



Divisie Bewegen en Gezondheid
Gorter gebouw
Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T 071 518 18 18
F 071 518 19 20
info-B&G@pg.tno.nl

TNO-rapport

PG/B&G 2003.336

**Haalbaarheidsstudie Directe Toegankelijkheid
Psychologen in de eerste lijn**

Datum	April 2004
Auteur(s)	M. Hopman-Rock W.T.M. Ooijendijk K. van Overbeek
Aantal pagina's	45
Aantal bijlagen	4
Opdrachtgever	College voor Zorgverzekeringen (CVZ)
Projectnummer	011.70006

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbenden is toegestaan.

© 2004 TNO

Auteurs:
M. Hopman-Rock
W.T.M. Ooijendijk
K. van Overbeek

Projectnummer
011.70006

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van EUR 50 (incl. BTW) op postbankrekeningnummer 99.889 ten name van TNO PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer PG/B&G 2003.336.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
2	De eerstelijns psychologen in beeld.....	8
2.1	Achtergrond informatie	8
2.2	Werkwijze van de eerstelijns psycholoog	8
2.3	Gegevens over aantal en kenmerken eerstelijns psychologen.....	9
2.4	Opleiding van de eerstelijnspsycholoog	9
2.5	Schets koepelorganisatie LVE	10
2.6	Ontwikkelingen werk in de eerstelijns.....	10
2.7	Specificering vraag haalbaarheidsstudie	13
2.8	Leeswijzer	13
3	Opzet haalbaarheidsstudie directe toegankelijkheid eerstelijns psychologie	14
4	Wenselijkheid directe toegankelijkheid: keuze patiëntencategorieën en/of hulpvragen	16
4.1	Inleiding	16
4.2	Houding tegenover directe toegankelijkheid, mening van landelijke koepelorganisatie LVE en mening geselecteerde ROEPs	16
4.3	Voor- en nadelen directe toegankelijkheid.....	17
4.4	Mogelijke invalshoek van een proefproject	17
4.5	Conclusies	17
5	Kwaliteitseisen beroepsbeoefenaars	18
5.1	Inleiding	18
5.2	Huidige kwaliteitseisen	18
5.3	Kwaliteit vanuit patiëntenperspectief.....	19
5.4	Specifieke eisen.....	22
5.5	Verantwoordelijkheid.....	22
5.6	Conclusies	22
6	Communicatie en registratie relevante gegevens.....	23
6.1	Inleiding	23
6.2	Communicatie vanuit beroepsbeoefenaars eisen vanuit de patiënt	23
6.3	Communicatie huisarts-Algemeen Maatschappelijk Werk- ELP.....	23
6.4	Communicatie met de zorgverzekeraar.....	24
6.5	Registratie van gegevens	24
6.6	Conclusies	24
7	Draagvlak directe toegankelijkheid.....	25
7.1	Inleiding	25
7.2	Huidige situatie beroepsbeoefenaars	25
7.3	Toekomstige situatie (welke hulpvragen en interventies zijn geschikt voor DT)	27
7.4	Voor- en nadelen DT.....	29
7.5	Bijscholing	30
7.6	Rapportage naar de huisarts	31
7.7	Draagvlak om mee te willen werken aan een pilot.....	31

8	Conclusies en overige randvoorwaarden	32
8.1	Inleiding	32
8.2	Wenselijkheid directe toegankelijkheid op landelijk niveau	32
8.3	Kwaliteitseisen ELPen	32
8.4	Communicatie en registratie relevante gegevens	33
8.5	Draagvlak voor directe toegankelijkheid onder ELPen	33
8.6	Overige randvoorwaarden t.a.v. proefprojecten	33
9	Referenties	34

Bijlage(n)

- A Informatie over de stuurgroep Tussen de lijnen
- B Interview met directeur LVE, format en antwoorden
- C Vragenlijst regionaal niveau
- D Vragenlijst uitvoerend niveau

1 Inleiding

Vanuit het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) is TNO Preventie en Gezondheid (TNO PG) benaderd voor de uitvoering van een haalbaarheidsstudie directe toegankelijkheid van een aantal zorgverleners. Het betreft oefentherapeuten Mensendieck en César, Ergotherapeuten, Diëtisten, Logopedisten, Psychologen, Mondhygiënist en Tandprotheticici. Het betreft beroepen die momenteel doorgaans werken op verwijzing van huisartsen of tandartsen.

Uitgangspunt van de directe toegankelijkheid is dat verzekerden optimaal toegang dienen te hebben tot de benodigde zorg. In het kader van een doelmatige verzekering en financiering van de zorg, dient de verzekerde zo snel mogelijk en over zo weinig mogelijk "schijven" door het zorgstelsel naar de zorgverlener te worden geleid die deze benodigde zorg verleent. In theorie krijgt de patiënt daardoor niet alleen zo snel mogelijk de benodigde zorg, maar ook worden schaarse middelen efficiënt ingezet en wordt de communicatie tussen zorgverleners gestroomlijnd. Door onder meer veranderingen in zorgvraag en zorgaanbod wijzigt de meerwaarde en daarmee de functie van elke "schijf" in het zorgstelsel met de tijd. Zorgverleners ontwikkelen zich inhoudelijk en professioneel, domeinen worden opnieuw afgebakend en taken worden overgedragen. Het is de taak van de overheid om deze veranderingen in de organisatie van de zorg door te laten werken.

Maatschappelijke ontwikkelingen zoals de toenemende professionalisering van de diverse beroepsgroepen in de eerstelijns gezondheidszorg en de toenemende mondigheid van de patiënt leiden tot een situatie waarbij overwogen kan worden of en in welke mate de genoemde beroepsgroepen voor de patiënt direct toegankelijk dienen te zijn.

De voordelen van een directe toegankelijkheid zijn onder meer:

- erkenning van de professionaliteit van deze beroepsgroepen en een stimulering de professionalisering verder te ontwikkelen en transparant te maken;
- invullen van een sterker vraaggestuurde zorg;
- ontlasting van huisartsen en tandartsen in de eerste lijn;
- mogelijke verhoging van doelmatigheid en doeltreffendheid van de eerstelijns gezondheidszorg.

Tegenover de genoemde voordelen staat eveneens een aantal nadelen of risico's, waarbij gedacht kan worden aan:

- de absolute voorwaarde dat de communicatie en informatie uitwisseling in de eerste lijn goed functioneren;
- het mogelijk missen van pathologie.

Omdat het traject van elke patiënt nog steeds in aanleg bij de huisarts (cq. de tandarts) begint, is deze de spil in de gezondheidszorg. Naast het bieden van laagdrempelig eerstelijns huisartsenzorg/tandartsenzorg heeft hij/zij inzicht in en overzicht over de zorg omtrent de doorverwezen patiënt. Voor een aantal specifieke aandoeningen verwijst de huisarts in veel gevallen naar de in dit voorstel genoemde beroepsbeoefenaars. Deze zijn te zien als specialist op hun eigen terrein in de eerstelijnszorg, waardoor de toegevoegde waarde van de interventie door de huisarts niet altijd even groot is. De veronderstelling lijkt gewettigd dat de kwaliteiten van de huisarts en de overige beroepsbeoefenaars in de eerste lijn beter op elkaar kunnen

worden afgestemd en dat doelmatigheidswinst mogelijk is. In het rapport taakherschikking van de RVZ wordt nader op de mogelijkheden voor taakherschikking in de eerste lijn ingegaan.

Directe toegankelijkheid in de eerste lijn

Gestimuleerd door wetenschappelijke ontwikkelingen en het kwaliteitsbeleid hebben diverse disciplines binnen de eerstelijnszorg zich in korte tijd ontwikkeld tot de specialist op hun terrein. Hoewel de kennis en kundigheden op een aantal terreinen die van de huisarts overstijgt, zijn momenteel deze werksoorten alleen op een deugdelijk gemotiveerde verwijzing door de huisarts toegankelijk. Verwacht wordt dat door de realisatie van een directe toegankelijkheid de patiënt sneller en adequater kan worden geholpen. Een dergelijke directe toegankelijkheid kan eveneens bijdragen aan een ontlasting van de huisartsen die een grote werkdruk ervaren.

Doel haalbaarheidsstudie

De haalbaarheidsstudie heeft tot doel om de volgende vragen te beantwoorden.

1. Is het mogelijk patiënten direct toegang te verlenen tot de genoemde beroepsbeoefenaars zonder verwijzing door de huisarts/tandarts? En zo ja, welke patiënten komen daarvoor in aanmerking? Welke overeenkomsten en verschillen vertonen deze patiënten ten aanzien van hulpvragen en behandeldoelen? Zijn patiënten voldoende in staat een goede keuze te maken tussen beroepsgroepen met competenties die aan elkaar grenzen en/of elkaar overlappen?
2. Aan welke kwaliteitseisen dienen de diverse beroepsbeoefenaars te voldoen voor directe toegankelijkheid? Wat is het gevolg voor de eigen verantwoordelijkheid voor de diverse beroepsgroepen?
3. Dienen er nadere eisen te worden gesteld aan de organisatie in de eerste lijn? En zo ja, welke? Met name in de sfeer van de communicatie en informatie.
4. Aan welke juridische en verzekeringstechnische voorwaarden moet worden voldaan om directe toegankelijkheid een plaats te geven in een gereorganiseerde eerste lijn.
5. Wat is het draagvlak onder de diverse veldpartijen voor directe toegankelijkheid van de in dit voorstel genoemde beroepsgroepen, waarbij eveneens de verwijzende partijen (huisartsen en tandartsen) zullen worden betrokken.

ad 1

Primair zal worden ingegaan op de vraag of het momenteel reeds haalbaar is om geheel of gedeeltelijk over te gaan tot directe toegankelijkheid van de diverse beroepsgroepen. En, zo ja, of dit in principe volledig direct toegankelijk betreft of dat een voorbehoud dient te worden gemaakt. Bijvoorbeeld dat men zich in eerste instantie beperkt tot vragen waarvoor richtlijnen en samenwerkingsprotocollen bestaan. Ook kan de directe toegankelijkheid worden beperkt tot bijvoorbeeld bepaalde patiënten zoals chronisch zieken, ouderen of bijvoorbeeld jeugd.

ad 2

Een algemene kwaliteitseis die gesteld kan worden is bijvoorbeeld het ingeschreven staan in het kwaliteitsregister van de diverse koepelorganisaties. Daarbij zal worden ingegaan op de vraag of het huidige kwaliteitsregister reeds voldoet aan te formuleren criteria. In de tweede plaats kan worden gedacht aan aanvullende kwaliteitseisen in verband met de directe toegankelijkheid in de vorm van een bij- of nascholingsstraject.

Ook zal worden ingegaan op de consequenties in de verantwoordelijkheid van de diverse beroepsgroepen.

ad 3

Bij directe toegankelijkheid van de diverse beroepsgroepen in de eerste lijn is het van belang dat tussen de beroepsgroepen een goede communicatie en informatie-uitwisseling bestaat. Ingegaan zal worden op de vraag hoe dit kan worden gerealiseerd en welke vormen van communicatie en informatie-uitwisseling voldoende zijn voor een directe toegankelijkheid.

ad 4

Veel van de huidige regelgeving voorziet nog in een toegankelijkheid van de diverse beroepsgroepen via verwijzing. Nagegaan zal worden of en hoe de bestaande regels dienen te worden bijgesteld om een directe toegankelijkheid mogelijk te maken.

ad 5

Last but not least zal antwoord worden gegeven op de vraag of de betrokken beroepsgroepen het wenselijk vinden dat zij direct toegankelijk worden voor de patiënt en of zij van mening zijn dat zij verantwoord gestalte kunnen geven aan een directe toegankelijkheid. Ook zal worden onderzocht hoe de andere beroepsgroepen zoals huisartsen en tandartsen tegenover een directe toegankelijkheid staan.

De uitkomsten van de haalbaarheidsstudie vormen de basis voor een beslissing door het CVZ óf en onder welke voorwaarden pilotprojecten op het terrein van de directe toegankelijkheid zullen worden opgezet.

In dit deelrapport wordt verslag gedaan van de bevindingen voor de beroepsgroep eerstelijns psychologen.

2 De eerstelijns psychologen in beeld

2.1 Achtergrond informatie

Volgens Mesman en Verhaak (2001) is de term eerstelijnspsycholoog (ELP) ongeveer vanaf de jaren tachtig in zwang gekomen. Psychologen gingen zich toen steeds vaker zelfstandig vestigen en samenwerken met huisartspraktijken. In de jaren zeventig waren de psychologen nog meestal aan een instelling verbonden zoals een Medisch Opvoedkundig Bureau (MOB) of een ziekenhuis (psychiatrische ambulante afdeling, de zogenaamde PAAZ). Een beschrijving van de samenwerking tussen huisartsen en psychologen is gegeven door Schut en Bensing (1977). Langzamerhand werden de eerstelijnspsychologen opgenomen in allerlei ziektekostenverzekeringen. Vanaf 1992 wordt er door het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) een register voor eerstelijnspsychologen bijgehouden. Tegenwoordig is er ook een registratie als gezondheidszorgpsycholoog via de wet Beroepen In de Gezondheidszorg (BIG).

Volgens de Rooij en Verhaak (1989) waren er in 1988 ongeveer 155 fte eerstelijnspsychologen in Nederland. In 1994 was dit aantal al verdubbeld (Brunenberg e.a., 1995) en in 1998 waren er volgens het NIP (Jaarverslag 1998) 760 registraties als ELP. De huidige capaciteit van gezondheidszorg psychologen die volgens een advies van het CVZ in aanmerking komen om de verstrekking eerstelijnspsychologie te leveren wordt geschat op 1000 fte's (Zwaap, 2003).

De eerstelijnspsycholoog hanteert een generalistische werkwijze, waarbij cliënten in een beperkt aantal zittingen (doorgaans 8 en maximaal 15) worden behandeld. Verder is een kenmerk dat er een reguliere samenwerking is met de andere eerstelijnszorg, in het bijzonder met de huisarts, maar ook met bijvoorbeeld het maatschappelijk werk (Werkgroep Eerstelijns GGZ, 2000). Ongeveer 85% van de cliënten is aangemeld via de huisarts (Hutschemaekers & van der Camp, 1999). Vooral cliënten met depressies, angststoornissen en allerlei sociale aanpassingsstoornissen worden behandeld. Doorgaans gaat het daarbij niet om ernstige probleemgevallen en vormen de behandelde personen geen gevaar voor henzelf of anderen. Indien de cliënt niet goed behandeld kan worden, wordt er meestal doorgestuurd naar een tweedelijns voorziening in de GGZ (Werkgroep Eerstelijns GGZ, 2000).

2.2 Werkwijze van de eerstelijns psycholoog

Volgens de beschrijving van de Werkgroep Eerstelijns GGZ (2000) is de ELP bereikbaar op verwijzing van de huisarts. Hij of zij biedt een generalistische behandeling en gebruikt daarbij behandelwijzen die afkomstig zijn uit verschillende therapeutische stromingen. De ELP streeft zoveel mogelijk naar het gebruik van evidence based (bewezen succesvolle) methoden. De behandeling is kortdurend en er vindt geen selectie plaats naar aanleiding van de aanmeldingsklacht. De behandeling is gericht op het in gang zetten van veranderingsprocessen en op stabilisering van het evenwicht. De behandelvorm wordt aangepast aan de problematiek van de cliënt. Voorzover deze ontwikkeld zijn en toepasbaar in de eerste lijn, maakt de ELP gebruik van protocollen.

Er vindt altijd eerst psychodiagnostiek plaats. De ELP brengt daarbij de klachten en symptomen in kaart en neemt een anamnese af. Indien mogelijk wordt ook gebruik gemaakt van hetero-anamnestiche gegevens (dit zijn gegevens die zij vertrekt door iemand die de cliënt/ patiënt goed kent), dit kan bijvoorbeeld zijn gegevens van de

verwijzer of van gezinsleden. De ELP kan ook gegevens verzamelen via psychologische tests en observatie. Afhankelijk van de hulpvraag en de psychodiagnostiek maakt de ELP een behandelplan. Soms is verwijzing naar de tweedelijns wenselijk.

De ELP behandelt geen gevallen waarin het gaat om interactie tussen lichamelijke reacties, emotionele belevingen en gedragingen (Verhaak e.a., 1995). In overleg met de huisartsen en het Maatschappelijk Werk wordt per cliënt bekeken wie de verdere behandeling ter hand zal nemen, of dat zal worden doorverwezen.

2.3 Gegevens over aantal en kenmerken eerstelijns psychologen

Uit onderzoek door het Trimbos instituut (Wentink e.a., 2002) bleek dat er minder mannen dan vrouwen werkzaam zijn als ELP en dat de gemiddelde leeftijd 43 jaar is. Bijna alle ELPen zijn aangesloten bij het Regionaal Orgaan EerstelijnsPsychologen (ROEP) en 84% staat geregistreerd. Een derde deel is naast de uitoefening van de eerstelijnspsychologie ook werkzaam als GGZ psycholoog (bijvoorbeeld bij een RIAGG), als vrijgevestigd psycholoog of als psychotherapeut.

Vrijwel iedere ELP is afgestudeerd psycholoog. Gemiddeld waren ze in 1998 12 jaar afgestudeerd. Twaalf procent heeft nog geen registratie maar is in opleiding. Ongeveer 4% staat niet geregistreerd als ELP maar als gezondheidspsycholoog, psychotherapeut, of klinisch psycholoog. Ongeveer 43% blijkt meer dan één registratie te hebben. Vrijwel alle ELPen zijn lid van een beroepsvereniging (vooral het NIP en de Vereniging voor 'Gedragstherapie).

De meeste ELPen werken in een groepspraktijk (56%) en gemiddeld 25 uur. Ongeveer de helft heeft een eigen praktijk. Een klein percentage (7%) werkt in meerdere praktijken tegelijk. Veertien procent gaf aan dat hun praktijk deel uit maakt van een gezondheidscentrum. Er zijn nauwelijks ELP die zowel in een klinische als een poliklinische setting werken.

Het hoogste percentage ELP was te vinden in Zuid-Nederland, met Noord-Holland op de tweede plaats, Randstad Midden kent het laagste percentage.

Verreweg de meeste tijd besteden de ELPen aan patiëntgebonden taken, vooral aan behandeling (50%). Daarna volgt diagnostiek en indicatiestelling (14%) en patiënt gebonden rapportage en administratie (11%). Het meest gebruikte referentiekader bij de behandeling van patiënten is de eclectisch-integratieve aanpak, gevolgd door het gedragstherapeutisch referentiekader. Gemiddeld moeten patiënten 12 dagen wachten voor een intakegesprek. Ongeveer 75% van de behandelingen wordt vergoed door een verzekeraar, de rest wordt door de patiënten zelf betaald (of soms door de werkgever).

2.4 Opleiding van de eerstelijnspsycholoog

Een ELP is een psycholoog die als gekwalificeerd ELP is ingeschreven in het register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) of is aangesloten bij een Regionaal Orgaan EerstelijnsPsychologen (ROEP). Als vooropleiding is een universitaire studie psychologie gevolgd. Als aanvulling daarop zijn vervolgens verdiepingsopleidingen gevolgd (privaatrechtelijke differentiatie van het beroep gezondheidszorgpsycholoog), om in aanmerking te komen voor de officiële registratie via het NIP.

Volgens de website van GGZ Nederland is de ELP:

“een psycholoog die zich heeft gevestigd in de eerstelijnsgezondheidszorg”. De aanduiding 'eerste lijn' betekent dat de cliënt zich ook zonder doorverwijzing bij de ELP kan aanmelden. Echter, als de ELP via de verzekering voor vergoeding in aanmerking komt, is een doorverwijzing van de huisarts nodig. ELPen werken vanuit een brede

invalshoek. Zij hebben zich niet in één bepaalde richting gespecialiseerd. Zij hanteren een probleemgerichte aanpak; er wordt in de eerste plaats aan de klacht zelf gewerkt en bijvoorbeeld niet aan een uitvoerige persoonlijkheidsanalyse, zoals bij sommige vormen van psychotherapie. De aanpak van een ELP is gericht op een kortdurende behandeling van gemiddeld zo'n tien sessies. In sommige gevallen zal de ELP doorverwijzen naar een andere vorm van zorg, zoals een RIAGG.

Sommige verzekeraars vergoeden uitsluitend gekwalificeerde ELPen die tevens lid zijn van een ROEP. In een ROEP zijn binnen een regio een aantal gekwalificeerde ELPen georganiseerd. Zij behartigen in dit verband gezamenlijk hun belangen.

Om gekwalificeerd ELP te worden is een specifieke combinatie van opleiding, werkervaring en methode van werken vereist. De opleiding tot gekwalificeerd ELP is een praktijkgerichte opleiding waarin de psycholoog ongeveer één jaar werkt onder supervisie van een ervaren collega. De psycholoog die aan de eisen van de kwalificatieregeling voldoet, kan zich laten inschrijven in het register van ELPen van het NIP

2.5 Schets koepelorganisatie LVE

De ELPen zijn sinds 1997 verenigd in de Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen (LVE). De LVE kent naast de Algemene Ledenvergadering een bestuur en een Raad van Advies. In iedere regio is een ROEP, een regionaal orgaan van eerstelijns psychologen. De voorzitters van de ROEP's vormen tezamen de Raad van Advies.

2.6 Ontwikkelingen werk in de eerstelijns

Het werk in de eerstelijnsgezondheidszorg is de laatste jaren flink in beweging. In 2000 verscheen de brochure "De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief, Naar een betere samenwerking van en hulpverlening door de huisarts, het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijnspsycholoog" (Werkgroep eerstelijns gezondheidszorg, 2000). In deze brochure is een kopie opgenomen van de overeenkomst tussen de Landelijke Vereniging van Huisartsen (LHV) de Vereniging van Ondernemingen in de Gezondheidszorg (VOG; de huidige MO-Groep) en de LVE, van 23 juni 1999. Hierin is vastgelegd dat er wordt gestreefd naar een versterking van de eerstelijns geestelijke hulpverlening en dat het Ministerie van VWS de poortwachterfunctie van de huisarts wil benadrukken, evenals optimalisering van de samenwerking tussen huisartsen, algemeen maatschappelijk werkers en eerstelijns psychologen. Tevens spreken de drie genoemde partijen als hun mening uit dat de onderlinge samenwerking zal worden bevorderd en dat standpunten op elkaar worden afgestemd.

In 1999 is door toenmalig minister Borst van VWS een "Stuurgroep Tussen de Lijnen" voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) ingesteld. Doelstelling voor deze stuurgroep was 'door middel van afspraken tussen betrokken partijen te komen tot een samenhangend GGZ-zorgaanbod in en tussen de eerste- en tweedelijns GGZ'. De stuurgroep Tussen de Lijnen is als volgt samengesteld (overgenomen van website Buitink Beleidsadvies):

Cliënten:

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)

Eerstelijns GGZ:

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE)

Maatschappelijk Ondernemers Groep (MO-Groep) voor het AMW
 Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra (LVG)
Tweedelijns GGZ:
 GGZ-Nederland
 Federatie Verpleegkunde in de GGZ (FVGGZ)
 Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten (NVVP)
 Nederlandse Vereniging van vrijgevestigde Psychiaters (NVvP)
Financiers
 Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG);
 Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
Waarnemers
 Ministerie van VWS
 Landelijk coördinator van het Diaboloproject
 Het Steunpunt Tussen de Lijnen (NIVEL en Trimbos-instituut)
Onafhankelijke voorzitter en secretaris.

De uitgangspunten van de stuurgroep zijn:

1. het *domein* van de Stuurgroep is de GGZ met de nadruk op de (versterking van de) eerstelijns GGZ en de afstemming tussen eerstelijns - en tweedelijns GGZ (instituten en vrij gevestigde psychotherapeuten en psychiaters);
2. de Stuurgroep richt zich op het verbeteren van de *kwaliteit* van de hulpverlening aan (potentiële) cliënten/patiënten¹;
3. de Stuurgroep richt zich op *good practices* en nieuwe initiatieven uit het werkveld, schat de waarde daarvan in en stimuleert desgewenst verdere ontwikkeling;
4. de Stuurgroep staat een *pro-actieve visie- en beleidsontwikkeling* voor, waarbij leden worden gestimuleerd ideeën en ontwikkelingen uit hun werkveld aan de Stuurgroep ter kennisname beschikbaar stellen: de *praktijk* is de basis.
5. de Stuurgroep zal – op basis van die praktijk - positieve signalen naar buiten afgeven en waarnodig ook knelpunten naar leden, overheid of politiek signaleren. De Stuurgroep rekent het tot haar taak bij te dragen aan een positieve beeldvorming over de eerstelijns GGZ (in de publieke opinie bestaat er vrijwel geen ‘eerstelijns GGZ’ en is er ook weinig bekend over de preventieve mogelijkheden van de eerstelijns).

Meer informatie over de Stuurgroep Tussen de Lijnen is in bijlage A opgenomen.

Het naar aanleiding van de bevindingen gestarte zogenaamde Diaboloproject heeft tot doel het initiëren, ondersteunen en faciliteren van lokale samenwerkingsinitiatieven op het terrein van de 1e en 2e lijns GGZ, op maat van de door betrokken patiëntengroepen en beroepsbeoefenaren gevoelde behoeften aan ondersteuning. Een verscheidenheid aan grootschalige en kleinschalige vormen van samenwerkingsactiviteiten, die leiden tot het sneller en adequater helpen van patiënten met psychische of psychiatrische hulpvragen en de ontwikkeling van regionale samenwerkingssystemen (in de GGZ) zijn opgezet. Voor een nadere verkenning van dit project waarbij vele plaatsen en regio's zijn betrokken wordt verwezen naar de website : www.diabolo-project.nl.

Inmiddels is gebleken dat de sturing van de onderlinge samenwerking in de proefregio's inderdaad kan leiden tot een efficiëntere toeleiding naar de tweedelijns voorzieningen (Nieuwsbrief 3 van het Diabolo-project, zie website).

¹ Zie voor een toelichting van de kwaliteit in de eerstelijns GGZ de nota *De eerstelijns GGZ in perspectief* van LHV, LVE en MO-Groep/AMW (voorheen VOG), Utrecht, 2000.

Tenslotte kan het project Korte Lijnen niet onvermeld blijven (zie ook site van Buitink beleidsadvies). De samenwerking binnen de eerstelijns-GGZ – huisartsen, eerstelijnspsychologen en het algemeen maatschappelijk werk – moet en kan beter en daar wordt in het project Korte lijnen hard aan gewerkt. Onderlinge contacten tussen de disciplines worden gestimuleerd. Om de samenwerking te vergemakkelijken gaat er extra aandacht uit naar het vastleggen van afspraken. Het uiteindelijke doel van het project is – uiteraard – om de best mogelijke hulp voor de cliënt te realiseren.

Opdrachtgevers van het project korte lijnen zijn: Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen (LVE), Maatschappelijk Ondernemers Groep (MOgroep), o.a. voor het Algemeen Maatschappelijk Werk. De programmaregie is in handen van Buitink Beleidsadvies – in zorg en welzijn. Financiering door Ministerie van VWS. Projectuitvoerders zijn het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW en het Trimbos-instituut. Voorbeelden van activiteiten in pilotregio's om samenwerking te bevorderen zijn:

- de bereikbaarheid van de hulpverleners verbeteren door telefoon-, faxnummers en e-mail adressen te bundelen en te verspreiden en door afspraken te maken over tijdstippen van bereikbaarheid;
- binnen het algemeen maatschappelijk werk contactpersonen aanwijzen voor de huisartsen;
- verwijfsbrieven en terugrapportages standaardiseren na start en beëindiging van de hulpverlening;
- casuïstiekbespreking en thematisch eerstelijnsoverleg organiseren en structureren.

Naast de hierboven beschreven initiatieven om de samenwerking in de eerstelijns GGZ te verbeteren, waren er de afgelopen tijd ook andere ontwikkelingen die relevant zijn voor de toekomstige samenwerking in de eerste lijn. Dit betreft bijvoorbeeld de nota "Visie zorgverzekeraars op Herstructurering Eerstelijnszorg" (2002) van Zorgverzekeraars Nederland. Deze nota betreft de eerstelijnszorg in brede zin (dus niet alleen GGZ). Opmerkelijk is de volgende uitspraak in dat rapport (pg 5): "Volgens zorgverzekeraars kan de huisarts zijn werkzaamheden aanmerkelijk verlichten door samenwerkingsverbanden aan te gaan en zijn exclusieve rol van poortwachter in de eerste lijn los te laten. Verder wordt gesteld dat andere beroepsbeoefenaren evengoed in staat moeten worden geacht om zonder tussenkomst van de huisarts de poortwachterfunctie te vervullen, en dat patiëntenorganisaties a langer pleiten voor directe toegang tot bepaalde beroepsbeoefenaren in de eerstelijns. Tenslotte wordt vermeld dat eenderde van de ziekenfondspatiënten op dit moment (2002) al rechtstreeks naar een hulpverlener in de eerstelijns gaat ondanks de verplichte doorverwijzing van de huisarts. In een lijstje met voorbeelden wordt ook de psychotherapeut genoemd, waarheen door bijvoorbeeld de schoolarts of praktijkverpleegkundige rechtstreeks wordt verwezen.

Als klap op de vuurpeil kwam het advies van het College Voor Zorgverzekeringen (CVZ), dat voorziet in opname van de eerstelijnspsychologie in het ziekenfondspakket. Als overwegingen daarbij zijn gegeven dat CVZ geen grote knelpunten ziet bij de opname van de ELP in het ziekenfondspakket en dat het grote voordeel daarvan zal zijn dat de tweedelijns GGZ en de huisarts zullen worden ontlast (Meesters, 2003; Zwaap, 2003). Ook wordt verwacht dat er dan een betere aanpak mogelijk zal zijn van het toenemende aantal arbeidsgerelateerde psychische klachten. Volgens de CVZ uitvoeringstoets wordt daar met ELP bedoeld de BIG geregistreerde gezondheidszorgpsycholoog (dus ruimer dan de geregistreerde ELPen, hetgeen gezien wordt als een prikkel voor kwaliteitsverbetering). In het hoofdstuk "Toegang tot de psychologische zorg in de eerste lijn" wordt gesteld dat: "Gezien het feit dat de

protocollering en standaardisering van de psychologische zorg in de eerste lijn nog verder ontwikkeld en geïmplementeerd dient te worden, is een directe toegang van de Eerstelijns Psychologische Zorg (EPZ) op dit moment niet aan de orde. Bovendien is het van belang dat eerst de consequenties van lopende experimenten op dit gebied worden geëvalueerd.”(citaat Zwaap, 2003, pg 21). Vervolgens wordt melding gemaakt van het onderhavige onderzoek naar de eventuele vrije toegankelijkheid van de ELP.

Inmiddels is het nog onduidelijk of het CVZ advies opgevolgd wordt om de EPZ in het ziekenfondspakket onder te brengen. Achterliggende informatie is te vinden in het conceptrapport “resultaten project Verruiming financiële toegankelijkheid eerstelijnspsychologen” van bureau Hoeksema, Homans & Menting in opdracht van de LVE en het ministerie van VWS (IJland en Drouven, 2003). Conclusie is dat een optimale relatie van ELPen met verwijzers een voorwaarde is om de financiële toegankelijkheid maximaal te benutten. Verder stellen de onderzoekers dat een eigen bijdrage ervoor zorgt dat mensen wat minder lang gebruik zullen maken van de eerstelijns psychologische hulp (Gort, 2003).

2.7 Specificering vraag haalbaarheidsstudie

CVZ heeft, ter voorbereiding van proefprojecten directe toegankelijkheid, TNO Preventie en Gezondheid (TNO PG) benaderd om een haalbaarheidsstudie uit te voeren naar de directe toegankelijkheid van een aantal zorgverleners in de eerste lijn waaronder ook ELP. In dit onderdeel van het rapport wordt ingegaan op de hoofdvraag óf en onder welke voorwaarden één of meerdere proefprojecten directe toegankelijkheid eerstelijnspsychologie gestart kunnen worden. Daarnaast zal m.b.t. de eerstelijnspsychologie antwoord worden gegeven op de deelvragen die aan het begin van dit rapport zijn vermeld.

2.8 Leeswijzer

In hoofdstuk 3 wordt de werkwijze die is gehanteerd tijdens het onderzoek nader toegelicht. In de hoofdstukken 4 t/m 7 wordt achtereenvolgens antwoord gegeven op de aan het begin van dit rapport onderscheiden deelvragen. In hoofdstuk 8 wordt een samenvatting gegeven, worden algemene conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan.

3 Opzet haalbaarheidsstudie directe toegankelijkheid eerstelijns psychologie

Om inzicht te krijgen in de gevolgen van directe toegankelijkheid van psychologen in de eerste lijn is op drie niveaus informatie verzameld, namelijk:

- Landelijk: om kennis te nemen van het standpunt van de beroepsorganisatie LVE en inzicht te krijgen in het beleid op landelijk niveau, zowel algemeen als m.b.t. directe toegankelijkheid;
- Regionaal: om inzicht te krijgen in de ontwikkelingen in de praktijk die wellicht al vooruitlopen op directe toegankelijkheid en/of die bevorderend kunnen zijn voor directe toegankelijkheid zoals gestructureerde samenwerking binnen een gezondheidscentrum of ander georganiseerd verband;
- Uitvoerend: op dit niveau is een schriftelijke enquête gehouden met een steekproef van ELP's om kennis te nemen van hun houding ten aanzien van directe toegankelijkheid.

Het project is gestart met het contact te leggen met de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE). Met de directeur van de LVE is een uitgebreid interview gehouden waarvan in het volgende hoofdstuk verslag wordt gedaan. Dit is gedaan aan de hand van een van te voren opgesteld format (zie bijlage B).

Tevens zijn enkele relevante documenten door hem ter beschikking gesteld, zoals:

- het codeboek 2004 van de LVE, met een overzicht van de manier van registreren van cliënt/patiënt contacten door ELPen. Deze gegevens worden gerapporteerd aan de diverse Regionale Organen Eerstelijns Psychologen (ROEPs). De ROEPs kunnen deze gegevens bundelen en gebruiken voor jaarverslagen en beleidsontwikkelingen. Ook kunnen de gegevens worden gebruikt voor landelijke referenties en eveneens voor beleidsontwikkelingen op dat niveau.
- De uitvoeringstoets van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) waarin de rapportage van de consequenties van het opnemen van de eerstelijnspsychologie in het ziekenfondspakket (Zwaap, 2003, Meester, 2003)
- De brochure "De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief" (LHV/VOG/LVE/, 2000)
- Het rapport van het NIVEL over de toegankelijkheid van ELPen (Mesman & Verhaak, 2001)
- Het conceptrapport van bureau Hoeksma, Homans & Mentink, over de verruiming van de financiële toegankelijkheid van de ELPen.

Tijdens het gesprek is gerefereerd aan de projecten die worden gecoördineerd door Buitink Beleidsadvies (Projecten Tussen de lijnen, Korte lijnen en het Diabolo-project, zie hoofdstuk 1), en is gewezen op de betreffende websites.

Alle relevante (beleids)documenten zijn vervolgens in deze rapportage verwerkt.

Na overleg met het bestuur van het LVE zijn door het bureau de adressen van ROEPs verstrekt die door ons benaderd konden worden in verband met een regionale visie. Twee ROEPs namelijk Noord Holland Noord en Zuid Oost Brabant namen deel aan het project van bureau Hoeksma, Homans & Mentink.

De geselecteerde ROEPs ontvingen een brief en een vragenlijst (van te voren waren deze stukken geaccordeerd door de LVE, zie bijlage C). De vragenlijst gaat onder meer over de standpuntbepaling t.a.v. directe toegankelijkheid, of er reeds initiatieven zijn in de regio die nu al richting directe toegankelijkheid van de eerstelijnspsychologie gaan en of men eventueel geïnteresseerd is in deelname aan een proefproject. Tevens werd

gevraagd of men een voorkeur heeft voor een specifieke vorm van de proefprojecten en welke praktische zaken goed geregeld moeten worden voor het opzetten van een eventueel proefproject.

Op uitvoerend niveau zijn 204 schriftelijke enquêtes verstuurd (Zie Bijlage D). Hiervoor is een steekproef genomen uit de bestanden van de LVE. Hiervoor is als volgt gewerkt:

1. De grootste regio's zijn genomen, verdeeld over het land. Dit zijn de volgende 13 regio's: Amsterdam, Arnhem, Den Haag, Flevoland, Gooi e.o., Kennemerland, Midden Brabant, Midden Nederland, Nijmegen, Noord Holland Noord, Noord Nederland, Rijnmond, Salland-Twente-Achterhoek
2. Vervolgens zijn om en om adressen verwijderd, alsmede alle aspirant- of aankomend psychologen, en adressen die niet compleet waren.

De respondenten konden de vragenlijst retourneren door gebruik te maken van de antwoordenvolp of door de vragenlijst op internet in te vullen met een respondentnummer. Bij de ontwikkeling van de vragenlijst is gebruik gemaakt van het codeboek van de LVE.

Ter ondersteuning van onze oproep is enige tijd daarna een concept stukje verstuurd om in de nieuwsbrief van het LVE op te kunnen nemen. Helaas kon het stukje niet worden geplaatst omdat de nieuwsbrief van augustus al net was verschenen en die van november te laat was.

Zowel voor de interviews op landelijk niveau als voor de vragenlijsten op regionaal en uitvoerend niveau is het begrip 'directe toegankelijkheid' op de volgende wijze ingevuld:

"De patiënt meldt zich in deze situatie zonder verwijsbrief uit zichzelf (of op aanraden van bijvoorbeeld een fysiotherapeut, wijkverpleegkundige of familielid) aan bij de eerstelijns psycholoog".

4 Wenselijkheid directe toegankelijkheid: keuze patiëntencategorieën en/of hulpvragen

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de eerste vraag van de haalbaarheidsstudie toegespitst op de eerstelijnspsychologie, namelijk: Is het mogelijk en wenselijk patiënten direct toegang te verlenen tot de ELP zonder verwijzing van de huisarts of specialist?

Zowel de resultaten die zijn verzameld op basis van het interview op landelijk niveau als de resultaten van de vragenlijsten op regionaal niveau worden gepresenteerd.

Ten eerste wordt ingegaan op de houding van de koepel van de beroepsgroep t.a.v. directe toegankelijkheid. Vervolgens wordt een invalshoek voor een mogelijk proefproject directe toegankelijkheid eerstelijnspsychologie besproken. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de conclusies.

4.2 Houding tegenover directe toegankelijkheid, mening van landelijke koepelorganisatie LVE en mening geselecteerde ROEPs

Standpunt bepaling directeur LVE (zie ook bijlage B).

Primair is ingegaan op de vraag of directe toegankelijkheid nu al haalbaar is. Volgens de LVE gebeurt het nu al geregeld dat mensen rechtstreeks naar de ELP gaan en pas achteraf een verwijzing halen bij de huisarts. Hij denkt dat er alleen voor bepaalde patiëntengroepen een draagvlak zal zijn. Een risico is het niet opmerken van een lichamelijke achtergrond van de problemen.

Op de vraag of directe toegang ook wenselijk is, wordt geantwoord dat het zowel doelmatig als doeltreffend moet zijn. Bovendien is een goede indicatiestelling belangrijk.

De LVE geeft aan dat directe toegang wellicht het meest geschikt is voor patiënten die al bekend zijn bij de ELP. Voorwaarde is een goed kwaliteitsbeleid door alle betrokken beroepsgroepen.

De beroepsgroep van ELPen heeft nog wel reserves tegen directe toegang. Het zal dan doelmatiger en doeltreffender georganiseerd moeten worden, dat is tot nu toe niet genoeg het geval. Vooral de huisartsen moeten daarvoor beter worden geïnstrueerd, nu sturen ze veel patiënten snel door naar de tweedelijns, in verband met de vergoeding door het ziekenfonds. Veel hangt af van de relatie tussen de ELP en de huisarts.

Opmerkelijk is dat hoewel de gezondheidszorgpsycholoog formeel vanuit de Wet BIG direct toegankelijk is door de ELP in overleg met de huisartsen en/of ziektekostenverzekeraars afspraken zijn gemaakt over verwijzing om in aanmerking te komen voor vergoeding.

Deze vergoeding vindt nu (nog) plaats vanuit de aanvullende verzekering. Indien ELP wordt opgenomen in het ziekenfondsverstrekkingenbesluit kunnen daarin nadere regels worden gesteld.

Van de aangeschreven ROEPs hebben slechts twee personen gereageerd, en een geeft uitdrukkelijk aan dat op eigen titel te hebben gedaan. Beiden geven aan dat de ELP in de praktijk nu al vrij toegankelijk zijn. Als de ziektekostenverzekeraar een verwijzing door de huisarts als voorwaarde stelt gebeurt het minder dat cliënten zich rechtstreeks

aanmelden. Maar dat de ziektekostenverzekeraar zo'n voorwaarde stelt, is lang niet altijd het geval. Zestien procent van de contacten wordt bovendien door de cliënten zelf bekostigd.

Men is van mening dat de huidige situatie al voldoende mogelijkheden voor vrije toegankelijkheid biedt.

4.3 Voor- en nadelen directe toegankelijkheid

De LVE geeft aan dat de samenwerking met de LHV net lekker verloopt. Men wil de huisartsen zeker niet tegen de haren in strijken. Als risico voor een pilotproject wordt aangegeven dat wellicht overconsumptie op gaat treden, waardoor wachtlijsten zouden kunnen ontstaan. Hierdoor zouden diagnostiek en indicatiestelling in gevaar kunnen komen, terwijl die van groot belang zijn.

De vertegenwoordigers van de ROEPs geven aan dat de ervaring leert dat de cliënten die door de huisarts zijn verwezen terecht naar de ELP gaan. Mensen die zich rechtstreeks aanmelden (bijvoorbeeld via de Gouden Gids) zitten vaak bij de ELP niet op de goede plek. Dat kost tijd en werkt minder efficiënt.

Voordeel van de huisarts als poortwachter is dat die het voorwerk voor zijn of haar rekening heeft genomen (aanmelding klacht / motivatie e.d.).

4.4 Mogelijke invalshoek van een proefproject

De LVE geeft de raad om bij eventuele proefprojecten aan te sluiten bij regio's die al meedoen met het project Korte Lijnen. Daar is de communicatie tussen ELP, huisarts en AMW al beter geregeld dan elders. In het najaar wordt een handboek met samenwerkingsprotocollen verwacht.

4.5 Conclusies

De vrije toegankelijkheid voor ELPen is voor bepaalde categorieën patiënten (die waarvan de ziektekostenverzekeraar het contact vergoed zonder dat tussenkomst van een huisarts nodig is) eigenlijk al een feit. Men is huiverig om de beroepsgroep van de huisartsen tegen de haren in te strijken door diens poortwachterfunctie te omzeilen. Het belang van een goede communicatie tussen de betrokken beroepsgroepen wordt steeds benadrukt. Er worden echter geen hele grote bezwaren aangedragen tegen volledige vrije toegankelijkheid.

5 Kwaliteitseisen beroepsbeoefenaars

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de huidige kwaliteitseisen beschreven waaraan ELPen moeten voldoen. Tijdens de haalbaarheidsstudie is ingegaan op de vraag of en zo ja welke aanvullende kwaliteitseisen moeten worden gesteld wanneer de eerstelijnspsychologie direct toegankelijk zou zijn.

5.2 Huidige kwaliteitseisen

De opleidingseisen zijn formeel vastgelegd in Besluit gezondheidszorgpsycholoog in het Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden (Besluit 156, 17 maart 1998). In de artikelen 3 en 4 wordt de inhoud van de opleiding omschreven in artikel 5 wordt aangegeven wie tot de opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog kunnen worden toegelaten. Het betreft het met goed gevolg hebben afgelegd van een doctoraalexamen psychologie, pedagogische wetenschappen of gezondheidswetenschappen met als afstudeerrichting geestelijke gezondheidskunde.

Het hiernavolgende tekst is afkomstig van de site van RINO Noord-Holland, een van de opleidingsinstituten voor postdoctoraal onderwijs in de GGZ.

Doel van de opleiding GZ-psycholoog

Met de opleiding wordt beoogd breed inzetbare functionarissen op te leiden, die beschikken over kennis en vaardigheden met betrekking tot diagnostiek, indicatiestelling, psychologische interventies en andere professionele taken. De gezondheidszorgpsycholoog behandelt zelfstandig psychische stoornissen, problemen in de levenssfeer en de psychische aspecten die samengaan met lichamelijke ziekte, invaliditeit en handicaps. Om gezondheidszorgpsycholoog te worden volgen cursisten de postdoctorale opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog bij één van de zes regionale opleidingsinstellingen.

Wat houdt de opleiding in?

De opleiding duurt twee jaar en bestaat uit:

- een dag per week cursorisch onderwijs,
- literatuurstudie en het uitvoeren van opdrachten,
- vier dagen per week praktijkwerkzaamheden,
- supervisie over deze praktijkwerkzaamheden.

Het cursorisch programma omvat in totaal 480 uur en richt zich voor ongeveer 70% op volwassenen en ouderen en voor ongeveer 30% op kinderen en jeugdigen. De praktijkwerkzaamheden vinden plaats in erkende en daartoe aangewezen praktijkinstellingen. Dit zijn GGZ-instellingen, verpleeghuizen, revalidatie-instellingen, instellingen voor gehandicaptenzorg, instellingen voor kinder- en jeugdhulpverlening en forensische instellingen. De cursist gaat met één van deze instellingen een tijdelijke arbeidsovereenkomst aan voor vier dagen per week (32 uur) of minder en dan evenredig langer. In totaal moet het praktijkdeel van de opleiding 2790 uur beslaan. De taken van de GZ-psycholoog in opleiding worden verdeeld in psychodiagnostiek (40%), indicatiestelling (10%), behandeling (40%) en overige taken (10%). Gedurende de gehele opleiding vindt supervisie plaats, in totaal tenminste 90 uur. De instelling neemt

de opleiding in dienst voor de duur van de opleiding. Als richtlijn voor het salaris geldt de aanloopschaal voor psychologen.

Om vervolgens een gekwalificeerd ELP te worden is een specifieke combinatie van opleiding, werkervaring en methode van werken vereist. De opleiding tot gekwalificeerd ELP is een praktijkgerichte opleiding waarin de psycholoog ongeveer één jaar werkt onder supervisie van een ervaren collega. De psycholoog die aan de eisen van de kwalificatieregeling voldoet, kan zich laten inschrijven in het register van ELPen van het NIP.

5.3 Kwaliteit vanuit patiëntenperspectief

De NPCF heeft algemene kwaliteitscriteria ontwikkeld om de kwaliteit van de gezondheidszorg vanuit patiëntenperspectief te bewaken. Dit betreffen criteria met betrekking tot vakbekwaamheid, informatie, bejegening, steun, zelfstandigheid, organisatie, accommodatie, en evaluatie. De criteria m.b.t. vakbekwaamheid worden in onderstaand kader weergegeven.

Algemene kwaliteitscriteria die de NPCF Criteria vakbekwaamheid volgens NPCF

- Ervoor zorgen dat kennis en vaardigheden qua aard en niveau toereikend zijn voor het uitoefenen van het specifieke beroep of de functie.
- Deelnemen aan na- en bijscholingsactiviteiten.
- Kennis en vaardigheden regelmatig toetsen aan de in het specifieke beroep of de functie opgedane ervaringen.
- Zich bij de uitoefening van het beroep nauwgezet houden aan de grenzen van de bekwaamheid.
- Tijdig verwijzen naar andere, ten aanzien van het betreffende probleem meer deskundige, hulpverleners of hun om advies vragen.
- Zich onthouden van handelingen waarvan de zin op goede gronden in twijfel kan worden getrokken.
- Rekening houden met specifieke omstandigheden en wensen van de patiënt.
- Ziekmakende en ziekte in stand houdende factoren in de maatschappij en bij zichzelf onderkennen.
- Zijn diensten aanbieden zonder aanzien des persoons.
- Verantwoordelijkheid nemen voor het vaststellen van het doel en de feitelijke resultaten van het handelen; desgevraagd rekenschap afleggen.

Het volgende stuk over de kwaliteit vanuit patiëntenperspectief is gebaseerd op informatie van website van regioconsult.nl.

De vraag naar geestelijke gezondheidszorg is de afgelopen decennia sterk toegenomen als gevolg van maatschappelijke en demografische ontwikkelingen. In 1997 waren 458.000 mensen in zorg bij de tweedelijns GGZ; het aantal inschrijvingen en aanmeldingen bedroeg ruim 1.000.000. Circa 2.000.000 mensen met psychische klachten maakten gebruik van de eerstelijnszorg (huisarts, ELP, AMW).

Uit onderzoek blijkt verder dat bij een op de vier Nederlanders op jaarbasis sprake is van een psychische stoornis.

Algemene ontwikkelingen in de zorg en meer specifiek in de GGZ zijn:

- beleid is gericht op een omslag van aanbodsturing naar vraagsturing en vraaggerichtheid (modernisering AWBZ);
- verschuiving verantwoordelijkheden van rijk naar partijen in de regio; versterking rol regionale zorgkantoren en RIO's; fusiegolf die leidt tot machtsconcentratie bij

zorgaanbieders; deze ontwikkelingen vragen om versterking van de countervailing power van de cliëntenorganisaties;

- als gevolg van vermaatschappelijking en extramuralisering in de GGZ wordt de aansluiting op aanpalende terreinen als wonen, werk en welzijn steeds belangrijker (rol gemeenten).

De afgelopen jaren zijn er twee programma's geweest gericht op versterking van de positie van GGZ-cliënten in de regio: het ZON-programma Betrokkenheid cliënten bij kwaliteitsverbetering van de GGZ en het programma Versterking positie GGZ-cliënten in de regio. Het programma wordt grotendeels gefinancierd uit de reserves van het Patiëntenfonds, daarnaast uit de € 0,45 miljoen die tot en met 2004 jaarlijks beschikbaar is voor vraagsturing AWBZ (oorspronkelijk Zorg op Maat).

Mede op grond van de evaluatie van het ZON-programma en de nulmeting van het programma Versterking kunnen enkele conclusies getrokken worden ten aanzien van de resultaten van beide programma's:

- ontwikkeling regionale netwerken: in vrijwel elke regio is nu sprake van één centrale actor die als zodanig herkenbaar is voor de achterban en voor andere actoren in de regio (zorgaanbieders, zorgkantoor, overheden); de organisatorische basis van deze centrale actor is echter veelal nog zwak ontwikkeld (gebrek aan continuïteit);
- succesvolle projecten in diverse regio's, onder meer op het gebied van achterbanraadpleging, kwaliteit, cliënten trainen hulpverleners, opleidingen ervaringsdeskundigheid; verspreiding van succesvolle projecten vindt plaats, maar nog te incidenteel;
- de slagkracht ten opzichte van andere actoren in de zorg is nog zeer beperkt en daarmee ook de feitelijke invloed op kwaliteit van zorg en dienstverlening (vergelijk ook de bevindingen van de stuurgroep zorgvernieuwing, deze stuurgroep pleit voor aanvullende ondersteuning van cliëntenorganisaties in de regio als noodzakelijke voorwaarde om vraagsturing bij productieafspraken werkelijk te realiseren);
- beleid van regionale cliëntenorganisaties ten aanzien van vermaatschappelijking (wonen, werk, welzijn) staat nog in de kinderschoenen;
- er is een landelijk netwerk opgebouwd voor informatie, uitwisseling, visievorming en - incidenteel - belangenbehartiging (Regioconsult); en er is sprake van toenemende synergie regionaal-regionaal en regionaal-landelijk.

Samengevat kan gesteld worden dat beide programma's een sterke impuls hebben gegeven aan de ontwikkeling van regionale cliëntenorganisaties GGZ, maar dat de basis in de meeste regio's nog smal is en daarmee ook de garantie voor de vereiste continuïteit.

Een verdere versterking van regionale cliëntenorganisaties GGZ is noodzakelijk om de volgende doelstellingen te realiseren:

- daadwerkelijke vraagsturing in de zorg;
- ondersteuning en sturing van het proces van vermaatschappelijking vanuit cliëntenperspectief;
- verspreiding van succesvolle praktijken op het gebied van kwaliteitsverbetering en inzet ervaringsdeskundigheid.

Voorstel is om het vervolgprogramma na juli 2003 in te richten rond de volgende kernthema's:

1. vraagsturing zorg;
2. vermaatschappelijking;
3. cliënteninitiatieven voor kwaliteitsverbetering;
4. versterking en continuïteit regionale cliëntenorganisaties.

ad 1) Vraagsturing zorg

Versterking vraagsturing bij ontwikkeling regionaal zorgbeleid.

Speerpunten:

- zorgvernieuwing, cure (eerstelij - tweedelij) en crisisopvang;
- versterking positie cliënten binnen zorgkantoor (Raden van Advies);
- medezeggenschap bij productieafspraken: procedures, formats voor inzichtelijk maken productieafspraken en toetsing vanuit cliëntenperspectief.

Kwaliteitsverbetering in het gehele traject van zorgvraag tot zorgrealisering.

Speerpunten:

- informatievoorziening, indicatiestelling, intersectorale samenwerking;
- toetsing indicatiestelling RIO's en indicatiecommissies kortdurende zorg (klantvriendelijk, vraaggestuurd, efficiënt);
- informatievoorziening t.b.v. zorgvrager (i.s.m. zorgkantoor, RIO's, zorg-aanbieders);
- ontwikkeling/versterking cliëntenondersteuning bij indicatiestelling, persoonsgebondenbudget (pgb) en samenstelling zorgpakket op basis van pgb of zorg in natura;
- integratie diverse vormen van ondersteuning en consulentschap (sectoraal/intersectoraal).

Vraagsturing binnen zorgprogramma's:

- informatievoorziening over zorgprogramma's
- inspraak bij zorgprogramma's

Vraagsturing binnen behandelplan/begeleidingsplan

- ontwikkeling en implementatie van methodieken voor vraagsturing bij behandel- en begeleidingsplannen

ad 2) Vermaatschappelijking

Versterking cliënteninvloed in proces van vermaatschappelijking

- integratie diverse vormen van ondersteuning en consulentschap (sectoraal/intersectoraal)
- regionale cliëntenvisie t.a.v. vermaatschappelijking (inzicht in knelpunten, speerpunten voor beleid)
- versterking invloed cliënten op gemeentelijk beleid ten aanzien van wonen, werk en welzijn
- betrokkenheid cliënten bij ontwikkeling maatschappelijke steunsystemen

Verbreding maatschappelijk draagvlak voor vermaatschappelijking en integratie

- voorlichting (media, scholen, buurtcentra)
- ontmoeting (stadsdebatten, multiloog)

ad 3) Cliënteninitiatieven voor kwaliteitsverbetering

Inzet ervaringsdeskundigheid t.b.v. kwaliteitsverbetering in de zorg

- verspreiding succesvolle praktijken op het gebied van cliënten trainen hulpverleners (bejegening, zorgprogramma's), rehabilitatie en herstel, enzovoort
- opleiding ervaringsdeskundigen voor functies als ondersteuner, consulent e.d.
- creëren (betaalde) arbeidsplaatsen ervaringsdeskundigen in en rondom de zorg

ad 4) Versterking en continuïteit regionale cliëntenorganisaties

Versterking organisatie en beleid

- speerpunten: kadervorming, planmatig werken, intersectorale samenwerking
- vrijwilligersbeleid toegespitst op GGZ-doelgroep (op basis landelijk model)
- opleiding kaderleden
- verbreding achterban, met name onder (organisaties van) allochtonen
- ontwikkeling beleidscyclus in elke regio (inclusief achterbanraadpleging)
- basistakenpakket en intersectorale afstemming/samenwerking

5.4 Specifieke eisen

Indien de vrije toegankelijkheid van eerstelijnspsychologie een feit zou worden dan zou volgens de LVE ook eens gekeken moeten worden naar de mogelijkheden die er zijn voor het voorschrijven van medicijnen. In de VS kunnen psychologen medicijnen voorschrijven (antidepressiva), in Nederland gebeurt dat door de huisarts en specialist. Aangezien de eerstelijnspsycholoog al een zeer gedegen opleidingsachtergrond kent en expertise heeft die duidelijk verschilt van die van een huisarts, is er niet een directe noodzaak voor aanvullende eisen.

5.5 Verantwoordelijkheid

Volgens de ondervraagden verandert er nauwelijks iets in de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep, is er hoogstens sprake van een verbreding. Men is nog steeds verantwoordelijk voor een deskundige behandeling. In de opleidingen zou extra aandacht besteed kunnen worden aan het bredere verantwoordelijkheidsvraagstuk.

Aan de cliënt zal toestemming moeten worden gevraagd voor verstrekking van relevante info aan de huisarts. Ook wordt aangegeven dat er een grotere verantwoordelijkheid komt bij de cliënt om te zorgen dat de betreffende beroepsgroepen op de hoogte zijn van zijn of haar hulpvraag.

5.6 Conclusies

Het ziet er naar uit dat de ELPen een goed georganiseerde beroepsgroep vormen met uitgebreid geformuleerde kwaliteitseisen. Ook is men volop bezig met de begeleiding van veranderingsprocessen en overlegt daarbij prima met de aanpalende beroepsgroepen (huisarts en maatschappelijk werk). De eigen verantwoordelijkheid van de cliënt wordt benadrukt, hetgeen goed past bij de visie van cliëntenorganisaties.

6 Communicatie en registratie relevante gegevens

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt bekeken wat het antwoord is op de vraag aan welke voorwaarden communicatie en informatie uitwisseling tussen de verschillende beroepsgroepen (ELP met huisarts en AMW) en naar de patiënt / cliënt moet voldoen.

6.2 Communicatie vanuit beroepsbeoefenaars eisen vanuit de patiënt

Het NPCF heeft algemene kwaliteitscriteria opgesteld vanuit het perspectief van de patiënt (NPCF, 1996). Deze criteria betreffen de vakbewaamheid, de informatieverstrekking, de bejegening, de steun die wordt gegeven, de waarborging van de zelfstandigheid van de patiënt, een goede organisatie van de zorg (zoals bijvoorbeeld de aanwezigheid van beleidsplannen), de accommodatie (ondermeer goede toegankelijkheid en bereikbaarheid) en de evaluatie (ondermeer het openstaan voor regelmatige inspecties).

De criteria met betrekking tot informatievoorziening worden in onderstaand kader weergegeven.

Criteria informatie volgens NPCF

- Erop toezien dat de gegevens die noodzakelijk zijn voor de behandeling en verzorging van de patiënt op elk moment compleet en actueel zijn en dat deze gegevens niet in verkeerde handen komen.
- Ervoor zorgen dat de door de patiënt gewenste informatie op het juiste moment beschikbaar komt, begrijpelijk is en relevant.
- De patiënt volledig informeren over de aard van de ziekte of aandoening, het mogelijke verloop en de eventueel blijvende gevolgen.
- Opening van zaken geven over het diagnostisch onderzoek, de behandeling en de revalidatie, het zorg- of behandelplan en eventuele wijzigingen en resultaten.
- De patiënt vertellen hoe de hulpverlenende organisatie is georganiseerd en welk beleid wordt gevoerd; hoe de patiënt wensen, twijfels en bezwaren kenbaar kan maken en waar hij eventueel een klacht kan indienen.
- De patiënt inlichten omtrent het zorg- en verzekeringsstelsel waarop hij een beroep kan doen, de maatschappelijke aspecten van de ziekte en de behandeling, het bestaan van patiëntenorganisaties, instellingen en instanties die van nut kunnen zijn.

6.3 Communicatie huisarts-Algemeen Maatschappelijk Werk- ELP

De LVE geeft hierover aan dat het project Korte Lijnen speciaal dient om de communicatie tussen de verschillende beroepsgroepen te verbeteren. Momenteel is een handboek met protocollen in ontwikkeling die in het najaar van 2003 worden verwacht. De mensen van de ROEPs geven aan dat vooral een goede communicatie liefst face-to-face door de beroepsbeoefenaars van belang is. Als aandachtspunt wordt geformuleerd dat de cliënt zich ook kan aanmelden en daarbij niet wil dat de huisarts op de hoogte wordt gesteld.

6.4 Communicatie met de zorgverzekeraar.

In het kader van de nieuwe uitvoeringsregeling voor ziekenfondsverzekeringen is het al geregeld welke eisen zorgverzekeraars aan ELPen moeten stellen willen hun cliënten voor vergoeding in aanmerking kunnen komen. Momenteel werken particuliere ziektekostenverzekeraars al met door hen zelf geselecteerde ELPen, waarvoor zij aan particuliere verzekerden vergoedingen verstrekken.

6.5 Registratie van gegevens

Onduidelijk is hoe momenteel de gegevens van patiënten/ cliënten worden geregistreerd en of er sprake is van elektronische dossiers. Deze laatste mogelijkheid wordt door geen van de ondervraagden genoemd, het lijkt er op dat er tot nu toe vooral met papieren dossiers wordt gewerkt.

6.6 Conclusies

Door de ELPen wordt hard gewerkt aan een zo optimaal mogelijke communicatie met de aanpalende beroepsgroepen van de huisartsen en het Algemeen Maatschappelijk Werk. De ontwikkeling van protocollen voor samenwerking gebeurt in een aantal proefprojecten (Korte Lijnen). Onduidelijk is of er ook sprake is van elektronische dossiervorming en wat precies de rol is van de patiënt/ cliënt bij het doorgeven van dossiergegevens.

7 Draagvlak directe toegankelijkheid

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zijn de resultaten weergegeven van de schriftelijke enquête onder 208 ELPen. Dit was een steekproef uit het totale bestand (de 13 grootste regio's) van 561 ELPen. De response was 125.

In onderstaande tabellen wordt weergegeven vanuit welke setting de respondenten ELP aanbieden en hoeveel uur (contacttijd, reistijd en overige cliëntgebonden tijd samengenomen) zij gemiddeld per week werkzaam zijn als ELP in de eerste lijn .

Tabel 7.1 Setting ELPen in % (n=125)

(meerdere antwoorden mogelijk)	%
Vrijgevestigde eigen praktijk	57
Monodisciplinaire groepspraktijk	33
Vrijgevestigde groepspraktijk multidisciplinair	12
Gezondheidscentrum	4

Tabel 7.2 Gemiddeld aantal uur werkzaam in de eerste lijn in % (n=125)

	%
16 uur of minder ELP per week	14
17-24 uur ELP per week	17
25-32 uur ELP per week	30
33-40 uur ELP per week	34
Totaal	100

Van de respondenten neemt 97% deel aan intercollegiaal overleg.

7.2 Huidige situatie beroepsbeoefenaars

Zoals uit tabel 7.3 blijkt wordt een groot deel van de respondenten momenteel al door patiënten bezocht zonder verwijzing.

Tabel 7.3 Frequentie van aanmeldingen zonder verwijzing in % (n=125)

	%
Nee, (bijna nooit)	4
Ja, soms	63
Ja, wekelijks	27
Ja, bijna dagelijks	6
Totaal	100

Het gaat daarbij vooral om de volgende categorieën patiënten (percentage aangekruist, meerdere antwoorden waren mogelijk).

Tabel 7.4 Categorieën cliënten die zich in de huidige situatie zonder verwijzing aanmelden in % (n=125)

(meerdere antwoorden mogelijk)	%
Alle categorieën cliënten	61
Patiënten die reeds bekend zijn met de psycholoog	50
Relatieproblemen	32
Overspannenheid en burnout	30
Depressies	27
Angststoornissen	25
Psychosociale problematiek	24
Leer-, studie- en werkproblemen	23
Psychosomatische klachten	22
Klachten over slapen, eten e.d.	20
Gezins- en opvoedingsproblemen	20
Trauma verwerkingsproblemen	18
Fobieën	16
Dwangstoornissen	9
Stemmingsstoornissen	3
Kinderen en jeugdigen	3
Mantelzorgers	9
Andere patiënten, namelijk*	15

* Onder deze antwoordcategorie werden o.a. genoemd: 'ouderdoms problemen, adhd, via bedrijfsarts, identiteitsproblemen, geen goede band met de huisarts, geen voorwaarde ziektekostenverzekeraar, lichte problematiek.

Uit bovenstaande tabel blijkt dat wanneer patiënten zich zonder verwijzing van een arts aanmelden, het om patiënten gaat, met een grote variatie in klachten. Het merendeel van de ELPen geeft dan ook aan dat het patiënten betreft uit alle categorieën.

Tabel 7.5 De belangrijkste interventies die gebruikt zijn tijdens de behandeling van patiënten die zich rechtstreeks hebben aangemeld in % (n=125)

(meerdere antwoorden mogelijk)	%
Cognitieve therapie	86
Gedragstherapie	78
Gesprekstherapie	68
Rationeel Emotieve Therapie	59
Trainen/oefenen van activiteiten	51
Systeemtherapie waaronder meditatietherapie	41
Psychodynamische therapie	28
Geen enkele interventie	2
Overige interventies*	30

* Onder deze antwoordcategorie werden o.a. genoemd: Hypnotherapie (6 maal genoemd), diagnostiek en advisering (3 maal genoemd) en interventies zoals NLP, Gestalt, psychodrama en relatietherapie. Ook wordt enkele malen lichaamsgerichte therapie genoemd (waaronder haptotherapie). en EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing).

Tabel 7.6 Administratieve en financiële afhandeling wanneer een cliënt zonder verwijzing in behandeling wordt genomen in % (n=125)

(meerdere antwoorden mogelijk)	%
De cliënt wordt eerst terugverwezen naar de huisarts/specialist/verpleeghuisarts voor een verwijfsbrief	36
Er wordt achteraf een verwijfsbrief van de huisarts/specialist/verpleeghuisarts gevraagd	58
Sommige particuliere verzekeringen vergoeden behandeling zonder verwijzing van huisarts/ specialist/ verpleeghuisarts	59
De cliënt betaalt contant	25
Anders, namelijk*	3

* Onder deze antwoordcategorie werd met name genoemd de werkgever betaalt

7.3 Toekomstige situatie (welke hulpvragen en interventies zijn geschikt voor DT)

Op de vraag over welke categorieën patiënten men geschikt acht voor directe toegang bij de ELP is het volgende geantwoord:

Tabel 7.7 Categorieën cliënten die men geschikt acht voor directe toegankelijkheid in % (n=125)

(meerdere antwoorden mogelijk)	%
Alle categorieën cliënten	44
Patiënten die reeds bekend zijn met de psycholoog	50
Relatieproblemen	45
Overspannenheid en burnout	45
Depressies	36
Angststoornissen	38
Psychosociale problematiek	41
Leer-, studie- en werkproblemen	43
Psychosomatische klachten	34
Klachten over slapen, eten e.d.	34
Gezins- en opvoedingsproblemen	39
Trauma verwerkingsproblemen	34
Fobieën	40
Dwangstoornissen	18
Stemmingsstoornissen	2
Kinderen en jeugdigen	17
Mantelzorgers	25
Andere patiënten, namelijk*	6

* Onder deze antwoordcategorie werden o.a. genoemd: 'ouderdoms problemen, identiteitsproblemen, verslavingsproblemen, klachten zonder diagnose, behandeling na klinische opname, dezelfde patiënten die met een verwijzing komen.

vervolgens is gevraagd welke interventies men geschikt acht voor directe toegankelijkheid van de ELP:

Tabel 7.8 De belangrijkste interventies die de ELP geschikt achten voor de behandeling van patiënten die zich rechtstreeks hebben aangemeld in % (n=125)

(meerdere antwoorden mogelijk)	%
Alle interventies die ik nu ook verricht	92
Cognitieve therapie	28
Gedragstherapie	25
Gesprekstherapie	22
Rationeel Emotieve Therapie	25
Trainen/oefenen van activiteiten	23
Systeemtherapie waaronder meditatietherapie	22
Psychodynamische therapie	13
Geen enkele interventie	2
Overige interventies*	15

* Onder deze antwoordcategorie werden o.a. genoemd: advisering, crisisbegeleiding, ontspanningsoefeningen, voorbereiding op doorverwijzing 2e lijn, diagnostiek, coaching, relatietherapie, zingevingstherapie, EMDR en NLP, oplossingsgericht werken, client-centered aanpak, hypnose, korte oplossingsgerichte therapie, rouwtherapie

Wat wordt gezien als belangrijkste aandachtspunten vanuit de eigen werksituatie wanneer de ELP die onder de ziekenfondswet valt direct toegankelijk wordt gemaakt?

Tabel 7.9 Belangrijke aandachtspunten m.b.t. directe toegankelijkheid van ELP vanuit de eigen werksituatie gezien in % (n=125)

(meerdere antwoorden mogelijk)	%
Het moet mogelijk blijven om bij de arts een medische diagnose op te vragen als dat voor de behandeling noodzakelijk is	83
De financiering moet zijn gegarandeerd	82
De overige disciplines in de eerste lijn moeten op de hoogte zijn van de mogelijkheden van de ELP	75
Een adequate communicatie en informatie uitwisseling tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn (terugkoppeling van gegevens naar een centraal punt)	70
Er moet een duidelijk taakverdeling komen tussen de disciplines in de eerste lijn (wie doet wat?)	59
De patiënt moet op de hoogte zijn van de deskundigheid van de ELP	54
De bevoegdheden van de ELP moeten worden uitgebreid	14
De ELP zou zelf inzage moeten hebben in het medische dossier van de patiënt	9
Andere aandachtspunten*	17

* De aandachtspunten die door de respondenten onder deze antwoordcategorie zijn genoemd worden hieronder genoemd.

erkenning van verwijzingen door ELP naar de 2e lijn, voldoende gekwalificeerde ELPen, diagnostische consulten meer noodzakelijk, ELP moet generalist zijn, mogelijkheid opvragen info over eerdere behandelingen, overleg mogelijk met 2e en 3e lijn, hoe moet worden omgegaan met crisisinterventie?, ELP niet in het ziekenfonds (?), een kleine bijdrage per persoon lijkt wenselijk (bijvoorbeeld 10 Euro), goed overleg tussen behandelaars noodzakelijk, regels voor wanbetalers en draaieur-patiënten, disciplines op de hoogte van elkaars deskundigheid, strenge controle op misbruik van zorg nodig.

7.4 Voor- en nadelen DT

Gevraagd is naar attitude ten opzichte van directe toegang en naar de voor- en nadelen van directe toegang tot de ELP. Het antwoord wordt in tabel 7.10 weergegeven, zoals blijkt staat 71% van de ELPen (sterk) positief tegenover directe toegankelijkheid.

Tabel 7.10 Standpuntbepaling uitvoerend niveau directe toegankelijkheid van ELP in % (n=125)

	%
Sterk positief	30
Positief	41
Neutraal	18
Negatief	10
Sterk negatief	2
Totaal	100

Voor en nadelen van directe toegankelijkheid van ELP

In de vragenlijst wordt de respondenten gevraagd maximaal drie voordelen en drie nadelen op te noemen van directe toegankelijkheid van ELP vanuit de eigen werksituatie gezien. Het betrof hier twee open vragen. De antwoorden van de respondenten zijn zoveel mogelijk gecategoriseerd en worden hieronder zo beknopt mogelijk omschreven.

Voordelen directe toegankelijkheid van ELP

• Laagdrempelig • Snelle inschatting diagnose • Eigen verantwoordelijkheid en privacy van de cliënt • Huisarts heeft eigen stokpaardjes, hij 'ziet' niet alles • Ontlasting van de huisarts • Als er onvoldoende vertrouwensband is met de huisarts • Minder administratie (ook voor cliënt) • Meer psychologische problematiek kan nu behandeld worden • Cliënt hoeft niet tweemaal alles uit te leggen • Kortere lijnen • Minder wachttijden door snellere hulp • Schaamtegevoelens bij de cliënt, ze hoeven nu niet eerst langs de huisarts • Geen verslaglegging naar huisarts nodig • Meer zelfstandig ondernemerschap en betere marktwerking • Taboe op psychologische behandeling wordt minder • Gemotiveerdere cliënten • Tijdsbesparing en geldbesparing • Medicatie wordt voorkomen • Cliënt kan psycholoog kiezen onafhankelijk van huisarts • Intensivering contact met andere collega's dan huisarts In 13 gevallen is aangegeven dat men geen voordelen ziet in directe toegang.

Nadelen directe toegankelijkheid ELP

- Minder samenwerking met de huisarts en geen voorselectie (poortwachter) meer.
 - Psychologisering van medische klachten (geen somatische screening).
 - Mensen moeten worden doorverwezen omdat ze fout zitten, publiek is niet goed op de hoogte van de ELP mogelijkheden.
 - Geen mogelijkheid voor ruggespraak met verwijzer.
 - Shoppende patiënten, niemand heeft overzicht van hun gedrag.
 - Grotere werkdruk en meer administratie door grote toestroom.
 - Achtergrond van cliënt niet bekend.
 - Cliënten kunnen moeilijk de weg vinden.
 - Patiënten voor de tweede lijn melden zich bij ELP.
 - Langere wachttijden.
 - Onduidelijkheid of huisarts medicatie geeft, combinatie van gesprek en medicatie soms goed.
 - Huisarts is niet meer op de hoogte.
 - Moet psycholoog in het vervolg eerst huisarts worden?
 - Huisarts kan zich gepasseerd voelen.
 - Minder gerichte motivatie bij cliënten.
 - Agressie bij cliënten.
- Geen nadelen wordt 15 maal genoemd.

7.5**Bijscholing**

De respondenten is gevraagd of zij het noodzakelijk achten, dat ELPen inhoudelijk worden bijgeschoold wanneer ELP direct toegankelijk zou worden. Als de respondenten dit inderdaad noodzakelijk vonden is hen vervolgens gevraagd waarop deze bijscholing zich moet richten. Op deze vraag konden meerdere antwoorden worden gegeven.

Tabel 7.11 Noodzaak van bijscholing i.v.m. directe toegankelijkheid van ELP in % (n=125)

	%
Ja	42
Nee	55
Geen mening	2
Totaal	100

Tabel 7.12 Soorten bijscholing in % (n=125)

(meerdere antwoorden mogelijk)	%
Herkennen pathologie	31
Kennis van wet en regelgeving	26
Communicatie met huisartsen/ specialisten/ verpleeghuisartsen	22
Communicatie met overige disciplines in de eerste lijn (bijv. fysiotherapeuten etc.)	21
Anders, namelijk*	

* Onder deze antwoordcategorie werden o.a. genoemd: diagnostische testen, DSM-IV classificatie (psychiatrische diagnoses), kennis van tokiak kaart (?), kennis van bedrijfsvoering, kennis over doorverwijsmogelijkheden, omgaan met agressie en suïcide gevaar, rechten van de ELP, samenwerking met justitie en deurwaarders, kostenbesparende en effectieve communicatie, kennis van psychofarmaca, oplossingsgerichte therapie

Zoals blijkt is 42% van de ELPen van mening dat bijscholing noodzakelijk is om directe toegankelijkheid te kunnen realiseren. Onderwerpen die daarbij frequent worden genoemd zijn het herkennen van pathologie, kennis van wet- en regelgeving en communicatie met huisartsen en anderen in de eerste lijn.

7.6 Rapportage naar de huisarts

Ook op het uitvoerende niveau is geïnventariseerd of men het noodzakelijk vindt dat over elke patiënt die zich zonder verwijzing bij de ELP meldt, een rapportage naar de huisarts, specialist of verpleeghuisarts wordt verzorgd en zo ja op welk moment. De resultaten worden in onderstaande tabel weergegeven.

Tabel 7.13 Noodzaak rapportage naar huisarts in % (n=125)

	%
Ja, zowel na het eerste contact als na afronding van de behandeling	38
Ja, na afronding van de behandeling	18
Ja, na het eerste contact	1
Anders namelijk	30
Nee, niet nodig	12
Totaal	100

Opmerkingen die daarbij werden gemaakt zijn onder meer: cliënten kunnen zelf met de huisarts communiceren, alleen als de cliënt instemt met rapportage, niet noodzakelijk, wel wenselijk.

Zoals blijkt vindt een meerderheid van de ELPen het noodzakelijk dat na afronding van de behandeling de huisarts hierover wordt geïnformeerd, 38% vindt het nodig de huisarts ook bij het eerste contact te informeren.

7.7 Draagvlak om mee te willen werken aan een pilot

Tenslotte is gevraagd naar de bereidwilligheid om mee te werken aan een eventueel proefproject naar de directe toegang van de ELP. Dit leverde de volgende response op: De resultaten worden in onderstaande tabel weergegeven.

Tabel 7.14 Draagvlak proefproject directe toegankelijkheid van ELP in % (n=125)

	%
Ja	38
Ja, mits*	37
Nee	24
Geen mening	2
Totaal	100

* Onder deze antwoordcategorie werden o.a. genoemd: voldoende ondersteuning en back-up, niet teveel extra werk (kost tijd en geld), praktijk goed kan blijven doordraaien, niet wijkgebonden moeten werken, eenvoudige declaraties, in samenwerking met huisarts, als betaling gegarandeerd is.

8 Conclusies en overige randvoorwaarden

8.1 Inleiding

In dit deelrapport DT Psychologen in de eerste lijn is ingegaan op de vraag wat de gevolgen zijn van directe toegankelijkheid van eerstelijns psychologen (ELP); op landelijk niveau, regionaal niveau en uitvoerend niveau. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste punten samengevat, eindconclusies getrokken en aanbevelingen geformuleerd.

8.2 Wenselijkheid directe toegankelijkheid op landelijk niveau

Over het geheel genomen is men van mening dat het uitvoeren van proefprojecten op het terrein van de directe toegankelijkheid van de eerstelijns psychologen (ELP) een goede zaak is.

Formeel zijn de ELPen vanuit de Wet BIG momenteel al direct toegankelijk. Hoewel er sprake van is om de ELP op te nemen in het ziekenfondspakket is dat tot nu toe nog niet geëffectueerd. De huidige financiering vindt doorgaans plaats vanuit aanvullende verzekeringen en/of eigen bijdragen. Ziektekostenverzekeraars verbinden in wisselende mate voorwaarden om voor (gedeeltelijke) vergoeding in aanmerking te komen. Een van die voorwaarden is de verwijzing van een huisarts. Ruim 70% van de ELPen staat positief tegenover directe toegankelijkheid.

Momenteel komt al een groot scala aan patiëntengroepen en probleemgebieden zonder verwijzing bij de ELP. De ELPen zijn van mening dat een groot scala aan problemen en patiëntengroepen voor directe toegankelijkheid in aanmerking komt. Een voorbehoud wordt gemaakt bij patiënten waarbij psychiatrische aandoeningen een rol spelen. Ook worden opmerkingen gemaakt rond patiënten die gebruik maken van medicijnen, waarbij ook de mogelijkheid wordt geopperd om zelf bepaalde soorten medicijnen voor te kunnen schrijven.

Aanbeveling

ELP kan in zijn geheel direct toegankelijk worden mits aan bepaalde voorwaarden is voldaan. De huisarts moet op de hoogte worden gehouden over de aan zijn/haar cliënt geleverde zorg. Informatie dient teruggekoppeld te worden naar een centraal punt en moet hier ook kunnen worden opgevraagd door de diverse zorgverleners in de eerste lijn.

8.3 Kwaliteitseisen ELPen

De kwaliteitseisen die nu gesteld worden aan de ELP, rekening houdend met de kwaliteitseisen vanuit patiëntenperspectief worden voldoende geacht voor het behandelen van direct toegankelijke hulpvragen. Wensen voor nascholing betreffen met name: herkennen van pathologie (zowel somatisch als psychiatrisch), kennis van regelgeving, communicatie binnen de eerste lijn.

Aanbeveling

Voor psychologen die daar behoefte aan hebben een adequate bijscholing organiseren met name op het terrein van het herkennen van pathologie, regelgeving en communicatie binnen de eerste lijn.

8.4 Communicatie en registratie relevante gegevens

Door de ELPen wordt benadrukt dat er een adequate communicatie en informatie uitwisseling moet zijn tussen verschillende disciplines in de eerste lijn, met andere woorden er dient een centraal punt te zijn, waar een medisch dossier wordt opgebouwd. Er zijn allerlei ontwikkelingen gaande die hierop kunnen aansluiten zoals samenwerkingsprojecten tussen huisartsen en ELPen en ontwikkelingen op het terrein van een elektronisch medisch dossier. Meer dan de helft van de ELPen acht het van belang de huisarts te informeren over de behandeling.

Aanbeveling

Er dient een standaard aanmeldingsformulier te worden gebruikt voor patiënten die zich, tijdens een eventueel proefproject, zonder verwijzing aanmelden. Over de wijze en frequentie waarop de rapportage naar de huisarts moet plaats vinden, dient voorafgaand aan het proefproject overeenstemming bereikt te worden met zowel de deelnemende huisartsen als de deelnemende psychologen.

8.5 Draagvlak voor directe toegankelijkheid onder ELPen

Het draagvlak voor het uitvoeren van proefprojecten is groot, driekwart van de ELPen is bereid hieraan mee te werken. Voorwaarden die daarbij worden genoemd zijn: voldoende ondersteuning en back-up, niet teveel extra werk, de praktijk goed kunnen blijven doordraaien, niet wijkgebonden moeten werken, vereenvoudiging van de declaraties, samenwerking met de huisartsen, garandering van de betaling.

Aanbeveling

Wanneer er ELPen worden geselecteerd voor deelname aan een proefproject verdient het de voorkeur om die praktijken te selecteren die minimaal 0,5 fte ELP leveren.

8.6 Overige randvoorwaarden t.a.v. proefprojecten

De belangrijkste randvoorwaarden ten aanzien van directe toegankelijkheid zijn de volgende:

- Het moet mogelijk blijven om bij de arts een medische diagnose op te vragen als dat voor de behandeling noodzakelijk is;
- De financiering moet zijn gegarandeerd;
- De overige disciplines in de eerste lijn moeten op de hoogte zijn van de mogelijkheden van de ELP;
- Een adequate communicatie en informatie uitwisseling tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn (terugkoppeling van gegevens naar een centraal punt);
- Er moet een duidelijke taakverdeling komen tussen de disciplines in de eerste lijn;
- De patiënt moet op de hoogte zijn van de deskundigheid van de ELP;
- De bevoegdheden van de ELPen moeten worden uitgebreid;

De ELP zou zelf inzage moeten hebben in het medisch dossier van de patiënt.

9 Referenties

Brunenberg W, Neijmeijer L, Hutschemaekers G. Beroep: psycholoog/pedagoog. Utrecht: Nederlands Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid, 1995.

Gort A. Relatie met huisarts cruciaal: resultaten project verruiming financiële toegankelijkheid eerstelijnspsychologen. Amsterdam: LVE nieuwsbrief 3, augustus 2003.

Hutschemaekers G, Camp K van de. Psychotherapie in getallen. Utrecht: Trimbos-Instituut, 1999.

Nederlands Instituut voor Psychologen. Jaarverslag NIP. Amsterdam: NIP, 1998.

Meester M. Eerstelijnspsychologie in het pakket. CVZ Magazine maart 2003, 18-19.

Mesman J, Verhaak P.F.M. De toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen: een onderzoek naar de verzekeringstechnische en geografische toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen. Utrecht: Nederlands Instituut voor de Eerstelijns Gezondheidszorg (NIVEL), 2001.

NPCF. Algemene kwaliteitscriteria. Reeks De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief. Utrecht: Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, 1996.

Rooij J van, Verhaak P. Psychologen in de eerstelijns. Utrecht: Nederlands Instituut voor de Eerstelijns Gezondheidszorg (NIVEL), 1989.

Schut H, Bensing J. Samenwerking Huisarts-Psycholoog. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1977.

Verhaak PFM, Friele R, Chatrou M. Wie bezoekt de eerstelijnspsycholoog?. De Psycholoog 1995;30 (1):22-25.

Wentink M, van Hattum MJC, Hutschemaekers G. De eerstelijnspsycholoog gevolgd. Utrecht: Trimbos instituut, 2002.

Werkgroep Eerstelijns GGZ. De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief. Utrecht/Amsterdam: LHV/VOG/LVE, 2000.

IJland CM, Drouven LE. Resultaten project 'Verruiming financiële toegankelijkheid eerstelijnspsychologen'. Enschede: Hoeksma, Homans & Mentink, 2003.

Zorgverzekeraars Nederland. Visie zorgverzekeraars op herstructurering Eerstelijnszorg. Zeist: ZN, 2002.

Zwaap J. Eerstelijnspsychologische zorg in het ziekenfondspakket. Amstelveen: CVZ, 2003 (uitvoeringstoetsEPZ.doc(CURES))

A Informatie over de stuurgroep Tussen de lijnen (website Buitink beleidsadvies)

Overzicht van de diverse overheidsmaatregelen ter versterking van de eerstelijns GGZ

Sturen 'tussen de lijnen' van de GGZ

Minister Borst van VWS stelde in 1999 een 'Stuurgroep Tussen de Lijnen' in voor de sector geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Zij formuleerde als doelstelling voor deze Stuurgroep om 'door middel van afspraken tussen de betrokken partijen te komen tot een samenhangend GGZ-zorgaanbod in en tussen de eerste- en tweedelijns GGZ'. Belangrijk motief voor de minister was en is dat meer samenhang tussen de lijnen van de GGZ haar beleidsstreven ondersteunt: versterking van de eerstelijns GGZ – huisarts, Algemeen Maatschappelijk Werk en eerstelijnspsycholoog - en ontlasting van de tweedelijns, gespecialiseerde GGZ. Bovendien maakt de minister partijen medeverantwoordelijk in het proces tot modernisering van de GGZ.

In dit artikel presenteert de Stuurgroep zich met een uitwerking van de doelstelling en missie, met een overzicht van de diverse overheidsmaatregelen ter versterking van de eerstelijns GGZ en met een schets van het domein, waarbinnen de Stuurgroep invloed kan uitoefenen. De Stuurgroep wil een betere wisselwerking tussen beleid en praktijk tot stand brengen.

Beleidsvisie GGZ als basisdocument

De *Stuurgroep Tussen de Lijnen* komt voort uit het zogenaamde 'eerstelijnsoverleg GGZ', dat op initiatief van het Ministerie van VWS tussen 1997 en 1999 regelmatig bijeenkwam. Dit overleg² bereidde adviezen over de noodzaak en invulling van de versterking van de eerstelijns GGZ voor. Deze adviezen werden verwerkt in de *Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg* (1998) van Minister Borst.

De Stuurgroep³ heeft na de presentatie van die *Beleidsvisie* in 1999 als zelfstandig orgaan de taak van het eerstelijnsoverleg GGZ overgenomen, waarbij VWS nu

² Aan dit zgn. 'eerstelijnsoverleg' deden, op uitnodiging van het Ministerie van VWS, mee: de eerstelijnspartijen, t.w. de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE) en de Maatschappelijk Ondernemers Groep (MOGroep, voorheen VOG) voor het AMW en daarnaast GGZ-Nederland (gespecialiseerde GGZ) en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en Zorgverzekeraars Nederland als financiers.

³ De Stuurgroep Tussen de Lijnen bestaat, *naast* de onder voetnoot 1 genoemde partijen, uit: de Federatie Verpleegkunde in de GGZ, de NVVP (vrij gevestigde psychotherapeuten), de NVvP (vrij gevestigde psychiaters), de Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra (LVG) en last but not least de patiënten/cliënten, vertegenwoordigd door de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). Behalve het Ministerie van VWS is de Landelijk coördinator van het Diabolo-project vaste waarnemer. Het Steunpunt Tussen de Lijnen (NIVEL en Trimbos-instituut) en externe onderzoekers volgen zonnodig op uitnodiging van de voorzitter der vergaderingen. De onafhankelijke voorzitter en secretaris van de Stuurgroep zijn respectievelijk: Frans König, arts en Jaap Buitink, beleidsadviseur (Buitink Beleidsadvies).

waarnemer is in plaats van initiatiefnemer. De Minister: 'De Stuurgroep adviseert VWS bij de verdere vormgeving van het beleid inzake de versterking van de eerste lijn. Ook volgt zij ontwikkelingen in het veld en rapporteert zij daarover naar haar verschillende achterbannen' (brief van de Minister van VWS d.d. 25 oktober 1999).

De *Beleidsvisie GGZ* is dus een belangrijk basisdocument voor de Stuurgroep; hierin schetst de minister een zorgproces voor de organisatie van de GGZ. Centraal daarin staat dat de behandeling van mensen met psychische problemen niet in een zwaarder 'echelon' (de tweede- of derdelijn) moet plaatsvinden dan strikt nodig is. Voortbordurend op de *Beleidsvisie GGZ* ziet de Stuurgroep het als haar missie om het beleidsstreven van versterking van de eerstelijns GGZ in de praktijk mogelijk te maken. Uitgangspunten van de eerstelijns hulp zijn daarbij: generalistisch, dichtbij, laagdrempelig en kortdurend (als het kan; langdurig als het moet).

Direct gerelateerd aan het streven tot versterking van de eerstelijns is de noodzaak tot verbetering van de samenwerking en afstemming tussen eerstelijns GGZ en tweedelijns (gespecialiseerde) GGZ, inclusief de consultatiefunctie van tweede- naar eerstelijns. Een betere afstemming tussen tweede en eerstelijns draagt niet alleen bij aan de door de Minister en Parlement beoogde versterking van de eerstelijns, maar tevens en vooral aan een betere en efficiëntere hulpverlening op maat aan de hulpvrager: hulp indien mogelijk in de eerstelijns; indien noodzakelijk (gespecialiseerd) in de tweedelijns.

Cliëntenperspectief

De leden van de Stuurgroep onderschrijven dat het cliëntenperspectief een basaal uitgangspunt van het werken in/voor de GGZ is. Tegelijkertijd constateert de Stuurgroep dat de invulling van dit perspectief voor meerdere uitleg vatbaar is en misverstanden met zich mee brengt. Een gehoorde reactie is dat het beleidsstramien in de GGZ te veel gebaseerd is op een *aanbodgerichte* visie. De vraag van de cliënt/patiënt staat onvoldoende centraal.

Als de Stuurgroep in haar missie zegt dat 'doelstelling en uitvoering van taken steeds tegen het licht van het belang van de (potentiële) cliënt/patiënt gehouden moet worden', zal de Stuurgroep de komende jaren duidelijkheid moeten creëren over wat dat precies inhoudt, maar ook termen als 'vraaggericht' en 'aanbodgericht' moeten gaan uitwerken, o.a. aan de hand van praktijkvoorbeelden.

Hulpverlenerperspectief

Alle 'mooie woorden' over de versterking van de eerstelijns GGZ en het aanbrengen van meer samenhang tussen de lijnen verdienen ook vanuit het perspectief van de hulpverlener in de praktijk een nadere invulling. Uit die praktijk komen bijvoorbeeld signalen dat huisartsen – die toch al kampen met een hoge werkdruk - worstelen met de toename van het aantal patiënten dat zich meldt met psychische problemen. Zij kunnen op veel plaatsen nog maar beperkt verwijzen naar Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) of eerstelijnspsycholoog (ELP). Het AMW heeft op veel plaatsen wegens tekort aan formatie onvoldoende mogelijkheden tot investering in samenwerking met huisartsen. ELP is op veel plaatsen niet of onvoldoende aanwezig en wanneer er wel een ELP is, is deze wegens financiële drempels minder toegankelijk. De betreffende huisartsen merken dus nog weinig van de (beoogde) ondersteuning of verlichting op het terrein van de GGZ.

En als ze verwijzen naar de tweedelijns, ondervinden ze blijkens meerdere signalen, soms moeilijkheden in de communicatie en afstemming met die tweedelijns GGZ, waar veelal ook nog eens een wachtlijst bestaat. Hoopgevend zijn de signalen dat huisartsen

tevreden zijn over consultatievormen met de inzet van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV) vanuit de tweedelijns. Maar hun beschikbaarheid is tot nu toe beperkt.

De Stuurgroep beseft daarom dat realisatie van haar doelstelling – en de daarin begrepen overheidsvisie op de versterking van de eerstelijns GGZ – voor veel hulpverleners in de eerstelijns GGZ nog ver weg lijkt.

Maatregelen

Onder regie van het Ministerie van VWS zijn – als uitwerking van de Beleidsvisie GGZ - maatregelen om tot een daadwerkelijke versterking van de eerstelijns GGZ te komen genomen. De Stuurgroep bewaakt de voortgang en kwaliteit van deze maatregelen:

1. *consultatieregeling* met als doelstelling een versterking van de opvangmogelijkheden binnen de eerstelijns door middel van consultatie van de tweedelijns naar de eerstelijns, met landelijke stimulering en begeleiding van het *Steunpunt Tussen de Lijnen* (helpdesk: Trimbos-instituut, tel. 030 2971153);
2. *tijdelijke stimuleringsregeling AMW*: uitbreiding formatieplaatsen van het gemeentelijk gefinancierde AMW. Hiertoe stelde de regering gedurende vier jaar ruim 11 miljoen euro per jaar ter beschikking; gemeenten moeten eenzelfde bedrag op tafel leggen.
3. onderzoek – middels pilotprojecten - naar de *verbetering van de toegankelijkheid van de ELP* door opname in het ziekenfonds; realisatie naar verwachting per 2004;
4. *verbetering kwaliteit in de eerstelijns*: kwaliteitsprogramma's voor de drie eerstelijnsdisciplines, huisartsen, AMW en ELP, inclusief het gezamenlijk project Korte Lijnen (gericht op de verbetering van de onderlinge samenwerking in de eerstelijns GGZ);
5. aanstellen van een *landelijk coördinator Tussen de lijnen*, die met zijn *Diaboloproject* kansrijke, veelal innovatieve, initiatieven die bijdragen tot meer en beter samenwerken tussen de lijnen van de GGZ financiële impulsen kan geven (info: tel. 0180 429099 of www.diaboloproject.nl);
6. *evaluatieonderzoek* naar de effecten van alle maatregelen gericht op de versterking van de eerstelijns GGZ.

Uit deze maatregelen blijkt dat het de overheid ernst is met de versterking van de eerstelijns GGZ. Daarbij wil de Stuurgroep aantekenen dat:

- a. gelet op positieve signalen over lopende initiatieven in de praktijk, bovenstaande maatregelen in een realistisch perspectief geplaatst kunnen worden: het zijn haalbare doelen;
- b. de effecten van de maatregelen en de uitkomsten van de gestarte kwaliteitsprogramma's op lange termijn beoordeeld moeten worden. De praktijk is weerbarstig en wordt vaak nog gekenmerkt – dat is ook realiteit – door hulpverleners die vanuit hun ervaring enige scepsis hebben opgebouwd t.a.v. veranderingen.

De Stuurgroep zal zich door die laatste groep niet laten leiden: het inventariseren van 'good practices' zal het houvast bieden om door te gaan op de ingeslagen weg.

Meer sturen dan turen

In de Stuurgroep Tussen de Lijnen komen alle lijnen - (te) lange lijnen, beleidslijnen, tussen de lijnen en korte lijnen - bij elkaar en vormen de leden met elkaar het *platform* waarin initiatieven, projecten en beleidsmaatregelen gericht op de versterking van de eerstelijns, op haalbaarheid worden getoetst, nader vormgegeven, gevolgd en becommentarieerd. Het is een bekend risico dat een dergelijk platform steeds achter de

feiten blijft aanlopen: nota's en projectverslagen genoeg om eens in de zes weken twee uur mee te vullen. Daarmee zou de Stuurgroep een weliswaar voor de afstemming nuttige vergaderclub worden, die echter nauwelijks verder komt dan wat verstandig naar de problematiek turen en die te weinig pro-actief kan inspelen op nieuwe initiatieven. De Stuurgroep zal in tegenstelling tot dit traditionele beeld nadrukkelijk ruimte creëren voor brainstorming en het aanzetten tot nieuwe acties: de Stuurgroep zal m.a.w. meer sturen dan turen.

Wat zijn de belangrijkste *uitgangspunten* voor dat *sturen* van de Stuurgroep?

1. het *domein* van de Stuurgroep is de GGZ met de nadruk op de (versterking van de) eerstelijns GGZ (huisarts, AMW en ELP)⁴ en de – voor een goed functionerende eerstelijns van belang zijnde – afstemming tussen eerste- en gespecialiseerde GGZ (instituten en vrij gevestigde psychotherapeuten en psychiaters;
2. de Stuurgroep richt zich op het verbeteren van de *kwaliteit* van de hulpverlening aan (potentiële) cliënten/patiënten⁵;
3. de Stuurgroep richt zich op *good practices* en nieuwe initiatieven uit het werkveld, schat de waarde daarvan in en stimuleert desgewenst verdere ontwikkeling. De Landelijk Coördinator Tussen de Lijnen doet dat concreet in zijn *Diaboloproject* en stemt daarbij af met de Stuurgroep;
4. om tot een *pro-actieve visie- en beleidsontwikkeling* te komen is het nodig dat de leden ideeën en ontwikkelingen uit hun werkveld en beleid aan de Stuurgroep ter kennisname beschikbaar stellen: de *praktijk* is de basis. Maar ook rechtstreekse signalen uit de praktijk zijn welkom;
5. de Stuurgroep zal – op basis van die praktijk - *positieve signalen* naar buiten afgeven en waarnodig ook knelpunten naar leden of politiek signaleren. De Stuurgroep rekent het tot haar taak bij te dragen aan een positieve beeldvorming over de eerstelijns GGZ (in de publieke opinie bestaat er vrijwel geen 'eerstelijns GGZ' en is er ook weinig bekend over de preventieve mogelijkheden van de eerstelijns);
6. de Stuurgroep zelf is geen uitvoerende organisatie (voorzitter en secretaris hebben een zeer beperkt aantal uren ter beschikking); de Stuurgroep zal daarom vooral initiëren en delegeren naar leden en het *Steunpunt Tussen de Lijnen*.

Modernisering GGZ

Een brief van de Minister aan de Tweede Kamer (d.d. 18-05-01) versterkt het belang en de actualiteit van de doelstellingen van de Stuurgroep. De Minister geeft daarin heel duidelijk aan volledig verder te varen op de in de *Beleidsvisie GGZ* ingezette koers: onder de titel 'modernisering van de GGZ' benadrukt ze met enkele 'verbeterpunten' nog weer eens de noodzaak van versterking van de eerstelijns GGZ:

- meer GGZ-kennis en meer generalistisch GGZ-aanbod in de eerstelijns, zodat onderbehandeling en overbehandeling van cliënten kunnen worden voorkomen;
- meer aandacht voor zorg- en begeleiding bij arbeidsrelevante psychische problematiek;

1.1.1.1.1

⁴ De Stuurgroep hanteert als 'werkschrijving' van de 'eerstelijns GGZ':

De eerstelijns GGZ (huisarts, AMW, ELP) is voor iedereen met psychische problemen (al dan niet in combinatie met sociaal-maatschappelijke of somatische problemen) toegankelijk; de eerstelijns heeft een integraal, laagdrempelig en generalistisch zorgaanbod.

⁵ Zie voor een toelichting van de kwaliteit in de eerstelijns GGZ de nota *De eerstelijns GGZ in perspectief* van LHV, LVE en MOgroep/AMW (voorheen VOG), Utrecht, 2000.

- meer 'transparantie' voor de cliënt door meer zicht op het hulpaanbod, meer keuzemogelijkheden tussen aanbieders en meer vraaggericht en doelmatig werken.

De Stuurgroep ziet het als uitdaging om vanuit haar doelstelling en in onderlinge samenwerking al het mogelijke te doen om beleid en praktijk meer met elkaar te verbinden. Al doende zal de Stuurgroep veel leren.

Jaap Buitink, secretaris

Informatie: secretariaat Stuurgroep Tussen de Lijnen: Buitink Beleidsadvies, tel. 023 5472955 of www.buitinkbeleidsadvies.nl; e-mail: jbuitink@cistron.nl

B Interview met directeur LVE, format en antwoorden

Aandachtspunten in landelijk en regionaal contact LVE

1. Primair wordt ingegaan op de vraag:

- 'Is het voor de psychologen in de eerste lijn nu al haalbaar om geheel of gedeeltelijk over te gaan tot directe toegankelijkheid?'

Er zijn nu al mensen die direct bij de psycholoog komen en daarna pas een verwijzing bij de HA halen. Echter, DN denkt dat er alleen voor bepaalde patiëntengroepen een draagvlak voor is. De psycholoog kan niet beoordelen of er (ook) fysieke problemen zijn. Dit is een risico. Alleen bij patiënten die al eerder bij de PS zijn geweest, hoeft dit geen probleem te zijn.

Zie ook CVZ uitvoeringstoets (kopieren en terugsturen naar LVE, actie SN)

Belangrijk voor de psychologen in samenwerking met de HA:

1. bekendheid bij de HA
2. betrouwbaarheid van de PS
3. rapportage naar de HA

Deelvragen:

- Is het wenselijk de eerstelijnspsychologie direct toegankelijk te maken?

Mits doelmatig en doeltreffend. Het moet wel iets oplossen. Bovendien moet goede indicatiestelling mogelijk zijn.

- Indien directe toegankelijkheid haalbaar is betreft dit dan een volledig directe toegankelijkheid of dient een voorbehoud te worden gemaakt?

Bijvoorbeeld:

- In eerste instantie beperken tot vragen waarvoor richtlijnen en samenwerkingsprotocollen bestaan?
- Alleen voor bepaalde patiëntencategorieën direct toegankelijk

Eerste lijns: maximaal 12 behandelingen dus kort. Wel bijvoorbeeld voor chronische patiënten: deze zijn al eerder geweest en zijn dus bekend. Voorwaarde: een goede uitwisseling tussen alle eerstelijns groepen: alle beroepsgroepen moeten een goed kwaliteitsbeleid hebben.

2. De LVE is aangesloten bij het NIP en de leden zijn BIG geregistreerd. Bij- en nascholingen worden geaccrediteerd via het NIP

- Voldoet het huidige kwaliteitsregister reeds aan de geformuleerde criteria?

Eerstelijns psycholoog = GZ psycholoog + (1 jaar extra)

Leden moeten voldoen aan bepaalde strenge eisen: er zijn accreditatie-eisen in ontwikkeling. Dit moet zo simpel en strak mogelijk.

- Zijn er aanvullende kwaliteitseisen nodig i.v.m. de directe toegankelijkheid in de vorm van bijvoorbeeld een bij- of nascholingstraject?

In de VS: psychologen kunnen medicijnen voorschrijven (want lastig is, als de patiënt Al van de HA medicijnen, bv seroxat, heeft gekregen. Hoe dan een patiënt te behandelen?

- Wat zijn de consequenties in de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep?

De verantwoordelijkheid voor eigen handelen / terrein wordt verbreedt. Hieraan zou dan in de opleiding extra aandacht moeten worden besteedt.

3. Hoe kan een goede communicatie en informatie-uitwisseling tussen de verschillende beroepsgroepen (huisartsen en algemeen maatschappelijk werk) in de eerste lijn gerealiseerd worden indien deze alle direct toegankelijk zijn?

Rapportage protocollen via Buitink verkrijgbaar: "Korte Lijnen!". O.a. in ontwikkeling in Kennemerland: Marja Koch, eerstelijns psycholoog en trekker van het project waarbij samenwerking tussen HA, eerstelijns psycholoog en het algemeen Maatschappelijk Werk centraal staat. Er zijn protocollen hiervoor in ontwikkeling. Een handboek met protocollen wordt in het najaar verwacht!

- Welke vormen van communicatie en informatie-uitwisseling zijn voldoende voor een directe toegankelijkheid?

Zie hiervoor.

4. Moet de huidige regelgeving bijgesteld worden om een directe toegankelijkheid mogelijk te maken en zo ja hoe?

Bijvoorbeeld juridische consequenties, aansprakelijkheid, aanpassen "Klacht, tucht en ethiek" Dit alles via het NIP.

5. Vindt de beroepsgroep eerstelijnspsychologen het wenselijk als zij direct toegankelijk worden voor de patiënt?

Hangt af van de praktijk en de relatie met de HA. Rapport pilot ZF, tussen rapportage: soorten klachten, type en aard.

Alleen als het doelmatiger en doeltreffender is. Dit heeft DN nog niet gezien.

HA beter instrueren

HA geeft medicijnen, stuurt vervolgens patiënt door naar tweedelijns (RIAGG) i.v.m. verzekering die patiënt heeft, en dus de kosten voor de patiënt.

- Is de beroepsgroep van mening dat zij verantwoord gestalte kunnen geven aan een directe toegankelijkheid?

Zie hierboven.

De uitkomsten van de haalbaarheidsstudie vormen de basis voor een beslissing door het CVZ óf en onder welke voorwaarden proefprojecten op het terrein van de directe toegankelijkheid zullen worden opgezet.

Daarom alvast de volgende praktische vragen:

- Is men geïnteresseerd in een mogelijke deelname aan een proefproject directe toegankelijkheid eerstelijns psychologie?

Jawel. Voor medewerking hieraan kan DN ook wel zorgen. Zowel Solo- als groepspraktijken. Er moet dan wel voor diverse ontheffingen en regelingen gezorgd worden.

- Welke eerstelijnspsychologen zijn al betrokken bij samenwerkingspilots in de eerste lijn en wie kan daarover informatie verschaffen?

Haarlem, Delft, etc. (er komen er nog 5 bij) via Buitink op te vragen. Na de zomer komt ook een handboek (Zilveren Kruis, zorgkantoor). Er is een coördinatie van regionale samenwerking tussen HA, AMW en de eerstelijns PS.

- Welke huisartsen zijn al bij samenwerkingspilots betrokken en wie kan daarover informatie verschaffen?

Ook via Buitink te verkrijgen. Zie ook Blauwe boekje: LVE wil niet de LHV tegen de haren in strijken, nu de samenwerking net lekker loopt. WO moet met LHV spreken en dit aan de orde stellen.

Risico bij pilot: overconsumptie, waardoor wachtlijsten ontstaan.

Indicatiestelling en diagnostiek blijft belangrijk.

- Met welke zorgverzekeraars heeft men met name te maken? Van welk deel van de patiënten worden de behandelingen door de verzekeraars verzorgd?

Met alle zorgverzekeraars, maar innovatief zijn o.a. Zilveren Kruis en CZ.

- Heeft u een voorkeur voor een specifieke vorm van de proefprojecten wat betreft:

- volledig vrije toegankelijkheid
- uitsluitend bepaalde categorieën patiënten, welke?
- uitsluitend bepaalde zorgvragen, welke?
- anders, namelijk.....

Ook halen uit het veld.

- Welke contacten en adressen van praktijken en samenwerkingsverbanden die mogelijk interesse in het project zouden hebben kunnen benaderd worden?

T.z.t. kunnen we hiervoor contact opnemen met DN.

- Welke praktische zaken moeten van tevoren goed geregeld worden? Onder meer wat betreft:

- Regelgeving (Wet BIG, etc.) – algemene vrijstelling ten behoeve van de proefprojecten

NIP: "klachten, tucht en ethiek"

- Informatie naar cliënten (per praktijk/ instelling – eventueel via praktijkassistenten/ afdelingshoofd, affiches en folders)

Veel partimers. Vaak vrij op vrijdag. Werken 16-24 uur. Veel volgen ook nog scholing. 70% solo praktijken, 20% kleine groepen, overige: grote groepen: Helmond, Almere, Den Bosch, 12 psychologen.

- Informatie naar medewerkers van een gezondheidscentrum (inbrengen in werkoverleg)
- Ontwikkelen van een protocol over wederzijdse informatie e.d. (kan volstaan worden met beschikbare protocollen of dient een nieuw protocol te worden ontwikkeld?; onnodige administratieve handelingen moeten voorkomen worden)
- Vergoeding voor extra belasting vanwege deelname aan onderzoek (tijd voor registratie e.d.)

Is nodig! Niet super veel maar moet wel!

C Vragenlijst regionaal niveau

Aandachtspunten in landelijk en regionaal contact LVE

1. Primair wordt ingegaan op de vraag:

- 'Is het voor de psychologen in de eerste lijn nu al haalbaar om geheel of gedeeltelijk over te gaan tot directe toegankelijkheid?'

Deelvragen:

- Is het wenselijk de eerstelijnspsychologie direct toegankelijk te maken?

- Indien directe toegankelijkheid haalbaar is betreft dit dan een volledig directe toegankelijkheid of dient een voorbehoud te worden gemaakt?

Bijvoorbeeld:

- In eerste instantie beperken tot vragen waarvoor richtlijnen en samenwerkingsprotocollen bestaan?
- Alleen voor bepaalde patiëntencategorieën direct toegankelijk

2. De LVE is aangesloten bij het NIP en de leden zijn BIG geregistreerd. Bij- en nascholingen worden geaccrediteerd via het NIP.

- Voldoet het huidige kwaliteitsregister reeds aan de geformuleerde criteria?

- Zijn er aanvullende kwaliteitseisen nodig i.v.m. de directe toegankelijkheid in de vorm van bijvoorbeeld een bij- of nascholingstraject?

- Wat zijn de consequenties in de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep?

3. • Hoe kan een goede communicatie en informatie-uitwisseling tussen de verschillende

beroepsgroepen (huisartsen en algemeen maatschappelijk werk) in de eerste lijn gerealiseerd worden indien deze alle direct toegankelijk zijn?

- Welke vormen van communicatie en informatie-uitwisseling zijn voldoende voor een directe toegankelijkheid?
4. • Moet de huidige regelgeving bijgesteld worden om een directe toegankelijkheid mogelijk te maken en zo ja hoe?
5. • Vindt de beroepsgroep eerstelijnspsychologen het wenselijk als zij direct toegankelijk worden voor de patiënt?
- Is de beroepsgroep van mening dat zij verantwoord gestalte kunnen geven aan een directe toegankelijkheid?

De uitkomsten van de haalbaarheidsstudie vormen de basis voor een beslissing door het CVZ óf en onder welke voorwaarden proefprojecten op het terrein van de directe toegankelijkheid zullen worden opgezet.

Daarom alvast de volgende praktische vragen:

- Is men geïnteresseerd in een mogelijke deelname aan een proefproject directe toegankelijkheid eerstelijns psychologie?
-
- Welke eerstelijnspsychologen zijn al betrokken bij samenwerkingspilots in de eerste

lijn en wie kan daarover informatie verschaffen?

- Welke huisartsen zijn al bij samenwerkingspilots betrokken en wie kan daarover informatie verschaffen?

- Met welke zorgverzekeraars heeft men vooral te maken? Van welk deel van de patiënten worden de behandelingen door de verzekeraars verzorgd?

- Heeft u een voorkeur voor een specifieke vorm van de proefprojecten wat betreft:
 - ☐₁ volledig vrije toegankelijkheid
 - ☐₁ uitsluitend bepaalde categorieën patiënten, welke?
 - ☐₁ uitsluitend bepaalde zorgvragen, welke?
 - ☐₁ anders, namelijk _____

- Welke contacten en adressen van praktijken en samenwerkingsverbanden die mogelijk interesse in het project zouden hebben kunnen benaderd worden?

- Welke praktische zaken moeten van tevoren goed geregeld worden? Onder meer wat betreft:
 - Regelgeving (Wet BIG, etc.) – algemene vrijstelling ten behoeve van de proefprojecten
 - Informatie naar cliënten (per praktijk/ instelling – eventueel via praktijkassistente/ afdelingshoofd, affiches en folders)
 - Informatie naar medewerkers van een gezondheidscentrum (inbrengen in werkoverleg)
 - Ontwikkelen van een protocol over wederzijdse informatie e.d. (kan volstaan worden met beschikbare protocollen of dient een nieuw protocol te worden ontwikkeld?; onnodige administratieve handelingen moeten voorkomen worden)
 - Vergoeding voor extra belasting vanwege deelname aan onderzoek (tijd voor registratie e.d.)

D Vragenlijst uitvoerend niveau



Vragenlijst directe toegankelijkheid eerstelijns psychologie

Eerstelijns psychologie (ELP) vindt nu uitsluitend plaats op verwijzing van de huisarts of specialist. Hun kennis over de inhoud van het werk van eerstelijns psychologie is vaak beperkt. Daarbij voegt deze voor de verzekering noodzakelijke schakel van verwijzing zorginhoudelijk niet altijd veel toe en levert aldus een aanvullende (administratieve) belasting op. Daarnaast blijven noodzakelijke verwijzingen naar de eerstelijns psycholoog soms achterwege. Dit kan onnodig medicaliserend werken en tot hogere kosten van de zorg leiden.

Een mogelijkheid om de effectiviteit van eerstelijnszorg in het algemeen en de psychologische zorg in het bijzonder te vergroten, is patiënten rechtstreeks toegang te geven tot deze vorm van zorg.

Directe toegankelijkheid kan bijdragen tot de volwassenheid en professionaliteit van de psychologie in de eerste lijn en verhoogt wellicht de aantrekkelijkheid van het eigen ondernemerschap van eerstelijns psychologen in Nederland.

Om inzicht te krijgen in de mogelijkheden en gevolgen van directe toegankelijkheid van **psychologen**, oefentherapeuten Mensendieck en César, ergotherapeuten, diëtisten, logopedisten, mondhygiënist en tandprotheticen, wil het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) enkele proefprojecten starten. Ter voorbereiding hiervan voert TNO Preventie en Gezondheid een haalbaarheidsstudie uit, waarvan deze vragenlijst deel uit maakt.

De uitkomsten van de haalbaarheidsstudie vormen de basis voor de beslissing door het CVZ óf en onder welke voorwaarden de proefprojecten eventueel zullen worden uitgevoerd.

U kunt deze vragenlijst ook digitaal invullen op de daarvoor bestemde website: **directetoegang.pgdata.nl**
U krijgt toegang tot de voor u bedoelde vragenlijst door het intypen van uw respondentnummer dat op de enquête staat vermeld en het wachtwoord: **toegang**.

Deze vragenlijst is opgesteld in overleg met de heer Dick Nieuwpoort (directeur LVE). Mocht u behoefte hebben aan meer informatie dan kunt u contact opnemen met een van de medewerkers aan het project bij TNO.

Wil Ooijendijk, projectleider (wtm.ooijendijk@pg.tno.nl; tel 071 5181754)
Steffin Nauta, projectassistent (SM.Nauta@pg.tno.nl; tel 071 5181670)

Vragenlijst 'Haalbaarheid directe toegankelijkheid eerstelijns psychologie (ELP)'

Belangrijke opmerking: alle onderstaande vragen hebben uitsluitend betrekking op zorgverstrekkingen die u kunt declareren bij een van de zorgverzekeraars!

1a. In welke gemeente bent u werkzaam?

1b. Provincie

2. Vanuit welke setting biedt u ELP aan? (meerdere antwoorden mogelijk)

☐₁ Vanuit een vrijgevestigde eigen praktijk

☐₁ Vanuit een vrijgevestigde groepspraktijk mono disciplinair

☐₁ Vanuit een vrijgevestigde groepspraktijk multidisciplinair

☐₁ Anders, namelijk _____

3. Hoeveel uur (contacttijd, reistijd en overige cliëntgebonden tijd samengenomen) bent u gemiddeld per week **als psycholoog in de eerste lijn** werkzaam?

☐₁ 0-8 uur per week

☐₂ 9-16 uur per week

☐₃ 17-24 uur per week

☐₄ 25-32 uur per week

☐₅ 33-40 uur per week

Het aantal fte dat ik als psycholoog in totaal per week werk bedraagt :
(1 fte=100%= 36 tot 40 uur): _____

4. Hoeveel psychologen werken er in de praktijk/ op de afdeling waar u werkt?

Aantal psychologen: _____

Aantal in fte: _____

Aantal ELP's in fte: _____

5. Hoeveel jaar praktijkervaring heeft u?

_____ jaar

6. Neemt u deel aan intercollegiaal werkveld specifiek overleg?

☐₁ Ja, namelijk _____

☐₂ Nee

7. Melden zich nu al cliënten uit zichzelf (eventueel telefonisch) aan bij de praktijk/ zorginstelling zonder verwijzing van de huisarts of specialist?

☐₁ Nee, (bijna) nooit (**ga verder bij vraag 11**)

☐₂ Ja, soms

☐₃ Ja, wekelijks

☐₄ Ja, (bijna) dagelijks

Vragenlijst 'Haalbaarheid directe toegankelijkheid eerstelijns psychologie (ELP)'

8. Om welke categorieën cliënten gaat het dan? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Alle categorieën patiënten
- ☐ Patiënten met depressies
- ☐ Patiënten met bipolaire stemmingsstoornissen
- ☐ Patiënten met angststoornissen
- ☐ Patiënten met fobieën
- ☐ Patiënten met dwangstoornissen
- ☐ Patiënten met psychosociale problematiek
- ☐ Patiënten met overspannenheid en burnout
- ☐ Patiënten met psychosomatische klachten
- ☐ Patiënten met relatieproblemen
- ☐ Patiënten met gezin- en opvoedingsproblemen
- ☐ Patiënten met leer-, studie-, of werkproblemen
- ☐ Patiënten met klachten over slapen, eten, seksualiteit of impulsbeheersing
- ☐ Patiënten met trauma verwerkingsproblemen
- ☐ Vooral kinderen en jeugdigen
- ☐ Mantelzorgers
- ☐ Patiënten die reeds bekend zijn met de praktijk
- ☐ Andere patiënten, namelijk _____

9. Wat zijn de belangrijkste interventies die u heeft gebruikt tijdens de behandeling van deze cliënten die zichzelf aanmelden bij de praktijk/zorginstelling? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Gedragstherapie
- ☐ RET
- ☐ Gesprekstherapie
- ☐ Cognitieve therapie
- ☐ Psychodynamisch
- ☐ Systeem-, waaronder meditatietherapie
- ☐ Trainen/oefenen van activiteiten
- ☐ Overige interventies, namelijk _____
- ☐ Geen enkele interventie

10. Hoe wordt het één en ander administratief en financieel afgehandeld in deze situatie? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ De cliënt wordt eerst terugverwezen naar de huisarts of specialist voor een verwijfsbrief
- ☐ Er wordt achteraf een verwijfsbrief van de huisarts of specialist gevraagd
- ☐ De cliënt betaalt contant
- ☐ Sommige particuliere verzekeringen vergoeden behandeling zonder verwijzing van huisarts of specialist
- ☐ Anders, namelijk _____

Vragenlijst 'Haalbaarheid directe toegankelijkheid eerstelijns psychologie (ELP)'

Eerstelijns psychologie vindt (indien vergoed) nu plaats op verwijzing van de huisarts of specialist. Een mogelijkheid om de effectiviteit van eerstelijnszorg in het algemeen en psychologische zorg in het bijzonder te vergroten is patiënten rechtstreeks toegang te geven tot deze zorgvorm. *De patiënt meldt zich in deze situatie zonder verwijfsbrief uit zich zelf (of op aanraden van bijvoorbeeld een andere behandelaar, wijkverpleegkundige of familielid) aan bij de eerstelijns psycholoog¹.*

Een en ander zal waarschijnlijk ondersteund moeten worden met een goede voorlichtingscampagne naar de patiënt toe d.m.v. bijvoorbeeld het verspreiden van foldermateriaal en het inschakelen van patiëntenverenigingen. Indien er een proefproject wordt uitgevoerd op het terrein van de directe toegankelijkheid van psychologie zal TNO Preventie en Gezondheid de verantwoordelijkheid op zich nemen voor het opzetten van een dergelijke voorlichtingscampagne.

11. Staat u positief of negatief tegenover directe toegankelijkheid van eerstelijns psychologen zoals hierboven beschreven?

- ☐₁ Sterk positief
☐₂ Positief
☐₃ Neutraal
☐₄ Negatief
☐₅ Sterk negatief

12. Wat ziet u als de belangrijkste **voordelen** van directe toegankelijkheid van eerstelijns psychologen vanuit uw eigen werksituatie (u mag er maximaal drie noemen)?

- ☐ _____
☐ _____
☐ _____
☐ Geen voordelen

13. Wat ziet u als de belangrijkste **nadelen** van directe toegankelijkheid van eerstelijns psychologen vanuit uw eigen werksituatie (u mag er maximaal drie noemen)?

- ☐ _____
☐ _____
☐ _____
☐ Geen nadelen

¹ Deze invulling van het begrip 'directe toegankelijkheid' geldt voor de hele vragenlijst!

Vragenlijst 'Haalbaarheid directe toegankelijkheid eerstelijns psychologie (ELP)'

14. Welke categorieën cliënten acht u geschikt voor directe toegankelijkheid van ELP?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Alle categorieën patiënten
- ☐ Patiënten met depressies
- ☐ Patiënten met bipolaire stemmingsstoornissen
- ☐ Patiënten met angststoornissen
- ☐ Patiënten met fobieën
- ☐ Patiënten met dwangstoornissen
- ☐ Patiënten met psychosociale problematiek
- ☐ Patiënten met overspannenheid en burnout
- ☐ Patiënten met psychosomatische klachten
- ☐ Patiënten met relatieproblemen
- ☐ Patiënten met gezin- en opvoedingsproblemen
- ☐ Patiënten met leer-, studie-, of werkproblemen
- ☐ Patiënten met klachten over slapen, eten, seksualiteit of impulsbeheersing
- ☐ Patiënten met trauma verwerkingsproblemen
- ☐ Vooral kinderen en jeugdigen
- ☐ Mantelzorgers
- ☐ Patiënten die reeds bekend zijn met de praktijk
- ☐ Patiënten die zich aanmelden op aanraden van bijvoorbeeld een maatschappelijk werker, fysiotherapeut of verpleegkundige uit de eerste lijn
- ☐ Andere patiënten, namelijk _____
- ☐ Geen enkele categorie

15. Welke interventies acht u geschikt voor directe toegankelijkheid van ELP? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Alle interventies die ik nu ook verricht in het kader van de verstrekking ELP
- ☐ Gedragstherapie
- ☐ RET
- ☐ Gesprekstherapie
- ☐ Cognitieve therapie
- ☐ Psychodynamisch
- ☐ Systeem-, waaronder meditatietherapie
- ☐ Trainen/oefenen van activiteiten
- ☐ Overige interventies, namelijk _____
- ☐ Geen enkele interventie

Vragenlijst 'Haalbaarheid directe toegankelijkheid eerstelijns psychologie (ELP)'

16. Wat ziet u als belangrijk(e) aandachtspunt(en) vanuit uw eigen werksituatie, wanneer de ELP die onder de ziekenfondswet valt direct toegankelijk wordt gemaakt? (meerdere antwoorden mogelijk)
- ☐₁ Het moet mogelijk blijven om *bij de arts* een medische diagnose op te vragen als mede overige medische gegevens die voor de behandeling noodzakelijk zijn
 - ☐₁ De bevoegdheden van de eerstelijns psycholoog moeten worden uitgebreid
 - ☐₁ De eerstelijns psycholoog zou *zelf* inzage moeten hebben in het medische dossier van de patiënt
 - ☐₁ Een adequate communicatie en informatie uitwisseling tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn (terugkoppeling van behandelingen naar een centraal punt)
 - ☐₁ De patiënt moet op de hoogte zijn van de deskundigheid van psychologie
 - ☐₁ De overige disciplines in de eerste lijn moeten op de hoogte zijn van de mogelijkheden van psychologie
 - ☐₁ Er moet een duidelijke taakverdeling komen tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn (wie doet wat?)
 - ☐₁ De financiering moet zijn gegarandeerd
 - ☐₁ Andere aandachtspunten en/of andere invullingen van directe toegankelijkheid, namelijk:
-
-
-
17. Vindt u het noodzakelijk dat eerstelijns psychologen inhoudelijk bijgeschoold worden in verband met de directe toegankelijkheid van ELP?
- ☐₁ Ja
 - ☐₂ Nee (**Ga verder bij vraag 19**)
18. Waarop moet deze bijscholing zich richten? (meerdere antwoorden mogelijk)
- ☐₁ Herkennen van pathologie
 - ☐₁ Kennis van wet en regelgeving
 - ☐₁ Communicatie met huisartsen of specialisten
 - ☐₁ Communicatie met overige disciplines in de eerste lijn (bijv. algemeen maatschappelijk werk, fysiotherapeuten, wijkverpleegkundigen etc.)
 - ☐₁ Anders, namelijk _____
19. Vindt u het noodzakelijk dat over elke patiënt die zich zonder verwijzing bij u meldt, een rapportage naar de huisarts of specialist wordt verzorgd?
- ☐₁ Ja, zowel na het eerste contact als na afronding van de behandeling
 - ☐₁ Ja, na het eerste contact
 - ☐₂ Ja, na afronding van de behandeling
 - ☐₃ Anders, nl _____
 - ☐₄ Nee, niet nodig

Vragenlijst 'Haalbaarheid directe toegankelijkheid eerstelijns psychologie (ELP)'

In de toekomst zal mogelijk een proefproject worden uitgevoerd op het terrein van de directe toegankelijkheid van eerstelijns psychologie. Dit proefproject kan antwoord geven op de vraag of de kwaliteiten van huisartsen en psychologen beter op elkaar af te stemmen zijn. Ook kunnen voor- en nadelen naar voren komen met betrekking tot de toegankelijkheid van de benodigde zorg voor de patiënt en de financiering en verzekering van deze zorg. Om na te gaan of er draagvlak bestaat voor het opzetten van eventuele proefprojecten willen wij u de volgende slotvraag voorleggen.

20. Zou u willen meewerken aan een proefproject naar de directe toegankelijkheid van ELP?

☐₁ Ja

☐₂ Ja, mits _____

☐₃ Nee

Indien u heeft aangegeven mee te willen werken aan een proefproject naar de directe toegankelijkheid van ELP, zou u dan onderstaande gegevens in willen vullen? U verplicht zich hierbij nog niet tot deelname aan een proefproject.

Naam instelling/ vrijgevestigde praktijk: _____

Naam contactpersoon: _____

Adres: _____

Telefoonnummer: _____

e-mail: _____

U kunt de vragenlijst via de website directetoegang.pgdata.nl invullen of op papier en deze dan in de bijgevoegde antwoordenvolp terugsturen naar TNO Preventie en Gezondheid. Uw antwoorden zullen strikt anoniem worden verwerkt en gerapporteerd.

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Indien u nog opmerkingen heeft over directe toegankelijkheid, of over deze vragenlijst, dan kunt u de ruimte hieronder daarvoor gebruiken.