

## **GGZ-consultaties aan de eerstelijnszorg (Registratie 2000-2002)**

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

ISBN 90-6905-603-8

<http://www.nivel.nl>

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

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

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 LCVV en 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</b>	<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
1.1	Achtergrond	5
1.2	Het Steunpunt tussen de Lijnen	6
1.3	Registratie consultatieve bijeenkomsten	7
1.4	Indeling van deze rapportage	8
<b>2</b>	<b>Methode</b>	<b>11</b>
2.1	Inleiding	11
2.2	Procedure	11
2.3	Deelnemende projecten	11
2.4	Registratieformulier	13
2.4.1	Setting van de consultatie	13
2.4.2	Aanleiding voor de consultatie	14
2.4.3	Inhoud van de consultatie	15
2.4.4	Vervolg van de consultatie	16
2.5	Analyses	16
<b>3</b>	<b>Resultaten</b>	<b>19</b>
3.1	Inleiding	19
3.2	Geregistreerde consultatieve contacten	19
3.2.1	De setting waarbinnen consultatie wordt gegeven	19
3.2.2	De patiënt en de aanleiding tot het consultatieve contact	23
3.2.3	Inhoud van de consultatie	28
3.2.4	Het vervolg van de consultatie	31
3.3	Aanbod en gebruik van consultatieve voorzieningen op projectniveau	33
<b>4</b>	<b>Conclusie en discussie</b>	<b>37</b>
4.1	Inleiding	37
4.2	Samenvatting	37
4.3	Methodologische kanttekeningen	39
4.4	Inhoudelijke kanttekening	39
4.4.1	De onderzoeksvragen	40
4.5	Conclusies	42
	<b>Literatuur</b>	<b>43</b>
	<b>Bijlagen:</b>	
Bijlage 1	Registratieformulier consultatieve bijeenkomsten	45
Bijlage 2	Tabellen betreffende problemen per leeftijdscategorie en opbrengst consultaties	49



# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond

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

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

In de Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg van 1999 worden de maatregelen van VWS verder uitgewerkt. De maatregelen zijn gericht op een betere samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns GGZ, betere samenwerking binnen de eerstelijns GGZ-disciplines, meer deskundigheid binnen de eerstelijns GGZ en capaciteitsvergroting van de eerstelijns. De meeste maatregelen zijn in de periode van 1999-2001 in werking getreden. Eén van de maatregelen die het ministerie van VWS heeft genomen om de eerstelijns GGZ te versterken is de consultatieregeling waarover wij hier rapporteren. Sinds 1999 stelt VWS jaarlijks geld beschikbaar ten behoeve van consultatieprojecten in de Geestelijke Gezondheidszorg, met de zogenaamde regeling Consultatiegelden. Onder de consultatiemethode wordt oorspronkelijk een werkwijze verstaan waarbij op basis van gelijkwaardigheid en wederkerigheid de consultatiegever specialistische kennis en vaardigheden overdraagt aan de consultatievrager (Gersons, 1977). Bij de klassieke vorm van consultatie vindt zodoende een gesprek plaats tussen de consultatievrager en consultatiegever. Echter, gebaseerd op het idee van decentralisatie en deregulering, laat men de precieze invulling van de regeling aan het veld over. In dit rapport wordt onder consultatie verstaan:

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

Het doel van de regeling Consultatiegelden is om eerstelijns GGZ-medewerkers zoals huisartsen, algemeen maatschappelijk werkers en eerstelijnspsychologen de mogelijkheid

te bieden consultatie te vragen aan GGZ-specialisten in de tweede lijn. Goede consultatiemogelijkheden van de tweede- aan de eerstelijns dragen bij aan een betere samenwerking tussen de lijnen en deskundigheidsbevordering binnen de eerstelijns, wat past in de gedachte van de versterking van de eerstelijns GGZ. Door middel van consultatie wordt de eerstelijns GGZ ondersteund bij de uitvoering van GGZ-taken. Vooral voor de huisarts is dit van groot belang; het beleidsprogramma van VWS mag in ieder geval de toch al hoge werkbelasting van de huisarts niet vergroten.

Vanuit de regeling Consultatiegelden wordt jaarlijks geld beschikbaar gesteld door het Ministerie van VWS om consultatie-initiatieven in de vorm van projecten te subsidiëren. In 1999 was 2,72 miljoen euro beschikbaar voor consultatieprojecten; van 2000 tot en met 2002 was jaarlijks 5,45 miljoen euro uitgetrokken voor tweedelijns consultatie aan de eerstelijns. In augustus 2002 zijn betrokken partijen door VWS geïnformeerd dat de regeling verlengd wordt tot en met 2005, met eveneens 5,45 miljoen euro per jaar. De consultatiegelden worden jaarlijks op basis van inwonersaantallen verdeeld over de 31 zorgregio's waarin de zorgverzekeraars Nederland hebben opgesplitst. De regionale zorgkantoren van deze zorgregio's hebben de taak gekregen om deze gelden toe te kennen aan veelbelovende initiatieven of goed lopende projecten. Bij deze projecten staat voorop dat de projecten gericht zijn op patiëntgebonden consultatie en zowel de GGZ-specialisten (zoals psychiaters, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en andere GGZ-medewerkers) als de GGZ-disciplines binnen de eerste lijn (zoals huisartsen, AMW en de eerstelijnspsycholoog) een duidelijke rol krijgen toebedeeld.

De consultatieregeling is tot nu toe succesvol gebleken: in 2002 waren er landelijk 123 projecten bekend bij in totaal 71 GGZ-organisaties (Zantinge e.a., 2002). Binnen het beleidsprogramma van VWS ter versterking van de eerstelijns GGZ is de consultatieregeling één van de maatregelen die al in een ver gevorderd stadium van feitelijke uitwerking is (Meijer e.a., 2002). Ook in een landelijk onderzoek onder huisartsen inzake GGZ wordt consultatie genoemd als een gewenste manier van ondersteuning voor huisartsen (Visscher e.a., 2002).

## **1.2 Het Steunpunt tussen de Lijnen**

Vanaf het begin van de regeling heeft het Steunpunt tussen de Lijnen, een samenwerkingsverband tussen het NIVEL en het Trimbos-instituut, de taak om consultatieprojecten die vanuit de regeling Consultatiegelden van start zijn gegaan te monitoren. Dit houdt enerzijds in dat wordt bijgehouden welke initiatieven op welke plek gestart zijn. Per project worden projectkenmerken vastgelegd, zoals bijv. wie de betrokkenen bij een project zijn, wat voor soort consultatie wordt geboden en of het project zich richt op speciale doelgroepen. Zo ontstaat een landelijk beeld van waar zich consultatie-activiteiten ontwikkeld hebben en hoe deze projecten eruit zien. Anderzijds heeft het Steunpunt een registratie van consultatieve bijeenkomsten ontwikkeld, waarmee inzichtelijk wordt hoe de consultatieve bijeenkomsten er daadwerkelijk uit zien. Elk gestart consultatieproject wordt door het Steunpunt benaderd om deel te nemen aan deze registratie. De consultatiegevers van het consultatieproject wordt verzocht bij elke patiënt over wie zij een nieuwe consultatievraag ontvangen een aantal gegevens met betrekking tot de consultatie te registreren.

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

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

Het Steunpunt tussen de Lijnen rapporteert jaarlijks halverwege het jaar aan de Stuurgroep tussen de Lijnen over de bevindingen bij de monitoring van projecten en in december over de registratie van consultatieve bijeenkomsten. De Stuurgroep tussen de Lijnen is ingesteld door VWS om de versterking van de eerstelijns GGZ in de praktijk mogelijk te maken. Alle betrokken partijen bij de versterking van de eerstelijns GGZ zijn in deze Stuurgroep vertegenwoordigd.

In april 2000, augustus 2000, september 2001 en juli 2002 is gerapporteerd over de toekenning van consultatiegelden in de verschillende zorgregio's en is een beschrijving van de projecten gegeven, afgaande op de projectbeschrijvingen van de projecten zelf. In december 2000 en 2001 is aan de Stuurgroep tussen de Lijnen gerapporteerd over de registratie consultatieve bijeenkomsten. De projecten die deelnemen aan de consultatieregistratie hebben in de periode van de landelijke rapportage een spiegelrapportage van hun eigen, projectspecifieke resultaten ontvangen, zodat zij die resultaten kunnen vergelijken met de landelijke rapportages. Ook dit jaar krijgen de projecten een soortgelijke terugrapportage.

### **1.3 Registratie consultatieve bijeenkomsten**

In dit rapport wordt verslag gedaan van de registratie van consultatieve bijeenkomsten die tot 1 oktober 2002 door het Steunpunt ontvangen zijn. Al vanaf het jaar 2000 worden consultaties geregistreerd, in steeds toenemende mate, waardoor wij over grote aantallen registratieformulieren kunnen rapporteren. In dit rapport rapporteren wij over meer dan 30.000 consultaties. Omdat in eerdere jaren eveneens is gerapporteerd over de registratie van consultatieve bijeenkomsten, zullen sommige onderdelen in deze rapportage overeenkomen met de rapportage van vorig jaar (Zantinge et al, 2002), vooral wanneer het de achtergrond en methode van onderzoek betreft. Wel zullen in dit rapport de accenten anders liggen.

Door middel van de consultatieregistratie kunnen we een landelijk beeld schetsen van de inhoud van consultaties. Vorig jaar zijn we uitvoerig op de inhoud van de consultaties ingegaan en is gerapporteerd over een groot aantal verbanden die zijn aangetroffen in de registraties. De nadruk ligt in het huidige rapport meer op de ontwikkeling van de consultaties door de tijd heen. Als de registratie op de lange termijn meer van hetzelfde

oplevert, kan de opzet van een registratie worden herzien. Momenteel wordt binnen het Steunpunt en met betrokkenen de discussie gevoerd over de toekomst van de consultatieregistratie. Dit rapport moet voor deze discussie belangrijke informatie bieden over mogelijke ontwikkelingen die we door de tijd heen aantreffen in de consultatieregistratie. Intussen beschikken we over een nog langere tijdsperiode waarin de consultaties geregistreerd zijn en kunnen we uitvoeriger ingaan op eventuele ontwikkelingen door de tijd heen. We kunnen specificeren welke gegevens uit de consultatieregistratie aan veranderingen onderhevig zijn en dus belangrijk zijn om in te toekomst te blijven volgen en welke gegevens stabiel blijven over een langere tijdsperiode en minder relevant zijn om continu te monitoren.

Naast de inhoud van de consultaties en de ontwikkelingen door de tijd heen, besteden we in dit rapport aandacht aan de opbrengst van de consultaties. De opzet van de registratie (een vastlegging van het eerste consultatieve contact zonder onafhankelijke uitkomstgegevens) laat geen uitspraken over het effect van de consultatieve contacten toe. Wel kan de registratie een beschrijving geven van een aantal aspecten van bedrijfskundige aard: Per project vergelijken we de financiële investeringen vanuit de Consultatiegelden met de opbrengsten van de consultaties, zoals het totaal aantal betrokkenen uit de eerstelijndie consultatie kunnen vragen en het aantal consultaties die geregistreerd zijn. Ook zal aandacht zijn voor welke betrokkenen uit de eerstelijndie nu in de projecten participeren. De consultatieregeling heeft zich in eerste instantie gericht op huisartsen, maar in een later stadium zijn ook het AMW en de eerstelijnspsychologen gestimuleerd projectvoorstellen in te dienen, of -bij gebrek aan middelen voor nieuwe projecten- zich aan te sluiten bij de bestaande projecten. In dit rapport zullen we bekijken of de deelname van het AMW en de eerstelijnspsychologen in consultatieprojecten is toegenomen.

In dit rapport beantwoorden we de volgende onderzoeksvragen:

- 1 *'Hoe kunnen de consultatieve bijeenkomsten landelijk gekarakteriseerd worden?'*
- 2 *'Welke ontwikkelingen zijn er door de tijd heen te constateren?'*
- 3 *'Welke eerstelijnsmedewerkers worden in welke mate ondersteund met de huidige inzet van middelen?'*
- 4 *'Wat is de minimaal benodigde dataset om de Stuurgroep tussen de Lijnen in de toekomst op de hoogte te kunnen houden van ontwikkelingen in de registratie?'*

## **1.4 Indeling van deze rapportage**

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

In hoofdstuk 3 worden landelijke resultaten gepresenteerd over de inhoud van consul-



tatieve bijeenkomsten (onderzoeksvraag 1). Vervolgens wordt ingegaan op ontwikkelingen door de tijd heen (onderzoeksvraag 2). Ook komen de opbrengsten van de consultaties voor de eerstelijns (onderzoeksvraag 3) aan bod. Hoofdstuk 4 bevat conclusies en aanbevelingen voor de Stuurgroep tussen de Lijnen. Hierbij zal onder andere worden ingegaan op de toekomst van de registratie (onderzoeksvraag 4)



## **2 Methode**

### **2.1 Inleiding**

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

### **2.2 Procedure**

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

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

De projectcoördinatoren verspreiden de registratieformulieren onder alle consultatiegevers van een project. De bedoeling is dat de consultatiegevers bij elke patiënt over wie zij een nieuwe consultatievraag ontvangen het formulier 'Registratie consultatieve bijeenkomsten' invullen (zie bijlage 1). Indien naar aanleiding van een consultatieve vraag over een patiënt meerdere contacten plaatsvinden, wordt alleen bij het eerste contact een formulier ingevuld.

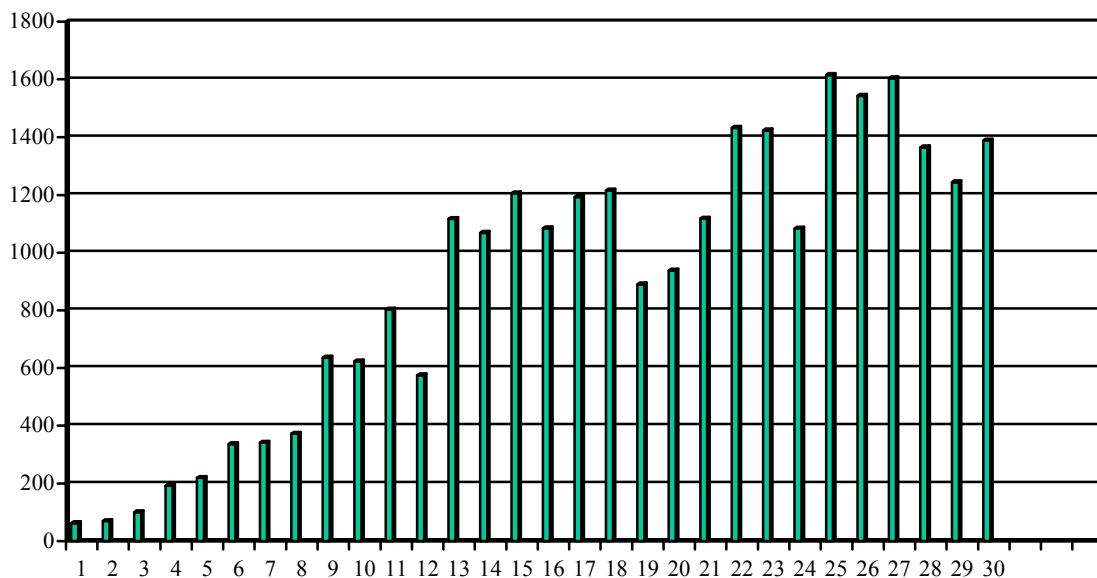
De projectcoördinator zorgt ervoor dat er regelmatig, bij voorkeur maandelijks, formulieren worden geretourneerd naar het Steunpunt tussen de Lijnen. Indien een project nieuwe formulieren nodig heeft, worden deze bij het Steunpunt besteld. De formulieren zijn zo gecodeerd, dat verwerking plaats kan vinden door middel van een scanner.

### **2.3 Deelnemende projecten**

De laatste tijd heeft de registratie van consultatieve bijeenkomsten een grote omvang aangenomen. Sinds het begin van de regeling is niet alleen het aantal registrerende projecten toegenomen maar zijn de projecten ook op steeds grotere schaal gaan registreren.

Bij het Steunpunt tussen de Lijnen zijn in 2002 123 projecten bekend die gebruik maken van de regeling consultatiegelden; 96 van deze projecten registreren ook consultatieve bijeenkomsten. In december 2000 registreerden 40 projecten consultaties en een jaar geleden waren dat er 75. In totaal zijn 30.377 consultaties geregistreerd van de aanvang van het project tot 1 oktober 2002, waarbij ook formulieren zijn opgenomen van projecten die intussen zijn gestaakt of projecten die slechts enkele formulieren hebben ingezonden, waardoor ze niet tot de 96 registrerende projecten worden gerekend. In grafiek 2.1 is het verloop van de registratie in de loop van de tijd zichtbaar. Vanaf 1 januari 2000 is af te lezen hoeveel registratieformulieren we maandelijks hebben ontvangen van de consultatieprojecten. De laatste 3 maanden van de registratie (juli-september 2002) zijn niet opgenomen in de grafiek, omdat nog niet alle registratieformulieren van de consultaties uit die periode compleet zijn, en dan een vertekend beeld zou ontstaan. De laatste anderhalf jaar registreren projecten maandelijks in totaal tussen de 1.000 en 1.500 consultaties; de laatste tijd zijn dat er zelfs zo'n 1.400.

Grafiek 2.1 Aantal registraties/maand van 1-1-2000 tot 1-7-2002



Er zijn grote verschillen tussen de projecten in de mate waarin registratieformulieren worden ingestuurd. Tabel 2.1 laat de spreiding in bijdrage van registratieformulieren van de registrerende projecten zien per 1 oktober 2002.

Tabel 2.1 Verdeling van de projecten naar aantal ingestuurde registratieformulieren

Aantal ingestuurde registratieformulieren	Aantal projecten (N=96)
1-50	26
51-100	15
101-200	16
201-500	25
501-1000	9
1001-3000	3
>3000	2

Bij de beantwoording van de eerste onderzoeksvraag, het schetsen van een landelijk beeld van consultatieve bijeenkomsten, wordt over het totale aantal van 30.377 formulieren gerapporteerd. Alle formulieren die het Steunpunt vóór 1 oktober 2002 heeft ontvangen zijn opgenomen in deze rapportage. Deze registrerende projecten zijn over heel Nederland gespreid. Omdat twee projecten een buiten-proportionele bijdrage aan het aantal ingezonden formulieren hebben geleverd, wordt bij deze rapportage over alle formulieren iedere keer gezien, of de resultaten anders zijn wanneer de formulieren van deze twee projecten buiten beschouwing worden gelaten.

Om ontwikkelingen door de tijd heen in kaart te kunnen brengen, is het hele databestand verdeeld in 5 periodes van halve jaren waarin de consultaties plaats vonden. De eerste periode is de eerste helft van 2000 (het begin van de registratie); de vijfde periode loopt van januari tot en met juni 2002. De consultaties die na juni 2002 hebben plaats gevonden zijn uitgesloten bij deze analyses. Ook vervallen de consultaties waarvan de datum onbekend is.

Voor de beantwoording van de derde onderzoeksvraag - welke eerstelijnsmedewerkers in welke mate worden ondersteund met de huidige inzet van middelen- is een geaggregeerd bestand gebruikt op het niveau van de projecten. Alleen die 71 projecten zijn opgenomen waarvan we in 2001 meer dan 20 registratieformulieren hebben ontvangen. Berekeningen zijn gemaakt over het jaar 2001, omdat we van dat complete jaar registratieformulieren ontvangen hebben.

## 2.4 Registratieformulier

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

### 2.4.1 *Setting van de consultatie*

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

consultatievrager een huisarts, AMW-er, eerstelijnspsycholoog of een andere eerstelijns discipline is. Met betrekking tot de consultatiegever wordt aangekruist of het een psychiater, geriater, jeugdpsychiater of arts- (assistent) betreft of dat een psycholoog, pedagoog, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV), B-verpleegkundige of iemand van een andere discipline consultatie geeft. Voor de leesbaarheid van dit rapport hebben we de disciplines van de consultatiegever geclusterd in de volgende categorieën (zie tabel 2.2).

Tabel 2.2 Clustering consultatiegevers

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

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

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

- telefonisch consultatie;
- vis à vis consultatievrager (gesprek tussen consultatiegever en -vrager);
- vis à vis consultatievrager en patiënt (gesprek tussen consultatiegever, -vrager en patiënt).
- vis à vis met uitsluitend patiënt (gesprek tussen consultatiegever en patiënt);
- anders.

#### 2.4.2 *Aanleiding voor de consultatie*

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

Tabel 2.3 Clustering van klachten

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

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

De volgende indeling wordt gehanteerd:

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

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

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

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

### 2.4.3 *Inhoud van de consultatie*

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

- Medicatie
- Andersoortig behandeladvies

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

#### **2.4.4 Vervolg van de consultatie**

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

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

## **2.5 Analyses**

De gegevens zijn verwerkt met SPSS-PC.

Om ontwikkelingen door de tijd heen zichtbaar te maken is een vijfdeling gehanteerd in periodes van een half jaar waarin de consultatie plaatsvond (van januari 2000 - juni 2002). Er zijn rechte tellingen gemaakt van de variabelen van het registratieformulier, uitgesplitst naar periode. Met correlatieberekeningen is gekeken in hoeverre er een relatie is tussen de maand waarin de consultatie plaatsvond en de betreffende variabele om mogelijke trends door de tijd heen te kunnen signaleren. Omdat het grote aantallen registratieformulieren betreft en er veel correlaties zijn berekend, is een laag significantieniveau gehanteerd van  $p < .0005$ .

Omdat het een genest design, van 96 projecten met ongelijke aantallen consultaties en een onderling ongelijksoortige aanpak betreft, zijn kruistabellen getoetst met behulp van multi-level analyse. Bovendien is bij alle analyses nagegaan wat er gebeurt wanneer de twee "mega-projecten" ( $N > 3000$ ) buiten beschouwing worden gelaten.

Om op het niveau van de projecten te kunnen kijken naar de opbrengsten van de consultaties, is het totale databestand van geregistreerde consultaties geaggregeerd tot op het niveau van de projecten, waarbij alleen die 71 projecten in beschouwing zijn genomen die in 2001 meer dan 20 consultaties geregistreerd hebben. Daarnaast hebben we gebruik gemaakt van het bestand van de monitoring van 2002, waarin, eveneens op projectniveau, beschrijvingen zijn opgenomen van projecten die vanuit de Consultatieregeling van start zijn gegaan.

Om iets te kunnen zeggen over de opbrengst van de consultatieprojecten is een aantal uitkomstmaten vergeleken met de input in de vorm van financiering. Deze vergelijking van input en output is gemaakt over 2001, omdat we van dat complete jaar gegevens hebben verzameld. Als input is het bedrag gekozen dat vanuit de consultatieregeling in 2001 is toegekend. De regionale zorgkantoren houden ons op de hoogte van de jaarlijkse toekenningen van consultatiegelden ten behoeve van de monitoring van consultatieprojecten. Niet bij alle projecten is het precieze toegekende bedrag bekend. Vaak vinden binnen een GGZ-instelling meerdere projecten plaats en krijgt de instelling



één geldbedrag toegekend voor alle projecten samen. In dat geval is dat totale bedrag gedeeld door het aantal consultatieprojecten om de toekenning per project te berekenen. Om input en output te kunnen vergelijken hebben we de projecten als volgt gekarakteriseerd:

- Totaal aantal betrokkenen uit de eerstelijns die de mogelijkheid hebben om consultatie te vragen, uitgesplitst naar huisartsen, AMW, eerstelijnspsychologen en andere eerstelijns medewerkers. Deze aantallen zijn afkomstig uit de monitoring van projecten en gebaseerd op de schattingen van de projectleiders.  
Totaal aantal registratieformulieren in 2001. Elk formulier dat is ingevuld staat in principe voor één patiënt, zodat we per project kunnen schatten over hoeveel patiënten er consultatie gevraagd is.
- Een schatting van het aantal sessies per project. Alleen het eerste consultatieve contact is geregistreerd. Bij veel consultaties zal dit geregistreerde contact het enige consultatieve contact over de hulpvraag in kwestie zijn; dit is het geval wanneer de patiënt verder wordt behandeld door de consultatievrager of wordt verwezen naar de specialistische GGZ of binnen de eerstelijns. Regelmatig wordt ook aangegeven op het registratieformulier, dat na het eerste consultatieve contact een vervolgsessie in dezelfde setting plaatsvindt. Die vervolgsessies zijn niet geregistreerd maar wel meegeteld bij de berekening van het aantal sessies. We zijn er vanuit gegaan dat er, in het geval een vervolgsessie plaatsvindt, na het eerste consult nog 1 tot 4 afspraken volgen, waarbij we zijn uitgegaan van een gemiddelde van 3 vervolgsessies. Daarop is de berekening van het aantal zittingen gebaseerd.
- De dominante setting van de consultaties in de projecten. Daarbij is de indeling in consultatievormen gehanteerd uit het rapport over de registratie van vorig jaar (Zantinge e.a., 2002). Uit onze data bleek dat consultaties zich qua vorm op drie manieren laten karakteriseren:
  - 1 Gesprek tussen patiënt en consultatiegever zonder consultatievrager
  - 2 Klassieke consultatie, waarbij de consultatievrager en –gever, al dan niet in de aanwezigheid van de patiënt, in gesprek gaan
  - 3 Telefonische consultatie

Per project is gekeken welke van deze consultatievormen dominant is, in de zin dat meer dan de helft van de consultaties op die manier plaatsvindt.



## 3 Resultaten

### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt gerapporteerd over de inhoud van de consultaties die over de gehele registratieperiode hebben plaatsgevonden. Het gaat steeds om het eerste consultatieve contact over een bepaalde patiënt. Vervolg-consultaties over dezelfde patiënt worden niet geregistreerd. Het formulier waarop geregistreerd is, is in het vorige hoofdstuk besproken en opgenomen als bijlage 1.

We bespreken in dit hoofdstuk eerst de data op het niveau van de individuele registratie: achtereenvolgens komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- de consultatiesetting (wie zijn consultatievrager en -gever; welke vorm neemt de consultatie aan?);
- kenmerken van de patiënt en de consultatievraag;
- de aard van de adviezen die uit de consultatie voortvloeien;
- de wijze waarop de consultatie wordt voortgezet.

Per onderwerp worden de ontwikkelingen in de tijd geschetst.

In de rapportage over de consultaties die tot en met september 2001 plaatsvonden (Zantinge e.a. 2002) is per onderwerp nagegaan of het uitmaakte wie de consultatie gaf, wie de consultatie verstreekte en welke problemen het betrof. Deze samenhangen zijn ten behoeve van deze rapportage opnieuw onderzocht en worden in de tekst vermeld. Alleen bij een wijziging ten opzichte van de vorige rapportage wordt hier apart op in gegaan.

Zoals gezegd in de methode-sectie verschilt het aantal geregistreerde contacten sterk per project en zijn er met name twee projecten die een zeer aanzienlijk deel (31%) van alle registraties voor hun rekening nemen. In de rapportage op het niveau van de afzonderlijke consultaties is hiermee rekening gehouden door de diverse frequentieverdelingen en kruistabellen ook te berekenen voor het bestand waarin de twee grote projecten niet zijn meegenomen en worden afwijkingen in de tekst vermeld.

Vervolgens komt aan de orde wat het aanbod en het gebruik van consultatie op projectniveau is. In dit kader gaan we onder andere na, of er verschillen in aanbod en gebruik zijn tussen de drie dominante vormen van consultatie die we in het vorig hoofdstuk beschreven.

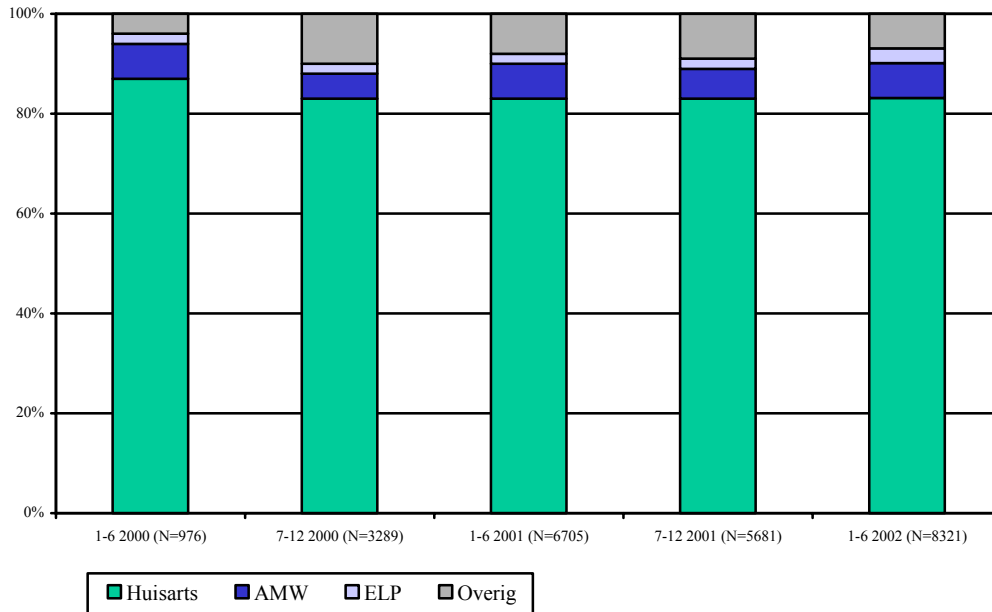
### 3.2 Geregistreerde consultatieve contacten

#### 3.2.1 *De setting waarbinnen consultatie wordt gegeven*

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

aanwezig is bij dit gesprek of dat de patiënt gezien wordt door de consultatiegever zonder dat de consultatievrager hierbij aanwezig is. Deze verschillende aspecten van de setting waarbinnen de consultatie wordt gegeven komen in deze paragraaf aan de orde.

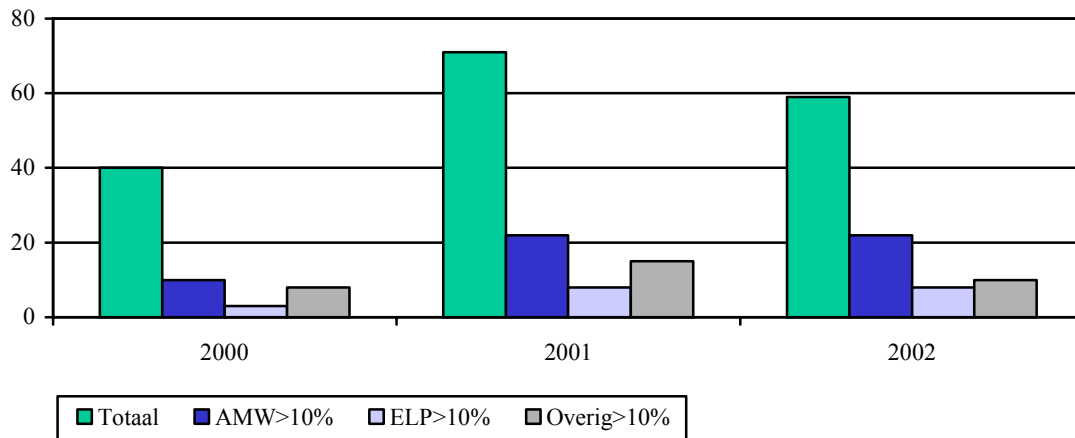
Grafiek 3.1 Consultatievragers in de tijd bezien



Grafiek 3.1 geeft per half jaar het aandeel van de verschillende soorten consultatievragers aan. In de vorige rapportage bestond de overgrote meerderheid van consultatievragers uit huisartsen en hierin is geen enkele verandering gekomen. Over het hele bestand is 84 procent van de consultatievragen van huisartsen afkomstig en dat is - afgezien van een top van 87% in het eerste half jaar - constant over de tijd. De groep “overigen”, die acht procent van de geregistreerde consultaties voor haar rekening neemt, bestaat onder andere uit verpleegkundigen, kinderartsen en jeugdzorg. Het AMW is in zes procent van de gevallen consultatievrager en eerstelijnspsychologen worden in twee procent van de consultaties genoemd als consultatievrager. Dit alles is over de tijd bezien bijna constant. Er is een kleine maar significante afname van het aandeel van de “overigen” ( $r = -.023$ ;  $p < .000$ )

Wanneer de twee “mega-projecten” buiten beschouwing worden gelaten, is het aandeel van de huisarts 77 procent en wordt het aandeel van AMW, eerstelijnspsycholoog en overigen negen, drie resp. elf procent van de consultaties.

Grafiek 3.2 Totaal aantal projecten en projecten met >10% AMW, ELP en overig van 2000 – 2002

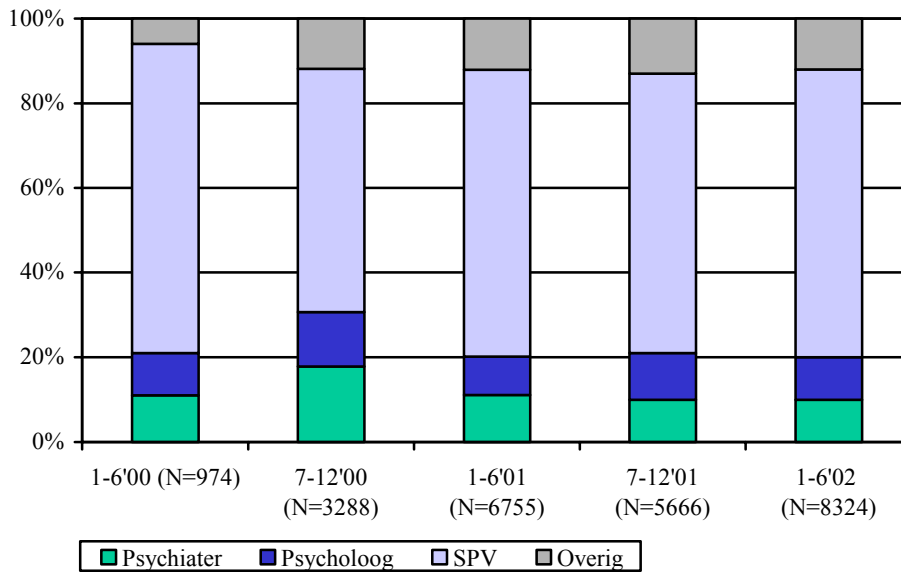


Hoewel de huisartsen constant blijven in het numerieke overwicht in de consultatievragen, is er in de loop van de tijd wel een zekere ontwikkeling te constateren in het aantal projecten waarbij anderen dan huisartsen meer dan incidenteel betrokken zijn. In grafiek 3.2 wordt weergegeven bij hoeveel projecten meer dan tien procent van de consultatievragen afkomstig was van AMW, eerstelijnspsycholoog of een vrager uit de categorie “overigen”. Hiervoor zijn alleen projecten in beschouwing genomen die in de betreffende periode minstens twintig consultaties kenden. In 2000 was bij een kwart van de projecten het AMW in minstens 10 procent van de gevallen betrokken, de eerstelijnspsycholoog bij acht procent van de veertig projecten, en voor de overigen was dit bij een vijfde deel van de projecten het geval. In 2002 gold dit wat het AMW betreft voor 37% , wat de eerstelijnspsycholoog betreft voor 14% en voor de overigen voor 17% van de projecten. AMW en eerstelijnspsycholoog laten door de tijd heen een geleidelijke toename van hun betrokkenheid zien.

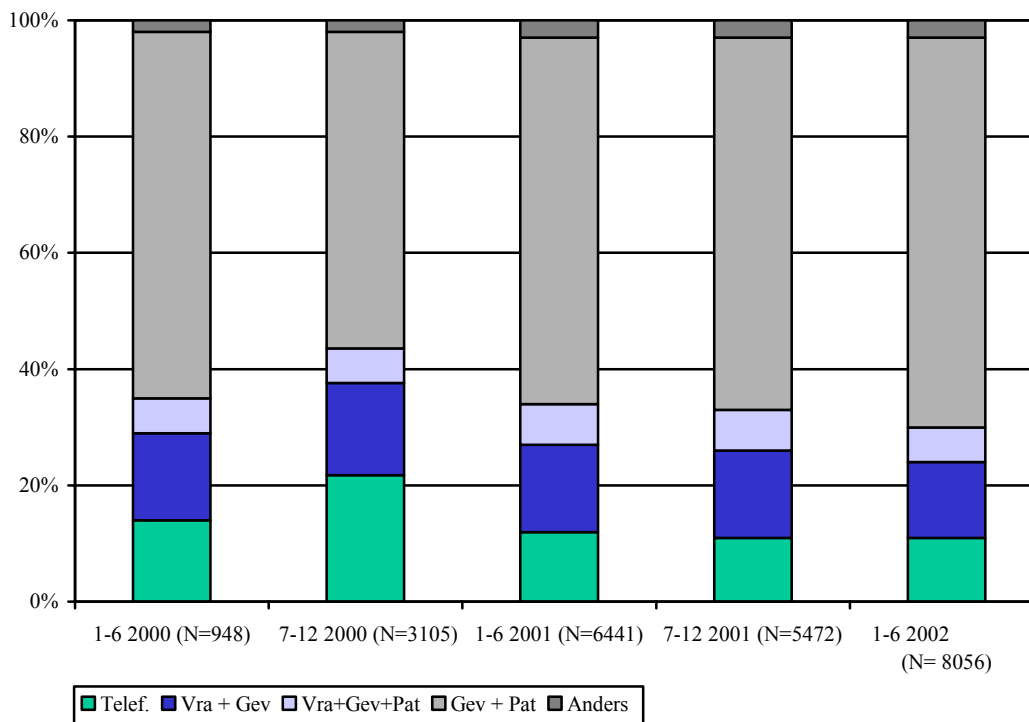
Grafiek 3.3 laat zien wie in de loop van de tijd de consultatiegever was. Over de hele verslagperiode genomen wordt in twee derde van de gevallen consultatie gegeven door een SPV. In elf procent is er sprake van een psychiater en in elf procent van een psycholoog. In twaalf procent is de consultatiegever “overig”. Vaak is dit een maatschappelijk werker in dienst van de GGZ-instelling.

Er is sprake van een lichte afname van de inzet van psychiaters ( $r = -.05$ ;  $p = .000$ ) en een lichte toename van SPV-en ( $r = .03$ ;  $p = .000$ ). De algemene verhoudingen zijn in de loop van de tijd nauwelijks veranderd.

Grafiek 3.3 Consultatiegevers in de tijd gezien



Grafiek 3.4 Consultatie-setting in de tijd gezien



In grafiek 3.4 lezen we de ontwikkeling in de tijd van de verschillende consultatievormen die in de inleiding werden aangehaald. Er is sprake van een afname van telefonische consultaties ( $r = -.07$ ;  $p < .000$ ), een lichtere afname van contacten tussen consultatievrager en -gever ( $r = -.03$ ;  $p < .000$ ) en een toename van de contacten tussen de consultatiegever en de patiënt, zonder directe bemoeienis van de consultatievrager ( $r = .08$ ;

$p < .000$ ).

Over de hele periode betreffen bijna twee derde van de consultatieve contacten een vis à vis contact tussen consultatiegever en patiënt, zonder dat de consultatievrager daarbij aanwezig is. In ongeveer twaalf procent van de gevallen is er sprake van telefonische consultatie; een consultatief gesprek tussen consultatievrager en -gever, wat eigenlijk de klassieke vorm van consultatie is, komt in veertien procent van de gevallen voor. Zes procent van de geregistreerde contacten betreft een consultatief gesprek tussen consultatievrager en -gever samen met de patiënt.

Wanneer een huisarts de consultatie aanvraagt, hetgeen meestal het geval is, gaat deze over-all verdeling op. Is echter een AMW-er of eerstelijnspsycholoog de consultatievrager, dan is er relatief vaker (ongeveer 20% van al hun consultatievragen) sprake van een telefonisch consult, en is er veel vaker (in zestig procent bij AMW-ers, in 45% bij eerstelijnspsychologen) sprake van een overleg tussen consultatievrager en -gever. Een contact tussen de consultatiegever samen met de patiënt is er daarentegen slechts in 14% respectievelijk 22% van de gevallen, terwijl dit in driekwart van de gevallen dat een huisarts consultatie vraagt het geval is.

In de vorige rapportage bespraken we de samenhang tussen discipline van de consultatiegever en het type consultatie. Deze samenhang is ongewijzigd. Psychiaters geven relatief vaak telefonisch consultatie. SPV-en en psychologen beperken zich veelal tot contacten met de patiënt zonder daarbij de consultatievrager te zien. De “klassieke consultatie”, een gesprek tussen consultatievrager en -gever komt relatief het meest voor bij de groep overige consultatiegevers.

Aangezien in de twee “mega-projecten” de setting in 85% van de gevallen uit een contact tussen consultatiegever en patiënt bestond en daarbij nauwelijks psychiaters werden ingeschakeld, vertekenen deze twee projecten de resultaten aanzienlijk. Telt men deze twee projecten niet mee, dan is er in 54% van de gevallen sprake van een contact tussen consultatiegever en patiënt en is er in 17% telefonisch contact, in 18% een contact consultatievrager - consultatiegever en in 7% een contact met consultatievrager, - gever en patiënt.

### **3.2.2 De patiënt en de aanleiding tot het consultatieve contact**

Van alle patiënten over wie consultatie werd gevraagd werden leeftijd en geslacht geregistreerd. In tabel 3.1 staan deze gegevens samengevat.

De meeste consultaties worden gevraagd voor 25-44 jarigen, gevolgd door 45-64 jarigen. De man - vrouw verhouding is ongeveer 1:2. Bij de kinderen (tot 15 jaar) is de verdeling ongeveer 1:1, bij de jong-volwassenen (15-24 jaar) en de ouderen (65+) is bijna 70% vrouw.

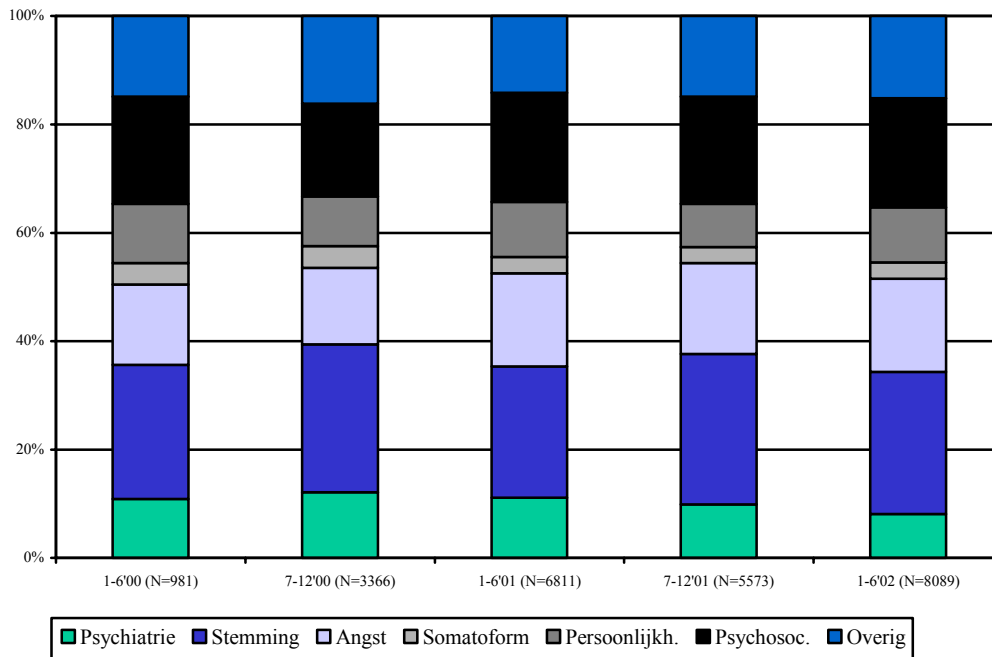
Vergeleken met de leeftijds- en geslachtsverdeling van de gehele bevolking zijn kinderen ondervetegenwoordigd en jonge volwassenen (15-24 jaar en 25-44 jaar) oververtegenwoordigd. Over vrouwen wordt meer consultatie gevraagd dan over mannen. De problematiek van de patiënten over wie consultatie gevraagd werd, en eventuele ontwikkelingen hierin in de tijd staat weergegeven in grafiek 5. Op het registratieformulier konden meerdere problemen met een prioritering worden aangeven. De 23 mogelijke problemen zijn geclusterd in 7 hoofdrubrieken. Voor de wijze van clustering verwijzen we

naar het methodehoofdstuk. In deze grafiek wordt alleen het belangrijkste probleem in beschouwing genomen.

Tabel 3.1 Leeftijdscategorieën (N= 28.425)

	N	%	% bevolking (CBS 2001)
0 – 14 jaar	1.988	4	17
15 -24 jaar	3.354	15	11
25 -44 jaar	13.222	47	37
45 -64 jaar	6.782	24	22
>65 jaar	3.079	11	12
Man	10.803	37	49
Vrouw	18.380	63	51

Grafiek 3.5 Belangrijkste problematiek in de tijd gezien



Over het totale bestand bekeken, worden stemmingsstoornissen (25%) en psychosociale problemen (22%) het meest genoemd als het primaire probleem waarover men consultatie wenst. Daarna komen angst/spanning (16%) en de categorie overigen (14%). In acht procent van de gevallen is “grote” psychiatrie aan de orde en ook in acht procent is er sprake van een persoonlijkheids- of gedragsstoornis. In drie procent ten slotte wordt een somatoforme stoornis als belangrijkste probleem opgevoerd.



Deze verhoudingen, die voor het gehele bestand gelden, worden in alle afzonderlijke tijdvakken ook aangetroffen. Op het gebied van stemmingsstoornissen en psychosociale problemen is er enige schommeling in de tijd, de psychiatrische problematiek laat een rechtlijnige afname in relatieve frequentie van voorkomen zien ( $r = -.04$ ;  $p < .000$ ) van 12% in de eerste helft van 2000 naar 7% in de eerste helft van 2002.

Dezelfde verhoudingen tussen deze zeven klachtenclusters treffen we aan wanneer we de twee grote projecten buiten beschouwing laten. Het aandeel van psychosociale problemen neemt dan iets af (van 22% naar 19%), dat van psychiatrie iets toe (van 8% naar 10%).

In de vorige rapportage (Zantinge e.a. 2002) is uitgebreid stilgestaan bij de mate waarin verschillende problemen door verschillende consultatievragers bij verschillende consultatiegevers werden aangemeld. Hierin is, met toevoeging van de data over de periode oktober 2001-september 2002 niets gewijzigd. Voor alle consultatievragers en consultatiegevers zijn stemmingsstoornissen en psychosociale problemen de belangrijkste probleemgebieden. Stemmingsstoornissen worden relatief meer door huisartsen aangemeld, persoonlijkheids- en gedragsproblemen meer door eerstelijnspsychologen. Psychosociale problemen worden minder door psychiaters gezien dan door psychologen en SPV-en.

Tabel 3.2 laat zien hoe de verschillende probleemclusters over de leeftijdsgroepen zijn verdeeld. In bijlage 2 (tabel 1) staat de leeftijdsverdeling over alle afzonderlijke (niet geclusterde) probleemcategorieën.

Tabel 3.2 Probleemgebied (eerste prioriteit) per leeftijdscategorie

	0 – 17 (N=1.902)	18-24 (N=3.239)	25-44 (N=12.923)	45-64 (N=6.614)	>65 (N=2.964)	Totaal (N=27.642)
	%	%	%	%	%	%
Grote psychiatrie	4	5	5	7	31	8
Stemmingsstoornis	8	23	28	31	25	26
Angst en spanning	14	18	18	16	10	16
Somatoforme stoornis	2	2	3	4	3	3
Persoonlijkheid en gedrag	2	11	10	7	8	9
Psychosociale problematiek	44	23	23	23	10	23
Overige problemen	25	18	13	13	12	14

Het vragen van consultatie voor stemmingsstoornissen neemt tot en met de categorie 44-65 jaar toe met de leeftijd. Bij 65+ ers komt deze probleemcategorie relatief iets minder vaak voor dan bij de jongeren. Het gaat vooral om depressieve episodes.

Psychosociale problemen worden vaak met betrekking tot jeugdigen ter consultatie voorgelegd. Vanaf 18 jaar blijft het constant ongeveer een kwart van de totale vraag om consultatie uitmaken tot 65 jaar. Voor de ouderen maakt het maar 10% van de problemen uit. Belangrijke problemen bij de jeugd zijn school/leer problemen, klachten in verband met opvoeding en problemen met het leggen van contacten. Bij de 18-65 jarigen gaat het vooral om relatie- en gezinsproblemen en naarmate men ouder wordt ook om werkproblemen.

Vragen met betrekking tot “Grote psychiatrie” worden veelvuldiger gesteld naarmate de patiënt ouder is. In de meer gespecificeerde tabel in bijlage 2 zien we dat dit geheel op het conto van organische psychische stoornissen (dementie, delier) geschreven moet worden.

Psychische stoornissen die verband houden met alcohol en middelen misbruik worden maar weinig ter consultatie aangeboden. Er zijn 555 gevallen op de bijna 28.000.

Schizofrenie komt nog minder voor, in 374 gevallen.

Consultatieve vragen aangaande persoonlijkheids- en gedragsstoornissen kennen een piek voor de categorie 18-44 jarigen en nemen bij het ouder worden wat af.

Leeftijdsverschillen bij vragen over angststoornissen en somatoforme stoornissen vloeien voort uit de ongelijke inbreng bij verschillende projecten en zijn statistisch bij multi-level analyse niet significant.

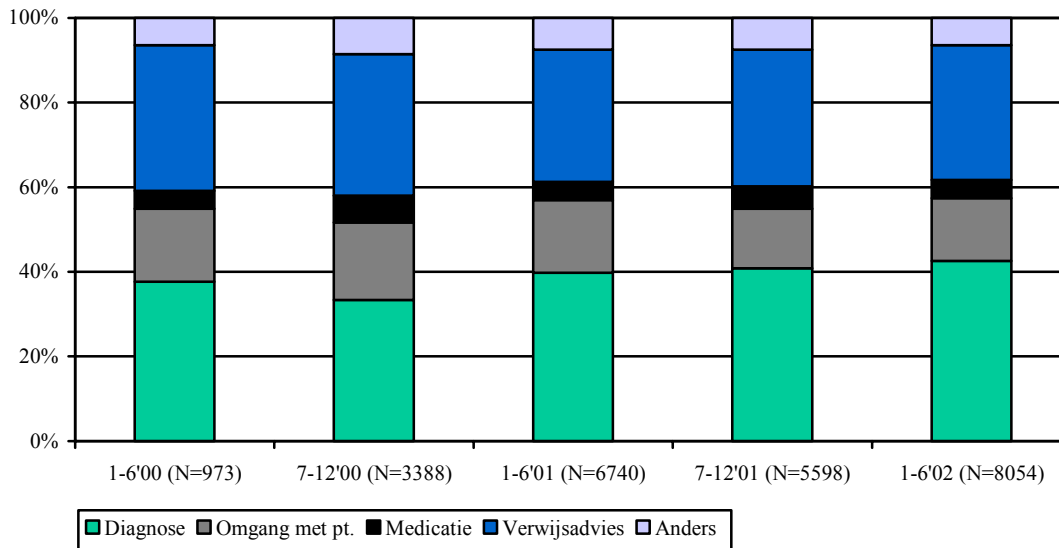
Vragen aangaande “overige” stoornissen nemen af met de leeftijd. Met betrekking tot 0-17 jarigen worden vooral spanningen naar aanleiding van traumatische gebeurtenissen en eetstoornissen ter consultatie aangeboden.

Wat het geslacht van de patiënten betreft worden “grote psychiatrie” en “persoonlijkheids en gedragsproblemen” meer met betrekking tot mannen aangeboden en stemmingsstoornissen meer met betrekking tot vrouwen. Voor de overige categorieën zijn de percentages mannen en vrouwen nagenoeg gelijk.

Naast het belangrijkste probleem waarvoor consultatie gevraagd werd, gaven de respondenten vaak nog een tweede en derde probleem aan. Dit betreft relatief vaak psychosociale problematiek. Bij ongeveer een derde van de stemmingsstoornissen, angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen werd als tweede of derde probleem een psychosociaal probleem aangegeven. Dit was ook het geval bij een kwart van de somatoforme stoornissen, een vijfde van de overige problemen en een zesde van de “grote psychiatrie”. Stemmingsstoornissen speelden in 10% tot 15% van alle probleemcategorieën een rol als tweede of derde probleem. Angststoornissen waren als secundair probleem van belang bij stemmingsstoornissen (14%) en somatoforme stoornis (15%). Persoonlijkheids- en gedragsproblemen speelden vooral een rol bij “grote psychiatrie”.

Naast de specifieke problematiek van de cliënt werd ook een meer algemene reden om consultatie te vragen aangegeven op het registratieformulier. Het formulier kent enige categorieën die zelden gebruikt worden (consultatie vragen omdat de patiënt zich aan de behandeling onttrekt, vanwege overmatig gebruik van medische voorzieningen of voor een advies inzake therapietrouw). Deze categorieën zijn buiten beschouwing gelaten. Het verloop in de tijd van de overige redenen om consultatie te vragen (advies inzake diagnose, omgang met de patiënt, medicatie of verwijzing) is in grafiek 3.6 afgebeeld.

Grafiek 3.6 Reden consultatie in de tijd bezien



Door de tijd heen zijn de behoefte aan diagnostiek (36% van de gevallen) en aan een verwijsadvies (29%) de belangrijkste redenen om consultatie te vragen. Het verzoek om een advies betreffende de omgang met de patiënt is in 14% van de gevallen reden voor consultatie. Behoefte aan een medicatieadvies is in 4% van de gevallen de primaire reden om consultatie te vragen. Consultatie vragen vanwege onduidelijkheid omtrent de diagnose is licht toegenomen in de tijd ( $r = .03$ ;  $p < .000$ ), de behoefte aan advies over de omgang met de patiënt is in dezelfde mate afgenomen ( $r < -.03$ ;  $p = .000$ ).

Er is wel enig verschil in de aangegeven reden voor consultatie tussen de diverse soorten consultatievragers. Zie tabel 3.3

Tabel 3.3 Reden aanvraag (eerste prioriteit) per consultatievragers

	Huisarts (N=23.970)	AMW-er (N=1.834)	1 <sup>e</sup> lijns psycholoog (N=645)	Anders (N=2.295)
	% N	% N	% N	% N
Onduidelijkheid diagnose	39	35	40	23
Omgang met patiënt	12	33	17	28
Behoefte aan advies over medicatie	4	2	9	4
Behoefte aan advies over verwijzing	31	21	24	30
Overige redenen	14	10	9	15

Bij het AMW speelt de behoefte aan een advies over de omgang met de cliënt vaker een

rol. Andere verschillen zijn niet significant.

De onduidelijkheid van de diagnose is bij psychosociale problemen relatief minder vaak reden voor consultatie dan bij alle andere probleemclusters.

Omgang met de patiënt is relatief vaak een reden voor consultatie bij “grote psychiatrie” en bij persoonlijkheids- en gedragsstoornissen.

Behoeftte aan een medicatieadvies speelt relatief het meest bij stemmingsstoornissen en “grote psychiatrie”.

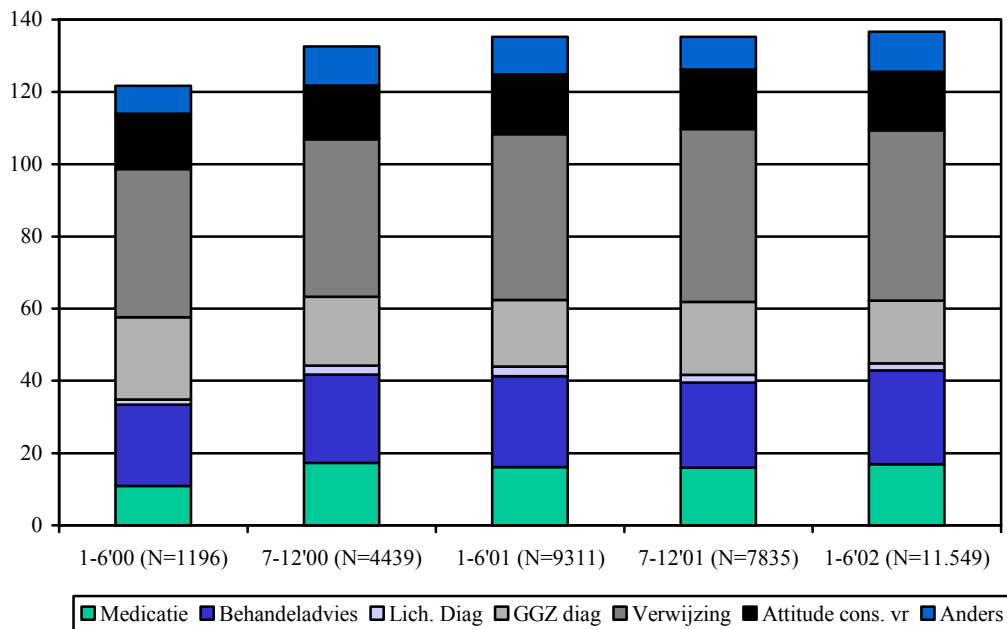
Behoeftte aan een advies omtrent het al dan niet verwijzen speelt relatief het meest bij psychosociale problemen en het minst bij grote psychiatrie en somatoforme stoornissen.

Bij deze laatste - weinig voorkomende - categorie komen de - ook nauwelijks voorkomende en niet in de grafiek beschreven - redenen “overmatig gebruik voorzieningen” en “onttrekt zich aan behandeling” relatief veel voor.

### 3.2.3 Inhoud van de consultatie

Binnen een consultatieve bijeenkomst kunnen verschillende zaken aan de orde geweest zijn. In bijna de helft van alle consultaties is een eventuele verwijzing onderwerp van overweging geweest. In een kwart van de gevallen de behandeling die de consultatievrager zou kunnen inzetten. Iets minder dan 20% van de consultaties heeft met GGZ-diagnostiek te maken. In ruim 15% van de consultaties wordt een advies over medicatie gegeven en in dezelfde mate een advies over de attitude van de consultatievrager jegens de patiënt. In twee procent van de gevallen betreft het advies (ook) lichamelijke diagnostiek. Het verloop over de tijd is in grafiek 3.7 zichtbaar.

Grafiek 3.7 Inhoud van de consultatie in de tijd bezien<sup>11</sup> meerdere adviezen mogelijk



In de loop van de tijd is er een lichte stijging ( $r = .02$ ;  $p = .000$ ) waar te nemen in het aantal verwijzingsadviezen en een lichte daling ( $r = -.03$ ;  $p = .000$ ) in het aantal adviezen met

betrekking tot GGZ-diagnostiek. De verhouding tussen de diverse componenten blijft nagenoeg constant.

Het verband tussen het inhoud van het contact en de achtergrond van consultatievrager resp. -gever is niet gewijzigd ten opzichte van de vorige rapportage.

Eerstelijnspsychologen krijgen relatief vaker advies over medicatie dan anderen, huisartsen krijgen wat vaker advies om naar de GGZ te verwijzen, AMW-ers krijgen meer advies over de attitude ten aanzien van de cliënt. Al deze verschillen zijn conform de verschillen die hierboven gemeld zijn met betrekking tot de reden om consultatie te vragen.

Ook bij verschillende probleemcategorieën worden in een aantal opzichten verschillende adviezen gegeven. Zie tabel 3.4

Tabel 3.4 Inhoud consultatie per probleemgebied (eerste prioriteit)

	Grote Psychiatrie (N=2419)	Stem-mings- stoornis (N=7704)	Angst en spanning (N=4813)	Somato- forme stoornis (N=833)	Persoon- lijkheid en gedrag (N=2539)	Psychoso- ciale pro- ble-matiek (N=6817)	Overige proble-men (N=4274)
	% <sup>1</sup>	%	%	%	%	%	%
Medicatie	20	29	19	13	10	5	12
Andersoortig behandeladvies	20	26	26	29	25	25	24
Diagnostisch advies: lichamelijk	7	2	2	6	2	1	3
Diagnostisch advies: psychisch	23	20	20	16	22	14	19
Bespreking eventuele verwijzing naar GGZ	46	45	46	43	45	48	47
Advies betreffende attitude hulpverlener	21	12	14	26	29	14	15
Advies overig	10	11	10	8	8	12	13

<sup>1</sup>Meerdere alternatieven tegelijk mogelijk: percentages tellen op tot meer dan 100%

Een advies voor nadere lichamelijke diagnostiek wordt relatief het meest gegeven bij “grote psychiatrie” en somatoforme stoornis. Relatief weinig bij psychosociale problematiek, angst of depressie.

Psychische diagnostiek wordt veel aangeraden bij “grote psychiatrie” en persoonlijkheidsstoornis, weinig bij psychosociale problemen. Het is opvallend dat het meest genoemde onderwerp dat aan de orde is gekomen, een verwijzing naar de GGZ bij alle problematiek

in dezelfde relatieve frequentie voorkomt, namelijk in iets minder dan de helft van de gevallen.

Omdat de veelvuldige bespreking van een eventuele verwijzing naar de GGZ in het geval van psychosociale problemen op zijn minst intrigerend te noemen is, is in tabel 3.5 een uitsplitsing gemaakt naar de diverse onderscheiden psychosociale problemen.

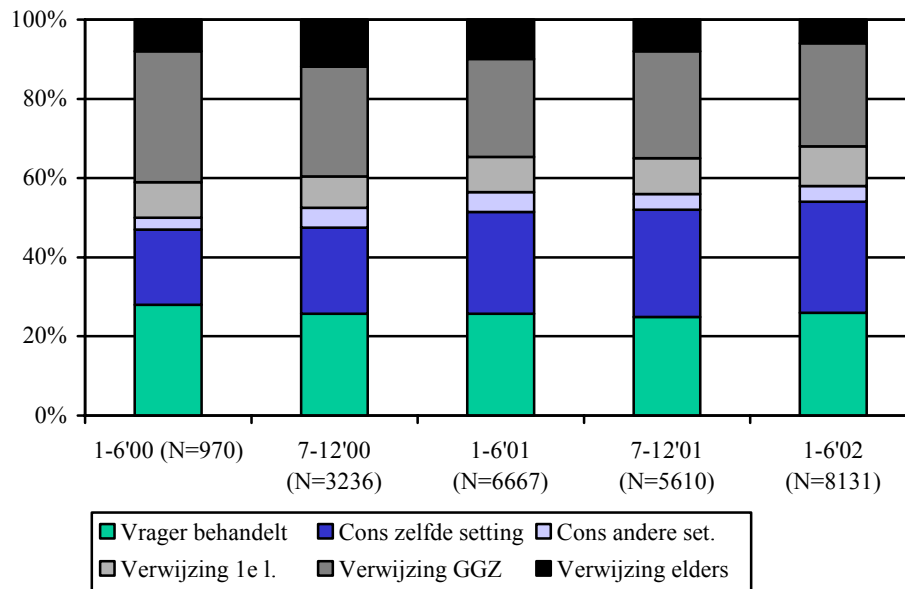
Tabel 3.5 Inhoud consultatie bij psychosociale problematiek (eerste prioriteit)

	school/ leer/ concentr. klachten (N=364)	klachten mbt op-voeding N=668)	klachten mbt relaties (N=4009)	klachten mbt werk/ studie (N=1388)	klachten met contac-ten (N=572)
	%	%	%	%	%
Medicatie	12	4	4	6	4
Andersoortig behandeladvies	17	22	24	28	20
Diagnostisch advies: lichamelijk	-	1	1	1	1
Diagnostisch advies: psychisch	23	13	12	17	20
Bespreking eventuele verwijzing naar GGZ	59	57	45	47	52
Advies betreffende attitude hulpverlener	8	16	16	11	17
Advies overig	6	8	14	11	10

Leer- en concentratieproblemen en problemen met de opvoeding hebben vooral betrekking op jeugdigen (zie tabel 1 in bijlage 2). Verwijzing wordt hier relatief vaak geadviseerd. Maar bij de andere vormen van psychosociale problematiek is het advies om te verwijzen ook gelijk aan of hoger dan de gemiddelde 46%. Met name inzake klachten met relaties, die een zeer groot deel van de categorie psychosociale klachten uitmaken is dit percentage opvallend. Leer- en concentratieproblemen krijgen relatief ook veel medicamenteus en diagnostisch GGZ-advies. Overigens is ongeveer eenderde van de consultaties met deze diagnose afkomstig van twee projecten, waaraan jeugdpsychiaters als consultatiegever verbonden zijn.

### 3.2.4 *Het vervolg van de consultatie*

Grafiek 3.8 Vervolg van consultatie in de tijd bezien



Grafiek 3.8 laat zien welk vervolg aan het eerste consultatieve contact wordt gegeven en welke ontwikkelingen in dit verband in de tijd te zien zijn. In grote lijnen wordt in ongeveer een kwart van de consultaties de behandeling door de consultatievragers voortgezet, in een kwart wordt aan de eerste consultatieve bijeenkomst een of meer vervolgen gegeven en in een kwart wordt verwezen naar de specialistische GGZ. In ongeveer tien procent van de gevallen vindt verwijzing binnen de eerstelijns plaats, in zeven procent een verwijzing elders en in vier procent wordt elders consultatie gevraagd. Er is sprake van een lichte toename in de tijd van voortzetting van de consultatie in dezelfde setting ( $r = .04$ ;  $p < .000$ ) en van de verwijzing binnen de eerstelijns ( $r = .03$ ;  $p < .000$ ). In nog lichtere, maar significante mate, nemen verwijzingen naar de gespecialiseerde GGZ af ( $r = -.02$ ;  $p < .000$ ). Verwijzingen elders laten een grotere afname in de tijd zien ( $r = -.11$ ;  $p = .000$ ).

Wanneer de twee grote projecten (waar consultatie in dezelfde setting de gebruikelijke voortzetting is) buiten beschouwing worden gelaten dan is in een derde van de consultaties sprake van een voortzetting van de behandeling door de consultatievragers en in negentien procent van voortzetting van de consultatie in dezelfde setting. De andere cijfers veranderen niet noemenswaardig. De gemelde significante veranderingen in de tijd blijven.

In de vorige rapportage is uitvoerig stilgestaan bij de invloed van consultatievragers, -gevers, type consultatie en soort problemen op het vervolg dat aan de consultatie wordt gegeven. In grote lijnen is dit hetzelfde gebleven. Wanneer een huisarts consultatievragers is, is er relatief vaker sprake van een vervolgsconsultatie binnen dezelfde setting (in dertig procent van zijn consultaties versus acht procent van de AMW-consultaties, vijf procent van de consultaties door een eerstelijnspsycholoog en vijftien procent van de consultaties door "overigen"). AMW en eerstelijnspsycholoog zetten relatief vaak (in ongeveer de helft van hun consultaties) de behandeling zelf voort. Verwijzen naar de specialistische GGZ is

relatief vaak, in ongeveer eenderde van de gevallen, de uitkomst van consultaties van eerstelijnspsychologen.

Is de psychiater consultatiegever, dan is er relatief vaak sprake van een voortzetting van de behandeling door de consultatievrager. Consultatie door psycholoog of SPV betekent vaak dat de consultatie wordt voortgezet binnen de huidige setting.

Telefonische consultaties leiden relatief vaak tot verwijzing naar de specialistische GGZ, contacten waarbij de consultatievrager aanwezig is tot een voortzetting van de behandeling door de vrager. Wanneer de patiënt contact heeft met de consultatiegever is er relatief vaak (in 35% van de gevallen) sprake van een voortzetting van de consultatie in de huidige setting.

Tabel 3.6 Vervolg consultatie per probleemgebied (eerste prioriteit)

	Grote Psychiatrie (N=2219)	Stemmings- stoornis (N=7123)	Angst en spanning (N=4406)	Somato- forme stoornis (N=780)	Persoon- lijkheid en gedrag (N=2376)	Psycho- sociale proble- matiek (N=6408)	Overige problemen (N=4095)
	% <sup>1</sup>	%	%	%	%	%	%
Vrager zet behandeling voort	33	23	24	37	32	26	25
Voortzetting consultatie in zelfde setting	16	31	27	25	20	28	24
Voortzetting consultatie in andere setting	5	4	4	4	6	4	4
Verwijzing 1 <sup>e</sup> lijn	5	8	10	7	7	14	10
Verwijzing gespecialiseer-de GGZ	33	29	29	21	30	19	27
Verwijzing elders	8	5	6	7	5	10	10

Bij stemmingsstoornissen, angst en psychosociale problemen wordt de consultatie relatief vaak voortgezet in dezelfde setting. De meeste verwijzing naar de specialistische GGZ treedt op bij “grote psychiatrie” en persoonlijkheidsstoornissen. Verwijzing binnen de eerstelijns zien we het meest (in 12 procent van de gevallen) bij psychosociale problemen.

### 3.3 Aanbod en gebruik van consultatieve voorzieningen op projectniveau



In 2001 waren er 72 registrerende projecten met meer dan 20 registraties in 2001 waarvan een aantal kerngegevens in tabel 3.7 gegeven wordt.

Tabel 3.7 Kerngegevens betreffende de input

Kerngegevens van registrerende projecten in 2001	Gemiddeld	Standaard-deviatie	Totaal
Bereik: gemiddeld aantal huisartsen	41	39	2520
Bereik: gemiddeld aantal AMW-ers	12	19	715
Bereik: gemiddeld aantal Eerstelijnspsychologen	2	4	188
Bereik: gemiddeld aantal andere consultatievragers	2	7	
Gemiddeld subsidiebedrag in 2001	€58530	€40580	

Een project is gemiddeld gericht op een en veertig huisartsen, twaalf AMW-ers, twee eerstelijnspsychologen en twee andere hulpverleners. Aan de standaarddeviaties en de frequentietabellen in bijlage 2 (tabel 2-6) kan men zien dat er voor al deze categorieën een aanzienlijke spreiding is. Een kleine twintig procent van de consultatieprojecten is gericht op groepen van minder dan tien huisartsen, een even groot deel is gericht op tachtig huisartsen of meer. Voor andere categorieën consultatievragers is de spreiding eveneens groot. Acht projecten zijn überhaupt niet op huisartsen gericht, bij 25 projecten wordt het AMW niet genoemd als groep waarop men gericht is, bij 41 projecten is dat het geval voor de eerstelijnspsycholoog en bij 59 projecten worden “overigen” niet genoemd.

Het totaal aantal huisartsen, AMW-ers en eerstelijnspsychologen waarop de projecten in principe gericht zijn, laat zien dat ongeveer een derde van deze beroepsgroepen zich in het potentiële bereik van een consultatieproject bevinden (er waren in 1999 ongeveer 7500 huisartsen, 2100 uitvoerend AMW-ers en 750 eerstelijnspsychologen; vgl. Meijer e.a. 2002)

Gemiddeld heeft een project ongeveer 60.000 euro ontvangen in 2001. Vijf projecten, die in 2001 wel registreerden ontvingen geen subsidie, het maximum aan ontvangen subsidie is 180.000 euro.

Er is een verband tussen het aantal huisartsen waarop een project gericht is en de hoeveelheid ontvangen subsidie. (Aantal huisartsen x hoeveelheid subsidie  $r = .46$  ( $p < .000$ ))

De output van deze projecten staat weergegeven in tabel 3.8.

Tabel 3.8 Productie van registrerende projecten in 2001 (tussen haakjes: gemiddelde en standaarddeviatie wanneer de twee “mega-projecten” buiten beschouwing worden gelaten.)

Output	Gemiddeld	Standaard-deviatie
Aantal huisartsvragen/huisarts	8 (7)	19 (19)
Aantal AMW-vragen/AMW-er	1 (1)	2 (2)
Aantal ELP-vragen/eerstelijnspsycholoog	0,5 (0,5)	1 (1)
Gemiddeld aantal geregistreerde consultaties/project	190 (134)	364 (108)
Gemiddeld aantal consultatieve contacten/project	289 (187)	668 (152)

Gemiddeld heeft iedere huisarts binnen het bereik van een project acht keer consultatie gekregen. Voor AMW is dit cijfer één, voor eerstelijnspsychologen 0,5. Gemiddeld zijn er per project in 2001 bijna 150 consultaties geregistreerd en heeft dit geresulteerd in 224 contacten. Dit aantal contacten is hoger dan het aantal registraties, omdat in onze registratie alleen eerste contacten binnen een consultatie zijn vastgelegd. Wanneer dit eerste contact heeft geresulteerd in voortzetting van de behandeling door de consultatievrager, of in een verwijzing, dan is het eerste contact het enige contact.

Wanneer het eerste contact als uitkomst heeft, dat de consultatie binnen dezelfde setting wordt voortgezet, dan is er sprake van meerdere contacten. We hebben in onze berekeningen aangenomen dat er dan gemiddeld drie vervolcontacten zijn geweest. Op deze aannamen is de berekening van het aantal consultatieve contacten (= 1<sup>e</sup> geregistreerd contact + eventuele vervolconsultaties) gebaseerd. Het gemiddeld aantal consultaties en zittingen per project wordt aanzienlijk kleiner wanneer we de twee hele grote projecten buiten beschouwing laten.

Input en output zijn aan elkaar gerelateerd. De correlatie tussen de hoeveelheid subsidie en het aantal geregistreerde consultaties bedraagt: 40 ( $p = .000$ ), tussen het aantal huisartsen waarop het project gericht is en het aantal ontvangen registratieformulieren .32 ( $p = .007$ ). Naar aanleiding van de analyses over de data van 2001 (Zantinge e.a. 2002) onderscheiden we drie soorten consultatie:

consultatie waarbij de consultatievrager niet persoonlijk aanwezig was, maar waarbij een patiënt ter consult werd ingestuurd; van deze vorm hadden we het vermoeden dat het vaak de vorm van kortdurende behandeling aannam.

consultatie waarbij consultatievrager en consultatiegever, al dan niet in aanwezigheid van de patiënt de problematiek bespraken; we noemden dit de klassieke consultatie telefonische consultatie

In het onderstaande hebben we projecten geselecteerd waarbij één van deze drie vormen meer dan de helft van de registraties uitmaakte. Op deze wijze kunnen we 37 projecten onderscheiden waarbij het consultatiegever-patiënt contact dominant is, 18 projecten waarbij “klassieke consultatie” de meerderheid vormt en acht projecten waarbij de meerderheid uit telefonische consultaties bestaat. In tabel 3.9 laten we input en output gegevens voor deze drie groepen zien.

Tabel 3.9 Input en output gegevens van drie soorten consultatie

Input/output	consultatiegever + patiënt (N = 37) <sup>1</sup>	“klassieke consultatie” (N= 18)	telefonische consultatie (N=8)
Bereik: gemiddeld aantal huisartsen	40	33	71
Bereik: gemiddeld aantal AMW	7	15	23
Bereik: gemiddeld aantal ELP	3	2	2
Gemiddeld subsidiebedrag in 2001	€63.000 (€60.000)	€48.000€	€68.000€
N huisartsvragen/huisarts	12 (11)	3	3
N AMW-vragen/AMW-er	1 (1)	2	0,25
N ELP-vragen/ELP	0,1 (0,1)	1	0,3
Aantal geregistreerde consultaties	259 (150)	124	129
Aantal zittingen	427 (225)	157	146

<sup>1</sup> Tussen haakjes: getallen wanneer de twee “mega-projecten” niet meegerekend worden.

Ogenschijnlijk laat bovenstaande tabel een aantal verschillen tussen de drie typen projecten zien die men tevoren ook zou vermoeden. Echter, door de grote spreiding van iedere variabele, ook binnen een specifieke soort van consultatie, en door het relatief gering aantal projecten per soort, is geen van de verschillen significant.



## 4 Conclusie en discussie

### 4.1 Inleiding

We zullen in deze slotbeschouwing de resultaten die in hoofdstuk 3 gepresenteerd zijn eerst kort samenvatten. Vervolgens zullen we een korte beschouwing wijden aan de betekenis die we aan deze resultaten kunnen toekennen, gegeven de methodische beperkingen van het onderzoek en de bevindingen uit andere onderzoeken op dit terrein. Daarna gaan we in op de vier onderzoeksvragen, die we in de inleiding formuleerden en zullen deze op grond van de gepresenteerde resultaten beantwoorden. Op basis daarvan zullen we definitieve conclusies formuleren.

### 4.2 Samenvatting

In dit onderzoeksverslag zijn de consultatieve activiteiten beschreven die uitgevoerd worden in het kader van de zogenaamde regeling consultatiegelden. Het beschreven domein betreft alle consultaties die in het kader van deze regeling tot 1 oktober 2002 zijn geregistreerd en ingestuurd. Een dergelijke beschrijving is vorig jaar ook gepresenteerd (Zantinge e.a., 2002), toen op basis van de gegevens die tot 1 oktober 2001 in ons bezit waren.

De meest korte samenvatting van onze bevindingen kan zijn, dat er ten opzichte van hetgeen we vorig jaar vonden, heel weinig veranderd is. Wanneer we ontwikkelingen tussen vijf bestudeerde tijdvakken van een half jaar bestuderen, kunnen we alleen minuscule veranderingen in de tijd vaststellen.

Nog steeds is het zo dat veruit de meeste consultaties (84%) door huisartsen worden aangevraagd. De tweede groep aanvragers, "overigen", b.v. jeugdzorg en verpleegkundige neemt acht procent voor haar rekening, en neemt in aandeel iets af in de loop van de tijd. AMW (6%) en eerstelijnspsycholoog (2%) hebben een nog kleiner aandeel.

Toch is er wel sprake van een lichte toename in het aantal projecten waarbij de betrokkenheid van AMW of eerstelijnspsycholoog niet marginaal is. We bedoelen daarmee dat ze meer dan tien procent van de consultatie-aanvragen voor hun rekening nemen. In 2002 geldt dat voor 37% van de projecten wat het AMW betreft. Voor eerstelijns-psychologen geldt dit slechts voor veertien procent van de projecten. De SPV is de meest frequent optredende consultatiegever (67%) en wordt dat in de loop van de tijd alleen maar meer. Psychiaters zijn in de loop van de tijd relatief iets minder ingezet.

Het grootste deel van de aanvragen voor een consultatief contact betreffen een contact waarbij de consultatievrager afwezig is. Dit type consultatie neemt ook toe in de loop van de tijd. Telefonische consultaties en in mindere mate "klassieke consultatie" nemen in de tijd, in lichte mate maar wel significant, af. De populariteit van de contacten waarbij de patiënt zich alleen bij de consultatiegever vervoegt is overigens beperkt tot de gevallen waar de huisarts de vrager is. Bij AMW en eerstelijnspsychologen is met name van "klassieke consultatie" sprake. Ook dit werd vorig jaar al geconstateerd.

Voor het eerst hebben we in de rapportage aandacht besteed aan leeftijd en geslacht van de patiënten voor wie consultatie wordt gevraagd. Relatief blijkt vaak consultatie gevraagd te worden voor 15-44 jarigen en relatief zelden voor kinderen. De probleemcategorieën stemmingsstoornissen en psychosociale problemen komen het meest voor, gevolgd door angststoornissen. Problemen gecategoriseerd onder “Grote psychiatrie” komen gemiddeld voor in acht procent van de gevallen evenals persoonlijkheids- en gedragsstoornissen. Somatoforme problemen worden in drie procent van de gevallen ingebracht. De “grote psychiatrie” neemt licht af in de loop van de tijd. Voor het overige zijn er enige schommelingen in stemmings- en psychosociale problemen maar geen lineaire verbanden met de tijd.

De ingebrachte problemen zijn in zekere mate leeftijdsspecifiek. Stemmingsstoornissen en grote psychiatrie meer bij oudere patiënten, psychosociale problematiek, persoonlijkheid/gedrag en angst meer bij jongeren.

De belangrijkste redenen voor een consultatief contact zijn gedurende de hele bestudeerde periode vooral de behoefte aan diagnostiek (gemiddeld in 36% van de gevallen; zelfs iets toegenomen met de tijd) en de behoefte aan overleg over een eventuele verwijzing (29%) van de gevallen. De verschillen tussen verschillende consultatievragers (huisarts wil vaker over verwijzing overleggen, AMW wil vaker advies over omgang met de patiënt, eerstelijnspsycholoog wil vaker advies over medicatie) kwamen in de vorige rapportage ook al naar voren. Vooral over psychosociale problemen wil men vaak een advies inzake eventuele verwijzing.

De inhoud van het consultatief advies heeft vaak betrekking op een eventuele verwijzing. In bijna de helft van alle adviezen wordt dit mede genoemd. Het neemt in de loop van de tijd ook (licht) toe. Niet-medicamenteuze behandeling door de consultatievrager is tweede in volgorde van voorkomen (25%). Op de derde plaats (20%) komt GGZ-diagnostiek, die overigens licht afneemt in de loop van de tijd. Diagnostiek (lichamelijk en psychisch tezamen genomen) komt in het advies wat minder terug dan men op grond van de opgegeven reden voor het consultatief contact zou verwachten.

Ongeveer vijftien procent van de adviezen heeft ook betrekking op de attitude ten opzichte van de patiënt of medicatie. Het advies omtrent een eventuele verwijzing, dat zoveel genoemd wordt, komt bij alle problematiek in dezelfde (hoge) mate voor.

Bezien we de afloop van het eerste consultatieve contact, dan is er een driedeling: een kwart van de consultaties worden voortgezet in vervolcontacten (meestal zijn dit contacten met patiënt en SPV zonder consultatievrager), in een kwart wordt de behandeling voortgezet door de vrager (in geval van AMW of ELP is dat in de helft van hun consultatieve vragen het geval) en een kwart leidt tot een verwijzing naar de specialistische GGZ. Hoewel al of niet verwijzen naar de specialistische GGZ in bijna de helft van alle consultatieve contacten onderwerp van overweging was, zoals we hierboven zagen, is een feitelijke verwijzing naar de specialistische GGZ dus in maar een kwart van de gevallen de uitkomst. In het geval van psychosociale problemen wordt 19% naar de specialistische GGZ verwezen.

Op projectniveau concluderen we dat in een gemiddeld project iedere huisarts die in het verspreidingsgebied van het project zit gemiddeld acht keer een patiënt ter consultatie heeft kunnen insturen. Werkt men met name volgens het model waarbij naar de SPV wordt verwezen en de consultatie binnen dezelfde setting wordt voortgezet, dan kan de gemiddelde huisarts in het gemiddelde project ongeveer 12 patiënten per jaar aanmelden. Is er sprake van “klassieke” consultatie dan is er minder ruimte en worden er gemiddeld

drie patiënten per huisarts per jaar ter consultatie besproken. Binnen deze projecten komt het AMW relatief wat beter aan zijn trekken. Heeft men vooral de gelegenheid om telefonisch te raadplegen, dan doet de gemiddelde arts in het –overigens grotere adherentiegebied- dat ook drie maal per jaar.

### **4.3 Methodologische kanttekeningen**

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

Aan de getallen die voortkomen uit de registratie kan geen absolute waarde worden toegekend omdat de registratie niet volledig is. Gezien het landelijke en grootschalige karakter van de registratie is het onmogelijk om te controleren of de deelnemers volledig voldoen aan ons verzoek om alle eerste contacten te registreren. Uit het feit dat we in totaal meer dan dertig projecten kennen, waarvan in hun hele bestaan nooit meer dan twintig formulieren ontvangen zijn (en soms maar een of twee), kan men al afleiden dat niet ieder project even volledig registreert. Bovendien heeft een klein aantal projecten nooit meegedaan aan de registratie. Afgelopen zomer heeft het Steunpunt tussen de Lijnen een aantal projecten telefonisch benaderd om enig inzicht te krijgen in de volledigheid van de registratie. Uit het geschatte aantal consultaties per week hebben we afgeleid hoeveel formulieren van een dergelijk project verwacht mochten worden. In het gunstigste geval bleken we in het bezit van ongeveer 60% van het verwachte aantal te zijn, maar er waren ook gevallen bij waarin we ongeveer 10% hadden ontvangen van hetgeen volgens onze telefonische informant geproduceerd moest zijn. Waarbij ook weer geldt dat we niet weten hoe groot de realiteitswaarde van die schattingen is. Met name bij de projecten die veel formulieren op verschillende locaties geproduceerd hadden bleek het moeilijk om een schatting te maken van een wekelijkse omzet. Uit incidentele berichten van projecten bleek bovendien dat in sommige projecten per ongeluk ook wel eens formulieren over vervolgsconsultaties waren ingestuurd, ondanks de instructie dat alleen het eerste consultatief contact geregistreerd zou moeten worden. De algemene indruk die we aan deze exercitie overhielden was dat onze registratie-formulieren maar een deel van de consultatieve werkelijkheid vangen.

### **4.4 Inhoudelijke kanttekening**

In onze beschouwing bij de vorige rapportage hebben we uitvoerig stilgestaan bij het verschijnsel dat een belangrijk deel van de consultatieve contacten in feite betiteld kon worden als kortdurende behandeling door SPV in de eerstelijns. Een kleiner deel kon beschouwd worden als “klassieke consultatie” en een derde variant betrof de telefonische consultatie. We concludeerden dat in principe deze drie varianten ieder als een versterking

van de eerstelijns-GGZ kunnen worden opgevat en als zodanig de moeite van het nastreven waard zijn. Deze indeling blijkt ook in het tot ruim 30.000 registraties uitgebreide bestand geldig en de conclusie kan onverminderd gehandhaafd blijven. We kunnen er nog voorzichtig aan toevoegen dat de variant van kortdurende behandeling wellicht een groter aantal patiënten bereikt en de variant van de klassieke consultatie het AMW beter kan betrekken bij de consultatieve projecten.

Wat deze rapportage betreft, willen we graag enige gedachten wijden aan de patiënten en het type problemen waarvoor de regeling consultatiegelden klaarblijkelijk gebruikt wordt. Consultatie blijkt relatief veel gevraagd te worden met betrekking tot patiënten tussen de vijftien en vierenvestig jaar. Dit is opmerkelijk omdat deze leeftijdsgroepen juist twee tot drie keer zo weinig huisartsbezoek laten zien als oudere patiënten (Groenewegen e.a., 1992). Echter, de prevalentie van psychische stoornissen in de bevolking is onder deze leeftijdsgroepen hoger dan onder mensen in de leeftijdscategorie 45-65 jarigen. (Bijl e.a., 1997). In die zin lijkt het een verhouding die overeenkomt met de aanwezigheid van psychische problemen in die leeftijdsgroepen.

Letten we op het soort problematiek waarvoor consultatie wordt gevraagd, dan geschiedt dit het meest voor het type problematiek dat het meest prevalent is in de huisartspraktijk: stemmings- en angst problemen en psychosociale problematiek. Van de andere kant kunnen we ook stellen dat problematiek die meestal specialistische aandacht zal eisen, als schizofrenie, eetstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen in de bevolking ongeveer 25 keer zo weinig voorkomt dan stemmingsstoornissen (Bijl e.a., 1997) en 15 keer zo weinig ter consultatie wordt aangeboden. In die zin nemen de consultatievragers blijkbaar de gelegenheid te baat om relatief vaak bij “moeilijke” problemen de consultatieve mogelijkheden te benutten. Hetgeen jammer genoeg niet gezegd kan worden van de problemen die als “somatoform” betiteld kunnen worden of de stoornissen die aan psychoactieve middelen toegeschreven kunnen worden. Dit zijn categorieën die veel prevalenter zijn in de bevolking en de huisartspraktijk (Bijl, 1997, Verhaak 1995), die zich vaak nauwelijks naar de GGZ laten verwijzen, en waarvoor het consultatief advies een uitkomst zou moeten betekenen. Toch is het in de categorisering die de consultatiegevers op het registratieformulier aanbrengen een weinig voorkomende keuze.

Een ander punt is het vervolg van de consultatie bij verschillende vormen van problematiek. Het is logisch dat problemen met betrekking tot stemming en angst en psychosociale problemen vaak worden ingebracht. Ze komen immers het meeste voor. Het is echter minder logisch dat het eindresultaat bij deze problemen in bijna 30% van de gevallen (bij angst en stemmingsstoornissen) respectievelijk in bijna 20% van de psychosociale problemen in een verwijzing naar de specialistische GGZ resulteert. Met name de behandeling van psychosociale problemen (voor de overgrote meerderheid relatieproblemen) en depressie zou toch grotendeels binnen de eerstelijns moeten kunnen geschieden. Dit is een punt dat serieus meegenomen moet worden in de evaluatie van de consultatieregeling. In dit licht is het een teken aan de wand dat de behandeling van relatieproblemen en gezinsproblemen door een grote meerderheid van huisartsen niet meer als hun taak gezien wordt (Visscher e.a. 2002).

#### **4.4.1 De onderzoeksvragen**

Bezien we de gestelde onderzoeksvragen in het licht van de hierboven gepresenteerde overwegingen dan kunnen we het volgende concluderen.

De eerste vraag, hoe kunnen de consultatieve bijeenkomsten gekarakteriseerd worden, is in feite in bovenstaande samenvatting gegeven. Consultatie komt vaak neer op een



“verwijzing” door de huisarts voor kortdurende behandeling door een SPV. Stemmingsstoornissen, angst en psychosociale problemen hebben de overhand. In een kleiner aantal gevallen betreft het consultatie in de klassieke zin, waarin consultatievrager en –gever aan de hand van een casus tot een advies komen, waarna de consultatievrager de behandeling overneemt of er sprake is van een verwijzing. Is consultatievrager een AMW-er of eerstelijnspsycholoog dan is vaker sprake van deze variant. Wanneer psychiaters consultatie geven is er relatief vaak sprake van telefonische consultatie. Al bovenstaande vormen hebben hun merites. Wel moet ervoor gewaakt worden dat psychosociale problemen of stemmingsstoornissen niet te gemakkelijk verwezen worden naar de gespecialiseerde GGZ.

De tweede vraag betrof ontwikkelingen in de tijd. Die zijn er nauwelijks. Wanneer een project een bepaalde vorm heeft aangenomen dan blijven het type vragen en oplossingen tamelijk constant verdeeld.

De derde vraag, betreft de eerstelijnsverleners die geholpen worden met deze regeling. In kwantitatieve zin is dat vooral de huisarts. Hoewel in landelijke zin ongeveer dezelfde proportie huisartsen, AMW-ers en eerstelijnspsychologen in principe bereikt wordt door de huidige projecten zijn het toch vooral de huisartsen die gebruik maken van de regeling. Dat de regeling voor huisartsen ontlasting van hun werkzaamheden betekent (ze dragen vaker de patiënt over voor kortdurende behandeling) terwijl het voor het AMW of de eerstelijnspsycholoog voornamelijk extra tijd kost, zal eraan bijdragen dat de huisarts met name er gebruik van maakt. Bovendien is ze vooral via het kanaal van de huisartsen gepropageerd. Overigens lijkt de regeling gaandeweg met name meer AMW-ers te bereiken.

Ten slotte, is er de vraag naar de minimaal benodigde dataset om de Stuurgroep tussen de Lijnen in de toekomst op de hoogte te kunnen houden van de ontwikkelingen in de consultatieregeling. Om deze vraag te beantwoorden moeten we ons realiseren dat vrijwel alle samenhangen die we op basis van het huidige materiaal (30.000 registraties) vaststelden, ook al een jaar geleden op een derde van het materiaal waren vastgesteld. Ook moeten we constateren dat er nauwelijks verschillen gevonden zijn tussen de onderscheiden tijdspannen. Het thans verzamelde bestand is daarom ruim voldoende om voor de komende jaren vragen te beantwoorden met betrekking tot de samenhang tussen verschillende variabelen. De enige vraag waarvoor een continuering van een registratie nodig is, is de vraag naar de frequentie waarmee gebruik gemaakt wordt van de consultatieregeling. Om te kunnen blijven volgen hoeveel consultatieve contacten van een bepaalde aard (“kortdurende behandeling, “klassieke consultatie”, telefonisch) plaatsvinden, is een zekere vorm van registratie nodig. Deze kan echter veel minder omvangrijk zijn dan de huidige. Hij kan zich beperken tot een registratie van het feit dat een consultatief contact heeft plaatsgehad, met vermelding van vrager, –gever, vorm en vervolg. Zoals in een meer gespecificeerde notitie aan de Stuurgroep is uiteengezet, kan hiervoor gebruik gemaakt worden van een turfformulier, dat iedere reguliere consultatiegever moet invullen in plaats van een registratieformulier. In combinatie met de registratie van een aantal projecten uit de “diabolo-regeling”, die wel meer in de diepte blijven registreren, zal dit een goed overzicht van consultatieve activiteiten in Nederland garanderen.

## 4.5 Conclusies

Het gebruik dat van de consultatie regeling gemaakt wordt is sinds anderhalf jaar stabiel met een gemiddeld aantal consultaties van 1.000 tot 1.500 per maand. Het aandeel van de diverse soorten consultatie en de verschillende consultatievragers en –gevers is eveneens

stabiel, met een groot aandeel voor de consultatieve bijeenkomsten tussen patiënt en consultatiegever –veelal een SPV - , en kleiner aandeel voor de klassieke consultatie tussen consultatievrager en –gever en een relatief klein aandeel voor telefonische consultatie. Meer dan tachtig procent van de consultatievragen blijft afkomstig van huisartsen.

De problematiek is eveneens stabiel. De problematiek waarvoor consultatie wordt gevraagd weerspiegelt het probleemaanbod aan psychische problemen in de eerstelijns. Minder frequent voorkomende problematiek als schizofrenie, persoonlijkheids- en gedragsstoornissen en eetstoornissen komen relatief meer aan de orde dan angst en stemmingsstoornissen. In verhouding tot het vermoede voorkomen ervan worden somatoforme stoornissen en middelenmisbruik maar weinig ingebracht tijdens consultatieve bijeenkomsten.

De mogelijkheid voor een consultatieve bijeenkomst leidt in het geval van stemmingsstoornissen en psychosociale problemen vaak tot een verwijzing naar de GGZ, in aanmerking nemend dat dit problematiek is die in principe binnen de eerstelijns behandeld moet kunnen worden.

Hoewel de grote spreiding en het beperkt aantal projecten waarop we uitspraken moeten baseren geen definitieve conclusie toelaten, constateren we voorlopig dat in projecten waarbij sprake is van “kortdurende behandeling door SPV” gemiddeld de meeste patiënten/huisarts worden ingebracht. Projecten die zich toeleggen op “klassieke consultatie” bieden de meeste mogelijkheden voor participatie door het AMW. Om in de toekomst een goed beeld van de verrichtingen binnen consultatieve projecten te houden, kan volstaan worden met een eenvoudiger registratieformulier (een turfstaat) die met minder inspanning door de consultatiegevers bijgehouden kan worden en met minder kosten kan worden verwerkt. Ter beantwoording van nieuwe, specifieke onderzoeksvragen, handhaaft het diaboloproject op een aantal locaties een meer op de diepte gerichte registratie.

## Literatuur

- Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A. *Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: Het NEMESIS onderzoek. II. Prevalentie van psychische stoornissen*. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1997; 141(50): p.2453-2460
- Gersons BPR. *De consultatiemethode in de preventieve psychiatrie*. Alphen aan de Rijn: Samson, 1977
- Groenewegen PP, Bakker DH de, Velden J van der. *Een Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk*. Basisrapport: Verrichtingen in de Huisartspraktijk. NIVEL: Utrecht, 1992
- Meijer, SA, Zantinge, EM, Verhaak PFM, 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: maart 2002*. Utrecht: NIVEL/SGBO, 2002
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Brief Geestelijke Gezondheidszorg 1997*. Den Haag: Sdu Uitgevers, 1997
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg 1999*. Den Haag: VWS, 1998
- Verhaak PFM. *Mental disorder in the community and in general practice*. Avebury, Aldershot, 1995
- Visscher A, Laurant M, Schattenberg, G, Grol, R. *De rol van de huisarts inzake geestelijke gezondheidszorg. De resultaten van een landelijke enquête*. Nijmegen: WOK, 2002
- Zantinge EM, Verhaak PFM, Vries WJ de, Meijer SA, Berg JF van den, Schaefer BS. *GGZ-consultaties aan de eerstelijnszorg (Registratie 2001)*. Utrecht: NIVEL/Trimbos-instituut, 2002
- Zantinge EM, Verhaak PFM, Voordouw I, Berg JF van den. *Tussenrapportage Monitoring Consultatieve Projecten 2002*. Utrecht: NIVEL/Trimbos-instituut, 2002



## **Bijlage 1 Registratieformulier consultatieve bijeenkomsten**









## Bijlage 2 Tabellen betreffende problemen per leeftijdscategorie en opbrengst consultaties

Tabel B2.1 Problemen (eerste prioriteit) per leeftijdscategorie

	0-17 (N=1.932)	18-24 (N=3.280)	25-44 (N=13.099)	45-64 (N=6.693)	>65 (N=2.993)	Totaal (N=27.997)
	% N	% N	% N	% N	% N	% N
organische psychische stoornissen	3 52	1 42	2 198	3 190	29 861	5 1.343
psych. en gedragsstoorn.	1 18	2 70	2 279	2 152	1 36	2 555
schizofrenie	1 13	2 58	1 168	2 101	1 34	1 374
manische episode	- 1	- 2	- 31	- 17	- 14	- 65
bipolaire affectieve stoorn	- 4	- 20	1 115	1 75	1 33	1 247
depressieve episode	7 126	18 587	22 2.856	24 1.630	20 602	21 5.801
persisterende stemmingsstoornis	1 28	5 153	5 641	5 352	4 109	6 1.283
fobische stoornis	1 24	2 65	2 234	2 132	1 36	2 491
andere angststoornis	6 119	9 296	8 1.077	7 459	5 162	8 2.113
obsessief compulsieve stoornis	1 22	2 80	2 253	2 111	1 36	2 502
reactie op ernstige stress	6 111	4 144	6 786	6 378	3 81	5 1.500
somatoforme stoornis	2 39	2 62	3 350	4 236	3 88	3 775
eetstoornis	5 92	4 126	1 156	- 28	1 16	1 418
slaapstoornis	3 52	1 20	1 130	1 64	1 17	1 283
seksuele stoornis	1 15	2 54	1 128	1 47	1 17	1 261

	0-17 (N=1.932)	18-24 (N=3.280)	25-44 (N=13.099)	45-64 (N=6.693)	>65 (N=2.993)	Totaal (N=27.997)
	% N	% N	% N	% N	% N	% N
stoornis in persoonlijkheid en gedrag	2 46	10 341	10 1.268	7 486	8 228	8 2.369
school/leer/concentratie klachten	12 226	2 57	- 28	- 15	- 4	1 330
klachten mbt opvoeding	12 241	1 42	2 205	1 82	- 5	2 575
klachten mbt relatie partner/gezin/familie	11 213	13 423	15 1.912	14 962	8 247	13 3.757
klachten mbt werk/studie	3 53	4 140	6 728	6 400	- 4	5 1.325
klachten mbt leggen van contacten	6 123	3 101	2 211	1 59	2 49	2 543
klachten n.a.v. traumatische gebeurtenis	8 158	7 241	5 703	5 306	3 76	5 1.484
anders	8 156	5 156	5 642	6 411	8 238	6 1.603

Tabel B2.2 Spreiding potentieel bereik huisartsen op projectniveau

Aantal huisartsen	N	%
0	8	11%
1-4	6	9%
5-9	6	9%
10-19	12	17%
20-39	15	21%
40-79	11	16%
80-160	12	17%
Gemiddeld	36	

Tabel B2.3 Spreiding potentieel bereik AMW op projectniveau

Aantal AMW	N	%
0	25	35%
1-4	14	20%
5-9	8	11%
10-19	12	17%
20-39	8	11%
40-79	3	4%
80-160	1	1%
Gemiddeld	10	

Tabel B2.4 Spreiding potentieel bereik eerstelijnspsychologen op projectniveau

Aantal Eerstelijnspsychologen	N	%
0	41	59%
1-4	16	23%
5-9	7	10%
10-19	3	4%
20-39	1	1%
40-79	1	1%
80-160	0	0%
Gemiddeld	3	

Tabel B2.5 Spreiding potentieel bereik “overige consultatievragers” op projectniveau

Aantal “overige consultatievragers”	N	%
0	59	89%
1-4	3	4%
5-9	3	4%
10-19	0	0%
20-39	2	1%
40-79	1	2%
80-160	0	0%
Gemiddeld	2	

Tabel B2.6 Toegekende bedragen in 2001 per project

Toegekend bedrag in 2001 (in €)	Aantal projecten	%
Geen geld toegekend in 2001	5	6%
1- 20.000	10	11%
20.000 - 40.000	32	34%
40.000 - 60.000	15	17%
60.000 - 80.000	12	13%
80.000 - 100.000	7	8%
> 100.000	10	11%
Gemiddeld	53.635	