast moet gevolgd worden hoeveel patiënten met welke indicatie door de diverse eerstelijns hulpverleners naar de tweedelijns GGZ verwezen worden.

### **Dataverzameling**

Voor een belangrijk deel is bij de dataverzameling uitgegaan van bestaande databases (Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH); MADI-Monitor (Monitor van Maatschappelijke Dienstverlening); Codeboek van de Eerstelijnspsychologen). Daarnaast is er voor de derde keer een enquête onder huisartsen afgenomen over de versterkende maatregelen GGZ om het lange termijn effect van deze maatregelen vast te stellen. Eerdere metingen vonden in 2001 en 2003 plaats. Deze enquête levert tevens geactualiseerde gegevens met betrekking tot verwijfsstromen. Ten behoeve van een betere monitoring van het werk van eerstelijnspsychologen is in het kader van dit project begonnen met de opzet van een Landelijk Informatie Netwerk Eerstelijns Psychologen (LINEP). Alle gegevens zijn op landelijk niveau verzameld. Daarnaast presenteren we de gegevens onder de vier regio's noord, zuid, oost, west. Meer gedetailleerde informatie over de methode van onderzoek is te vinden in hoofdstuk 2.

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

Hoofdstuk 2 beschrijft de methode van onderzoek. Er wordt een overzicht gegeven van alle databestanden die gebruikt zijn voor dit rapport met een beschrijving van de manier waarop de gegevens verzameld zijn. De hoofdstukken 3, 4 en 5 geven respectievelijk een beeld van de ontwikkelingen in de hulpverleningscapaciteit, het aanbod van psychische problemen en verwijsstromen. Dit gebeurt iedere keer eerst op landelijk niveau en aan het eind van het hoofdstuk op regionaal niveau. In hoofdstuk 6 worden de belangrijkste resultaten samengevat en zullen conclusies geformuleerd worden.



## **2 Methode van onderzoek**

### **2.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk wordt de methode van het onderzoek beschreven. De diverse databestanden die voor dit rapport gebruikt zijn, zullen toegelicht worden. Er is deels gebruik gemaakt van bestaande gegevens en deels zijn de gegevens specifiek voor dit onderzoek verzameld. Dit wordt bij de beschrijving expliciet vermeld. De dataverzameling is gericht op de drie kerndisciplines van de eerstelijns GGZ, de huisarts, de algemeen maatschappelijk werker en de eerstelijnspsycholoog, en op consultatiegevers vanuit de tweedelijns GGZ.

In paragraaf 2.2 wordt een samenvattend overzicht gepresenteerd van de dataverzameling. Vervolgens worden in de paragrafen 2.3, 2.4, 2.5 en 2.6 respectievelijk de dataverzameling voor de huisartsen, het AMW, de eerstelijnspsychologen en consultatiegevers vanuit de tweedelijns GGZ besproken. In paragraaf 2.7 wordt beschreven hoe de dataverzameling op regionaal niveau tot stand gekomen is.

### **2.2 Samenvattend overzicht van de dataverzameling**

In tabel 2.1 wordt een samenvattend overzicht van de dataverzameling gegeven. Per kerndiscipline wordt aangegeven welke databases gebruikt zijn om de capaciteit, het probleemaanbod en de verwijsstromen te kunnen vaststellen. Voor het berekenen van de hulpverleningscapaciteit in de eerstelijns GGZ per 100.000 inwoners, worden inwoneraantallen gebruikt die afkomstig zijn van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).

Tabel 2.1 Samenvattend overzicht van de dataverzameling

<b>Gebruikte databestanden</b>	
<b>Huisartsen</b>	
Capaciteit	NIVEL Beroepenregistratie huisartsen (2001, 2003, 2004 en 2005), NS2 (2001), LINH (2003, 2004)
Aanbod psychische problemen	Tweede Nationale Studie (NS2:2001), Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH:2003, 2004)
Verwijsstromen	NS2 (2001), LINH (2003,2004), landelijke huisarts enquête 2001, 2003 en 2005
<b>AMW</b>	
Capaciteit	Enquête onder AMW instellingen (2000), MadiMonitor (2003, 2004)
Aanbod psychische problemen	Cliëntregistratie AMW (1999, 2000 en 2002), MadiMonitor (2003, 2004)
Verwijsstromen	Cliëntregistratie AMW (2000 en 2002), MadiMonitor (2003, 2004)
<b>Eerstelijnspsychologen</b>	
Capaciteit	Enquête onder psychologen (1998,2002), Het Nederlands Instituut van Psychologen (2003 t/m 2006), ledenbestand LVE 2006
Aanbod psychische problemen	Enquête onder eerstelijnspsychologen (1998,2002), LINEP (2004,2005)
Verwijsstromen	Enquête onder eerstelijnspsychologen (1998,2002), LINEP (2004,2005)
<b>Tweedelijns GGZ (inzet van SPV en andere consultatiegevers)</b>	
Capaciteit	Registratie consultatieve projecten van Steunpunt Tussen de Lijnen (2000-2005)
Verwijsstromen	Registratie consultatieve projecten van Steunpunt Tussen de Lijnen (2000-2005)

## 2.3 Huisartsen

Voor de dataverzameling bij de huisartsen is gebruik gemaakt van de volgende databestanden:

- NIVEL Beroepenregistratie huisartsen
- Tweede Nationale Studie (NS2) en Landelijke Informatie Netwerk Huisartsen LINH)
- Landelijke enquête onder huisartsen in 2001, 2003 en 2005

### **NIVEL Beroepenregistratie huisartsen**

Sinds 1997 wordt op het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) op jaarbasis een registratie bijgehouden van zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's (Huisarts In Dienst van een HuisArts). HIDHA's zijn huisartsen die niet in opleiding zijn en voor langere tijd (minimaal een half jaar) werkzaam zijn in dienst van een zelfstandig gevestigde huisarts

De NIVEL beroepenregistratie huisartsen is gebruikt voor gegevens met betrekking tot de capaciteit van huisartsen over de jaren 2001 (Hingstman & Kenens, 2001), 2003 (Kenens & Hingstman 2003), 2004 (Kenens & Hingstman 2004) en 2005 (Kenens & Hingstman 2005). Bij het vaststellen van de capaciteit aan huisartsen is uitgegaan van het aantal fte huisartsen. Omdat slechts een beperkt deel van de werkzaamheden van de huisarts betrekking heeft op de geestelijke gezondheid, is bij de vaststelling van de capaciteit rekening gehouden met het aandeel van psychische en sociale problemen in het totale aanbod. Het aantal fte werkzame huisartsen is vermenigvuldigd met het percentage contacten waarin huisartsen van LINH een psychische of sociale diagnose hebben vastgesteld.

### **Tweede nationale studie (NS2) en Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH)**

Op drie meetmomenten zijn de registratiegegevens gebruikt van patiënten met psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk: het eerste kwartaal van 2001, het eerste kwartaal van 2003 en het eerste kwartaal van 2004.

De gegevens van het eerste kwartaal van 2001 komen uit de Tweede Nationale Studie van Ziekte en Verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2) van het NIVEL. In het rapport "Evaluatie Versterking eerstelijns GGZ" (Meijer et al., 2004) worden deze database en de gegevens die uit deze database gebruikt zijn, uitvoerig besproken.

De registratiegegevens van het eerste kwartaal van 2003 en 2004 zijn afkomstig van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) is een netwerk van 85 geautomatiseerde huisartspraktijken. De LINH-praktijken vormen een representatieve afspiegeling van de Nederlandse huisartsenpopulatie. Zij verzamelen op continue basis 'productiegegevens' over aandoeningen, aantallen contacten, geneesmiddelprescripties en verwijzingen. Alle deelnemende huisartspraktijken maken gebruik van een elektronisch medisch dossier. Het aantal praktijken dat betrokken is bij de analyses kan per onderwerp verschillen. Dit is afhankelijk van de kwaliteit en de beschikbaarheid van de gegevens.

De registratiegegevens van LINH zijn gebruikt om te kunnen rapporteren over het vóórkomen van psychische en sociale diagnoses in de huisartspraktijk (morbiditeit), het voorschrijven van medicatie bij psychische problemen en om de verwijsstromen in kaart te brengen. Bij de analyse van de gegevens is gebruik gemaakt van de diagnoses die huisartsen bij patiënten gesteld hebben door middel van de diagnosecodes volgens de International Classification of Primary Care (ICPC), (Lamberts et al., 1986). De focus was gericht op de diagnoses uit de ICPC-hoofdstukken P (psychische problemen) en Z (sociale problemen).

- Morbiditeit

De morbiditeit geeft aan hoe vaak psychische en sociale problemen van patiënten gediagnosticeerd worden in de huisartsenpraktijk. Er wordt gerapporteerd over het aantal contacten waarbij een psychische of een sociale diagnose gesteld wordt. Eveneens wordt de morbiditeit uitgedrukt als het aantal patiënten met minstens één psychische of sociale diagnose op de 1000 patiënten die de huisarts bezoeken.

Tabel 2.2 toont het aantal huisartspraktijken met het aantal ingeschreven patiënten dat gegevens geleverd heeft voor de beschrijving van de morbiditeit over de jaren 2001, 2003 en 2004.

Tabel 2.2 Kenmerken van de bestanden met morbiditeitgegevens over de jaren 2001, 2003 en 2004.

*Bron: NS2 (2001) en LINH (2003 en 2004)*

	2001	2003	2004
Aantal huisartsenpraktijken	88	87	61
Aantal ingeschreven patiënten	342.182	339.616	249.426

- Prescripties

De groep patiënten die in het eerste kwartaal 2003 en 2004 een contact met de huisarts heeft gehad waarbij een psychische of sociale diagnose is gesteld, is nader geanalyseerd. Van deze patiënten is door de huisarts vastgelegd welke medicatie is voorgeschreven. De medicatie is onderverdeeld in drie groepen die relevant zijn bij psychische en sociale problemen: antidepressiva, anxiolytica (kalmeringsmiddelen), en hypnotica/sedativa (slaapmiddelen). Deze drie medicatiegroepen vallen onder de gemeenschappelijke noemer psychofarmaca. Er is berekend hoe vaak deze psychofarmaca worden voorgeschreven bij patiënten met psychische en sociale problemen. Antidepressiva zijn onderverdeeld in klassieke antidepressiva (TCA's, Tricyclische Antidepressiva) en SSRI's (Serotonine heropnameremmers). Over de meest voorkomende psychische en sociale diagnoses wordt apart gerapporteerd, namelijk depressie, slaapproblemen, angst, stress, en problemen met de omgeving. Daarbij is de volgende indeling gebruikt:

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

Tabel 2.3 toont het aantal huisartspraktijken en aantal patiënten met een psychische of

sociale diagnose dat prescriptiegegevens heeft geleverd over de jaren 2001, 2003 en 2004.

Tabel 2.3 Kenmerken van de bestanden met prescriptiegegevens over de jaren 2001, 2003 en 2004.

*Bron: NS2 (2001) en LINH (2003 en 2004)*

	2001	2003	2004
Aantal huisartsenpraktijken	87	85	58
Aantal patiënten met een psychische of sociale diagnose	14.834	12.813	9.776

- Verwijsstromen

Bij LINH hebben de huisartsen ook geregistreerd hoeveel patiënten ze hebben verwezen binnen de eerstelijns GGZ of naar de tweedelijns GGZ. Er is onderscheid gemaakt tussen de eerstelijns GGZ disciplines AMW en de eerstelijnspsycholoog en de tweedelijns GGZ disciplines Regionaal instituut voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG), psychiatrie en de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ), en de vrijgevestigde psycholoog en psychotherapeut. Daarbij is er altijd sprake van onderrapportage. Huisartsen waren alleen verplicht om nieuwe verwijzingen van patiënten te registreren; herhaalverwijzingen of achteraf verwijzingen zijn niet of nauwelijks geregistreerd. Men was ook niet verplicht verwijzingen naar de psycholoog, psychotherapeut en het maatschappelijk werk te registreren. Vooral verwijzingen naar het AMW zijn veel minder vastgesteld dan in de werkelijkheid het geval is. Het AMW is immers direct toegankelijk. De huisarts kan patiënten wel adviseren naar het AMW te gaan maar een officiële verwijzing is niet verplicht. Bij de rapportage wordt ook bij de verwijzingen onderscheid gemaakt tussen patiënten met de meest voorkomende psychische en sociale diagnoses. Vanwege de boven genoemde onderrapportage werd ook een tweede bron gehanteerd die in de volgende paragraaf beschreven wordt.

Tabel 2.4 toont de kenmerken van de bestanden met verwijsgegevens over de jaren 2001, 2003 en 2004; uitgedrukt in het aantal huisartspraktijken en het aantal patiënten met een psychische of sociale diagnose.

Tabel 2.4 Kenmerken van de bestanden met verwijsgegevens over de jaren 2001, 2003 en 2004.

*Bron: NS2 (2001) en LINH (2003 en 2004)*

	2001	2003	2004
Aantal huisartsenpraktijken	63	87	60
Aantal patiënten met een psychische of sociale diagnose	11.269	12.813	9.790

### **Landelijke enquête onder huisartsen in 2001, 2003 en 2005**

Omdat de verwijzingen gerapporteerd door de LINH praktijken onnauwkeurig kunnen zijn, zijn de verwijsstromen ook geregistreerd met een enquête onder huisartsen. Hiervoor is gebruik gemaakt van een landelijke huisartsenenquête die in 2001 voor de eerste keer afgenomen is door het Centre for Quality of Care Research van het UMC St Radboud (hierna aangeduid als WOK) in samenwerking met het NIVEL. De WOK gebruikte de enquête om in opdracht van de Landelijke Huisarts Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG) het GGZ-kwaliteitsbeleid bij huisartsen te evalueren. (zie Visscher et al., 2002; Heideman et al., 2006a; 2006b; in press; Laurant, 2001). In 2003 is de enquête weer afgenomen door het NIVEL als onderdeel van de evaluatiestudie 'versterking eerstelijns GGZ' (Meijer et al., 2004). In 2005 is de enquête in verkorte vorm opnieuw uitgezet door het NIVEL. Zie voor een beschrijving van de items in de enquête Meijer et al.(2004).

In 2001 hebben 2757 huisartsen de landelijke enquête toegestuurd gekregen. Van 1336 huisartsen waren de ingevulde vragenlijsten geschikt voor analyse. In 2003 heeft dezelfde groep van 2757 huisartsen weer de vragenlijst toegezonden gekregen. Van 1345 huisartsen konden de ingevulde vragenlijsten gebruikt worden. In 2005 hebben alleen de huisartsen die de beide vorige enquêtes ingevuld hadden, weer een vragenlijst toegestuurd gekregen. Dit waren 931 huisartsen. Er waren 729 ingevulde vragenlijsten geschikt voor analyse.

Er is gevraagd hoeveel patiënten de huisarts verwezen heeft naar het AMW, de eerstelijnspsycholoog en de ambulante GGZ (de GGZ/de RIAGG). Aangezien eveneens gevraagd wordt hoeveel patiënten iedere huisarts op zijn of haar naam heeft staan, kon het aantal verwijzingen per 1000 patiënten berekend worden.

## **2.4 Algemeen Maatschappelijk Werk**

Bij de dataverzameling over het AMW is gebruik gemaakt van:

- Een enquête onder AMW instellingen
- De cliëntregistratie van het AMW
- De MadiMonitor, de geheel vernieuwde opzet van de Landelijke Databank AMW

### **Enquête onder AMW instellingen**

In 2000 is er een enquête onder AMW instellingen gehouden om in kaart te brengen in hoeverre de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel is ingezet. Voor gegevens over de hulpverlenerscapaciteit aan AMW is gebruik gemaakt van deze enquête.

### **Cliëntregistratie AMW**

De cliëntregistratie van het AMW is gebruikt voor gegevens over het aanbod van psychische problemen en verwijsstromen voor de jaren 1999, 2000 en 2002. Meer informatie over deze cliëntregistratie en de gebruikte gegevens uit deze registratie zijn terug te vinden in het rapport over de evaluatie versterking eerstelijns GGZ van Meijer et al. (2004).

## **De MadiMonitor**

Registratie van hulpverleningscontacten op een min of meer gestandaardiseerde wijze is al tientallen jaren gebruikelijk binnen het AMW. (Verhaak, 1993) Aangezien niet alle instellingen hun gegevens tijdig doorstuurden naar de Landelijke Databank AMW, waren de gegevens van de afgelopen jaren niet compleet. Met ingang van 2004 doet de MadiMonitor zijn intrede. De MadiMonitor is het nieuwe informatiesysteem voor AMW instellingen en vervangt de Landelijke Databank AMW. De verwachting is dat de gegevens van 2003 completer zullen zijn. Naast de registratiegegevens bevat de MadiMonitor ook de antwoorden op een vragenlijst van het CBS over de bedrijfsgegevens van de gehele organisatie.

- **Capaciteit**

Bij het vaststellen van de capaciteit aan AMW is uitgegaan van het beschikbare aantal fte uitvoerend AMW die per instelling beschikbaar zijn. De CBS enquête waarin onder andere naar het aantal werknemers per instelling en het aantal fte uitvoerend maatschappelijk werkers wordt gevraagd levert deze informatie. Omdat niet alle werkzaamheden van het AMW tot de geestelijke gezondheid horen, is rekening gehouden met het percentage relationele en psychische problemen dat per instelling voorkomt. Het aantal fte uitvoerend AMW is vermenigvuldigd met het percentage relationele en psychische problemen van het totale aanbod.

- **Hulpverlening en verwijsstromen**

Gegevens over het hulpverlenersaanbod en verwijsstromen zijn ontleend aan de registratie van hulpverlenerscontacten. De algemeen maatschappelijk werker vult online de registratiegegevens in voor elk cliëntstelsel. Dit is meestal een individu, maar kan ook een echtpaar, een gezin, een ouder of een kind zijn. Per cliëntstelsel kunnen meerdere hulpverlenertrajecten voorkomen. In dit rapport is gebruik gemaakt van de volgende registratiegegevens.

- **Problematiek**

Voor elk nieuw gestart hulpverleningstraject worden een of meerdere problemen geregistreerd uit 19 voorgecodeerde probleemcategorieën. Bij een cliëntstelsel kunnen meerdere hulpverlenertrajecten horen. Voorbeelden van probleemcategorieën zijn: echtscheidingsproblemen, problemen met betrekking tot werk en problemen met het verwerken van ernstige gebeurtenissen.

- **Gehanteerde methodiek/werkwijze**

Voor ieder afgesloten hulpverleningstraject wordt het type hulpverlening geregistreerd. Het type hulpverlening is ondergebracht in 10 categorieën. In deze rapportage worden echter negen categorieën beschreven, omdat er twee categorieën zijn samengevoegd onder term procesmatige hulp (reguliere psychosociale begeleiding/behandeling en ondersteuning).

- **Duur behandeling en aantal zittingen**

Vastgelegd wordt hoe lang een cliëntstelsel gemiddeld in behandeling was en hoeveel contacten er gemiddeld plaatsvonden.

- Verwijsstromen

Vastgelegd wordt wie de initiatiefnemer tot het contact met AMW was en naar welke soort hulpverleners verwezen is. De meer dan 50 mogelijke categorieën van hulpverleners zijn in deze rapportage teruggebracht tot de volgende hoofdingeling: huisarts, overige lichamelijke zorg, geestelijke gezondheidszorg, welzijnssector, justitiële instanties, gemeentelijke instanties en overige instanties.

In tabel 2.5 is te zien hoeveel AMW instellingen en cliëntgegevens er geleverd zijn voor de MadiMonitor over de jaren 2003 en 2004.

In 2003 werd bij 60% van de dossiers de hulpverlening afgesloten voor het eind van het jaar. Bij 65% van de dossiers in 2003 betrof het een nieuwe aanmelding. In 2004 werd bij 63% van de dossiers de hulpverlening afgesloten voor het eind van het jaar. Bij 63% van de dossiers in 2004 betrof het een nieuwe aanmelding.

Tabel 2.5 Kenmerken van de MaDimonitor (2003 en 2004).

	2003	2004
Aantal AMW instellingen	76	77
Aantal cliënten	158.177	170.129
Aantal dossiers	139.172	149.353

## 2.5 Eerstelijnspsychologen

Informatie over de eerstelijnspsychologen is verkregen uit

- Register eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Het ledenbestand van de LVE
- Enquête onder eerstelijnspsychologen 1998 en 2002
- Landelijk Informatie Netwerk Eerstelijns Psychologen (LINEP)

### **Register eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen**

Het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) is de landelijke beroepsvereniging van psychologen. Leden van het NIP moeten zich bij het uitoefenen van hun beroep houden aan gedragsregels, die door de vereniging zijn vastgelegd in de NIP-beroepscode, en kunnen daarop aangesproken worden. Goede scholing waarborgt de vakinhoudelijke kwaliteit van het beroep. Het NIP heeft verschillende registraties en kwalificaties ontwikkeld. De kwalificatie eerstelijnspsycholoog NIP is er één van.

Een psycholoog die zich wil vestigen in de eerstelijns, kan zich aanmelden voor de NIP-kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologen. Deze regeling is alleen toegankelijk voor psychologen die BIG-geregistreerd gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog) zijn of in opleiding zijn tot gezondheidszorgpsycholoog. Het traject bestrijkt minimaal één tot maximaal twee jaar. Tijdens deze periode dient men minimaal 16 uur per week werkzaam te zijn in een eerstelijnspraktijk. Om aan de criteria voor eerstelijnspsycholoog NIP te



voldoen moet een psycholoog 1395 uur werkzaam zijn in de eerstelijns en 45 uur begeleide interventie gehad hebben.

- **Capaciteit**

Bij het vast stellen van de capaciteit aan eerstelijnspsychologen, dient het aantal werkzame eerstelijnspsychologen over de jaren 2003, 2004, 2005 en 2006 nagegaan te worden. Hiervoor is het register eerstelijnspsychologen van het NIP geraadpleegd.

### **Ledenbestand van de LVE**

Voor de capaciteit aan eerstelijnspsychologen per regio is gebruik gemaakt van het ledenbestand van de LVE in 2006. De verdeling van de LVE leden over de verschillende Regionale Organen Eerstelijnspsychologen (ROEPs) is als uitgangspunt gebruikt voor de verdeling naar het noorden, zuiden, oosten en westen van het land (zie voor precieze verdeling paragraaf 2.7 in hoofdstuk 2).

### **Enquête onder eerstelijnspsychologen**

Voor gegevens over het aanbod aan psychosociale problematiek en verwijstroom in 1998 en 2002 is gebruik gemaakt van enquêtes onder eerstelijnspsychologen. Meer over de enquêtes is te vinden in het evaluatierapport van Meijer et al. (2004).

Hoewel gegevens over de duur van de behandeling door de eerstelijnspsycholoog uitgedrukt in dagen voor de jaren 1998 en 2002 niet beschikbaar waren, kon deze informatie wel herleid worden omdat er over deze jaren wel informatie over het gemiddelde aantal zittingen per maand was. In 1998 kwamen cliënten gemiddeld 2,6 keer per maand bij een eerstelijnspsycholoog. (Meijer et al, 2002) Aangezien er gemiddeld 15 sessies met een psycholoog plaatsvonden, zal een gemiddelde behandeling ongeveer 175 dagen geduurd hebben. In 2002 bezochten cliënten de eerstelijnspsycholoog gemiddeld 2,4 keer per maand en de hulpverlening aan een cliënt bestond gemiddeld uit 13 sessies. (Meijer et al, 2004) Hulpverlening aan een cliënt duurt dan gemiddeld ongeveer 165 dagen.

### **LINEP**

Sinds enkele jaren registreren eerstelijnspsychologen gegevens van de contacten met cliënten op uniforme wijze. Zo worden onder andere personalia, de aanmeldingsklacht en het type en de duur van de behandeling geregistreerd. Hiervoor worden codes gebruikt die in een codeboek vermeldt staan. Deze codeboeken zijn opgesteld door de werkgroep Codeboek in nauw overleg met de Raad van Advies. In de Raad van Advies zitten afgevaardigden van alle Regionale Organen Eerstelijnspsychologen (ROEPs). Deze gegevens zijn van belang voor de individuele eerstelijnspsychologen ten behoeve van kwaliteitsverbetering en toetsing. Bovendien worden ze gebruikt voor regionale en landelijke informatieverstrekking en belangenbehartiging.

In deze rapportage is gebruik gemaakt van de registratie van 2004 en 2005 van 45 eerstelijnspsychologen. Deze eerstelijnspsychologen hebben zich aangemeld als peilstations in het Landelijke Netwerk Eerstelijns Psychologen (LINEP). Dit is een nieuw opgezet informatienetwerk van eerstelijnspsychologen die verspreid over Nederland

werkzaam zijn en representatief zijn voor de diverse zorgregio's en de mate van verstedelijking.

In tabel 2.6 wordt weergegeven hoeveel eerstelijnspsychologen registratiegegevens over de jaren 2004 en 2005 geleverd hebben. Eveneens wordt vermeld van hoeveel cliënten de gegevens geregistreerd zijn.

Tabel 2.6 Kenmerken van de LINEP bestanden over de jaren 2004 en 2005

	2004	2005
Aantal (LINEP) eerstelijnspsychologen	32	42
Aantal cliënten	3579	4285

- Hulpverlenersaanbod en verwijfsstromen

Voor deze rapportage is gebruik gemaakt van de codeboekgegevens die betrekking hadden op de volgende registratiegegevens:

- Problematiek: De belangrijkste aanmeldingsklacht wordt geregistreerd. Hoewel de aanmeldingsklacht voor volwassene en jeugd in 2004 en 2005 apart wordt uitgevraagd, zijn de overeenkomstige categorieën bij volwassenen en jeugd samengevoegd om deze beter vergelijkbaar te maken met de gegevens uit de enquête onder eerstelijnspsychologen 1998 en 2002.
- Behandeling: De aard van werkzaamheden wordt vastgelegd: evenals de wachttijd (de tijd tussen de aanmelding en eerste sessie) en de behandelduur (duur van eerste sessie tot laatste sessies en het aantal sessies per behandeling).
- Verwijsstromen: Er wordt vastgelegd door wie de cliënt naar de eerstelijnspsycholoog verwezen is en naar wie de cliënt eventueel doorverwezen wordt.

## 2.6 Tweedelijns GGZ (inzet van SPV en andere consultatiegevers)

Informatie over de inzet van consultatiegevers uit de tweedelijns GGZ is verzameld door

- Het Steunpunt Tussen de Lijnen

### **Steunpunt Tussen de Lijnen: Monitoring consultatieve projecten en Registratie consultatieve activiteiten.**

Vanaf 1999 is er een budget waaruit tweedelijns GGZ instellingen projecten kunnen bekostigen waarmee consultatie aan de eerstelijns GGZ gegeven wordt: de consultatieregeling. Dit heeft vooral geleid tot de inzet van een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV) in veel huisartspraktijken. Om deze consultatieregeling te evalueren heeft het Steunpunt Tussen de Lijnen — een samenwerkingsverband tussen het NIVEL en het Trimbosinstituut — sinds het begin van de regeling de taak om consultatieprojecten die vanuit de regeling Consultatiegelden van start zijn gegaan te

monitoren. Alle GGZ instellingen zijn van 2000 tot en met 2005 jaarlijks benaderd met het verzoek om de nodige informatie over de inzet van consultatiegevers te verschaffen.

Eveneens heeft het Steunpunt een registratie van consultatieve activiteiten ontwikkeld. Elk gestart consultatieproject wordt door het Steunpunt benaderd om deel te nemen aan deze registratie. De consultatiegevers worden verzocht bij elke patiënt over wie zij een nieuwe consultatie aanvraag ontvangen een aantal gegevens met betrekking tot de consultatie te registreren, zoals de discipline van de consultatiegever, de soort problematiek en de reden, de inhoud en het vervolg van de consultatie. In dit rapport is gebruik gemaakt worden van de registratiegegevens over de jaren 2000 tot en met de eerste helft van 2005.

- **Respons**

In tabel 2.7 wordt de respons binnen de consultatieprojecten gerapporteerd over de jaren 2000 tot en met 2005.

Tabel 2.7 Het aantal consultatieprojecten en geregistreerde consultaties voor de periode van 2000 tot en met 2005.

*Bron: Steunpunt Tussen de Lijnen, Monitoring Consultatieve projecten 2000-2005\**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005**
Aantal consultatieprojecten	95	112	123	112	115	105
Aantal geregistreerde consultaties	4522	14.189	19.791	18.774	21.917	8336

\*Gerapporteerd in Verhaak et al, 2006

\*\*in de eerste helft van 2005

- **Capaciteit**

Ten aanzien van de hulpverlenerscapaciteit die consultatiegevers vanuit de tweedelijns in de eerstelijns bieden, is de inzet van consultatiegevers ten behoeve van de eerstelijns in beschikbare fte vastgesteld.

- **Verwijsstromen**

Om de verwijsstromen vanuit de tweedelijns GGZ te kunnen vaststellen is de registratie van het aantal consultaties en consultatieve contacten gebruikt. Hierbij moet onderscheid gemaakt worden tussen een consultatie, waar consultatievrager en -gever elkaar zien zonder cliënt, en een consult, waar de consultatiegever de cliënt ziet. Er is tevens nagegaan hoeveel procent van de consultaties resulteert in een verwijzing naar de eerstelijns of tweedelijns GGZ of in een vervolg behandeling door de consultvrager.

## 2.7 Dataverzameling op regionaal niveau

Naast de landelijke ontwikkelingen in hulpverlenerscapaciteit, hulpverleneraanbod en verwijsstromen zijn ook regionale verschillen in kaart gebracht. Gezien de verscheidenheid in regio-indelingen onder de verschillende GGZ hulpverleners en in sommige gevallen het beperkte aantal waarnemingen per regio, is er voor de grovere

indeling van het land naar noord, zuid, oost en west gekozen. Noord-Nederland bestaat uit de provincies Groningen, Friesland en Drenthe, Zuid-Nederland uit Limburg en Noord-Brabant, Oost-Nederland uit Flevoland, Overijssel en Gelderland en West-Nederland uit Noord-Holland, Zuid-Holland, Utrecht en Zeeland. Om te komen tot de verdeling in Noord-, Zuid-, Oost- en West-Nederland werden de gegevens van de huisartsen, algemeen maatschappelijk werkers en eerstelijnspsychologen op de onderstaande wijze verwerkt.

### **Regionale verdeling bij de huisartsen**

De NIVEL beroepenregistratie huisartsen 2005 is gebruikt voor gegevens met betrekking tot de capaciteit van huisartsen per regio.

De postcodes van de LINH praktijken zijn omgezet in noord, zuid oost en west. De gegevens over het eerste kwartaal van het jaar 2004 werden gebruikt voor het aanbod aan psychische en sociale problemen onder huisartspatiënten per regio. Voor het noorden waren dit gegevens van 12 huisartspraktijken, voor het zuiden de gegevens van 10 praktijken, voor het oosten de gegevens van 12 praktijken en voor het westen de gegevens van 20 praktijken. Van 7 praktijken was de postcode onbekend. De verwijzingen zoals geregistreerd bij het registratienetwerk LINH zijn voor de regionale analyses niet gebruikt. De gegevens per regio zouden slechts over enkele praktijken gaan wat een vertekend beeld kan geven van de toch al niet zo vaak geregistreerde verwijzingen naar de GGZ.

In de landelijke huisartsenquête waren de huisartsen onderverdeeld in District Huisarts Verenigingen (DHV). Deze DHV's zijn als volgt ondergebracht in Noord, Zuid, Oost en West-Nederland.

- o Noord-Nederland: DHV Drenthe, DHV Groningen en DHV Friesland
- o Zuid-Nederland: DHV West Brabant, DHV Noord-Brabant Noordoost, DHV Limburg, DHV Midden Brabant en DHV Zuidoost Brabant
- o Oost-Nederland: DHV Groot Gelre, DHV Stedendriehoek, DHV Zwolle/Flevoland, DHV Twente en DHV Gooi/Eemland/Noordwest Veluwe (nu DHV Midden-Nederland)
- o West-Nederland: DHV Amsterdam, DHV Kennemerland/Haarlemmermeer, DHV Holland Noord, DHV Den Haag e.o., DHV Rijnland & Midden Holland, DHV Rotterdam e.o., DGV Zuid-Holland Zuid, DHV Westland/Schieland/Delfland en DHV Utrecht (nu DHV Midden-Nederland)

De gegevens van huisartsenquête 2005 werden gebruikt worden voor de verwijzingenstroom vanuit de huisarts per regio. Van de 729 huisartsen die de vragenlijst in 2005 hebben ingevuld, bevonden 94 huisartsen zich in het noorden, 152 huisartsen in het zuiden, 192 huisartsen in het oosten en 291 huisartsen in het westen.

### **Regionale verdeling bij het AMW**

De postcodes van de AMW instellingen die gegevens hebben geleverd aan de MadiMonitor 2004 zijn omgezet in noord (9 instellingen die in totaal de gegevens van 9.778 cliënten hebben aangeleverd), zuid (15 instellingen die in totaal de gegevens van

29.148 cliënten hebben aangeleverd), oost (16 instellingen die in totaal de gegevens van 24.021 cliënten hebben aangeleverd) en west (30 instellingen die in totaal de gegevens van 41.675 cliënten hebben aangeleverd). Van 7 instellingen was de postcode niet bekend. Zo zijn over het jaar 2004 de regionale gegevens over capaciteit, hulpverlenersaanbod en verwijzingen bij het AMW verkregen.

### **Regionale verdeling bij eerstelijnspsychologen**

Bij het vaststellen van de capaciteit aan eerstelijnspsychologen, dient het aantal werkzame eerstelijnspsychologen per regio nagegaan te worden. Hiervoor is gebruikt gemaakt van het ledenbestand van de LVE in 2006. De verdeling van de LVE leden over de verschillende Regionale Organen Eerstelijnspsychologen (ROEPs) is op de volgende manier als uitgangspunt gebruikt voor de verdeling naar het noorden, zuiden, oosten en westen van het land.

- o Noord-Nederland: ROEP Groningen, ROEP Fryslân en ROEP Drenthe
- o Zuid-Nederland: ROEP West Brabant, ROEP Noord-Brabant, ROEP Noord-Oost-Brabant, ROEP Noord-Midden-Limburg, ROEP Midden Brabant, ROEP Zuid-Oost-Brabant, ROEP Zuid-Limburg
- o Oost-Nederland: ROEP Nijmegen, ROEP Arnhem, ROEP Zwolle, ROEP Flevoland, ROEP Salland-Twente-Achterhoek
- o West-Nederland: ROEP Amersfoort, ROEP Amsterdam, ROEP Kennemerland, ROEP Gooi e.o., ROEP Haaglanden, ROEP Noord-Holland- Noord, ROEP Waterland/Zaanstreek, ROEP Zuid-Holland-Noord, ROEP West-Friesland, ROEP Zeeland en ROEP Midden-Nederland.

In het noorden bevinden zich 110 geregistreerde eerstelijnspsychologen, in het zuiden 224, in het oosten 202 en in het westen 558.

De postcodes van de eerstelijnspsychologen die deelnemen aan LINEP zijn omgezet in noord, zuid, oost en west. In het noorden zitten 3 LINEP psychologen, in het zuiden zitten 12 LINEP psychologen, in het oosten zitten 9 LINEP psychologen en in het westen bevinden zich 18 LINEP psychologen. De gegevens van 2005 zijn gebruikt voor het hulpverlenersaanbod en de verwijzingen onder eerstelijnspsychologen.



## 3 Resultaten: Capaciteit

### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de hulpverleningscapaciteit in de eerstelijns GGZ in kaart gebracht. Achtereenvolgens komen ontwikkelingen in de hulpverleningscapaciteit van huisartsen (paragraaf 3.2), het AMW (paragraaf 3.3), de eerstelijnspsycholoog (paragraaf 3.4) en consultatiegevers vanuit de tweedelijns GGZ in het kader van de Consultatieregeling (paragraaf 3.5) aan bod. Aangezien huisartsen slechts in beperkte mate psychosociale zorg verrichten, is rekening gehouden met het aantal gestelde psychische en sociale diagnoses per huisarts. Bij het AMW is eveneens rekening gehouden met het feit dat slechts een deel van de werkzaamheden gericht is op relationele en psychische problemen. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf waarin de capaciteit bij hulpverleners in de eerstelijns GGZ, uitgesplitst wordt in regio's (paragraaf 3.6).

### 3.2 Ontwikkelingen in de capaciteit bij huisartsen

De ontwikkelingen die zich over de tijd hebben voorgedaan in de capaciteit van huisartsen om zorg te leveren aan patiënten met psychische en sociale problemen wordt zichtbaar gemaakt in tabel 3.1. In deze tabel wordt de huisartscapaciteit in het aantal fulltime-equivalent (fte) per 100.000 inwoners weergegeven, waarbij gecorrigeerd wordt voor het gemiddeld aantal gestelde psychische en sociale diagnoses per huisarts.

Tabel 3.1 De totale huisartscapaciteit uitgedrukt in fte's en het gemiddeld aantal fte huisartsen per 100.000 inwoners, eveneens gecorrigeerd voor psychosociale problemen

*Bron: NIVEL beroepenregistratie huisartsen (2001, 2003, 2004 en 2005), NS2 (2001), LINH (, 2003, 2004), CBS (2001, 2003, 2004, 2005)*

	2001	2003	2004	2005*
Aantal huisartsen	7801	8107	8209	8408
Aantal fte	6.608	6.725	6.795	6.920
fte huisartsen per 100.000 inwoners	41	42	42	42
% psychische en sociale problemen van alle contacten met patiënten	7,7	7,3	7,5	
Fte huisartsen per 100.000 inwoners voor psychische en sociale problemen	3,2	3,1	3,2	

\* voor 2005 zijn gegevens over het voorkomen van psychische en sociale problemen nog niet beschikbaar

Uit tabel 3.1 blijkt dat in de periode van 2001 tot en met 2005 de capaciteit van huisartsen om zorg te leveren aan patiënten met psychische en sociale problemen vrijwel hetzelfde is gebleven. Voor deze problemen is per 100.000 inwoners 3 fte aan huisartsenzorg beschikbaar.

### 3.3 Ontwikkelingen in capaciteit AMW op instellingsniveau

In tabel 3.2 worden de capaciteitsgegevens van uitvoerend maatschappelijk werkers van 2000 tot en met 2004 weergegeven. Tot 2003 lijkt er een toename te zijn in het aantal fte uitvoerend AMW-ers per 100.000 inwoners en daarna neemt het aantal fte af. Indien er rekening gehouden wordt met het percentage relationele en psychische problemen dat per AMW instelling voorkomt, dan is er ook eerst een toename en daarna afname in het aantal fte AMW per 1000.000 inwoners te constateren.

Tabel 3.2 De totale capaciteit van uitvoerend AMW-ers per AMW instelling, uitgedrukt in fte's

*Bron: NIVEL enquêtes onder AMW-instellingen (2000), Cliënt registratie AMW (2000) MadiMonitor (2003 en 2004), CBS (2000, 2003, 2004)*

	2000 (n=143)	2003 (n=145)	2004 (n=145)
Fte uitvoerend AMW	2071*	2493	2335
Fte AMW per 100.000 inwoners	13,1	15,4	14,4
% relationele en psychische problemen	64%	62%	58%
Fte AMW per 100.000 inwoners voor psychische en sociale problemen	8,4	9,3	8,4

\* Gegevens zijn afkomstig uit Meijer et al. (2002)

### 3.4 Ontwikkelingen in capaciteit eerstelijnspsychologen

In tabel 3.3 wordt de totale capaciteit van geregistreerde eerstelijnspsychologen weergegeven. Eveneens is voor de jaren 2003 tot en met 2006 vermeld hoeveel eerstelijnspsychologen er in de afgelopen jaren in opleiding waren. Tevens wordt het gemiddeld aantal eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners weergegeven.



Tabel 3.3 De totale capaciteit aan eerstelijnspsychologen en het gemiddeld aantal eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners.

Bron: Wentink et al, 2002 (enquête onder psychologen 1998), Meijer et al, 2004 (enquête onder psychologen 2002), het Nederlands Instituut van Psychologen (2003 t/m 2006), CBS (2003, 2004, 2005, 2006)

	1998*	2002**	2003	2004	2005	2006
Aantal geregistreerde eerstelijnspsychologen (aantal in opleiding)	751	1013	1076 (86)	1137 (121)	1160 (104)	1195 (110)
Aantal geregistreerde eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners	5	6	7	7	7	7

\*Gegevens zijn afkomstig uit Wentink et al.(2002): het betreft schattingen volgens het NIP

\*\* Gegevens zijn afkomstig uit Meijer et al. (2004): het betreft praktijken van alle gekwalificeerde en aspirant gekwalificeerde eerstelijnspsychologen die lid zijn van het NIP, dus ook van eerstelijnspsychologen die geen lid van de LVE zijn.

De capaciteit eerstelijnspsychologen is over tijd toegenomen van bijna 5 tot ruim 7 eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners. Indien ook de eerstelijnspsychologen in opleiding meegerekend worden zijn er in 2006 zelfs 8 eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners.

### 3.5 Ontwikkeling in capaciteit consultatiegevers vanuit de tweedelijns GGZ (in het kader van de Consultatieregeling)

Sinds 1999 is de Consultatieregeling van kracht, een subsidieregeling die 2<sup>e</sup> lijns GGZ instellingen konden aanwenden om ondersteunende menskracht ten behoeve van de eerstelijns in te zetten. In tabel 3.4 staat weergegeven hoeveel fte met deze regeling is ingezet in de periode 2002 – 2005.

De inzet van 2<sup>e</sup> lijns ondersteuning blijft door de jaren heen min of meer gelijk, wat begrijpelijk is omdat de subsidieregeling ook een vast bedrag per jaar bedroeg. Wel is zichtbaar dat de inbreng van SPV-en in de loop van de tijd toenam en die van psychiaters en psychologen afnam. De inzet in 2005 is terug aan het lopen omdat steeds meer projecten tegen het aflopen van de consultatieregeling (voorzien in 2004, uiteindelijk geëffectueerd in 2006) hun consultatieve activiteiten uit andere middelen gingen bekostigen en formeel geen geld meer aan de consultatieregeling ontleenden.

Tabel 3.4 Inzet van consultatiegevers (fte) ten behoeve van de eerstelijns, uitgesplitst naar beroepsgroep.

Bron: Steunpunt Tussen de Lijnen, Monitoring Consultatieve projecten 2000-2005\*

	2002	2003	2004	2005
	Min. <sup>1</sup> - Max.	Min. - Max.	Min. - Max.	Min. - Max.
Psychiater	12,5 - 16,6	9,1 - 12,7	9,4 - 13,4	6,1 - 10,8
SPV	77,3 - 97,9	88,1 - 123,3	95,6 - 137,4	90,5 - 161,1
Psycholoog/Psychotherapeut	16,2 - 20,5	7,4 - 10,3	7,9 - 11,3	5,7 - 10,1
Anders	11,8 - 15,1	9,5 - 13,3	9,7 - 13,4	13,6 - 24,2
Totaal	117,8 - 150,1	114,1 - 159,6	122,6 - 175,5	115,9 - 206,2
Totaal/100.000 inwoners	0,73 - 0,93	0,70 - 0,99	0,75 - 1,08	0,71 - 1,26

\*Gerapporteerd in Verhaak et al, 2006

<sup>1</sup> Minimum is gebaseerd op uitsluitend de projecten die respondeerden op de jaarlijkse monitor enquête van het Steunpunt tussen de lijnen (Aanname: niet respondenten zetten geen mankracht in). Maximum is gebaseerd op extrapolatie naar alle projecten (Aanname: niet-respondenten zetten hetzelfde in als respondenten).

### 3.6 Capaciteit bij hulpverleners in de eerstelijns GGZ, uitgesplitst in regio's.

#### Capaciteit bij huisartsen op regionaal niveau

Tabel 3.5 laat zien dat de dichtheid van de huisarts voor de GGZ verschilt over de vier regio's. Er zijn twee elkaar versterkende tendensen te zien. In het noorden zijn per 100.000 inwoners veel fte huisartsen beschikbaar. De huisartsen zien veel psychische en sociale problemen. In het zuiden daarentegen zijn minder huisartsen beschikbaar. Deze huisartsen zien ook minder psychische en sociale problemen.

Tabel 3.5 De totale huisartscapaciteit uitgedrukt in fte's en het gemiddeld aantal fte huisartsen per 100.000 inwoners per 1 januari 2005, gecorrigeerd voor psychosociale problemen

Bron: NIVEL beroepenregistratie huisartsen (2005), LINH (2004), CBS (2005)

	Noord	Zuid	Oost	West
Aantal fte huisartsen	762	1478	1450	3231
fte huisartsen per 100.000 inwoners	44,8	41,7	42,1	42,5
% psychische en sociale problemen van alle contacten met patiënten *	8,5	6,6	7,9	7,5
Fte huisartsen per 100.000 inwoners voor psychische en sociale problemen	3,8	2,8	3,3	3,2

\* voor 2005 zijn gegevens over het voorkomen van psychische en sociale problemen die afkomstig zijn uit LINH nog niet beschikbaar, we hebben dus voor 2004 gekozen.

#### Capaciteit bij het AMW op regionaal niveau

In tabel 3.6 worden de capaciteitsgegevens van uitvoerend maatschappelijk werkers voor het jaar 2004 weergegeven voor de vier regio's.

Tabel 3.6 De capaciteit van uitvoerend AMW-ers per regio, uitgedrukt in fte's en het gemiddeld aantal fte AMW-ers per 100.000 inwoners in het jaar 2004, gecorrigeerd voor psychosociale problemen, per regio

Bron: MadiMonitor (CBS enquête) 2004, CBS (2004)

	Noord	Zuid	Oost	West
Fte uitvoerend AMW	203	319	364	652
Fte AMW per 100.000 inwoners	11,9	9,0	10,6	8,6
% psychische en sociale problemen van alle contacten met patiënten	51%	58%	66%	56%
Fte AMW per 100.000 inwoners voor psychische en sociale problemen	6,1	5,2	7,0	4,8

De dichtheid van uitvoerend AMW-ers is in het noorden het hoogste en het zuiden en het westen het laagste; het oosten zit er tussenin. Indien er rekening gehouden wordt met het percentage relationele en psychische problemen dat per AMW instelling voorkomt, dan is het aantal fte AMW per 1000.000 inwoners het hoogste in het oosten van het land. In het zuiden en westen is het nog steeds het laagste; het noorden zit er nu tussenin.

#### Capaciteit bij eerstelijnspsychologen op regionaal niveau

In tabel 3.7 wordt de totale capaciteit aan geregistreerde eerstelijnspsychologen die lid zijn van de landelijke vereniging voor eerstelijnspsychologen (LVE) gepresenteerd en uitgedrukt per 100.000 inwoners. De dichtheid van eerstelijnspsychologen in het zuiden en noorden is vergelijkbaar. In het oosten is de dichtheid aan eerstelijnspsychologen lager en in het westen hoger.

Tabel 3.7 De totale capaciteit van eerstelijnspsychologen (alleen LVE-leden) en het gemiddeld aantal geregistreerde eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners in het jaar 2006

Bron: Ledenbestand van de LVE 2006, CBS (2006)

	Noord	Zuid	Oost	West
Aantal geregistreerde ELP	110	224	202	558
Aantal geregistreerde ELP per 100.000 inwoners	6,5	6,3	5,8	7,3



## 4 Resultaten: probleemaanbod

### 4.1 Inleiding

Om een sterke eerstelijns GGZ te bewerkstelligen is het belangrijk op de hoogte te zijn van het probleemaanbod in de eerstelijns. Hoewel het probleemaanbod van eerstelijnspsychologen geheel uit psychische en sociale problemen bestaat, zal voor huisartsen en AMW-ers het aandeel dat psychische en sociale problemen inneemt op het geheel van hun probleem aanbod in beschouwing genomen moeten worden.

Een tweede belangrijke voorwaarde voor een sterke eerstelijns GGZ is een goede kwaliteit van de hulpverlening voor patiënten met psychische en sociale problemen. Hiertoe is het relevant om een aantal kenmerken van de hulpverlening door de verschillende eerstelijns GGZ hulpverleners in kaart te brengen.

In dit hoofdstuk gaan we in op ontwikkelingen in de psychische problematiek die in de eerstelijns GGZ wordt aangeboden en de GGZ gerelateerde hulpverlening bij huisartsen, het AMW en eerstelijnspsychologen. In paragraaf 4.2 kijken we naar ontwikkelingen in aanbod en kenmerken van de GGZ hulpverlening bij huisartsen aan de hand van de morbiditeit ofwel het voorkomen van psychische en sociale problematiek en het voorschrijven van psychofarmaca. In paragraaf 4.3 en 4.4 worden respectievelijk de ontwikkelingen in aanbod en kenmerken van de hulpverlening bij het AMW en de eerstelijnspsychologen weergegeven. In de afsluitende paragraaf 4.5 wordt het aanbod van psychische problemen op regionaal niveau weergegeven.

### 4.2 Ontwikkelingen in aanbod en kenmerken (GGZ-) hulpverlening bij huisartsen

#### Morbiditeit

Tabel 4.1 laat zien welk deel van de huisartsdiagnoses psychisch (ICPC-hoofdstuk P) of sociaal (ICPC-hoofdstuk Z) van aard zijn. Het percentage contacten waarin de huisarts een psychische of sociale diagnose bij de patiënt vaststelt is over de jaren 2001, 2003 en 2004 niet veel veranderd. Bij ruim 6% van de contacten wordt een psychische diagnose vastgesteld en bij 1% van de contacten een sociale diagnose.

Tabel 4.1 Contacten in de huisartspraktijk per ICPC-hoofdstuk in het eerste kwartaal van 2001, 2003 en 2004

Bron: NS2/LINH registratie

ICPC hoofdstuk: % van alle contacten in eerste kwartaal	2001 n = 316.779	2003 n =290.743	2004 n =216.939
A: algemeen	7,6	7,6	7,8
B: Bloed en bloedvormende organen	1,1	1,1	1,2
D: Tractus digestivus	7,2	7,3	6,8
F: Oog	2,4	2,4	2,3
H: Oor	4,3	4,1	4,2
K: Tractus circulatorius	9,4	10,2	11,3
L: Bewegingsapparaat	16,1	16,1	15,6
N: Zenuwstelsel	2,9	2,9	2,7
<b>P: Psychische problemen</b>	<b>6,5</b>	<b>6,2</b>	<b>6,4</b>
R: Tractus respiratorius	14,2	13,3	12,0
S: Huid en subcutis	12,3	11,9	12,0
T: Endocriene klieren, metabolisme, voeding	4,0	4,9	5,3
U: Urinewegen	3,0	3,2	3,4
W: Zwangerschap	2,8	2,8	2,4
X: Geslachtsorganen vrouw	3,9	3,9	4,3
Y: Geslachtsorganen man	1,1	1,1	1,1
<b>Z: Sociale problemen</b>	<b>1,2</b>	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>

In tabel 4.2 wordt weergegeven wat het aandeel van de afzonderlijke psychische en sociale diagnoses in het totale aantal psychische en sociale diagnoses is.

De meest voorkomende psychische diagnose die de huisarts stelt is depressie. Deze diagnose komt voor in ongeveer 17% van alle contacten, waar een psychische of sociale diagnose is vastgesteld. Op de tweede plaats komt slapeloosheid of andere slaapproblemen met ruim 10% en op de derde een angstig/nerveus en gespannen gevoel met ruim 9%. Andere veelvoorkomende diagnoses zijn angststoornissen, depressieve gevoelens, neurasthenie/surmenage en crisis/voorbijgaande stress reactie. Er hebben zich over tijd wel wat verschuivingen in het voorkomen van de diagnoses voorgedaan. In vergelijking met 2001 wordt in 2004 vaker het symptoom een “down/depressief gevoel” genoemd en minder vaak de diagnose “depressie”.

Hoewel dit niet in de tabel terug te vinden is, dient opgemerkt te worden dat in de jaren 2003 en 2004 problemen met de werksituatie zijn gaan behoren tot de tien meest voorkomende psychische en sociale problemen met respectievelijk 2,7% en 2,5% van alle P en Z contacten.

Tabel 4.2 Meest voorkomende psychische of sociale diagnoses bij de contacten in het eerste kwartaal 2001, 2003 en 2004

Bron: NS2/LINH registratie

	% van alle contacten met een psychische of sociale diagnose		
	2001 n = 24.533	2003 n =20.629	2004 n =15.801
P76 Depressie	17,3	18,7	16,8
P06 Slapeloosheid/andere slaapstoornis	11,7	10,4	10,4
P01 Angstig/nervuus/gespannen gevoel	10,3	9,0	9,6
P74 angststoornis/angsttoestand	6,0	6,9	6,7
P03 down/ depressief gevoel	4,8	5,6	6,5
P78 neurasthenie/surmenage	5,3	4,4	5,3
P02 crisis/voorbijgaande stress reactie	4,0	4,2	4,3
P17 tabaksmisbruik	2,7	2,7	3,9
Z12 relatieprobleem met partner	2,6	2,7	2,8
Z15 verlies/overlijden partner	2,4	2,4	2,4

In tabel 4.3 wordt de morbiditeit van één of meer psychische of sociale diagnoses weergegeven per 1000 patiënten die in het eerste kwartaal van de jaren 2001, 2003 en 2004 de huisarts bezochten.

Tabel 4.3 Morbiditeit van psychische en sociale problemen per 1000 patiënten die in het eerste kwartaal van 2001, 2003 en 2004 de huisarts bezochten

	Prevalentie van één of meer psychische of sociale diagnoses per 1000 patiënten		
	2001 n=88 praktijken; 140.167 patiënten	2003 n=87 praktijken; 130.837 patiënten	2004 n=61 praktijken; 93.721 patiënten
Psychische diagnose	88,80	82,79	88,25
Sociale diagnose	21,52	18,56	19,43

De tabel laat zien dat in de jaren 2001, 2003 en 2004 van de 1000 patiënten die de huisarts bezoeken 83 tot 89 patiënten (8,3-8,9%) één of meer psychische diagnoses kregen en 19 tot 22 (1,9-2,2%) patiënten één of meer sociale diagnoses. Indien de drie jaren met elkaar vergeleken worden, dan blijkt het aantal mensen met minstens één psychische diagnose na 2001 af te nemen en na 2003 weer toe te nemen. Ditzelfde patroon is in minder sterke mate te zien bij de sociale diagnoses.

Tabel 4.4 toont de prevalentie van de meest voorkomende psychische en sociale diagnoses per 1000 patiënten. De meest voorkomende diagnoses zijn depressie, slapeloosheid en een angstig/nerveus en gespannen gevoel. Ook in deze tabel is te zien dat in 2004 in vergelijking met 2001 vaker het symptoom een “down depressief gevoel” genoemd wordt en minder vaak de diagnose “depressie”. In het algemeen lijkt het aantal mensen met één van de meest voorkomende psychische en sociale diagnoses eerst af te nemen en vervolgens weer licht toe te nemen.

Tabel 4.4 Prevalentie van de meest voorkomende psychische en sociale diagnoses

<b>Prevalentie van één of meer meest voorkomende psychische of sociale diagnoses per 1000 patiënten</b>			
	<b>2001</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
	<b>n=88 praktijken; 140.167 patiënten</b>	<b>n=87 praktijken; 13.0837 patiënten</b>	<b>n=61 praktijken; 93.721 patiënten</b>
P76 Depressie	18,07	17,61	16,26
P06 Slapeloosheid/andere slaapstoornis	14,85	11,81	12,75
P01 Angstig/nerveus/gespannen gevoel	13,03	10,18	11,30
P74 angststoornis/angstoestand	6,22	6,86	6,51
P03 down/ depressief gevoel	5,49	5,95	7,35
P78 neurasthenie/surmenage	6,60	5,08	5,74
P02 crisis/voorbijgaande stress reactie	5,34	4,93	5,46
Z12 relatieprobleem met partner	3,57	3,32	3,67
P17 tabaksmisbruik	3,90	3,46	4,58
Z15 verlies/overlijden partner	2,51	2,44	2,52

### **Prescripties**

In tabel 4.5 is weergegeven welke medicatie in het eerste kwartaal van 2001, 2003 en 2004 is voorgeschreven aan patiënten met een psychische of sociale diagnose. Er wordt onderscheid gemaakt in drie hoofdcategorieën van psychofarmaca, namelijk kalmeringsmiddelen, slaapmiddelen en anti-depressiva.

De tabel laat zien dat huisartsen aan patiënten met psychische en sociale problemen vooral antidepressiva voorschrijven en binnen de antidepressiva vooral de Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI's). Indien gekeken wordt naar het voorschrijfgedrag van huisartsen over de afgelopen jaren, dan is er in het algemeen een lichte toename in het gebruik van psychofarmaca in 2003 en een afname van het gebruik van psychofarmaca in 2004. Vooral antidepressiva worden in het eerste kwartaal van 2004 aanzienlijk minder voorgeschreven. Het gebruik van slaapmiddelen is al vanaf 2001 gaan afnemen.



Tabel 4.5 Prescripties in hoofdgroepen van psychofarmaca bij patiënten met een psychische of sociale diagnose gedurende het eerste kwartaal van 2001, 2003 en 2004.

Bron: NS2/LINH registratie

Prescripties per 1000 patiënten met een psychische of sociale diagnose			
ATC categorie: psychofarmaca	2001 n=87 praktijken; 14.834 patiënten	2003 n=87 praktijken; 12.813 patiënten	2004 n=61 praktijken; 9.776 patiënten
N05B Kalmeringsmiddelen	462	470	441
N05C Slaapmiddelen	369	355	331
N06A Antidepressiva, waaronder:	567	590	484
• N06AA TCA's	100	107	98
• N06AB SSRI's	352	375	299
Totaal	1399	1416	1255

In tabel 4.6 is opgenomen welk deel van de patiënten met een veel voorkomende psychische of sociale diagnose in het eerste kwartaal van 2001, 2003 of 2004 een recept heeft gekregen van de huisarts in de hierboven genoemde categorieën van medicatie. De patiëntengroepen kunnen onderling overlappen.

Tabel 4.6 Percentage patiënten met prescripties in de categorieën antidepressiva, kalmeringsmiddelen en slaapmiddelen bij verschillende psychische en sociale diagnoses in het eerste kwartaal van 2001, 2003 of 2004.

Bron: NS2/LINH registratie

% patiënten met prescriptie			
Problematiek	2001	2003	2004
Alle psychische en sociale diagnoses tezamen	54	42	36
P76 Depressie	83	80	82
P06 Slapeloosheid/andere slaapstoornis	88	79	76
P74 Angststoornis/angsttoestand	77	67	69
P03 Down/ depressief gevoel	65	60	55
P78 Neurasthenie/surmenage	36	31	38
P01 Angstig/nerveus/gespannen gevoel	67	31	32
P02 Crisis/voorbijgaande stress reactie	53	31	28
Z05 en Z12 Sociale problemen in de omgeving	30	22	23

Uit de tabel blijkt dat het percentage patiënten dat een of meer GGZ gerelateerde prescripties heeft ontvangen afgenomen is. Deze afname is vooral te zien bij patiënten met een angstig/nerveus/gespannen gevoel en patiënten met een crisis of voorbijgaande stress reactie. Bij patiënten neurasthenie/surmenage neemt het voorschrijven van

psychofarmaca vanaf 2001 eerst af en vanaf 2003 weer toe.

We hebben tevens gekeken naar ontwikkelingen in het aantal voorgeschreven psychofarmaca recepten per type problematiek. Deze resultaten staan weergegeven in bijlage 1. Bij patiënten met depressie worden vooral antidepressiva voorgeschreven, bij slaapproblemen vooral slaapmiddelen, en bij angst, stress en sociale problemen worden vooral kalmeringsmiddelen voorgeschreven. In de afgelopen jaren is het voorschrijven van psychofarmaca bij angst, en sociale problemen toegenomen. Het voorschrijven van psychofarmaca bij slaapproblemen is afgenomen en het voorschrijven van psychofarmaca bij depressie en stress neemt van 2001 tot 2003 toe en daarna af.

### 4.3 Ontwikkelingen in aanbod en kenmerken hulpverlening bij het AMW

#### Aanbod psychische en sociale problemen

Tabel 4.7 toont het aanbod aan psychische en sociale problematiek onder cliënten van het AMW. Het AMW hanteert een categorieënsysteem met 19 probleemcategorieën, die in de tabel geordend zijn in vier hoofdgroepen: relationeel, psychisch, materieel en overig. Voor de eerstelijns GGZ achten we met name de twee eerste hoofdgroepen relevant. Aangezien meerdere probleemcategorieën op hetzelfde cliëntensysteem van toepassing kunnen zijn, tellen de percentages op tot meer dan 100%.

Tabel 4.7 Behandelde problematiek binnen het AMW, uitgedrukt in gemiddeld percentage cliëntensystemen per AMW instelling.

Bron: Cliëntregistratie AMW( 1999, 2000 en 2002), MadiMonitor (2003, 2004)

	Gemiddeld % cliëntensystemen per instelling*				
	1999	2000	2002	2003	2004
<b>Relationeel</b>					
Relatie ouder-kind	9	9	8	10	10
Relatie partner	10	11	9	10	8
Scheiding	5	5	6	6	6
Relatie met anderen	5	5	5	6	5
<i>Subtotaal relationeel</i>	<i>29</i>	<i>30</i>	<i>30</i>	<i>31</i>	<i>29</i>
<b>Psychisch</b>					
Verwerking gebeurtenissen	11	12	11	10	9
Identiteit	4	4	4	4	4
Eenzaamheid	2	2	2	2	2
Verslaving	1	2	2	2	1
Overig psychisch	16	15	14	13	13
<i>Subtotaal psychisch</i>	<i>33</i>	<i>35</i>	<i>32</i>	<i>30</i>	<i>29</i>

- wordt vervolgd tabel 4.7 -

vervolg tabel 4.7

	Gemiddeld % cliëntsystemen per instelling*				
	1999	2000	2002	2003	2004
<b>Materieel</b>					
Besteding	9	7	6	8	9
Huisvesting	5	3	6	6	7
Arbeid	4	4	5	5	5
Inkomen	4	3	3	5	5
Vorming/opleiding	1	1	1	2	2
<i>Subtotaal materieel</i>	<i>22</i>	<i>19</i>	<i>21</i>	<i>25</i>	<i>27</i>
<b>Overig</b>					
Gezondheid	6	8	8	7	7
Maatschappelijke organisaties	3	3	3	4	5
Slachtoffer geweld	4	4	3	1	3
Cultuurverschillen	1	1	2	1	1
Multi-probleem gezin	2	nvt	nvt	nvt	nvt
<i>Subtotaal overig</i>	<i>16</i>	<i>17</i>	<i>16</i>	<i>13</i>	<i>15</i>

\* >1 antwoord mogelijk per cliëntstelsysteem

We zien geen grote verschillen in het aanbod van psychische en sociale problemen bij het AMW over tijd. In het algemeen kan gezegd worden dat bij iets minder dan een derde van de cliënten relationele problemen behandeld worden, bij iets meer dan een derde psychische problemen, bij ongeveer een kwart materiële problemen en bij 15% van de cliënten overige problemen. Er dient wel opgemerkt worden dat het percentage cliëntsystemen dat behandeld wordt voor materiële problemen zoals problemen met besteding, huisvesting en inkomen in de jaren 2003 en 2004 toe lijkt te nemen.

#### **Type en duur van de hulpverlening**

Uit tabel 4.8 valt af te leiden dat er in de periode van 2000 tot en met 2004 weinig veranderingen hebben plaatsgevonden in het type hulpverlening bij het AMW. Procesmatige hulp, ofwel reguliere psychosociale begeleiding en behandeling van de cliënt, is nog steeds de meest toegepaste vorm van hulpverlening, gevolgd door informatie en advisering.

Tabel 4.8 Type hulpverlening bij het AMW

Bron: Cliëntregistratie AMW (2000 en 2002), Madimonitor (2003 en 2004)

Type hulpverlening	Gemiddeld % cliëntsystemen per instelling			
	2000	2002	2003*	2004*
Procesmatig hulp**	62	59	57	58
Informatie/advies	12	15	12	11
Dienstverlening	6	7	7	9
Bemiddeling/pleitbezorging	7	7	6	7
Groepswerk	5	4	5	5
Steun-leuncontact	5	3	6	4
Rapportage ovv derden	1	1	3	3
Crisishulp	2	2	3	3
Casemanagement	1	1	1	1

\* >1 antwoord mogelijk per cliëntstelsysteem

\*\* reguliere psychosociale begeleiding/behandeling van de cliënt

In tabel 4.9 wordt de gemiddelde duur van de hulpverlening en het gemiddeld aantal hulpverleningscontacten aan een cliëntstelsysteem bij het AMW weergegeven.

Tabel 4.9 Gemiddeld aantal hulpverleningscontacten en behandelduur per cliëntstelsysteem bij het AMW

Bron: Cliëntregistratie AMW (2000 en 2002), Madimonitor (2003 en 2004)

	2000	2002	2003	2004
Gemiddeld aantal contacten (SD)	7, 4 (2,8)	8,7 (2,7)	10 (3,6)	10 (4,2)
Gemiddeld aantal dagen (SD)	147 (50,1)	180 (78,2)	193 (50,2)	197 (44,4)

Het gemiddeld aantal hulpverleningscontacten per cliëntstelsysteem in een AMW instelling is toegenomen van 7 in 2000 naar 10 in 2004. De hulpverleningsduur nam toe van 147 dagen in 2000 naar 197 dagen in 2004.

#### 4.4 Ontwikkelingen in aanbod en kenmerken hulpverlening bij eerstelijnspsychologen

Tabel 4.10 laat de probleemgebieden zien zoals eerstelijnspsychologen die registreren. In het algemeen kan gezegd worden dat 17-26% van de probleemgebieden relationeel zijn en 70-63% psychisch. Problemen rondom de gezondheid komen bij 7-11% van de cliënten van een eerstelijnspsycholoog voor en slechts 5% komt met andere problemen. Over tijd is er een geringe verschuiving in benoeming van problemen van psychische naar relationele problemen. De meest voorkomende problemen over de jaren heen zijn

interpersoonlijk problemen, depressie, werk en studieproblemen, aanpassings/verwerkingsproblemen, angsten, identiteitsproblemen en psychosomatische klachten. In 1998 kwamen psychosomatische problemen waaronder ook de spanningsklachten, het meest voor. Klachten met betrekking tot slapen, eten, seksualiteit, impulsbeheersing en gezinsproblemen komen minder vaak voor. Verslavingsproblemen, leerproblemen, tic-stoornissen, zindelijkheidsproblemen en psychose/ decompensatie komen nauwelijks voor bij de cliënten van de eerstelijnspsychologen. In deze tabel is eveneens verschuiving van psychische naar relationele problemen te zien. In 1998 en 2002 waren de meest voorkomende problemen bij de eerstelijnspsycholoog psychosomatische/somatoforme klachten en identiteitsproblemen. In 2004 en 2005 komen relationele problemen het meeste voor.

Tabel 4.10 Probleemgebieden voorkomende bij de eerstelijnspsycholoog  
 Bron: enquête onder eerstelijnspsychologen (1998, 2002) en LINEP (2004, 2005)

Probleemgebieden 1998 en 2002	% cliënten		Probleemgebieden 2004 en 2005	% cliënten	
	1998*	2002*		2004	2005
	n=2779	n=1109		n=3512	n=4179
<b>Relationeel</b>					
Relatie problemen	13	11	Interpersoonlijke problemen	23	23
Gezins en opvoedingsproblemen	4	5	Gezinsproblemen	1	3
<i>Totaal relationeel</i>	<i>17</i>	<i>16</i>		<i>24</i>	<i>26</i>
<b>Psychisch</b>					
Trauma/rouw/scheiding	8	9	Aanpassings/verwerkingsproblemen	17	18
Depressiviteitsklachten	14	11	Depressies	16	15
Fobie, vage angsten/paniekaanvallen	8	7	Angsten	13	13
Werk/studieproblemen, burnout/overspannen	11	15	Werk en studieproblemen	11	9
Identiteitsproblemen/negatief zelfbeeld	7	11	Identiteitsproblemen	5	6
Spanningsklachten	13	6			
Assertiviteitsproblemen	7	6			
Levens-/zingevingproblemen	N.v.t.	3			
Agressie/woede	N.v.t.	3			
Dwangmatige klachten	2	1			
Identiteitsstoornis	N.v.t.	1			
<i>Totaal psychisch</i>	<i>70</i>	<i>73</i>		<i>65</i>	<i>63</i>
<b>Gezondheid</b>					
Psychosomatisch/somatoforme klachten	5	3	Psychosomatisch/somatoforme klachten	5	4
Slaapproblemen	3	2			
Seksuele problemen	2	1	Klachten met betrekking tot slapen/eten/seks/impulsbeheersing	3	3
Eetproblemen	1	1			
<i>Totaal gezondheid</i>	<i>11</i>	<i>8</i>		<i>8</i>	<i>7</i>

- wordt vervolgd tabel 4.10 -

vervolg tabel 4.10

Probleemgebieden 1998 en 2002	% cliënten		Probleemgebieden 2004 en 2005	% cliënten	
	1998*	2002*		2004	2005
	n=2779	n=1109		n=3512	n=4179
<b>Anders</b>					
Gedragsproblemen	N.v.t.	1	Gedragsproblemen	3	2
Psychose/decompensatie	N.v.t.	1	Psychose/decompensatie	Nvt	nvt
Verslaving	N.v.t.	1	Verslavingsproblemen	Nvt	1
			Leerproblemen	1	1
			Zindelijkheidsproblemen	Nvt	0
			Tic-Stoornissen	Nvt	0
Anders	2	3	Anders	5	3
<i>Totaal anders</i>	2	5		6	5

- > 1 antwoord mogelijk

### Duur en type hulpverlening

In tabel 4.11 is het type hulpverlening door eerstelijnspsychologen te zien.

Over het algemeen betrof voor de meerderheid van de cliënten de hulpverlening een behandeling. Ook crisisinterventie/ondersteuning maakt een aanzienlijk deel uit van de hulpverlening, evenals advies/consultatie en een oriënterend gesprek. Indien gekeken wordt naar de verschillen in het type hulpverlening in de periode van 1998 tot en met 2005, dan lijkt er een afname in het geven van kortdurende crisisinterventies en ondersteuning plaats te vinden.

Tabel 4.11 Type hulpverlening bij de eerstelijnspsychologen

Bron: Enquêtes eerstelijnspsychologen (1998 en 2002), LINEP 2004 en 2005

	1998*	2002**	2004	2005
<b>Werkzaamheden</b>	<b>n=2768</b>		<b>n=3514</b>	<b>n=4279</b>
Behandeling	67	83	64	68
Kortdurende crisisinterventie/ondersteuning	17		10	10
Advies/consultatie	7		9	7
Oriënterend gesprek	7		8	7
Psycho-educatie	2		3	3
Anders			6	5

\* > 1 antwoord mogelijk

\*\* Over het jaar 2002 alleen bekend dat 83% van de werkzaamheden van de eerstelijnspsycholoog behandeling betrof

Tabel 4.12 toont gegevens over wachttijden, aantal sessies en behandelduur bij eerstelijnspsychologen tussen 1998 en 2005.

De gemiddelde wachttijd over de jaren 1998, 2002, 2004 en 2005 fluctueert van 10 tot 17 dagen. In de loop van de tijd is geen duidelijk patroon te zien in afname en toename.

In de afgelopen jaren is het gemiddelde aantal sessies ofwel zittingen per cliënt afgenomen. In 1998 had een cliënt gemiddeld nog 15 zittingen, in 2004 is dit gereduceerd tot 7 zittingen. In 1998 nam de hulpverlening door de eerstelijnspsycholoog gemiddeld 175 dagen (5,7 maand) in beslag en in 2004 was dit 128 dagen (4,2 maand).

Tabel 4.12 Gemiddelde wachttijd tot intake gesprek (in dagen), aantal sessies en behandelduur 1998 - 2005

Bron: Enquêtes eerstelijnspsychologen (1998 en 2002), LINEP 2004 en 2005

	1998	2002	2004	2005
	n=362	n=412	n=2772	N=4057
Wachttijd in dagen	12	17	10	13
Aantal sessies	15	13	7	7
Behandelduur in dagen	175	165	126	128

## 4.5 Aanbod van psychische problemen op regionaal niveau

### Probleemaanbod bij huisartsen op regionaal niveau

In tabel 4.13 wordt per regio weergegeven welke percentage van de patiënt contacten bij de huisarts psychische en sociale problemen betreft. In het noorden van het land is het percentage contacten waarbij psychische problemen vastgesteld zijn met 7,2% het grootst en in het zuiden met 5,5% het kleinst. Het percentage contacten waar een sociaal probleem is vastgesteld, verschilt niet over de verschillende regio's.



Tabel 4.13 Contacten in de huisartspraktijk per ICPC-hoofdstuk in het eerste kwartaal van 2004 verdeeld over vier regio's.

Bron: LINH 2004

	Noord	Zuid	Oost	West
	2004	2004	2004	2004
<b>ICPC hoofdstuk: % van alle deelcontacten in eerste kwartaal</b>	<b>n=53.309</b>	<b>n=57.033</b>	<b>n=50.480</b>	<b>n=60.530</b>
A: algemeen	5,6	8,1	7,7	7,5
B: Bloed en bloedvormende organen	1,7	0,9	1,3	1,1
D: Tractus digestivus	7,2	6,4	6,7	7,2
F: Oog	2,1	2,4	2,4	2,5
H: Oor	4,0	4,4	3,9	4,4
K: Tractus circulatorius	11,5	11,3	11,9	11,2
L: Bewegingsapparaat	15,1	16,8	15,1	15,6
N: Zenuwstelsel	3,0	2,9	2,5	2,6
<b>P: Psychische problemen</b>	<b>7,2</b>	<b>5,5</b>	<b>6,8</b>	<b>6,4</b>
R: Tractus respiratorius	11,7	12,1	11,9	11,8
S: Huid en subcutis	12,2	12,1	12,0	12,0
T: Endocriene klieren, metabolisme, voeding	5,4	5,4	5,3	5,2
U: Urinewegen	3,5	2,7	4,2	3,4
W: Zwangerschap	2,8	2,1	2,2	2,8
X: Geslachtsorganen vrouw	4,5	4,7	4,0	4,2
Y: Geslachtsorganen man	1,1	1,0	1,1	1,2
<b>Z: Sociale problemen</b>	<b>1,3</b>	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>
Totale aantal contacten	100	100	100	100

Tabel 4.14 laat zien welke psychische of sociale diagnoses tijdens de contacten het meest gesteld worden. In alle regio's komt depressie het meeste voor, gevolgd door slapeloosheid en een angstig/nerveus/gespannen gevoel. Het valt op dat in het zuiden bij meer dan 10% van de contacten een angststoornis of angsttoestand vastgesteld werd, terwijl dit voor de rest van de regio's 5% was. In vergelijking met het noorden hebben in het oosten minder patiënten last van een down/depressief gevoel en meer last van neurasthenie/surmenage.

Tabel 4.14 Meest voorkomende psychische (P-) of sociale (Z-) diagnoses bij de contacten in het eerste kwartaal 2004 verdeeld over de vier regio's

Bron: LINH 2004

	Noord	Zuid	Oost	West
	2004	2004	2004	2004
<b>Meest voorkomende psychische en sociale diagnoses bij de contacten in eerste kwartaal</b>	<b>n=8991</b>	<b>n=8582</b>	<b>n=8306</b>	<b>n=9923</b>
1 P76 Depressie	15,2	16,4	19,9	16,2
2 P06 Slapeloosheid/andere slaapstoornis	11,6	8,7	8,2	12,8
3 P01 Angstig/nervuus/gespannen gevoel	10,8	7,4	10,1	10,1
4 P74 angststoornis/angsttoestand	5,0	10,6	5,4	5,4
5 P03 down/ depressief gevoel	8,2	6,7	4,2	6,2
6 P78 neurasthenie/surmenage	3,3	3,7	8,6	5,4
7 P02 crisis/voorbijgaande stress reactie	4,5	3,4	3,8	4,9
8 Z12 relatieprobleem met partner	2,5	3,1	2,0	3,2
9 P17 tabaksmisbruik	3,4	5,3	3,4	3,8
10 Z15 verlies/overlijden partner	2,6	2,9	3,2	1,3

#### **Aanbod van psychische problemen bij het AMW op regionaal niveau**

Tabel 4.15 laat per regio zien welke problematiek er binnen het AMW behandeld wordt. Ten aanzien van relationele problemen zijn er per regio geen grote verschillen te zien. In vergelijking met het noorden wordt in het oosten een aanzienlijk groter percentage cliënten bij het AMW geholpen voor (overige) psychische problemen. In vergelijking met de andere regio's worden in het zuiden meer cliënten geholpen voor verwerking van gebeurtenissen. In het noorden van het land wordt een derde van de cliënten geholpen bij materiële problemen zoals problemen rondom de besteding, de huisvesting en het inkomen. In de andere regio's wordt ongeveer een kwart van de cliënten hiervoor behandeld. In vergelijking met het noorden en het oosten wordt in het westen en het zuiden van het land een groter percentage van de cliënten geholpen voor overige problemen die onder andere te maken kunnen hebben met de gezondheid of maatschappelijke organisaties.

Tabel 4.15 Behandelde problematiek binnen het AMW, uitgedrukt in gemiddeld percentage cliëntsystemen per AMW instelling verdeeld over vier regio's

Bron: MadiMonitor 2004

<b>Gemiddeld % cliëntsystemen per instelling*</b>				
	<b>Noord</b>	<b>Zuid</b>	<b>Oost</b>	<b>West</b>
<b>Relationeel</b>				
Relatie ouder-kind	10	10	11	9
Relatie partner	8	8	8	10
Scheiding	7	5	6	6
Relatie met anderen	4	5	6	6
<i>Totaal relationeel</i>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>30</b>
<b>Psychisch</b>				
Verwerking gebeurtenissen	8	11	9	9
Identiteit	5	3	4	3
Eenzaamheid	1	1	2	2
Verslaving	1	1	2	1
Overig psychisch	8	14	19	12
<i>Totaal psychisch</i>	<b>23</b>	<b>29</b>	<b>35</b>	<b>27</b>
<b>Materieel</b>				
Besteding	16	10	7	9
Huisvesting	9	5	5	6
Arbeid	2	4	6	5
Inkomen	6	4	3	5
Vorming/opleiding	2	1	1	3
<i>Totaal materieel</i>	<b>36</b>	<b>25</b>	<b>22</b>	<b>27</b>
<b>Overig</b>				
Gezondheid	5	6	6	9
Maatschappelijke organisaties	5	5	3	5
Slachtoffer geweld	3	4	3	3
Cultuurverschillen	1	1	1	1
<i>Totaal overig</i>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>13</b>	<b>17</b>

\* >1 antwoord mogelijk per cliëntstelsysteem

### **Aanbod van psychische problemen bij de eerstelijnspsycholoog op regionaal niveau**

Tabel 4.16 laat per regio zien welke probleemgebieden voorkomen bij de eerstelijnspsycholoog. In vergelijking met de andere regio's wordt in het oosten van het land een kleiner percentage cliënten door de eerstelijnspsycholoog geholpen voor

interpersoonlijke problemen en een groter deel van de cliënten geholpen voor angsten. In het noorden wordt in vergelijking met de andere regio's een kleiner percentage cliënten geholpen voor werk en studieproblemen en een groter voor psychosomatische en somatoforme klachten. In het zuiden van het land ligt het percentage aanpassings en verwerkingsproblemen lager dan in de rest van het land.

Tabel 4.16 Probleemgebieden voorkomend bij de eerstelijnspsycholoog

Bron: LINEP 2005

Probleemgebieden	% cliënten			
	Noord n=317	Zuid n=1590	Oost n=984	West n=1288
<b>Relationeel</b>				
Interpersoonlijke problemen	22	25	19	24
Gezinsproblemen	3	2	1	1
<i>Totaal relationeel</i>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>20</b>	<b>25</b>
<b>Psychisch</b>				
Aanpassings/verwerkingsproblemen	21	15	21	19
Depressies	18	16	14	16
Angsten	13	12	18	11
Werk en studieproblemen	5	8	8	10
Identiteitsproblemen	6	6	6	7
<i>Totaal psychisch</i>	<b>63</b>	<b>57</b>	<b>67</b>	<b>63</b>
<b>Gezondheid</b>				
Psychosomatische/somatoforme klachten	7	3	4	4
Klachten met betrekking tot slapen/eten/seks/impulsbeheersing	2	2	2	4
<i>Totaal gezondheid</i>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>8</b>
<b>Anders</b>				
Gedragsproblemen	2	3	2	1
Verslavingsproblemen	1	3	0	1
Leerproblemen	1	2	0	0
Zindelijkheidsproblemen	0	0	0	0
Tic-Stoornissen	0	0	0	0
Anders	0	5	3	3
<i>Totaal anders</i>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>5</b>

## 5 Resultaten: verwijfsstromen

### 5.1 Inleiding

De doelstelling van een sterke eerstelijns GGZ is om patiënten met psychische en sociale problemen waar mogelijk binnen de eerstelijns te behandelen. Dit uit zich in het ideale geval in een optimale verwijfsstroom: verwijfszingen van patiënten binnen de eerstelijns GGZ waar dat kan en verwijfszingen naar de tweedelijns GGZ wanneer dat nodig is. Er wordt dus een afnemende stroom van verwijfszingen naar de tweedelijns GGZ en een toenemende stroom van verwijfszingen binnen de eerstelijns GGZ nagestreefd. In dit hoofdstuk worden de ontwikkelingen in de verwijfsstromen bij huisartsen (paragraaf 5.2), AMW (paragraaf 5.3), eerstelijnspsychologen (paragraaf 5.4) en consultatiegevers vanuit de tweedelijns (paragraaf 5.5) in kaart gebracht. Paragraaf 5.6 toont de verwijfsstromen op regionaal niveau

### 5.2 Ontwikkelingen in de verwijfsstromen bij huisartsen

Tabel 5.1 toont het aantal patiënten dat de huisarts naar schatting in het afgelopen jaar heeft doorverwezen naar het AMW, eerstelijnspsychologen en de ambulante GGZ. Het aantal is uitgedrukt in het aantal per 1000 patiënten van een betreffende huisarts. De gegevens zijn afkomstig uit de huisartsenquêtes van 2001, 2003 en 2005.

Tabel 5.1 Aantal patiënten per 1000 ingeschrevenen dat de huisarts naar schatting in het afgelopen jaar heeft doorverwezen

*Bron: Enquêtes huisartsen (NIVEL/WOK)*

	2001 (n=1092)	2003 (n=1217)	2005 (n=659)
AMW	8.7	8.1	8.9
Eerstelijnspsycholoog	8.9	9.2	9.5
Ambulante GGZ	9.7	9.5	10.6
Totaal	26.6	26.4	28.7

Het aantal verwijfszingen van de huisarts naar het AMW, de eerstelijnspsycholoog en de ambulante GGZ is over de periode van 2001 tot 2005 niet veranderd. In het totaal aan geschatte verwijfszingen lijkt in 2005 wel een toename zichtbaar te zijn. Deze is echter niet groot.

De verwijfszingen zoals geregistreerd bij het registratienetwerk LINH geven een ander

beeld dan de schattingen van de huisartsen. In tabel 5.2 zijn de GGZ verwijzingen opgenomen van alle patiënten die in het eerste kwartaal van 2001, 2003 en 2004 een contact met de huisartspraktijk hebben gehad waarbij een psychische of sociale diagnose gesteld is. Daarbij moet opgemerkt worden dat er waarschijnlijk sprake is van onderregistratie van verwijzingen naar het AMW en de vrijgevestigde psycholoog (zie hoofdstuk 2 paragraaf 2.3 Methode).

Tabel 5.2 Geregistreerde GGZ-verwijzingen per 1000 patiënten met een psychische of een sociale diagnose in het eerste kwartaal 2001, 2003 en 2004

Bron: NS2/LINH registratie

	2001 (n=11.269)	2003 (n=12.831)	2004 (n=9804)
<b>Eerstelijns GGZ</b>			
Algemeen Maatschappelijk Werk	5	4	6
Eerstelijnspsycholoog	10	8	13
<i>Totaal</i>	15	12	19
<b>Tweedelijns GGZ</b>			
Psychiatrie/PAAZ	21	18	23
Ambulante GGZ	15	11	14
Vrijgevestigde psycholoog/psychotherapeut	10	10	11
<i>Totaal</i>	46	39	48
<b>Totaal</b>	61	51	67

Over het geheel genomen, neemt het percentage GGZ verwijzingen van 2001 naar 2003 af en van 2003 naar 2004 weer zodanig toe dat het percentage verwijzingen in 2004 groter is dan in 2001. In 2001 werd 6% van de patiënten met psychische en sociale diagnoses door de huisarts doorverwezen, in 2003 was dit 5% en in 2004 7%. Vooral het percentage verwijzingen naar de eerstelijnspsycholoog en psychiatrie is in 2004 ten opzichte van 2001 toegenomen. Het percentage verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ is van 25% in 2001 en 24% in 2003 toegenomen naar 28% in 2004.

Ook is in kaart gebracht hoe de verwijsstromen vanuit de huisarts plaatsvinden bij vijf hoofdcategorieën van patiënten met psychische en sociale problemen en bij de groep patiënten met 'overige psychische en sociale problemen' (bijlage 2). Binnen vrijwel alle hoofdcategorieën van patiënten met psychische en sociale problemen is het aantal verwijzingen naar een GGZ hulpverlener in 2004 ten opzichte van 2001 en 2003 toegenomen. Hoewel het aantal verwijzingen van patiënten bij de diagnoses depressie en overige psychische problemen in de jaren 2001 en 2003 vrijwel gelijk bleef, namen de verwijzingen bij deze diagnoses in 2004 sterk toe. Bij patiënten met de diagnoses angst en sociale problemen vindt in het jaar 2003 al een toename van het aantal verwijzingen

plaats. Bij patiënten met de diagnose stress neemt het aantal verwijzingen van 2001 naar 2003 eerst af en in 2004 weer sterk toe. Patiënten met de diagnoses depressie, stress en sociale problemen worden over alle jaren het meest verwezen. Patiënten worden het minst verwezen voor slaapproblemen. Indien we kijken naar de verwijfsbestemmingen, dan vinden binnen de eerstelijns naar zowel het AMW als de eerstelijnspsycholoog de meeste verwijzingen plaats bij patiënten met stress en sociale problemen. Bovendien neemt bij zowel het AMW als bij de eerstelijnspsychologen het aantal verwijzingen bij vrijwel alle diagnoses over tijd toe. Wanneer we kijken naar de tweedelijns dan vindt er een toename plaats van verwijzingen bij patiënten met angst, stress en overige psychische en sociale problemen. Verwijzingen naar de psychiatrie en ambulante GGZ vinden het meest plaats bij patiënten met depressie en overige psychische en sociale problemen. Wanneer patiënten stress of sociale problemen hebben dan worden ze vaak doorverwezen naar een vrijgevestigde psycholoog of psychotherapeut. Er wordt meer verwezen naar de tweedelijns dan binnen de eerstelijns.

### 5.3 Ontwikkelingen in verwijfsstromen bij het AMW

#### Instroom naar het AMW

Uit tabel 5.3 is af te lezen dat de verwijfsstromen naar het AMW over de jaren niet veel veranderd zijn. In 2000 kwam de helft van cliënten niet via een verwijfer, maar op eigen initiatief naar het AMW; in de periode van 2002 tot 2004 was dat 43%. Iets minder dan een derde van de verwijzingen naar het AMW, loopt via de huisarts. De rest van de verwijzingen vindt plaats op initiatief van een hulpverlener van het maatschappelijk werk of via de (geestelijke) gezondheidszorg, de gemeente of justitie, of andere initiatiefnemer zoals een woningbouwvereniging of onderwijsinstelling.

Tabel 5.3 Percentage verwijzingen naar het AMW en het type hulpverlener dat initiatiefnemer voor de verwijzing was

*Bron: Cliëntregistratie AMW (2000 en 2002) en Madimonitor (2003 en 2004)*

Gemiddeld % cliëntsystemen per instelling				
	2000	2002	2003	2004
<b>Type verwijfer</b>				
Eigen initiatief	50	43	43	43
Huisarts	27	30	30	29
Maatschappelijk werk extern en maatschappelijke dienstverlening	6	7	7	7
Gemeente	3	4	4	4
Gezondheidszorg	3	3	3	3
GGZ	3	3	3	3
Justitie	3	2	2	2
Anders	7	8	9	8

### **Uitstroom van het AMW**

Tabel 5.4 geeft inzicht in de verwijsbestemming van doorverwijzingen vanuit het AMW. Er is alleen gepercenteerd over die gevallen die, na intake (en behandeling) door AMW verder werden verwezen.

Tabel 5.4 Percentage doorverwijzingen vanuit het AMW en type hulpverlener waarnaar verwezen is.

*Bron: Cliëntregistratie AMW (2000 en 2002) en Madimonitor (2003 en 2004)*

<b>Gemiddeld % cliëntsystemen per AMW instelling</b>				
	<b>2000</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
<b>Verwijsbestemming</b>				
GGZ	29	32	33	33
Maatschappelijk werk (extern) en maatschappelijke dienstverlening	22	30	27	26
Gemeente	9	10	10	10
Gezondheidszorg	7	8	8	8
Huisarts	2	4	7	7
Justitie	5	5	6	6
Anders	29	15	12	12

Een derde deel van de cliënten wordt doorverwezen naar de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg en ongeveer een kwart naar een andere maatschappelijk werker. Wanneer het jaar 2000 vergeleken wordt met de andere jaren dan is het aantal (terug)verwijzingen naar de huisarts en het aantal doorverwijzingen naar een andere maatschappelijk werker toegenomen en het aantal doorverwijzingen 'anders' afgenomen. Van het totale aantal cliënten in een AMW instelling werd ongeveer de helft doorverwezen.

## **5.4 Ontwikkelingen in verwijsstromen bij de eerstelijnspsycholoog**

### **Instroom naar eerstelijnspsychologen**

Tabel 5.5 toont de instroom van cliënten naar de eerstelijnspsycholoog. Ongeveer 20% van de cliënten van de eerstelijnspsycholoog komt op eigen initiatief. Iets minder dan twee derde van de cliënten is door de huisarts naar de eerstelijnspsycholoog doorverwezen. De overige 10% van de cliënten is doorverwezen door een andere verwijzende instantie zoals bijvoorbeeld het bedrijfmaatschappelijk werk/bedrijfsarts. Over tijd zijn er geen grote verschuivingen in deze instroom naar de eerstelijnspsycholoog opgetreden. Alleen het percentage cliënten dat via de huisarts naar de eerstelijnspsycholoog verwezen wordt, lijkt in 2005 afgenomen te zijn.



Tabel 5.5 Percentage verwijzingen naar de eerstelijnspsycholoog en het type hulpverlener dat initiatiefnemer voor de verwijzing was

Bron: enquête eerstelijnspsychologen (1998 en 2002) en LINEP (2004 en 2005)

	% cliënten van de eerstelijnspsycholoog			
	1998*	2002	2004	2005
	n=2769	n=1108	n=3527	n=4282
<b>Type verwijzer</b>				
Eigen initiatief	20	20	20	23
Huisarts	70	68	71	65
Bedrijfsmaatsch.werk/-arts	3	nvt	3	3
Schoolarts/school	nvt	nvt	1	1
AMW	1	1	1	1
Collega/ELP	1	2	1	1
2 <sup>e</sup> lijns GGZ of SGZ	nvt	2	1	1
3 <sup>e</sup> lijns GGZ of SGZ	nvt	nvt	0	0
fysiotherapeut	nvt	nvt	0	0
Anders	5	7	2	4

\*SGZ= somatische gezondheidszorg

### Uitstroom vanuit eerstelijnspsychologen

De uitstroom van de cliënten van de eerstelijnspsychologen naar andere instanties wordt gepresenteerd in tabel 5.6. In 1998 en 2002 werden andere categorieën van verwijsbestemmingen gebruikt dan in 2004 en 2005. Er werd geregistreerd welk percentage van de cliënten doorverwezen werd naar het AMW, de ambulante GGZ, de vrijgevestigde psycholoog of psychiater en de restcategorie. Het onderscheid in collega eerstelijnspsycholoog, tweedelijns GGZ (RIAGG, poli psychiatrie) en derdelijns GGZ (Algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ)) wordt niet duidelijk gemaakt vandaar dat we in de onderstaande tabel een gecombineerd percentage laten zien. De restcategorie hebben we onder de categorie anders laten vallen, maar een deel van deze categorie zou nog onder de kopjes collega eerstelijnspsycholoog, tweedelijns GGZ en derdelijns GGZ kunnen vallen.

Gezien de verschillende onderverdeling in categorieën van verwijsbestemming kan over de jaren heen alleen gezegd worden dat het percentage verwijzingen naar het AMW ongeveer gelijk gebleven is. Wanneer we alleen kijken naar de jaren 2003 en 2004 is op te merken dat een derde van de cliënten bij de eerstelijnspsycholoog verwezen wordt naar de tweedelijns GGZ en iets minder dan een derde (terug) verwezen wordt naar de huisarts. Verder wordt ongeveer 10% van de cliënten doorverwezen naar een collega eerstelijnspsycholoog en een soortgelijk percentage naar een verwijsbestemming 'anders'. In de periode van 1998 tot en met 2005 is het percentage cliënten dat doorverwezen wordt door de eerstelijnspsycholoog gestegen van 7% in 1998 tot 21% in 2005.

Tabel 5.6 Percentage doorverwijzingen vanuit de eerstelijnspsycholoog en type hulpverlener waarnaar verwezen is

Bron: enquête eerstelijnspsychologen (1998 en 2002) en LVE codeboek LINEP (2004 en 2005)

	1998 n=2769	2002 n=1108	2004 n=3465	2005 n=4269
<b>Verwijsbestemming</b>				
2° lijns GGZ of SGZ	60 (26%)	48 (16%)	38	33
3° lijns GGZ of SGZ	ambulante GGZ en 44%	ambulante GGZ en 28%	6	3
Collega/ELP	vrijgevestigd)	vrijgevestigd)	8	11
Huisarts	nvt	nvt	21	31
Bedrijfsmaatschappelijk werk/bedrijfsarts	nvt	nvt	5	4
AMW	5	5	5	3
Schoolarts/school	nvt	nvt	3	2
Fysiotherapeut	nvt	nvt	1	2
Anders	35	47	13	11

## 5.5 Ontwikkelingen in verwijsstromen bij consultatieve projecten

Consultatieve verzoeken bij consultatiegevers die vanuit de 2° lijn via een consultatief project binnen een eerstelijnsverband waren gepositioneerd konden verschillende uitkomsten hebben:

- een advies waarmee de consultatievrager de behandeling voortzette
- een “kortdurend” vervolg van de consultatieve behandeling door de consultatiegever
- een verwijzing, binnen de eerstelijns
- een verwijzing naar de tweede lijn.

In tabel 5.7 staat van 2002 – 2005 aangegeven hoe deze uitkomsten zich tussen 2001 en 2005 ontwikkelden.

Tabel 5.7 Percentage voortzetting behandeling door consultatievrager c.q. consultatiegever en doorverwijzingen na consultatief contact

Bron: Steunpunt Tussen de Lijnen, Monitoring Consultatieve projecten 2000-2005\*

	2001	2002	2003	2004	2005**
<b>n:</b>	<b>13.512</b>	<b>18.084</b>	<b>16.436</b>	<b>17.473</b>	<b>7.754</b>
Consultatievrager zet behandeling voort	27%	29%	28%	23%	22%
Consultatieve behandeling door consultatiegever	30%	33%	35%	40%	42%
Verwijzing 1 <sup>e</sup> lijn	8%	11%	12%	11%	9%
Verwijzing 2 <sup>e</sup> lijn	26%	25%	23%	19%	20%
Anders	8%	2%	3%	6%	8%

\*Gerapporteerd in Verhaak et al, 2006

\*\*in de eerste helft van 2005

De inzet van een consultatiegever is in de loop van het project steeds meer gaan leiden tot een voortzetting van de behandeling door de consultatiegever. In 2005 was dat in 88% van alle voortgezette behandelingen een SPV. In het begin van de consultatieregeling leidde een consultatie in een kwart van de gevallen alsnog tot een doorverwijzing naar de tweede lijn, in de laatste jaren is dat in een vijfde van de consultaties het geval. In ongeveer 10% wordt doorverwezen binnen de eerstelijns. Voortzetting van de behandeling door de consultatievrager is in de loop van de tijd afgenomen van 27% naar 22%.

## 5.6 Verwijsstromen op regionaal niveau

### Verwijsstromen bij huisartsen op regionaal niveau

In tabel 5.8 worden de verwijsstromen bij de huisartsen voor de verschillende regio's weergegeven. De huisartsen in het westen van het land hebben naar eigen zeggen de meeste patiënten doorverwezen naar het AMW, de eerstelijnspsycholoog en de tweedelijns GGZ. Indien we kijken naar de verwijsbestemming, dan worden in vergelijking met de andere regio's in het noorden minder en in het westen meer mensen doorverwezen naar het AMW.

Tabel 5.8 Aantal patiënten per 1000 ingeschrevenen (SD) dat de huisarts naar schatting in 2005 heeft doorverwezen verdeeld over de vier regio's.

Bron: *Enquête huisartsen 2005*

	Noord	Zuid	Oost	West
	n=88	n=136	n=182	n=259
AMW	6,7 (6,9)	8,2 (8,0)	7,9 (6,4)	10,6 (16,4)
Eerstelijnspsycholoog	8,9 (7,9)	9,4 (5,8)	8,6 (7,0)	10,4 (11,1)
Tweedelijns GGZ	10,4 (9,2)	10,7 (7,9)	9,1 (8,2)	11,8 (10,8)
Totaal	26,0 (19,8)	28,0 (17,1)	25,2 (16,7)	32,4 (31,4)

### Verwijsstromen bij het AMW op regionaal niveau

De instroom naar het AMW voor de vier regio's wordt in tabel 5.9 gepresenteerd.

Tabel 5.9 Percentage verwijzingen naar het AMW en het type hulpverlener dat initiatiefnemer voor de verwijzing was voor de vier regio's voor het jaar 2004

Bron: *Madimonitor 2004*

Gemiddeld % cliëntsystemen per instelling				
	Noord	Zuid	Oost	West
<b>Type verwijzer</b>				
Eigen initiatief	48	45	47	42
Huisarts	23	28	27	30
Maatschappelijk werk extern en maatschappelijke dienstverlening	5	6	8	8
Gemeente	5	4	5	4
<b>Type verwijzer</b>				
Gezondheidszorg	2	2	3	3
GGZ	1	3	3	3
Justitie	3	3	1	2
Anders	12	9	7	8

Er zijn geen grote verschillen tussen de regio's. In alle regio's komt iets minder dan de helft van de cliënten op eigen initiatief bij het AMW. Verder wordt iets meer dan een kwart van de cliënten door de huisarts doorverwezen naar het AMW. In het noorden van het land komen in vergelijking met de andere regio's iets meer cliënten bij het AMW binnen via een ander type verwijzer waar onder andere woningbouwverenigingen en vrijwilligersorganisaties toe behoren.

Tabel 5.10 toont de verwijsbestemming van doorverwijzingen vanuit het AMW voor de verschillende regio's. In vergelijking met de andere regio's, wordt in het zuiden een groter deel van de cliënten (terug)verwezen naar de huisarts. Verder wordt in het zuiden in vergelijking met het oosten een kleiner deel van de cliënten naar de GGZ doorverwezen en in het noorden in vergelijking met het oosten een groter deel doorverwezen naar een andere maatschappelijk werker. In totaal wordt iets meer dan de helft van alle cliënten doorverwezen. In de regio's noord, zuid, oost en west wordt respectievelijk 53%, 57%, 56%, 52% en van de cliënten doorverwezen.

Tabel 5.10 Percentage doorverwijzingen vanuit het AMW en type hulpverlener waarnaar verwezen is voor het jaar 2004.

Bron: Madimonitor 2004

<b>Gemiddeld % cliëntsystemen per instelling</b>				
	<b>Noord</b>	<b>Zuid</b>	<b>Oost</b>	<b>West</b>
<b>Verwijsbestemming</b>				
GGZ	35	30	41	32
Maatschappelijk werk (extern) en maatschappelijke dienstverlening	30	25	23	28
Gemeente	14	8	11	11
<b>Verwijsbestemming</b>				
Gezondheidszorg	7	8	9	7
Huisarts	2	12	4	6
Justitie	7	7	4	5
Anders	10	12	11	14

### **Verwijsstromen bij de eerstelijnspsycholoog op regionaal niveau**

Tabel 5.11 laat de instroom naar de eerstelijnspsycholoog voor de vier verschillende regio's zien. Er zijn geen grote verschillen tussen de regio's. In het algemeen komt ongeveer een kwart op eigen initiatief en ongeveer twee derde via de huisarts bij de eerstelijnspsycholoog. In vergelijking met de andere regio's komt in het zuiden een groter deel van de cliënten op eigen initiatief bij de eerstelijnspsycholoog.

Tabel 5.11 Percentage verwijzingen naar de eerstelijnspsycholoog en het type hulpverlener dat initiatiefnemer voor de verwijzing was voor de vier regio's in 2005

Bron: LINEP 2005

% cliënten van de eerstelijnspsycholoog				
	Noord	Zuid	Oost	West
Type verwijzer	n=317	n=1590	n=1087	n=1288
Eigen initiatief	24	26	21	21
Huisarts	65	62	69	66
Bedrijfsmaatschappelijk werk/ bedrijfsarts	1	3	3	5
Schoolarts/school	1	2	0	1
AMW	1	1	1	1
Collega/ELP	2	1	1	1
2 <sup>e</sup> lijns GGZ of SGZ	1	1	1	1
3 <sup>e</sup> lijns GGZ of SGZ	0	0	0	0
Fysiotherapeut	0	0	0	0
Anders	5	3	5	3

\*SGZ staat voor somatische gezondheidszorg

De uitstroom van de cliënten van de eerstelijnspsychologen naar andere instanties voor de vier regio's wordt gepresenteerd in tabel 5.12

Tabel 5.12 Percentage doorverwijzingen vanuit de eerstelijnspsycholoog en type hulpverlener waarnaar verwezen is voor het jaar 2005

Bron: LINEP 2005

	Noord	Zuid	Oost	West
Indien doorverwezen	n=72	n=397	n=181	n=230
2 <sup>e</sup> lijns GGZ of SGZ	42	24	34	44
Huisarts	22	43	24	19
Collega/ELP	28	8	9	12
3elijns GGZ of SGZ	0	3	4	6
Bedrijfsmaatschappelijk werk/bedrijfsarts	0	3	6	6
AMW	6	1	5	6
Schoolarts/school	0	3	2	1
Fysiotherapeut	1	2	1	2
Anders	1	13	16	5

In het zuiden worden meer cliënten (terug) verwezen naar de huisarts dan in de andere

regio's. In het noorden en het westen worden meer cliënten doorverwezen naar de tweedelijns GGZ of SGZ dan in zuiden en oosten. In het noorden worden in vergelijking met de andere regio's ook meer cliënten doorverwezen naar een collega eerstelijnspsycholoog. In vergelijking met de andere regio's worden in het zuiden en oosten een groter deel van de cliënten doorverwezen naar een andere instantie. In totaal wordt iets minder dan een kwart van de cliënten doorverwezen. In het noorden wordt 23%, in het zuiden 25%, in het oosten 17% en in het westen 18% van de cliënten doorverwezen.





## 6 Discussie

### 6.1 Inleiding

Het doel van deze monitor is het op periodieke basis verzamelen van kerngetallen betreffende de capaciteit van de eerstelijns GGZ (huisarts, AMW, eerstelijnspsycholoog en consultatieve ondersteuning), het probleemaanbod en verwijsstromen tussen deze partijen naar aanleiding van psychische problematiek in de eerstelijns. Hiertoe zijn een aantal onderzoeksvragen geformuleerd. Op deze onderzoeksvragen wordt achtereenvolgens een antwoord gegeven (paragraaf 6.2). Verder worden er bij deze monitor enkele onderzoekstechnische kanttekeningen geplaatst (paragraaf 6.3). Tenslotte wordt het hoofdstuk afgesloten met overwegingen voor de toekomst (paragraaf 6.4).

### 6.2 De onderzoeksvragen

De monitor geeft antwoord op de volgende vragen:

Wat is de landelijke en regionale ontwikkeling op jaarbasis van:

- 1. hulpverleningscapaciteit in de eerstelijns GGZ
- 2. de psychische problematiek die in de eerstelijns GGZ wordt aangeboden
- 3a. verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ
- 3b. verwijsstromen van eerstelijns naar tweedelijns GGZ

#### **Wat is de landelijke ontwikkeling op jaarbasis van de hulpverleningscapaciteit in de eerstelijns GGZ?**

De belangrijkste bevindingen ten aanzien van de hulpverleningscapaciteit in de eerstelijns GGZ kunnen als volgt samengevat worden. De capaciteit aan geregistreerde eerstelijnspsychologen is in de afgelopen jaren toegenomen. De capaciteit uitvoerend AMW die psychische en sociale problemen behandelen, neemt onder de stimuleringsregel toe en vervolgens weer af tot de capaciteit voor de regeling. Deze landelijke ontwikkelingen van de hulpverleningscapaciteit in de eerstelijns GGZ zullen nader toegelicht worden.

Over de tijd hebben zich weinig veranderingen voorgedaan in de *huisarts*capaciteit met betrekking tot psychosociale problemen. Het aantal fte huisartsen per 100.000 inwoners voor psychische en sociale problemen is vrijwel hetzelfde gebleven namelijk 3 fte.

De capaciteit uitvoerend *AMW* die psychische en sociale problemen behandelen, stijgt van 2000 naar 2003 tot 9,3 fte AMW per 100.000 inwoners en neemt daarna weer af tot de 8,4 fte AMW/100.000 inwoners van voor de stimuleringsregeling. Deze afname ligt

zowel aan een daling in het totale bestand aan uitvoerend AMW (dat steeg van 13,1/100.000 in 2000 naar 15,4/100.000 en nam weer af tot 14,4/100.000) als aan de constatering dat het AMW relatief minder problematiek als psychisch of relationeel is gaan benoemen (van 64% in 2000 naar 58% in 2004). Met andere woorden, de extra inzet doet ook aan materiële hulpverlening en wordt zo niet meer meegerekend onder de beschikbare capaciteit voor GGZ.

De effecten van de tijdelijke stimuleringsmaatregel die in 2002 is ingevoerd en inhield dat voor iedere extra aangestelde fte uitvoerend AMW VWS ook één fte subsidieerde, weerspiegelen zich in het aantal fte werkzame AMW-ers over de afgelopen jaren. In het evaluatierapport van Meijer et al. (2004) is beschreven dat op basis van de stimuleringsregel 19% capaciteitstoename werd verwacht in 2003. Uitgaande van 2071 fte in 2000 zou dat 246 fte zijn. Dat komt goed overeen met de 2493 fte die in 2003 gerapporteerd werd. Na 2003 gaat de toename in de capaciteit van uitvoerende AMW over in een afname zodra de stimuleringsregeling weer stopgezet wordt.

De capaciteit aan geregistreerde eerstelijnspsychologen is in de afgelopen jaren toegenomen van bijna 5 tot ruim 7 eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners in 2006. Indien ook de eerstelijnspsychologen in opleiding meegeteld worden, zijn er in 2006 zelfs 8 eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners.

Deze relatief jonge beroepsgroep van eerstelijnspsychologen profileert zich steeds sterker en neemt in aantal toe. Recentelijk is in Amsterdam de eerste opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog) met accent “kortdurende psychologische zorg” van start gegaan dus naar verwachting zal de capaciteit van de eerstelijnspsychologen nog verder toe gaan nemen over tijd. De verzekerbaarheid van deze beroepsgroep is in de loop van de tijd beter geworden (Mesman & Verhaak, 2001). Bovendien komt de kortdurende psychosociale zorg die geleverd kan worden door de eerstelijnspsycholoog per 1 januari 2008 in de basisverzekering

De capaciteit van de consultatiegevers uit de tweedelijns die in de periode 2000 – 2005 is ingezet, blijft door de jaren heen min of meer gelijk: ongeveer 0,8-0,9 fte per 100.000 inwoners. De inzet van SPV-en is over tijd toegenomen en de inzet van psychiaters en psychologen afgenomen. Let wel: het betreft hier capaciteit aan consultatiegevers die gefinancierd werden door middel van de Consultatieregeling. Het is logisch dat die capaciteit min of meer gelijk blijft want het jaarlijks beschikbare bedrag was constant. Over consultatie, gefinancierd uit andere bronnen, bestaan geen systematische gegevens.

Indien gekeken wordt naar de totale inzet dan komt het grootste deel van de capaciteit van de eerstelijns GGZ van het AMW (in 2004 43% van alle beschikbare capaciteit (19,3 fte/100.000 inwoners)) en de eerstelijnspsycholoog (36%). De huisarts is weliswaar met het grootste aantal aanwezig, maar omdat slechts een kleine 10% van zijn inzet aan GGZ wordt besteed neemt hij maar 16% van de eerstelijns capaciteit voor zijn rekening. Slechts 5% kan aan de Consultatieregeling en de daaruit voortvloeiende inzet van consultatiegevers worden toegerekend. Bij dit laatste is het belangrijk ervan bewust zijn dat dit alleen de consultatieve capaciteit betreft die via de consultatieregeling gefinancierd werd.

### *Conclusie*

De mogelijkheden voor capaciteitsuitbreiding van de GGZ die in de eerstelijns geboden wordt, zitten vooral bij de eerstelijnspsychologen, waarvan de toename tot nu toe gelijke tred hield met de mate waarin zorgverzekeraars deze hulp in hun aanvullend pakket op wilden nemen. Wanneer de eerstelijnspsycholoog in 2008 in het basispakket van de zorgverzekering wordt opgenomen, kan men verwachten dat deze pas versneld wordt. Een tweede potentieel aan toename van de capaciteit kan gezocht worden in de tweede lijns GGZ, wanneer die meer mankracht aan consultatieve ondersteuning van de eerstelijns beschikbaar gaat stellen. Een mogelijke bron van nieuwe GGZ-krachten die in het voorgaande niet in beschouwing is genomen, is het ontstaan van een nieuwe discipline, de praktijkverpleegkundigen in de huisartspraktijk op het gebied van de GGZ.

### **Wat is de landelijke ontwikkeling op jaarbasis van het aanbod aan psychische problematiek binnen de eerstelijns GGZ?**

Samenvattend kan gezegd worden dat het aanbod aan psychische problematiek constant gebleven is bij de diverse beroepsgroepen behorende bij de eerstelijns GGZ.

Uit de LINH registratie bleek dat het vóórkomen van psychische en sociale diagnoses in de huisartspraktijk gedurende de afgelopen jaren vrijwel hetzelfde gebleven is. Bij ruim 6% van de patiëntcontacten stelt de huisarts een psychische diagnose vast en bij 1% van de contacten een sociale diagnose. Ongeveer 8% van de patiënten die de huisarts bezoeken krijgen minstens één psychische diagnose en ongeveer 2% minstens één sociale diagnose. De meest voorkomende psychische en sociale diagnoses die gesteld worden zijn depressie, slapeloosheid en een angstig/nerveus/gespannen gevoel.

Indien er over de jaren 2001, 2003 en 2004 gekeken wordt naar het voorschrijven van psychofarmaca bij patiënten met psychische en sociale problemen, dan heeft er eerst een lichte toename en daarna een afname in het voorschrijven van medicijnen door de huisarts plaatsgevonden. In 2001 kreeg ruim de helft van de patiënten met psychische en sociale problemen nog psychofarmaca voorgeschreven; in 2005 was dit nog maar een derde van de patiënten. Vooral aan patiënten met slaapproblemen, stress en sociale problemen worden minder psychofarmaca voorgeschreven.

Er hebben zich nauwelijks veranderingen voorgedaan in de psychosociale problematiek die in de AMW instellingen behandeld wordt. Er zijn door de jaren heen wel meer cliëntsystemen behandeld gaan worden voor materiële problemen. De aard van de hulpverlening is over tijd niet veranderd; het aandeel psychosociale hulp ten opzichte van sociaalmateriële of organisatorische hulp bleef rond de tweederde. De duur van de hulpverlening uitgedrukt in het gemiddeld aantal dagen en gemiddeld aantal contacten neemt over tijd toe. In 2004 heeft een AMW-er gemiddeld 10 contacten met een cliëntstelsel en duurt de behandeling gemiddeld een half jaar.

De meeste problematiek die bij de eerstelijnspsycholoog komt, is psychisch van aard. Over tijd neemt echter het aandeel relationele problemen bij de eerstelijnspsycholoog toe. Het grootste deel van de werkzaamheden van de eerstelijnspsycholoog bestaat uit het

geven van behandeling. De duur van de hulpverlening door de eerstelijnspsycholoog uitdrukt in het gemiddeld aantal sessies en aantal dagen is gedurende de afgelopen jaren afgenomen. Op dit moment bestaat de hulpverlening aan de cliënt uit 7 sessies en duurt deze ongeveer 4 maanden. Dit is de afgelopen jaren duidelijk afgenomen.

### *Conclusies*

Afgaande op de gegevens uit de huisartspraktijk is het aanbod aan psychische problemen ten opzichte van het totaal aanbod constant. Uiteraard weerspiegelen deze cijfers het oordeel van de huisarts en zijn ze een indirecte maat voor de problematiek zoals de patiënt deze ervaart. Er is verder een afname te constateren in het voorschrijven van psychofarmaca aan patiënten met psychische en sociale problemen door huisartsen. Met betrekking tot de resultaten van 2002 kon er kritiek geleverd worden op het prescriptiebeleid van huisartsen bij psychische klachten (zie b.v. Meijer, Zantinge en Verhaak, 2004). Een afname zou in globale zin toe te juichen zijn, al moet men uiteraard deze gevallen meer in detail bestuderen om te kunnen beoordelen wanneer afzien van psychofarmaca nu wel of niet geëigend is.

Bij het AMW zien we, dat materiële problematiek de afgelopen jaren relatief meer aandacht is gaan krijgen. De relatieve afname onder de cliënten van het AMW van psychische problemen en de toename aan materiele problemen weerspiegelt de rol van het AMW “op het snijvlak van welzijn en gezondheid”. Zeker naarmate de capaciteit aan uitvoerend AMW afneemt, zal de druk vanuit de eerste werkgever (de gemeente) om prioriteit bij de materiële hulpverlening te leggen, toenemen. De duur van de behandelingen door het AMW is toegenomen. Dit zou kunnen komen door het voorkomen van complexere problematiek waarbij onder andere materiele aspecten een rol spelen.

Bij de eerstelijnspsycholoog valt op dat de duur van de hulpverlening door de eerstelijnspsycholoog sterk is afgenomen in de laatste jaren. Een mogelijke methodologische verklaring daarvoor is dat cijfers uit een landelijke enquête uit 1998 en 2002 vergeleken worden met de cijfers van een vijftigtal geselecteerde LINEP praktijken, die wellicht tot de kwalitatieve elite onder de eerstelijns psychologen horen (De ELP laat zich immers voorstaan op zijn vermogen om door middel van gerichte diagnostiek cliënten in een beperkt aantal zittingen te helpen dan wel goed door te verwijzen voor meer specialistische behandeling die meer zittingen vergt.)

### **Wat is de landelijke ontwikkeling op jaarbasis van de verwijfsstromen binnen de eerstelijns GGZ en de verwijfsstromen van eerstelijns naar tweedelijns GGZ?**

De verwijfsstromen binnen de eerstelijns GGZ en van de eerstelijns naar tweedelijns GGZ zijn in de afgelopen jaren niet veranderd. Hieronder wordt dit toegelicht.

Volgens de schattingen van huisartsen zijn er geen veranderingen opgetreden in het aantal verwijfsingen per 1000 huisartspatiënten naar de eerstelijns GGZ over de jaren 2001, 2003 en 2005. Ook in de verwijfsstroom van huisartsen naar de gespecialiseerde GGZ zijn geen veranderingen opgetreden.

Volgens de LINH resultaten is het percentage verwijfsingen van de huisarts naar de eerstelijns GGZ en tweedelijns GGZ van 2001 naar 2003 afgenomen en van 2003 naar

2004 weer zodanig toegenomen dat het percentage verwijzingen in 2004 groter is dan in 2001. Deze trend is vooral te zien bij de eerstelijnspsycholoog in de eerstelijns GGZ en de psychiatrie in de tweedelijns GGZ. Een dergelijke toename past in de eerder geconstateerde trend dat huisartsen sinds de zeventiger jaren steeds vaker mensen met psychische klachten doorverwijzen (Verhaak e.a. 2000).

Patiënten met de diagnoses depressie, stress en sociale problemen worden over alle jaren het meest verwezen. Patiënten worden het minst verwezen voor slaapproblemen. De meeste verwijzingen binnen de eerstelijns vinden plaats bij patiënten met stress en sociale problemen. Binnen de tweedelijns worden vooral de patiënten met depressie en overige psychische en sociale problemen doorverwezen. Huisartsen verwijzen meer naar de tweedelijns dan binnen de eerstelijns.

In de afgelopen jaren is de verwijzingenstroom naar het AMW niet aanzienlijk veranderd. In 2000 kwam de helft van de cliënten bij het AMW op eigen initiatief naar het AMW. In de jaren erna was dit 43% van de cliënten. Iets minder dan een derde van de verwijzingen loopt via de huisarts en de rest voornamelijk via het maatschappelijk werk of een andere initiatiefnemer zoals de gezondheidszorg of de gemeente.

Ook in de verwijzingenstroom vanuit het AMW zijn over tijd weinig veranderingen opgetreden. Ongeveer de helft van alle cliënten bij het AMW wordt doorverwezen. Een derde deel wordt verwezen naar de gespecialiseerde GGZ en ruim een kwart naar een maatschappelijk werker. Wanneer de afgelopen jaren vergeleken worden met 2001 dan is het aantal (terug)verwijzingen naar de huisarts en doorverwijzingen naar een andere maatschappelijk werker toegenomen en het aantal doorverwijzingen 'anders' afgenomen.

Over tijd is de instroom van cliënten naar de eerstelijnspsycholoog niet veranderd. Ongeveer 20% van de cliënten die bij een eerstelijnspsycholoog in behandeling zijn, komt op eigen initiatief naar de eerstelijnspsycholoog en twee derde via de huisarts. Het percentage cliënten dat vanuit de eerstelijnspsycholoog doorverwezen wordt, is over de jaren 1998 tot 2005 gestegen van 7% naar 21%. De meerderheid van de verwezen cliënten komt bij de tweedelijns GGZ terecht en een derde wordt (terug)verwezen naar de huisarts.

#### *Consultatiegevers vanuit de tweedelijns GGZ*

De inzet van consultatiegevers vanuit de tweedelijns GGZ is in de loop van de jaren steeds meer gaan leiden tot een kortdurende overname van de behandeling door de consultatiegever, meestal een SPV. De inzet van de consultatiegever leidde in 2001 in een kwart van de gevallen alsnog tot een doorverwijzing naar de tweede lijn, in 2005 is dit afgenomen naar 20%. In ongeveer 10% wordt doorverwezen binnen de eerstelijns.

#### *Conclusies*

Het doel van de versterking van de eerstelijns GGZ betrof onder andere een toename van verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ en afname van verwijzingen naar de tweedelijns GGZ. Indien de bovenstaande resultaten bekeken worden, dan is dit doel tot op heden niet echt verwezenlijkt. Hoewel huisartsen in toenemende mate verwijzen naar de eerstelijnspsycholoog, blijven de verwijzingen naar de tweedelijns GGZ ook toenemen. Ook bij de AMW instellingen lijkt het aantal GGZ verwijzingen nog niet echt af te

nemen. Bij de eerstelijnspsycholoog is wel een afname in het aantal verwijzingen naar de tweede en derdelijns GGZ te constateren. Cliënten van de eerstelijnspsychologen worden in de loop van de tijd vaker (terug)verwezen naar de huisarts of doorverwezen naar een collega eerstelijnspsycholoog. Tenslotte blijkt de inzet van een consultatiegever uit de tweedelijns GGZ aan het begin van het consultatieproject niet alleen te leiden tot een uitbreiding van de behandelcapaciteit in de eerstelijns GGZ, maar eveneens verwijzingen naar de tweedelijns GGZ met zich mee te brengen. Mogelijkerwijs omdat GGZ hulp toegankelijker werd en psychische problematiek die tweedelijns behandeling behoeft beter gesignaleerd werd. In de loop van het consultatieproject zijn het aantal gevallen van consultatie die leiden tot een doorverwijzing naar de tweedelijns GGZ wel afgenomen.

**Zijn er op regionaal niveau verschillen in de hulpverleningscapaciteit in de eerstelijns GGZ, het aanbod aan psychische problematiek in de eerstelijns GGZ en de verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ en van de eerstelijns naar tweedelijns GGZ?**

De capaciteit bij huisartsen in de vier regio's toont twee sterke tendensen. In het noorden is het beschikbare aantal fte huisartsen groter dan in de andere regio's. Het aandeel psychische en sociale problemen in de patiëntcontacten is eveneens hoog. In het zuiden daarentegen is het aantal beschikbare fte huisartsen lager dan in de andere regio's. Hier is ook het aandeel psychische en sociale problemen in de patiëntcontacten lager. Dit roept de vraag op of psychische en sociale problemen daadwerkelijk meer voorkomen of dat huisartsen indien ze in grotere getale beschikbaar zijn, psychische en sociale problemen beter kunnen signaleren.

Indien we de vier regio's met elkaar vergelijken op hulpverleningscapaciteit bij het AMW en bij eerstelijnspsychologen, dan heeft het oosten het grootste aantal fte uitvoerend AMW voor psychische en sociale problemen en het westen het laagste. Daar staat dan wel tegenover dat het aantal geregistreerde eerstelijnspsychologen in oosten iets lager en in het westen juist iets hoger is.

Wanneer gekeken wordt welke diagnoses het meest voorkomen onder huisartspatiënten, dan blijkt in het zuiden in vergelijking met de rest vaker de psychische diagnose 'angststoornis/angsttoestand' gesteld te worden. Indien de problematiek bij het AMW bekeken wordt, dan komen er in het noorden in vergelijking met de rest van de regio's meer materiele problemen voor. In het oosten komen onder cliënten bij het AMW juist meer psychische problemen voor. De vier regio's vertonen geen grote verschillen in de problematiek van cliënten bij de eerstelijnspsycholoog.

Er zijn enkele verschillen in de verwijsstromen voor de vier regio's. Naar eigen schatting verwijzen huisartsen in het westen vrijwel evenveel naar het AMW als naar de eerstelijnspsycholoog. In de andere regio's wordt in vergelijking met het AMW meer verwezen naar de eerstelijnspsycholoog. In de verwijsstromen van en naar het AMW worden geen grote verschillen waargenomen. De instroom van cliënten naar de eerstelijnspsycholoog is over de vier regio's vrijwel hetzelfde. In vergelijking met de andere regio's wordt in het noorden van het land een groot deel van de cliënten van

eerstelijnspsychologen verwezen naar een collega eerstelijnspsycholoog. Verder worden in het noorden en westen meer cliënten van de eerstelijnspsycholoog doorverwezen naar de tweedelijns GGZ en worden in het zuiden meer cliënten doorverwezen naar de huisarts.

### *Conclusies*

Om binnen alle regio's een sterke eerstelijns GGZ tot stand te brengen zou het nuttig zijn om het capaciteitsbeleid aan te passen aan de regionale verschillen die er zijn in hulpverlenerscapaciteit, aanbod van psychische problemen en verwijsstromen. Bij een discussie over het capaciteitsbeleid in een regio kan ook de Vraag-aanbod analyse monitor eerstelijns GGZ (VAAM eerstelijns GGZ) een belangrijke rol spelen. De VAAM eerstelijns GGZ is een nieuw instrument dat het mogelijk maakt om op basis van de demografische gegevens van een regio voorspellingen te doen over de behoefte aan zorg.

## **6.3 Onderzoekstechnische kanttekeningen**

Om de gegevens van de eerstelijns GGZ hulpverleners over verschillende jaren in kaart te kunnen brengen, is vaak gebruik gemaakt van bestaande data. Deze bronnen bleken soms gegevens te missen. Ook de jaren waarin de data verzameld waren, kwamen niet altijd overeen. Bovendien werden er in sommige oude databestanden andere categorieën gebruikt waardoor het lastig kon zijn om gegevens over meerdere jaren met elkaar te vergelijken. Gezien deze variatie in gegevens over de jaren, was het niet mogelijk om de verschillen over de diverse jaren te toetsen. Er kan dus ook niet echt van een toename en afname gesproken worden, maar er kunnen alleen trends over de tijd beschreven worden.

Bij de cliëntregistraties van de eerstelijnspsychologen en het AMW konden in de voorgaande jaren soms meerdere antwoordalternatieven gekozen worden. In de recentere registratie was dat veel minder het geval. Hoewel er geprobeerd is dit te ondervangen door de antwoorden om te zetten in percentages van het geheel, zal het feit of er slechts een of meerdere antwoordalternatieven mogelijk waren de antwoorden wel beïnvloed hebben.

Er dient rekening gehouden te worden met het feit dat de patiënt- en cliëntgegevens uit de meeste databestanden maar van een selectie van huisartsen, AMW of eerstelijnspsychologen afkomstig zijn. In het LINH netwerk zitten 87 huisartspraktijken, niet meer dan 101 AMW instellingen hebben registratiegegevens over cliënten geleverd en de LVE codeboeken zijn van 45 eerstelijnspsychologen uit LINEP afkomstig. Dit kan vooral gevolgen gehad hebben voor de representativiteit van de regionale gegevens omdat deze van een nog geringere selectie van GGZ hulpverleners afkomstig zijn. Er dient wel vermeld te worden dat bij de samenstelling van LINH en LINEP de representativiteit van de huisartspraktijken en eerstelijnspsychologen over de verschillende regio's sterk in acht genomen is.

## 6.4 Overwegingen voor de toekomst

Hoewel de capaciteit om zorg te verlenen aan patiënten met psychische en sociale problemen bij huisartsen door de jaren heen vrijwel hetzelfde is gebleven en het aantal geregistreerde eerstelijnspsychologen steeds meer toeneemt, lijkt er een afname in het beschikbare aantal fte uitvoerbaar AMW plaats te vinden. VWS heeft indertijd een capaciteitsnorm gesteld van 1 fte AMW per 6000 inwoners ofwel 17 fte op 100.000 inwoners. Deze verhouding is door de MO groep van het AMW bepaald als noodzakelijk om een AMW aanbod te hebben dat zich kenmerkt door korte wachttijden, actieve profilering bij bevolking en verwijzers, samenwerking met belangrijke partners, kwaliteitsbewaking, en zonodig extra aandacht voor specifieke probleemgroepen. Deze verhouding is onderschreven door de Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Hoewel deze norm in 2003 aardig werd benaderd, lijkt de capaciteit in 2004 weer af te nemen. Dit is waarschijnlijk het gevolg van het stopzetten van de stimuleringsmaatregel AMW. Het is te verwachten dat na een toename en afname, de hulpverleningscapaciteit bij het AMW stabiliseert.

Een sterke eerstelijns houdt in dat zorgverleners op structurele wijze met elkaar samenwerken. Via een duidelijke taakverdeling tussen beroepsbeoefenaren wordt de juiste zorg op het juiste moment en op de juiste plaats geleverd. Een belangrijke stap zal dan ook de opname van 8 sessies kortdurende psychologische hulp in de basisverzekering zijn. Tot nog toe vielen behandelingen door een eerstelijnspsycholoog vaak onder een aanvullende verzekering die niet iedereen had. Het opnemen van de kortdurende psychosociale behandeling in de basisverzekering zal de toegankelijkheid tot de eerstelijnspsycholoog aanzienlijk verbeteren. Het verlenen van de kortdurende hulp is niet alleen voorbehouden aan de eerstelijnspsycholoog, maar kan ook uitgevoerd worden door een andere hulpverlener. Het zal voor de eerstelijnspsychologen en de andere hulpverleners belangrijk zijn hun kwaliteit goed te profileren zodat cliënten bij de meest geschikte behandelaar terecht kunnen komen.

Het uiteindelijke doel van het hele programma en pakket aan maatregelen ter versterking van de eerstelijns GGZ is om de GGZ kerndisciplines in de eerste lijn ofwel de huisarts, het AMW en de eerstelijnspsycholoog, in staat te stellen psychische stoornissen, waar dat mogelijk en verantwoord is, binnen de eerstelijns te behandelen en anders gericht te verwijzen.

De gegevens uit de monitor lijken er nog niet echt op te wijzen dat psychische en sociale problemen, indien mogelijk, vaker binnen de eerstelijns GGZ behandeld worden. Bij de huisartsen en het AMW lijkt er nog niet echt een afname van het aantal verwijzingen naar de tweedelijns GGZ plaats te vinden. Bij de eerstelijnspsycholoog wel. Cliënten van de eerstelijnspsychologen worden over tijd vaker (terug)verwezen naar de huisarts of doorverwezen naar een collega eerstelijnspsycholoog.

De inzet van een consultatiegever uit de tweedelijns GGZ zou een waardevolle bijdrage kunnen leveren aan het verwezenlijken van de doelstelling om cliënten gericht te verwijzen. Hoewel door de inzet van de consultatiegever in het begin van het consultatieproject de verwijzingen naar de tweedelijns GGZ toenamen, mogelijkterwijs omdat GGZ hulp toegankelijker werd en problematiek die tweedelijns zorg nodig heeft



beter gesignaleerd werd, lijkt die toename al minder te worden. Consultgevers en dan vooral de SPV zouden huisarts kunnen ondersteunen in hun keuze een cliënt door te verwijzen binnen de eerstelijns GGZ dan wel naar de tweedelijns GGZ. Hiervoor is het wel van belang dat de kwaliteit en taken van de diverse GGZ hulpverleners goed omschreven zijn. Dit voorkomt concurrentie en kan er toe leiden dat de patiënt al naar gelang de ernst en aard van zijn problematiek bij de juiste GGZ hulpverlener komt.

Geconstateerd werd dat de consultatiegever vanuit de tweedelijns GGZ zich vaak niet beperkte tot het geven van consultatieve adviezen op basis van een eenmalig consult, maar in veel gevallen het karakter van een kortdurende behandeling aannam. Dit tot tevredenheid van de op die manier ondersteunde huisartsen. Wanneer in de toekomst een dergelijke functie door verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk vervuld zou worden, zou dit een belangrijke bijdrage kunnen zijn aan het vergroten van de opvang capaciteit van de eerstelijns.

Tenslotte is het belangrijk te beseffen dat alle ontwikkelingen veel tijd vergen en dat een brede effectieve en duurzame versterking van de eerstelijns GGZ een kwestie van een lange adem is. Op korte termijn zijn kleine successen te boeken, maar de grote veranderingen zullen pas op langere termijn zichtbaar zijn. De versterking van de eerstelijns GGZ is daarom gebaat bij langdurige consistente aandacht.



# Literatuur

- Heideman J, Laurant M, Lin N van, Verhaak P, Wensing M, Grol R. De samenwerking tussen huisartsen en de GGZ is voor verbetering vatbaar. Tijdschr Gezondheidswet 2006a; 84: p.22-28
- Heideman JM, Laurant MG, Wensing M, Grol RP. *Improving primary mental health care: Impact of a nationwide programme*. Health Policy. 2006 b Jul 15; [Epub ahead of print]
- Heideman JM, Laurant MG, Verhaak PMF, Wensing M, Grol RP. *Effects of a nationwide programme: interventions to reduce perceived barriers to collaboration and to increase structural one-on-one contact*. J Eval Clin Pract. (in press)
- Hingstman L, Kenens R. *Cijfers uit de registratie van huisartsen: peiling 2001*. Utrecht: NIVEL, 2001
- Kenens R, Hingstman L. *Cijfers uit de registratie van huisartsen: peiling 2003*. Utrecht: NIVEL, 2003
- Kenens R, Hingstman L. *Cijfers uit de registratie van huisartsen: peiling 2004*. Utrecht: NIVEL, 2004
- Kenens R, Hingstman L. *Cijfers uit de registratie van huisartsen: peiling 2005*. Utrecht: NIVEL, 2005.
- Lamberts H, Wood, M (1986). *International Classification of Primary Care*. Oxford: Oxford University Press.
- Laurant MGH. *Geestelijke gezondheidszorg bij de huisarts: onderzoek van Nivel en WOK wijst op problemen*. Med Contact 2001;56:p.1780-1783.
- Meijer SA, Verhaak PFM. De eerstelijns GGZ in beweging. Resultaten, conclusies en beschouwing van het evaluatieonderzoek "Versterking Eerstelijns GGZ". Integrale eindrapportage. Utrecht: NIVEL/Trimbos instituut/SGBO, 2004
- Meijer SA, Zantinge EM, Verhaak PMF. *Evaluatie versterking eerstelijns GGZ: Eindrapportage landelijk onderzoek*. Utrecht: NIVEL, 2004.
- Meijer SA, Zantinge EM, Verhaak PMF, Kornalijslijper N, Smeets KAPW, Schoenmakers CJHH. *Evaluatie versterking eerstelijns GGZ: een onderzoeksprogramma om het beleid ter versterking van de eerstelijns GGZ te evalueren. Eerste Interim Rapportage*: Utrecht: NIVEL, 2002
- Mesman J, Verhaak PFM. De toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen. Een *onderzoek naar de verzekeringstechnische en geografische toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen*. Utrecht: NIVEL, 2001.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Beleidsvisie GGZ*. Den Haag, Elkerhout 1999
- Wentink M, Hattum MJC, Hutschemaekers G. *De eerstelijnspsycholoog gevolgd*. Utrecht: Trimbosinstituut, 2002.
- Verhaak PFM, Groenendijk J, Zantinge EM, Vonk E, Voordouw I, van de Veen C. *GGZ-consultaties aan de Eerstelijnszorg: eindrapportage*. Utrecht: NIVEL, 2006.
- Visscher A, Laurant M, Schattenberg G, Grol R (2002). *De rol van de huisarts inzake geestelijke gezondheidszorg. De resultaten van een landelijke enquête*. Nijmegen: WOK



## Afkortingenlijst

AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
APZ	Algemeen psychiatrisch ziekenhuis
BIG-registratie	Registratie gebeurt in het kader van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet-BIG)
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
DHV	District Huisarts Verenigingen
ELP	Eerstelijnspsycholoog
fte	fulltime-equivalent
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GZ-psycholoog	Gezondheidszorgpsycholoog
HIDHA	HIDHA (Huisarts In Dienst van een HuisArts)
ICPC	International Classification of Primary Care
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LINEP	Landelijke Informatie Netwerk Eerstelijnspsychologen
LINH	Landelijke Informatie Netwerk Huisartsenzorg
LVE	Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen
MADI-Monitor	Monitor van Maatschappelijke Dienstverlening
MO-Groep	Maatschappelijk Ondernemers Groep
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NS2	Tweede Nationale Studie
PAAZ	Psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ),
P-diagnose	Psychische diagnose
POH	Praktijk Ondersteuner Huisartsen
RIAGG	Regionaal instituut voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
ROEP	Regionaal Orgaan Eerstelijnspsychologen
SGBO	Onderzoeks- en adviesbureau van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten
SGZ	Somatische gezondheidszorg
SPV	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
SSRI	Serotonine heropnameremmer
TCA	Tricyclische Antidepressiva
VAAM eerstelijns	Vraag-aanbod analyse monitor eerstelijns geestelijke
GGZ	gezondheidszorg
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WOK	Centre for Quality of Care Research van het UMC St Radboud
Z-diagnose	Sociale diagnose



## Bijlage 1: Voorschrijven van psychofarmaca van huisartsen bij patiënten met psychische of sociale problematiek

Aantal prescripties van huisartsen per 1000 patiënten in hoofdgroepen van psychofarmaca in het eerste kwartaal van 2001, 2003 en 2004, uitgesplitst per diagnosegroep.

Bron: NS2/LINH registratie

Type medicatie	Depressie (P76/P03)				Slaapproblemen (P06)				Angst (P74/P01)				Stress (P78/P02)				Sociale problemen (Z12/Z05)			
	2001	2003	2004	2004	2001	2003	2004	2004	2001	2003	2004	2004	2001	2003	2004	2004	2001	2003	2004	
	n=3213	n=3016	n=2154	n=2154	n=2071	n=1545	n=1195	n=1195	n=2644	n=2184	n=1640	n=1640	n=1648	n=1301	n=1039	n=1039	n=972	n=873	n=641	
Kalmeringsmiddelen	483	545	477	477	483	511	447	447	981	928	975	975	431	531	537	537	340	323	379	
Slaapmiddelen	349	341	304	304	1470	1388	1340	1340	276	264	299	299	257	290	295	295	200	200	239	
Antidepressiva	1528	1494	1518	1518	307	315	313	313	655	788	744	744	286	376	263	263	190	220	229	
Totaal psychofarmaca	2359	2380	2299	2299	2259	2216	2100	2100	1912	1980	2018	2018	974	1197	1094	1094	730	743	847	





## Bijlage 2: Verwijsstromen van huisartsen naar AMW, eerstelijnspsychologen en de tweedelijns GGZ

Aantal GGZ-verwijzingen van huisartsen per 1000 patiënten in het eerste kwartaal van 2001, 2003 en 2004 uitgesplitst per diagnosegroep

Bron: NS2/LINH registratie

	Depressie (P76/P03)			Slaapproblemen (P06)			Angst (P74/P01)			Stress (P78/P02)			Sociale problemen (Z12/Z05)			Overig psychisch/sociaal <sup>1</sup>		
	2001	2003	2004	2001	2003	2004	2001	2003	2004	2001	2003	2004	2001	2003	2004	2001	2003	2004
	n=2412	N=3023	n=2157	n=1498	n=1545	n=1195	n=1919	n=2186	n=1644	n=1255	n=1304	n=1040	n=750	n=874	n=642	n=4621	n=5670	n=3723
<i>Eerstelijns GGZ</i>																		
AMW	2	3	6	1	1	0	1	3	4	9	7	15	13	16	16	1	2	4
ELP	6	10	13	0	1	1	10	10	14	17	10	18	10	16	26	5	5	10
<i>Tweedelijns GGZ</i>																		
Psychiatrie	26	25	34	0	2	2	13	15	15	12	14	15	9	13	14	17	16	27
Ambulante GGZ	17	15	19	1	1	0	11	9	14	9	6	16	12	8	8	13	10	14
Vrijgevestigde <sup>2</sup>	11	8	13	3	1	1	6	12	11	18	19	14	8	25	23	4	5	8
Totaal	62	61	87	5	5	3	41	49	58	65	56	80	52	78	87	40	38	63

<sup>1</sup> leerproblemen, zorg om gedrag kind, geheugen/concentratie/oriëntatiestoornissen, een overactief kind of andere psychische klachten, symptomen of ziektes

<sup>2</sup> vrijgevestigd psycholoog/psychotherapeut

