

Beleidsonderzoek GGZ: ondersteunende analyses

P.F.M. Verhaak
I.M.J. van Beljouw
C.E. van Dijk

ISBN 978-90-6905-XXX-X

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2010 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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

Inhoud

1 Inleiding en vraagstelling	5
1.1 Vraagstelling	5
1.2 Indeling van deze rapportage	6
2 Aanpak	7
3 Beantwoording vraag 1 betreffende Geestelijke gezondheidszorg, zoals verstrekt in de huisartspraktijk en de eerstelijns	11
3.1 Binnen welk kader verstrekt de huisarts geestelijke gezondheidszorg?	11
3.2 Voorschrijven en verwijzen door de huisarts bij psychische problemen	16
3.3 kenmerken van gebruikers van 1e lijns GGZ	21
3.4 Regionale verschillen	23
3.5 Het gebruik van de eerstelijnspsycholoog 2004 – 2008	25
Literatuur bij hoofdstuk 3:	31
4 Beantwoording vraag 2 betreffende Effectiviteit van GGZ-zorg en van voorgeschreven medicatie	33
4.1 Voor welke psychische stoornissen bestaat evidence based behandeling	33
4.2 Hoeveel evidence-based en consensus-based behandeling komt voor in de eerstelijns curatieve GGZ	37
4.3 Voorkomt eerstelijnszorg dat mensen in de tweedelijns terecht komen?	38
4.4 Wat is het succes van eerstelijns behandeling?	39
4.5 Leidt gemakkelijke toegang tot eerstelijnspsychologische zorg tot meer zorggebruik?	40
4.6 Wat is er bekend over de effectiviteit van medicatie?	40
Literatuur bij hoofdstuk 4	44
5 Een samenvatting van de antwoorden op de elf gestelde vragen	47
5.1 Deel 1: Geestelijke Gezondheidszorg verstrekt in de huisartspraktijk en de eerstelijns	47
5.2 Deel 2 Effectiviteit van GGZ zorg en van voorgeschreven medicatie	49

1 Inleiding en vraagstelling

Een interdepartementale werkgroep is ingesteld om met het oog op een beheerste uitgavenontwikkeling te onderzoeken hoe de doelmatigheid van de curatieve GGZ kan worden verbeterd met waarborging van de publieke belangen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit, waarbij de werkgroep ook gevraagd is concrete besparingsopties in beeld te brengen.

In haar voorbereiding stuit de werkgroep op enige lacunes in haar kennis voor wat betreft de eerstelijns GGZ. Aan het Nivel is de vraag voorgelegd of dit instituut in staat is op korte termijn een antwoord te formuleren op de in het onderstaande geformuleerde vragen.

1.1 Vraagstelling

1. Betreffende Geestelijke Gezondheidszorg, zoals verstrekt in de huisartspraktijk en de eerstelijns:

- 1.1 Wat is het kader waarbinnen de huisarts GGZ verstrekt (standaarden, takenpakket)?
Waarop baseert een huisarts zijn verwijzing naar eerste dan wel tweedelijns?
Waarop baseert een huisarts zijn beslissing om al dan niet medicijnen voor te schrijven?
- 1.2 Hoe manifesteert zich dat kader in voorschrijven en verwijzen door de huisarts?
Hoeveel mensen met psychische problemen krijgen medicatie?
Hoeveel mensen met psychische problemen worden doorverwezen door de huisarts binnen de eerstelijns?
Hoeveel mensen met psychische problemen worden doorverwezen door de huisarts naar de tweedelijns GGZ? Hoeveel mensen in de gehele GGZ (inclusief huisarts) krijgen medicijnen voorgeschreven? (met onderscheid tussen huisarts, eerstelijns en tweedelijns)
Verleent de huisarts ook zelf eerstelijns GGZ zorg om doorverwijzing naar de eerstelijnspsycholoog of tweedelijns te voorkomen?
- 1.3 Wat zijn de kenmerken (leeftijd, geslacht, achterstandsbuurt) van mensen die gebruik maken van eerstelijns GGZ?
Onderverdeeld naar mensen die alleen medicatie krijgen, mensen die medicatie krijgen plus doorverwezen worden naar 1^e lijn, mensen die medicatie krijgen plus doorverwezen worden naar de 2^e lijn en mensen die alleen verwezen worden naar eerstelijnspsycholoog, of naar 2^e lijns GGZ

- 1.4 Zijn er regionale verschillen in eerstelijnszorggebruik waarneembaar?
Zo ja, welke en wat zijn de oorzaken
- 1.5 Welke ontwikkelingen zien we bij de eerstelijns psycholoog?
Zijn er ontwikkelingen in het gebruik van de eerstelijnspsycholoog? (met name na opname eerstelijnspsycholoog in basisverzekering)
- Uit wat voor type zorg bestaat de eerstelijnspsychologische zorg?
Vindt er ook private financiering bij de eerstelijnspsycholoog plaats en wat is de orde van grootte hiervan?

2 Wat is de effectiviteit van GGZ-zorg en van voorgeschreven medicatie?

- 2.1 Voor welke stoornissen bestaat evidence based behandeling?
- 2.2 Hoeveel evidence en consensus based behandeling komt voor in de eerstelijns curatieve GGZ?
- 2.3 Voorkomt eerstelijns zorg dat mensen in de tweedelijns terecht komen? Welke verbeteringen zijn mogelijk?
- 2.4 Wat is het succes van eerstelijns behandeling (hoeveel % “geneest”?)
- 2.5 Leidt gemakkelijke toegang tot eerstelijnszorg tot meer zorggebruik? Hoe groot is dat effect
- 2.6 Wat is er bekend over de effectiviteit van medicatie?

1.2 Indeling van deze rapportage

In hoofdstuk II schetsen we kort de aanpak die we gevolgd hebben en de databestanden die we tot onze beschikking hadden om de hierboven gestelde vragen te beantwoorden.

In hoofdstuk III laten we de deelvragen van vraagstelling 1 één voor één de revue passeren. Aan iedere vraag wordt een paragraaf gewijd.

In hoofdstuk IV doen we hetzelfde met betrekking tot de vragen uit vraagstelling 2. Een korte slotbeschouwing rond deze rapportage af.

2 Aanpak

De gestelde vragen zijn beantwoord met behulp van literatuur onderzoek (vraag 1.1 en alle vragen onder 2) en secundaire data-analyse. (vraag 1.2 t/m vraag 1.5)

Literatuuronderzoek

Om antwoord te geven op vraag 1.1 - het kader waarbinnen de huisarts GGZ wordt verstrekt - zijn de volgende literatuurstukken doorgenomen:

- het basistakenpakket van de huisarts (LHV, 1985),
- het Aanbod huisartsgeneeskundige zorg 2004 (NHG, LHV 2004),
- het NHG standpunt “Toekomstvisie Huisartsenzorg ‘GGZ in de huisartsenzorg’” (NHG, 2009),
- de NHG-richtlijnen Angst, Dementie, Depressie, Problematisch Alcoholgebruik, Slaapstoornissen,
- het RVZ-advies “Geestelijke Gezondheidszorg in de 21^e eeuw, en
- de diverse overheidsnota’s inzake GGZ en eerstelijns uit de periode 1970 – 2010.

Ten behoeve van de beantwoording van de diverse vragen betreffende de effectiviteit van de GGZ (de vragen die onder punt 2 genoemd zijn) is een snelle literatuursearch uitgevoerd die zich richtte op gepubliceerde meta-analyses op PubMed uit de periode 2000 – 2009 met als zoektermen een combinatie van:

(“Treatment outcome” (en verwante termen) OF (Evidence based medicine) EN
“Primary Care” (en verwante termen) EN
(Depressie (en verwante termen) OF (Anxiety disorder (en verwante termen)).

Daarnaast hebben we gebruik gemaakt van literatuur die binnen de Nivel bibliotheek en binnen het themagebied GGZ en eerstelijns beschikbaar is .

Secundaire Data-analyse

Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen

De vragen over de geleverde huisartsenzorg bij psychische problemen komen uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). LINH is een netwerk van 92 geautomatiseerde huisartspraktijken met meer dan 350.000 ingeschreven patiënten (juli 2008). De LINH-huisartsen verzamelen op continue basis 'productiegegevens' over aandoeningen (ICPC-gecodeerde diagnose), aantallen contacten/verrichtingen, geneesmiddelveorschriften en verwijzingen (Verheij, 2009 --> LINH-referentie). In deze module worden op het niveau van deelcontacten diagnoses geregistreerd met behulp van ICPC-codes. Van deze deelcontactdiagnoses worden vervolgens episodes geconstrueerd,

waarmee incidentie- en prevalentiecijfers kunnen worden berekend. Het hiervoor gebruikte algoritme, met de naam EPICON, is ontwikkeld in samenwerking met de Universiteit Nijmegen ([Biermans et al, 2007](#)).

Praktijkselectie

Voor de analyses omtrent de prevalentie van psychische stoornissen werd gebruik gemaakt van de gegevens van 81 huisartsenpraktijken met daarin 327505 patiënten. Voor het beantwoorden van vragen omtrent het zorggebruik en verwijzingen werd gebruik gemaakt van 41 praktijken en 148605 patiënten in 2007 en 49 praktijken en 203134 patiënten in 2008 die een volledige registratie hadden omtrent de registratie van morbiditeit, prescriptie en verwijzingen.

Patiënten met psychische stoornis

Patiënten met een psychische stoornis konden op basis van de geregistreerd ICPC-codes in het EPD worden geselecteerd. De aanwezigheid van een psychische stoornis werd bepaald door de registratie van een ICPC-code uit het P-hoofdstuk 'psychische problemen'. Deze ICPC-codes worden in LINH geregistreerd bij contacten, geneesmiddelenvoorschriften en bij verwijzingen. Het zorggebruik en verwijzingen werd naast patiënten uit de gehele 'P-groep' tevens bepaald voor patiënten met dementie (ICPC-code: P70), Psychotische stoornis (P71, P72, P98), depressie (P03+P76), angst (P01+P74), Alcoholmisbruik (P15+P16) en Stress cq. Overspannen (P02 + P78).

Geneesmiddelen voorschriften

LINH-huisartsen leggen gegevens over het voorschrijven van geneesmiddelen systematisch vast in het HIS. De mogelijkheid om met het HIS recepten te genereren is daarbij een extra stimulans. Daardoor is van vrijwel alle recepten de ACT-code bekend. Voor patiënten met een psychische stoornis werd bepaald of deze een psychofarmaca werd voorgeschreven en welk specifiek psychofarmaca dit betrof. De volgende geneesmiddelenvoorschriften werden hiervoor gebruikt:

- Antipsychotica (ATC:N05A);
- Anxiolytica (ATC:N05B);
- Hypnotica en sedativa (ATC:N05C);
- Antidepressiva (ATC: N06A);
- Dementiemiddelen (ATC: N06D);
- Middelen bij alcoholverslaving (ATC:N07BB)

Verwijzingen

Binnen LINH worden zowel verwijzingen naar de eerste als tweede lijn geregistreerd. Per verwijzing legt de huisarts de volgende gegevens vast:

- het specialisme waarnaar wordt verwezen;
- de ICPC-gecodeerde diagnose;
- soort verwijzing (nieuw, verlenging, achteraf).
- alleen nieuwe verwijzingen worden geregistreerd.

Voor een aantal disciplines, zoals bijvoorbeeld de wijkverpleging en het maatschappelijk werk en fysiotherapie, is geen formele verwijzing (machtiging) noodzakelijk omdat deze rechtstreeks toegankelijk zijn voor de patiënt. Hierdoor is er geen sprake van een 'echte'

verwijzing in de formele zin van het woord (verwijsbriefje). In gevallen waarin er geen formele verwijzing nodig is, maar de huisarts de patiënt wel nadrukkelijk en actief vertelt dat deze bijvoorbeeld naar een fysiotherapeut zou moeten, wordt verondersteld dat de huisarts toch een verwijzing registreert. Voor oefentherapie en fysiotherapie is inmiddels geen formele verwijzing meer nodig, maar registreren LINH huisartsen nog wel als ze een patiënt actief wijzen op de mogelijkheid de betreffende zorgverlener te consulteren. Dit geldt ook voor verwijzingen naar de eerstelijnspsycholoog. Bij tweedelijns verwijzingen gaat het altijd om formele verwijzingen, waar dus een verwijsbrief nodig is. Voor patiënten met een psychische stoornis werd bepaald of deze werden verwezen naar de volgende zorgverleners:

- Algemeen maatschappelijk werk
- Eerstelijns psychologen (verplicht)
- Sociaal psychiatrisch verpleegkundige
- Psychotherapie
- RIAGG (verplicht)
- Consultatiebureau alcohol en drugs
- Psychiatrie (verplicht)
- Psychogeriatric (verplicht)

Gegevens over de eerstelijnspsycholoog

Voor het beantwoorden van vraag 1.5 die betrekking hebben op cliënten en handelen van de eerstelijnspsycholoog zijn gegevens ontleend aan de Jaarboeken van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen. Deze jaarboeken presenteren jaarlijks gegevens over het aantal cliënten, hun achtergrondkenmerken (leeftijd, geslacht, opleiding, werkstatus), hun aanmeldingsklachten en de diagnoses die gesteld worden, het aantal zittingen per cliënt, het resultaat van de behandeling en de wijze waarop het contact beëindigd wordt. In geval van verdere verwijzing, de instantie waarheen verwezen wordt. In principe zijn alle leden van de LVE verplicht op identieke wijze deze gegevens bij te houden en jaarlijks aan te leveren, waardoor het jaarboek een landelijk representatief en relatief volledig beeld oplevert van de clientèle en behandeling door de eerstelijnspsycholoog.

De schatting is dat de jaarboekgegevens representatief zijn voor 45% (in 2004) tot 75% (in 2008) van bij de LVE aangesloten eerstelijnspsychologen. Gezondheidspsychologen die vrijgevestigd eerstelijnspsychologische zorg verstrekken maar niet bij de LVE zijn aangesloten vallen buiten dit bestek

3 Beantwoording vraag 1 betreffende Geestelijke gezondheidszorg, zoals verstrekt in de huisartspraktijk en de eerstelijns

3.1 Binnen welk kader verstrekt de huisarts geestelijke gezondheidszorg?

Inleiding

Lange tijd heeft de Geestelijke Gezondheidszorg zich apart van de lichamelijke gezondheidszorg ontwikkeld. De GGZ zoals we die kennen is ontstaan uit een bonte lappendeken van Bureaus voor Levens- en Gezinsvragen, Medisch Opvoedkundige Bureaus, Sociaal Psychiatrische Diensten, psychiatrische ziekenhuizen en poliklinieken, veelal ook nog uitgesplitst naar levensbeschouwing. Onder invloed van de structuurnota Gezondheidszorg in de 70-er jaren (VOMIL, 1974) is uit deze bonte lappendeken een naar regio's geordend geheel van GGZ voorzieningen ontstaan, dat een breed aanbod vertegenwoordigde en weinig samenhang met de rest van de gezondheidszorg vertoonde. Vanuit de vigerende optiek in de jaren '70 – '90 werd geestelijke gezondheidszorg uitsluitend binnen dat geordende geheel van Regionale instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, psychiatrische ziekenhuizen en poliklinieken geleverd. Het feit dat de meeste mensen met psychische problemen nooit verder dan de huisartspraktijk kwamen, in de 80-er jaren in Engeland door Goldberg & Huxley (1980), en in Nederland door Giel en Ormel (1991) aan de orde gesteld, werd lange tijd genegeerd of toegeschreven aan het onvermogen van huisartsen om psychische problematiek goed te diagnosticeren en door te verwijzen.

Rond de eeuwwisseling veranderde deze situatie. In 1998 werd het doel van de Geestelijke Gezondheidszorg door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg ter discussie gesteld. Geestelijke Gezondheidszorg hoort integraal onderdeel van de gezondheidszorg te zijn. Psychische ziekten behandelen is de kerntaak. Geestelijke gezondheidszorg dient in echelons te verlopen. De huisarts, binnen het eerste echelon, fungeert als poortwachter en wordt daarbij eventueel gesteund door Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) en eerstelijns psycholoog. Tweedelijns GGZ is actief in het eerste echelon dmv consultatie en inzet van sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen. Tweedelijns GGZ geschiedt op verwijzing door de eerstelijns. (RVZ, 1998).

Dit advies werd in grote lijnen overgenomen door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in de beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg (VWS 1998). Een aantal maatregelen werd in het vooruitzicht gesteld om de eerstelijnsgezondheidszorg in staat te stellen het merendeel van de GGZ problematiek op te vangen. De huisarts wordt poortwachter, en hij wordt hierbij terzijde gestaan door de twee andere “kerndisciplines” uit de eerstelijns GGZ: de eerstelijnspsycholoog en het Algemeen Maatschappelijk Werk. Er komen projecten om de kwaliteit van deze disciplines op te schroeven, er komt een consultatieregeling waarmee de tweedelijns GGZ expertise ter beschikking kan stellen

aan de eerstelijns, het volume aan Algemeen Maatschappelijk Werk wordt verhoogd en er komt een vooruitzicht op een algemene verzekering voor kortdurende behandeling door de eerstelijnspsycholoog binnen het ziekenfondspakket.

Vijf jaar later blijkt een belangrijke deel van die ondersteunende maatregelen effect gesorteerd te hebben. Uit een landelijke evaluatie van de maatregelen ter versterking van de eerstelijns GGZ door Nivel, Trimbos instituut en SGBB (Meijer en Verhaak, 2004) wordt geconcludeerd dat

- de adviezen van de RVZ door de minister geconcretiseerd zijn (met uitzondering van de opname van de eerstelijnspsycholoog in het ziekenfondspakket; dit zou pas in 2008 met de opname van eerstelijns psychologische zorg in de basisverzekering geëffectueerd worden),
- de versterkende maatregelen volgens plan zijn uitgevoerd
- er een vergroting van de capaciteit van eerstelijns GGZ heeft plaatsgevonden (door toename capaciteit AMW, door consultatieprojecten waarmee SPV in de huisartspraktijk werden ingezet), nascholingsprogramma's zijn ontwikkeld en geïmplementeerd, samenwerking tussen eerstelijns en tweedelijns GGZ is toegenomen met name door consultatieprojecten
- er weinig verandering is opgetreden in verwijssstromen en in de aard van de hulpverlening
- het nog niet duidelijk is welke patiëntengroepen binnen welke setting behandeld moeten worden.

Gezien het succes van de consultatieregeling wordt de mogelijkheid van taakdelegatie door de huisarts nader uitgewerkt in de figuur van een praktijkondersteuner op GGZ gebied. Vanaf 2006 doet deze zijn intrede, met als taken probleemverheldering, advisering, processturing, case management, behandeling en begeleiding. De praktijkondersteuner GGZ werkt op een basis, vergelijkbaar met de POH-somatiek.

Takenpakket van de huisarts

In 2004 wordt de taak van de huisarts herzien en als volgt omschreven:

Huisartsgeneeskunde is generalistische en contextuele geneeskunde, gericht op diagnostiek, prognose, behandeling, preventie en begeleiding van ziekte en gebrek.

Huisartsgeneeskundige zorg is voor alle mensen en vormt de eerste opvang.

Met betrekking tot de diagnostiek en behandeling van psychische klachten wordt de volgende taakomschrijving gegeven: "Een groot deel van de klachten [van psychische aard] zal door de huisartsvoorziening zelf kunnen worden afgehandeld. Voor een kleiner deel van deze klachten zal de huisartsenzorg zich toeleggen op het inventariseren van de klachten en het vervolgens verwijzen naar meer gespecialiseerde hulpverleners in de eerste en tweede lijn (met name verslavings- en gedragsproblematiek). Bij de meest gestelde diagnoses, angststoornissen en depressies worden de NHG standaarden gevolgd" (LHV/NHG, 2004)

In het NHG standpunt "toekomstvisie huisartsenzorg 'GGZ in de huisartsenzorg'" wordt dit nader geconcretiseerd in de volgende tien uitgangspunten

- De huisarts is alert op psychische problematiek, ook bij somatische klachten. Hij verheldert psychische klachten vanuit een generalistische benadering, rekening houdend met de context van de patiënt.
- De huisarts herkent (acute) psychische problemen en verleent GGZ.

- De huisarts heeft de regie over de binnen de eerstelijns verleende zorg voor de ingeschreven patiënten. Stepped care is uitgangspunt
- Een GGZ ondersteuner huisartsenzorg maakt deel uit van het team van de huisartsvoorziening om de GGZ-vraag op te vangen en de kwaliteit van zorg te waarborgen
- De huisarts identificeert patiënten met risicofactoren voor psychische problematiek
- Chronische patiënten met psychische problemen die niet meer terecht kunnen in de tweedelijns worden begeleid vanuit de huisartsenvoorziening
- De huisartsvoorziening heeft samenwerkingsafspraken over verwijzing, consultatie, terugverwijzing en verslaglegging met AMW, ELP, jeugdzorg, opvoedingsondersteuning, consultatiebureau, wijkverpleging, schoolarts, gespecialiseerde thuishulp en zorgverleners in de tweede lijn
- De huisarts voert de regie in de eerstelijns GGZ voor die patiënten die hij in behandeling heeft.
- In de eerstelijns GGZ is veelal sprake van een diagnose op basis van klachten. Voor de samenwerking met andere GGZ hulpverleners wordt zoveel mogelijk eenduidige terminologie overeenkomstig de DSM-IV gebruikt.
- Afhankelijk van de behoefte van de patiëntenpopulatie en de beschikbare competenties en interesses van het team van de huisartsvoorziening kan het GGZ-aanbod worden uitgebreid met een aanvullend of bijzonder aanbod.

NHG-standaarden aangaande de behandeling van psychische stoornissen

Binnen de huisartsvoorziening wordt gewerkt op geleide van NHG-standaarden. Op het gebied van psychische problemen zijn standaarden beschikbaar voor de diagnostiek en behandeling van depressie, angststoornissen, dementie, delier bij ouderen, enuresis nocturna, problematisch alcoholgebruik, slaapproblemen en slaapmiddelen en voor stoppen met roken. Uit die standaarden kan men onder andere afleiden waarop een huisarts zijn beslissing baseert om medicatie voor te schrijven of om te verwijzen. Binnen de standaarden angst en depressie wordt het principe van stepped care gehanteerd. Dit betekent dat men begint met een zo licht mogelijke behandeling en pas wanneer de patiënt daar onvoldoende op reageert overgaat op een zwaardere stap.

Bij de behandeling van depressie hebben de lichtste stappen betrekking op patiënten met een nieuwe, lichte vorm van depressie. In deze gevallen is in eerste instantie afwachten geboden. Wanneer de klachten persisteren zijn kortdurende psychologische interventies of de behandeling met antidepressiva aangewezen, zulks ook naar keuze van de patiënt. Effectieve psychologische interventies zijn psycho-educatie, problem solving therapie, bibliotherapie, begeleidde zelfhulp, interpersoonlijke therapie en cognitieve gedragstherapie. De eerste vier zijn goed toepasbaar binnen de setting van de huisartspraktijk (Zwaanswijk en Verhaak, 2009), de laatste twee kunnen goed in de eerstelijns gegeven worden, maar door het vereiste aantal zittingen komt in veel gevallen een eerstelijnspsycholoog of SPV meer in aanmerking. Antidepressiva kunnen goed door de huisarts worden voorgeschreven, zeker wanneer ze voor de eerste keer worden voorgeschreven.

Wanneer patiënten niet reageren op de behandeling of wanneer sprake is van recidive wordt een verwijzing naar de tweedelijns GGZ in overweging gegeven.

Bij de behandeling van angststoornissen zal de huisarts, wanneer deze gesignaleerd zijn, de patiënt uitleg moeten geven over de vicieuze cirkel waartoe angstklachten leiden en uitlokkende en instandhoudende factoren moeten onderzoeken. Afhankelijk van type angststoornis, lijdensdruk, co-morbiditeit van depressie en de wens van de patiënt zijn medicamenteuze therapie en cognitieve gedragstherapie eerste keuzen voor behandeling. Medicamenteuze behandeling zal in eerste instantie door de huisarts geschieden. Wanneer de diagnostiek te ingewikkeld is, de klachten te ernstig zijn, of er sprake is van een obsessieve compulsieve stoornis is een psychiatrische verwijzing geïndiceerd. Wanneer medicatie na acht tot twaalf weken niet aanslaat, is een verwijzing ook geïndiceerd. Voor cognitieve gedragstherapie kan naar een eerstelijnspsycholoog of naar de tweede lijn verwezen worden.

De diagnostiek van dementie kan de huisarts zelf uitvoeren, eventueel met hulp van praktijkondersteuner of GGZ-instelling. De huisarts kan ook verwijzen voor diagnostiek. Het beleid vanuit de huisartspraktijk heeft met name betrekking op voorlichting en adviezen. Consultatie of verwijzing is geboden bij cognitieve stoornissen waarbij getwijfeld wordt aan de diagnose dementie, dementie met het vermoeden van een behandelbare afwijking, snel progressieve dementie en dementie op leeftijd onder de 65 jaar, ernstige gedragsproblemen en overbelasting van de verzorger.

Bij slaapproblemen ligt diagnostiek en behandeling in handen van de huisarts. Adviezen en informatie spelen een belangrijke rol, met medicatie dient terughoudend opgetreden te worden. Alleen voor specifieke slaapproblemen (ernstige restless legs, leg movement disorder, slaapapneu en narcolepsie is verwijzing geboden (maar niet naar de GGZ). Bij problematisch alcoholgebruik heeft de huisarts een signalerende taak. Bij erkend problematisch alcoholgebruik is motivatie tot gedragsverandering een volgende stap. Binnen de huisartsvoorziening kan voorlichting gegeven worden en medicamenteuze therapie ter bestrijding van onthoudingsverschijnselen. Hierbij dient verwijzing naar een Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs overwogen te worden. Voor detoxificatie, bij slechte lichamelijke conditie, eerder ernstige onthoudingsverschijnselen, verslaving en suïciderisico is een klinische verwijzing gewenst. Bij relationele aspecten, en comorbide depressie of angststoornis kan naar AMW, eerstelijnspsycholoog of GGZ-instelling verwezen worden.

Opgemerkt moet worden dat standaarden geen “kookboek” vormen: het zijn geen “recepten” die onafhankelijk van de context bij ieder geval op dezelfde wijze kunnen worden uitgevoerd. De standaarden zijn dan wel gebaseerd op de best mogelijke onderbouwing, maar niet iedere hulpvraag plooit zich exact in een mal die door de “onderbouwing” wordt voorondersteld. Daarnaast laten de standaarden veel ruimte voor de inschatting die de huisarts van de context maakt. Met name de overgangen die de verschillende gradaties van behandeling markeren (van “watchful waiting” naar “medicatie”, van “medicatie” naar verwijzing) zullen door verschillende huisartsen anders ingevuld worden. Ook de nadere invulling van bij voorbeeld een verwijzing is afhankelijk van de omstandigheden waarbinnen een huisarts werkt. Heeft men goede persoonlijke contacten met een in de buurt gevestigde eerstelijnspsycholoog, dan zal men meer patiënten binnen dat circuit doorverwijzen, dan

wanneer men goede ervaringen met de plaatselijke GGZ heeft (b.v. als gevolg van een geslaagd consultatieproject in het verleden). Ten slotte is het al dan niet volgen van de standaard ook afhankelijk van de preferenties van de patiënt. We zullen in hoofdstuk 4 zien, dat een deel van de behandeling van mensen met een depressie niet conform de standaard geschiedt, omdat de patiënt überhaupt geen hulp wenst in dat stadium.

Taakopvatting huisartsen

Signaleren van psychische problemen is inherent aan het hierboven beschreven takenpakket. De meeste huisartsen rekenen de verdere diagnostiek van veelvoorkomende psychische problemen als werkgerelateerde stress, depressie, slaapstoornissen en angststoornissen ook tot hun taak. Waar het om de behandeling van psychische stoornissen gaat is men terughoudender. Depressie, overspannenheid, stress en slaapstoornissen horen volgens meer dan driekwart van in 2002 ondervraagde huisartsen door de huisarts behandeld te worden, maar bij de behandeling van de angststoornissen zag minder dan de helft van de Nederlandse huisartsen een taak voor zichzelf weggelegd. Voor minder frequent voorkomende stoornissen als psychoses, jeugdpsychiatrische problematiek en eetstoornissen lag dit percentage nog lager (Heideman et al. 2005).

Financiering van behandeling van psychische stoornissen in de eerstelijns

Signalering en behandeling van psychische stoornissen is altijd een huisartsentaak geweest, en is als zodanig altijd een vorm van zorg geweest waar iedere verzekerde aanspraak op kon maken. In de huidige zorgwet valt het onder de basisverzekering. Wanneer consulten langer dan twintig minuten duren, kan een dubbel consult gerekend worden.

Praktijkondersteuners op het gebied van de GGZ kunnen door huisartsen (of zaakwaarne-mende praktijkorganisaties) in dienst genomen worden. De bekostigingssystematiek is vergelijkbaar met die van de praktijkondersteuners op somatisch gebied, zoals diabetes en COPD. Tweederde van de kosten wordt gefinancierd via een module op het inschrijftarief van de huisarts en eenderde wordt gefinancierd door het in rekening brengen van door POH_GGZ uitgevoerde consulten (à 9 € per consult). De zorg van de eerstelijnspsycholoog is sinds 1 januari 2008 ook onderdeel van de basisverzekering voor de eerste acht zittingen.

Voor die tijd kreeg 58% van de cliënten hun kosten geheel of gedeeltelijk vergoed via het ziekenfonds en 24% vanwege hun particuliere verzekering. 4% kreeg een behandeling vergoed vanuit andere bronnen (b.v. werkgever). 5% van de ziekenfondsverzekerden en 9% van de particulier verzekerden moesten hun behandeling geheel zelf betalen. (Mesman en Verhaak, 2001).

Het Algemeen Maatschappelijk Werk is in principe vrij toegankelijk. In het algemeen wordt een symbolische eigen bijdrage per contact gevraagd.

Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen die via de 2^e lijns GGZ in huisartsen praktijken gedetacheerd zijn, werden van 2000 – 2007 min of meer gesubsidieerd vanuit de z.g. consultatieregeling. Sindsdien rekenen ze zittingen conform de vigerende 2^e lijnsregelingen.

3.2 Voorschrijven en verwijzen door de huisarts bij psychische problemen

Zoals in hoofdstuk 2 al aangekondigd, maken we voor de antwoorden op de vragen 2 t/m 4 in dit hoofdstuk gebruik van gegevens die verzameld zijn in het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH).

Hoe zich het onder 3.1 beschreven kader in de praktijk manifesteert, blijkt uit de geregistreerde gegevens van de LINH praktijken in 2007 en 2008 aangaande het voorkomen van psychische problemen, het voorschrijven daarbij van psychofarmaca en het verwijzen door de huisarts.

Prevalentie van psychische problemen in de huisartspraktijk in 2007 en 2008

Tabel 1 laat zien hoeveel patiënten per 1000 ingeschreven patiënten in 2007 en 2008 in de huisartspraktijk bekend waren in de huisartspraktijk vanwege een psychische stoornis. Het aantal geregistreerde diagnoses is dat laatste jaar bijna een kwart hoger dan het jaar daarvoor.

Tabel .1 prevalentie van psychische symptomen en stoornissen in 2007 en 2008 in de huisartspraktijk (n/1000 ingeschreven patiënten)

	2007	2008
N ingeschreven patiënten:	327.505	315.120
Symptoom c.q.stoornis:		
Angstig, nerveus c.q. angststoornis	21,1	25,2
Depressief gevoel c.q. depressie	24,4	28,5
Stress c.q. overspannen	11,4	14,2
Alcoholmisbruik	2,4	3,5
Geneesmiddelenmisbruik	1,6	2
Drugmisbruik	1	1,4
Psychotische stoornis	2,6	3,2
Dementie	1,9	2,4
Geheugenstoornis	2,8	3,5
Prikkelbaar	1	1,4
Alle psychische symptomen en stoornissen tezamen	100,5	124

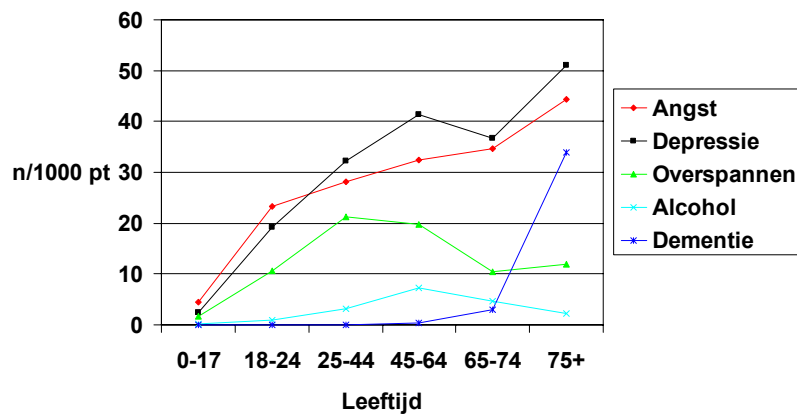
Angst, depressie en stress/overspannenheid zijn de meest voorkomende aandoeningen in de huisartspraktijk. Psychotische stoornissen, dementie en verslavingsproblematiek komt relatief veel minder voor.

De prevalentie van psychische symptomen en stoornissen neemt toe met de leeftijd. Bij kinderen en jeugdigen is bij 7 procent diagnosticeert de huisarts een psychisch probleem, bij adolescenten en jongvolwassenen bij 9 tot 12 procent, bij 45-75 jarigen wordt bij ongeveer 15 procent op jaarbasis een diagnose gesteld en bij 75-plussers gebeurt dit bij 25 procent van de ingeschreven patiënten. Deze stijging van de prevalentie van psychische symptomen en stoornissen met de leeftijd van de patiënt is ook binnen de eerste Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (1987) en de

tweede (2000) reeds vastgesteld (vd Velden et al. 1991; v.d. Linden et al. 2004). Dit patroon zien we bij angst, depressie, psychotische stoornissen, uiteraard bij dementie en geheugenstoornis, en ook bij geneesmiddelenmisbruik. Overspannenheid en alcohol stijgen tot en met 45-65 jaar, drugsmisbruik tot en met 25-44 jaar en nemen daarna af. Zie grafiek 3.1.

Grafiek .1:

Prevalentie van specifieke psychische stoornissen en symptomen naar leeftijd (2008)

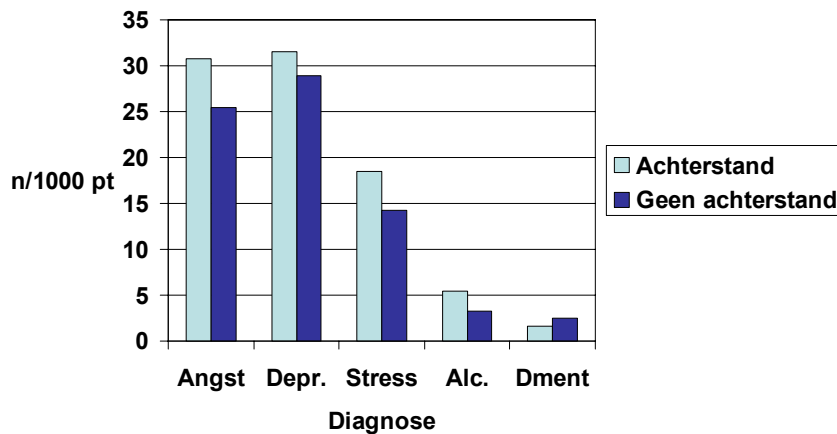


Ongeveer 40% van de psychische stoornissen in de huisartspraktijk heeft betrekking op mannen, ongeveer 60% op vrouwen. Vrouwen hebben bij angst en depressie een nog groter aandeel; bij alcohol en drugsmisbruik is het merendeel man.

De prevalentie van psychische stoornissen en symptomen is hoger in achterstandsbuurtten (144.3/1000) dan in niet-achterstandsbuurtten (124.7/1000). Deze verhoging wordt teruggevonden in ieder van de verschillende symptomen: Zie grafiek 2

Grafiek 2:

Prevalentie van specifieke psychische stoornissen en symptomen: wel/geen achterstandswijk (2008)

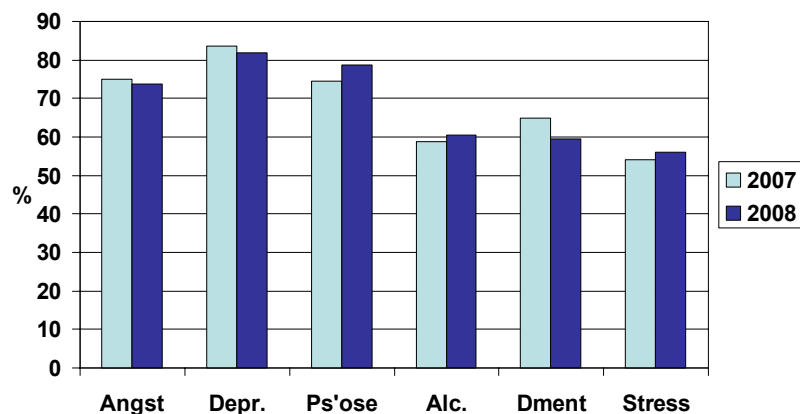


Voorschrijven van psychofarmaca bij psychische problemen

Grafiek 3 laat zien welk percentage van mensen met een specifieke psychische stoornis medicatie krijgt voorgeschreven.

Grafiek 3

% huisarts patiënten met specifieke psychische stoornis of symptoom aan wie medicatie wordt voorgeschreven



Bij iedere psychische diagnose worden in een hoog percentage psychofarmaca voorgeschreven. In tabel 2 wordt een uitsplitsing gemaakt naar aard van de geneesmiddelen die bij verschillende stoornissen worden voorgeschreven. De verdeling van medicatie over de diverse diagnosecategorieën is in 2007 en 2008 vergelijkbaar. We presenteren de verdeling uit 2008.

Tabel 2 Percentage patiënten met psychische diagnose met bepaalde medicatie in 2008

	Alle patiën-ten met ps. diagnoses	Demen- Tie	Psy- Chose	Depres- sie	Angst	Alcohol misbruik	Stress
Aantal patiënten met ps.stoornis:	38511	729	908	9306	8592	1035	4360
% dat psychofarm krijgt	60.1 ¹	59.4	78.6	81.9	73.8	60.4	53.5
% met Antipsychotica	6.3	28.5	66.0	7.7	4.5	8.9	2.6
% met Anxiolytica	26.3	14.4	30.6	29.4	53.3	39.8	34.3
% Hypnotica en Sedativa	23.4	16.9	22.8	20.8	17.8	18.2	19.6
% met Antidepressiva	28.0	21.8	25.1	70.4	33.8	26.3	20.6
% dementiemiddelen	0.5	16.7	0.8	0.4	0.2	0.2	0.1
% met alcoholmiddel	0.6	0.0	0.8	0.5	0.4	17.4	0.2

¹ Mensen kunnen meerdere soorten psychofarmaca in een jaar gehad hebben. De percentages hieronder tellen daarom op tot meer dan het in deze rij vermelde percentage

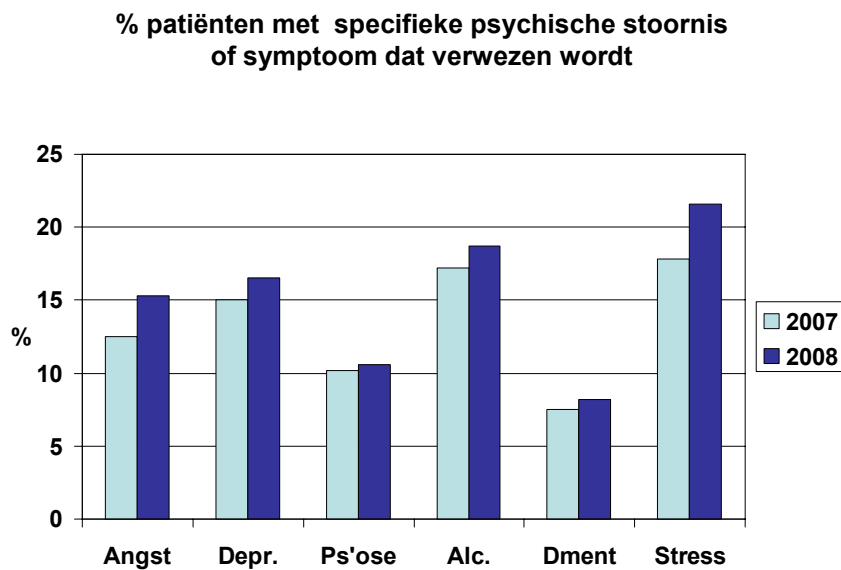
Mensen met een depressie krijgen vooral antidepressiva (maar ook relatief veel anxiolytica) en mensen met een angststoornis krijgen voornamelijk anxiolytica (maar ook veel antidepressiva). De hoge co-morbiditeit tussen angst en depressie zal hier onder andere debet aan zijn. Mensen met een psychose krijgen vooral antipsychotica (maar ook relatief veel anxiolytica en antidepressiva). Bij dementie worden antipsychotica en antidepressiva het meest voorgeschreven, bij alcoholmisbruik gaat het vooral om anxiolytica en antidepressiva. In het geval van stress en overspannenheid worden vaak anxiolytica voorgeschreven.

Voor een verdere bespreking van andere kenmerken van mensen die psychofarmaca krijgen voorgeschreven, verwijzen we naar paragraaf 3.3.

Verwijzen bij psychische diagnoses

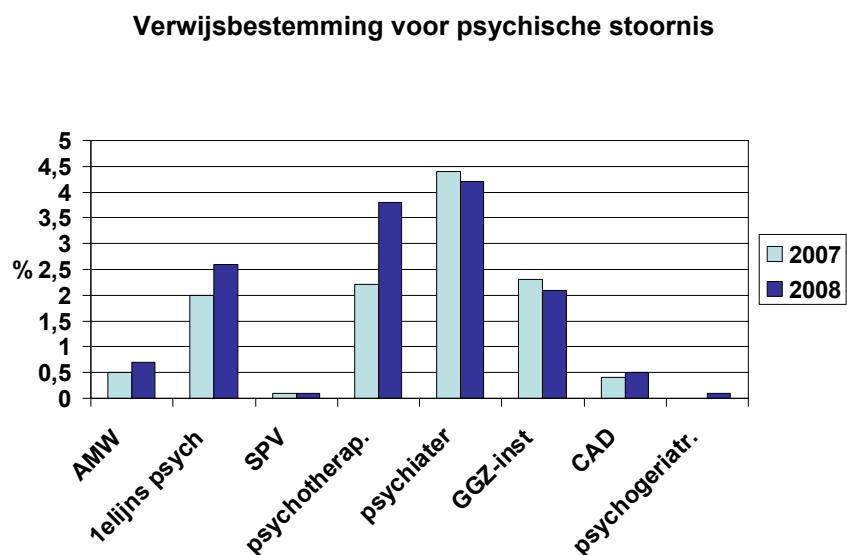
Gemiddeld werd in 2007 11,6% van de mensen met een psychisch symptoom of stoornis verwezen, in 2008 was dat 13,5%. Deze toename kan bij alle onderscheiden categorieën stoornissen en symptomen worden opgemerkt.. Zie hiervoor grafiek 4

Grafiek 4:



Grafiek 5 toont waar de verwijzingen van huisartsen voor psychische stoornissen naar toe gingen in 2007 en 2008

Grafiek 5:



De meeste geregistreerde verwijzingen hebben betrekking op de gespecialiseerde 2^e lijns GGZ: de ambulante instellingen voor GGZ, de psychotherapeut en de psychiater. Een kleiner deel gaat naar de 1^e lijns GGZ. De geconstateerde toename zien we zowel bij verwijzingen naar de 1^e lijns GGZ (eerstelijns psycholoog, Algemeen Maatschappelijk Werk, Sociaal psychiatrisch verpleegkundige), van 2,6% naar 3,4% als bij verwijzingen naar de 2^e lijn, die van 9,1% naar 10,4% gaan. De toename gaat vooral naar de eerstelijnspsycholoog en de meer gespecialiseerde psychotherapeut.

Verwijzingen voor angst, depressie en overspannenheid gaan relatief vaak naar de eerstelijns GGZ, met name naar de eerstelijnspsycholoog. Psychoses, dementie en alcoholmisbruik komen relatief vaker in de tweedelijns terecht.

Een bespreking van andere kenmerken van mensen die verwezen worden, komt in paragraaf 3 aan de orde.

3.3 kenmerken van gebruikers van 1elijns GGZ

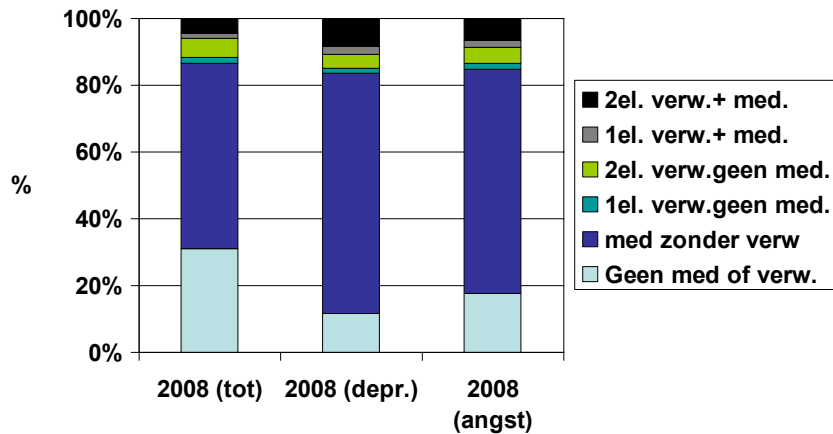
Om een indruk te krijgen van de “zorgmix” die patiënten met psychische problemen in de huisartspraktijk aangeboden krijgen, zijn de patiënten met een psychische diagnose in de volgende elkaar uitsluitende categorieën ingedeeld, oplopend in “zwaarte” van de interventie:

1. patiënten met een psychische diagnose die geen medicatie kregen en niet verwezen werden
2. patiënten met een psychische diagnose die medicatie kregen, maar niet verwezen werden
3. patiënten met een psychische diagnose die geen medicatie kregen maar verwezen werden naar de 1^e lijns GGZ
4. patiënten met een psychische diagnose die geen medicatie kregen maar verwezen werden naar de 2^e lijns GGZ
5. patiënten met een psychische diagnose die medicatie kregen **en** verwezen werden naar de 1^e lijns GGZ
6. patiënten met een psychische diagnose die medicatie kregen **en** verwezen werden naar de 2^e lijns GGZ

Grafiek 6 laat de verdeling van de zorgmix zien over de totale groep patiënten met een psychische diagnose in 2008, en over de patiënten met een diagnose depressie of angst.

Grafiek 6

**Zorgmix voor patiënten met psychische stoornis of symptoom:
totaal en patiënten met depressie resp. angst**

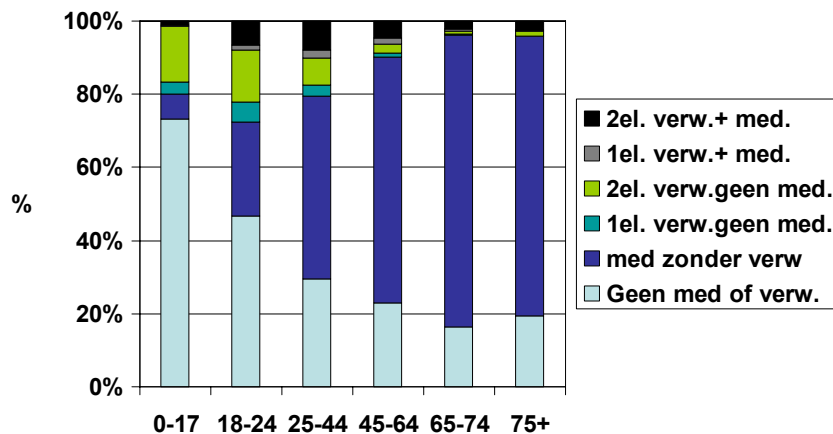


De meeste patiënten (56% van alle mensen met een psychische stoornis) in de huisartspraktijk krijgen uitsluitend medicatie voor hun psychisch probleem. Met 31% van de patiënten met een psychische stoornis zijn wel contacten, maar wordt geen medicatie voorgeschreven noch worden ze verwezen. Van degenen die verwezen worden (in totaal 13,5%, waarvan 10,4% naar de 2^e lijn) krijgt ongeveer de helft ook nog medicatie van de huisarts. In geval van depressie of angst, de meest prevalentie stoornissen, daalt het percentage “geen medicatie of verwijzing” tot 12% resp. 18% en neemt het percentage met uitsluitend medicatie navenant toe. Behandeling van depressie en angst is onderling nauwelijks verschillend. Het voor 2008 geschetste beeld komt overeen met dat voor 2007. Naar geslacht is er wel een verschil tussen mannen en vrouwen: ongeveer 40% van de mannen krijgt geen medicatie en wordt niet verwezen, terwijl dit voor 25% van de vrouwen geldt. Mannen worden wat vaker verwezen naar de 2^e lijn (11% vs 10%).

De zorgmix per leeftijdscategorie laat grotere verschillen zien in grafiek 7

Grafiek 7: zorgmix voor verschillende leeftijdscategorieën

Zorgmix voor patiënten met psychische stoornis: verdeling naar leeftijdscategorieën



Er zijn tenminste drie duidelijke leeftijdstrends zichtbaar in grafiek 7. In de eerste plaats daalt de proportie van patiënten die noch medicatie krijgt noch verwezen wordt van bijna 75% voor de 0-17 jarigen tot minder dan 20% voor de 65+-ers. In de tweede plaats neemt de proportie patiënten die uitsluitend medicatie krijgt sterk toe met het ouder worden tot meer dan 75% van de 75+-ers met een psychische stoornis.. In de derde plaats zien we een duidelijke afname van de tweedelijns verwijzingen, al dan niet gepaard met medicatie, naarmate men ouder wordt.

Verwijzingen naar de tweedelijns zijn in alle leeftijdscategorieën talrijker dan verwijzingen binnen de eerstelijns.

De verschillende leeftijdstrends die hier geschetst worden, zien we ook optreden wanneer we angststoornissen of depressie apart in beschouwing nemen.

Of mensen al dan niet in een achterstandswijk leven, levert betrekkelijk kleine verschillen in zorgmix op. Mensen in achterstandswijken krijgen relatief minder vaak uitsluitend medicatie (50,4% vs 56,2%) en ze worden vaker verwezen naar de 2^e lijn (14,8% vs 9,9%). Voor het overige zijn de verschillen klein.

3.4 Regionale verschillen

Er zijn verschillen tussen de verschillende delen van Nederland, met betrekking tot het signaleren en behandelen van psychische problemen door huisartsen.

De laagste prevalentie aan psychische problemen wordt in het zuiden van het land gemeld. Vooral de diagnoses rond angst en depressie worden daar minder gemeld dan landelijk het geval is. In drie van de vier regio's is het totaal prevalentie cijfer ten

opzichte van 2007 met een kwart of meer gestegen, alleen in het Noorden is er sprake van een daling van 9%.

**Tabel 3 prevalentie van psychische symptomen en stoornissen in 2008
(n/1000 ingeschreven patiënten) voor verschillende regio's**

Symptoom c.q. Stoornis	Noord	Oost	West	Zuid
N ingeschreven patiënten	71405	69170	117858	56342
Angstig, nerveus c.q. angststoornis	28,2	21,9	28,8	17,9
Depressief gevoel c.q. depressie	29,0	27,3	31,5	23,0
Stress c.q. overspannen	14,0	15,7	14,5	12,1
Alcoholmisbruik	2,9	3,1	4,4	2,7
Geneesmiddelenmisbruik	3,9	0,9	1,9	0,9
Drugmisbruik	1,4	1,0	1,6	1,4
Psychotische stoornis	2,7	3,7	3,4	2,7
Dementie	2,2	3,0	2,0	3,0
Geheugenstoornis	3,3	3,6	3,4	4,0
Prikkelbaar	1,2	1,3	1,7	1,0
Alle psychische symptomen en stoornissen tezamen	115,3	120,9	138,2	110

De mate waarin huisartsen in de verschillende regio's medicijnen voorschrijven varieert minder dan de mate waarmee ze psychische stoornissen en symptomen signaleren. In het Noorden schrijft men relatief het meest gemakkelijk een recept uit wanneer er sprake is van een psychische stoornis, in het Zuiden is men het meest terughoudend hierbij. Het zijn met name anxiolytica en hypnotica/sedativa die in het Noorden meer worden voorgeschreven.

Tabel 4 Percentage mensen met psychische diagnose met bepaalde medicatie in 2008 voor verschillende regio's

	Noord	Oost	West	Zuid
N patiënten	6750	7766	17029	6940
% met psychofarmaca	67.7	58.2	59.1	57.5
% met antipsychotica	8.4	6.3	5.6	6.3
% met anxiolytica	30.3	25.5	26.1	23.5
% met hypnotica/sedativa	25.2	22.0	24.5	20.4
% met antidepressiva	29.6	29.3	25.9	30.3
% met dementiemiddelen	0.2	0.6	0.4	1.0
% met alcoholmiddelen	0.3	0.5	0.7	0.6

Ook in het verwijzen is het Zuiden het meest terughoudend. Huisartsen in het Westen des lands hebben de hoogste verwijscijfers bij psychische problemen. Dit komt door hun hoge aantal verwijzingen naar de 2e lijns GGZ, met name psychotherapeuten en GGZ-instellingen. Van de eerstelijns GGZ wordt in het Noorden en het Zuiden meer gebruik gemaakt.

Tabel 5 Percentage patiënten met psychische diagnose met GGZ-verwijzing in 2008.

	Noord	Oost	West	Zuid
N patiënten	6030	2839	10538	5231
% AMW	0.7	0.3	0.8	0.7
% Eerstelijnspsycholoog	3.1	2.9	2.1	2.8
% SPV	0.5	0.0	0.0	0.0
<i>Subtotaal 1^e lijns GGZ</i>	<i>4.3</i>	<i>3.1</i>	<i>2.9</i>	<i>3.5</i>
% psychotherapie	0.8	4.6	5.4	3.7
% GGZ instelling	0.2	2.0	3.2	1.9
% CAD	0.1	0.2	0.8	0.3
% psychiatrie	7.8	2.5	3.9	1.6
psychogeriatric_perc	0.0	0.3	0.2	0.0
<i>Subtotaal 2^e lijns GGZ</i>	<i>8.9</i>	<i>9.3</i>	<i>13.0</i>	<i>7.3</i>
Totaal verwijzingen GGZ	12.8	12.4	15.5	10.7

Bij de verschillen die we opmerken tussen de regio's moeten we voor ogen houden, dat deze verschillen gebaseerd zijn op waarnemingen die uit een relatief klein aantal praktijken afkomstig zijn. In totaal zijn de LINH gegevens gebaseerd op maximaal 92 praktijken (landelijk), dus gemiddeld gaat het om niet veel meer dan 20 praktijken per regio. Een paar praktijken met "uitschieters" die aan toevallige plaatselijke omstandigheden toegeschreven kunnen worden, kunnen dan al snel een verschil maken.

3.5 Het gebruik van de eerstelijnspsycholoog 2004 – 2008¹

De gegevens over het gebruik van de eerstelijnspsycholoog ontleen we aan de Jaarberichten van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE), die gebaseerd zijn op de z.g. codeboeken die alle bij de LVE aangesloten eerstelijnspsychologen voor dit doel bijhouden. Sinds 2004 rapporteren deze Jaarberichten in categorieën die tussen de jaren vergelijkbaar zijn. Op basis van deze gegevens staan we in deze paragraaf stil bij

¹ Alle gegevens over eerstelijnspsychologen in dit hoofdstuk zijn ontleend aan de Jaarberichten 2004 t/m 2008 van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, tenzij anders vermeld

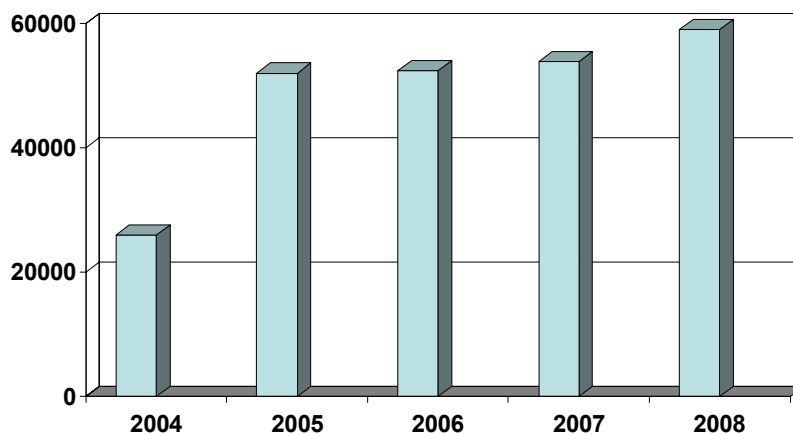
- de aantallen cliënten die door een eerstelijnspsycholoog gezien worden en de wijze waarop de cliënt in contact komt met de eerstelijnspsycholoog,
- de kenmerken van die cliënten, de problemen waarvoor ze hulp zoeken en de diagnoses die de psycholoog daaraan koppelt,
- het beloop van de behandeling van de cliënten van de eerstelijnspsycholoog.

De aanmelding bij de eerstelijnspsycholoog

Grafiek 8 laat zien over hoeveel cliënten jaarlijks gerapporteerd wordt door de LVE.

Grafiek 8:

Aantal geregistreerde cliënten van eerstelijnspsychologen (LVE-leden)
per jaar



Het landelijk codeboek is in 2004 geïntroduceerd, en de stijging van 2004 naar 2005 representeert de toegenomen “dekkingsgraad” van het codeboek. In 2004 werkten 416 leden (dit werd geschat op 44%) mee aan het codeboek. In 2005 was dit toegenomen tot 726 (ruim 75%) en in de jaren daarna schommelde het aantal deelnemers tussen de 696 en 711. De LVE zelf schat het totaal aantal cliënten dat in 2008 bij een eerstelijnspsycholoog in behandeling is op ongeveer 90.000.

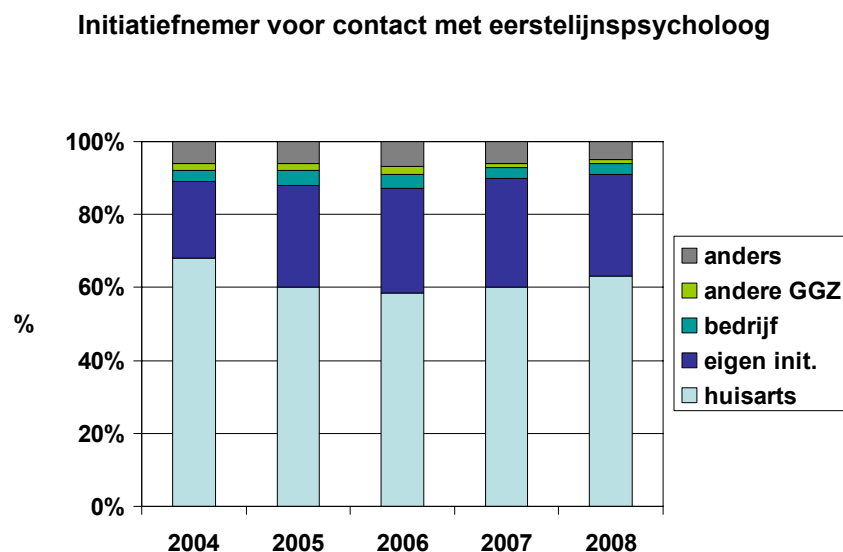
Sinds januari 2008 worden zittingen van een eerstelijnspsycholoog vergoed binnen de basisverzekering. Ziektekostenverzekeraars hanteren als definitie van “eerstelijnspsychologische zorg” dat deze zorg geleverd wordt door een psycholoog met een GZ-aantekening. Hierdoor bestaat het vermoeden dat sinds januari 2008 eerstelijnspsychologische zorg voor een groter deel dan voorheen wordt aangeboden door niet-LVE leden. In het bestand dat het NIVEL bijhoudt ten behoeve van de website KiesBeter.nl bevinden zich per 1 januari 2010 1202 psychologen die zeggen eerstelijnspsychologische zorg aan te bieden, waarvan er 715 lid van de LVE zijn. Daarmee kan geconcludeerd worden dat de codeboeken ongeveer 60% van de eerstelijnspsychologen vertegenwoordigen, en dat in 2008 ongeveer 100.000 (uitgaande van de 59.000 door LVE-leden geregistreerde cliënten in 2008) tot 150.000 (uitgaande

van de LVE-schatting van 90.000 cliënten in 2008) cliënten bij een eerstelijnspsycholoog zijn behandeld.

Er is sprake van een stijging van 0,8% van 2005 naar 2006, van 1,3% van 2006 naar 2007 en van 1,9% van 2007 naar 2008.

Uit de LVE jaarboeken kunnen we ook van de afgelopen vijf jaar opmaken op welke wijze de cliënten bij de eerstelijns psycholoog binnenkwamen. In grafiek 9 is zichtbaar hoe zich dit in de afgelopen vijf jaar ontwikkeld heeft.

Grafiek 9



Hierin is weinig veranderd. In 2004 was de patiënt in tweederde van de gevallen door de huisarts verwezen en kwam hij in een vijfde van de gevallen op eigen initiatief. De laatste tien procent wordt verdeeld tussen cliënten die via hun bedrijf bij de eerstelijnspsycholoog terechtkomen, via een collega eerstelijnspsycholoog of GGZ-instelling, of anders. Alleen in de twee eerste aanmeldingsmogelijkheden is een lichte verschuiving opgetreden: de huisarts als verwijzer is in de jaren daarna iets minder prominent aanwezig (tussen de 59% en 63%) en het eigen initiatief is wat toegenomen van rond de 20% naar rond de 30%.

Clënten van eerstelijnspsychologen: Achtergrondkenmerken, hulpvragen en diagnoses

Tweederde van de clientèle van eerstelijnspsychologen is vrouw, meer dan de helft is jonger dan veertig jaar.

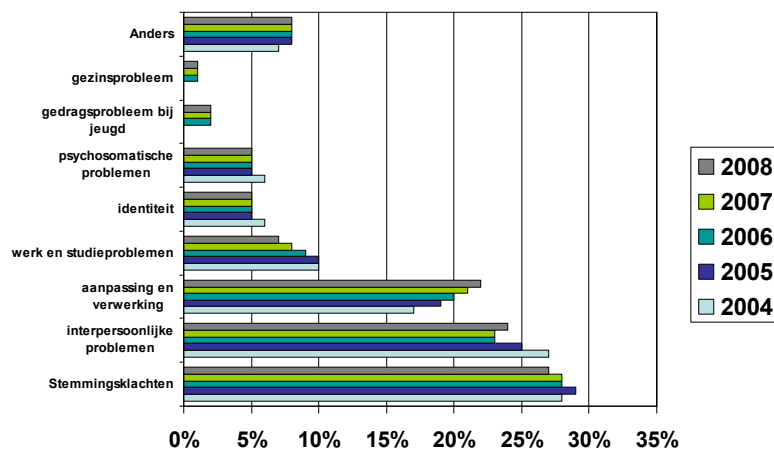
De aanmeldingsklacht waarmee cliënten zich bij de eerstelijnspsycholoog aandienen staan in grafiek 10 weergegeven. Belangrijke redenen om zich tot de psycholoog te wenden zijn interpersoonlijke problemen, aanpassings- en verwerkingsproblemen, angst en depressie, werk- en studieproblemen, en bij jeugdigen: gedragsproblemen en gezinsproblemen.

We zien in grafiek 10 dat stemmingsproblemen het meest frequent als aanmeldingsklacht

voorkomen, dat de ook frequent genoemde interpersoonlijke problemen als reden de laatste vijf jaar iets zijn afgenomen, terwijl aanpassings en verwerkingsproblematiek als reden voor contact is toegenomen. Ook werk- en studieproblemen zijn teruggelopen tussen 2004 en 2008.

Grafiek 10

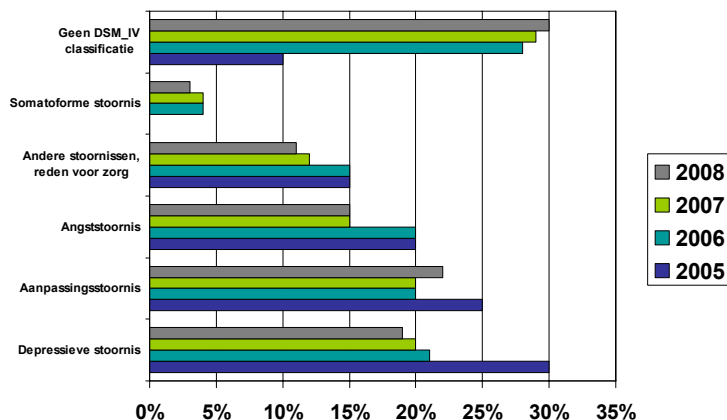
Aanmeldingsklachten bij de eerstelijnspsycholoog 2004-2008



Deze aanmeldingsklachten worden door eerstelijnspsychologen sinds 2005 in DSM-IV diagnoses vertaald, voor zover er in de ogen van de psycholoog sprake is van een psychische stoornis in termen van de DSM-classificatie. Zie grafiek 11

Grafiek 11

DSM-IV diagnoses, gesteld door de eerstelijnspsycholoog 2004-2008



Voor zover eerstelijnspsychologen psychische stoornissen behandelen die zich in psychiatrische termen laten diagnosticeren, gaat het over affectieve stoornissen (major depression), angststoornissen, somatoforme stoornissen en aanpassingsstoornissen. Ten opzichte van 2005, het eerste jaar dat eerstelijnspsychologen de behandelde problematiek in de psychiatrische DSM-IV classificatie indeelden, zijn alle gebruikte diagnoses afgenomen in frequentie en wordt er steeds vaker (tot 30% in 2008) aangetekend dat er geen DSM-IV diagnose van toepassing is. Dit betekent dat de psycholoog problemen behandelt die niet tot psychopathologie gerekend worden, zoals bijvoorbeeld relatieproblemen of problemen op het werk.

Bovendien is de aanpassingsstoornis de meest gebruikte DSM-IV diagnose die de laatste jaren gesteld wordt. Een aanpassingsstoornis is in die zin een “lichte” DSM-IV diagnose, dat het symptomen betreft die een reactie op een identificeerbare stressor zijn, waarbij deze symptomen (i.h.a. depressieve of angstsymptomen) niet van dien aard zijn dat ze een specifieke diagnose “angststoornis” of “depressie” rechtvaardigen.

Behandelverloop

In 2008 behandelde de eerstelijnspsycholoog zijn cliënten in gemiddeld 6,7 contacten. Driekwart van de cliënten werd behandeld in acht zittingen of minder. In 2% van de gevallen was er sprake van meer dan twintig consulten. Het gemiddeld aantal contacten is de afgelopen vijf jaar afgenomen van 7,5 in 2004 tot 6,7 in 2008. De sterkste daling vond plaats tussen 2005 (7,6) en 2007 (6,9). De gemiddelde behandelduur bedroeg in 2008 19 weken.

In het codeboek worden drie mogelijke wijzen onderscheiden waarop het contact kan eindigen. Bij een reguliere afronding is sprake van een afgesloten behandeling. Daarnaast is het mogelijk dat het contact eerder dan gepland wordt afgebroken en wel om verschillende redenen: omdat de patiënt verdere behandeling niet op prijs stelt vanwege onvoldoende motivatie of ontevredenheid, omdat de klachten snel blijken over te gaan, of omdat er financiële redenen zijn om de behandeling te stoppen voordat een bevredigend resultaat verkregen is. Ten slotte kan een behandeling beëindigd worden, omdat de cliënt wordt doorverwezen voor verdere behandeling. De diverse mogelijkheden worden in tabel 6 op een rij gezet.

Door de jaren heen blijkt de eerstelijnspsycholoog ongeveer 70% van de behandelingen te voltooien. In 11% tot 14% van de behandelingen wordt op een gegeven moment besloten om de patiënt door te verwijzen, meestal naar de meer gespecialiseerde GGZ. 17% tot 19% van de behandelingen wordt vroegtijdig afgebroken, waarbij onvoldoende motivatie, financiële overwegingen en het snel afnemen van de klachten de voornaamste overwegingen zijn. Wat betreft de financiële redenen om de behandeling vroegtijdig af te breken, kan opgemerkt worden dat dit in 2008, toen de eerstelijnspsycholoog was opgenomen in het basispakket van de zorgverzekering veel minder voorkwam dan in de jaren daarvoor.

Tabel 6 Wijze waarop behandeling wordt afgesloten en eventueel wordt

doorverwezen

		2004		2005		2006		2007		2008	
Afgesloten behandeling		71%		71%		67%		68%		71%	
Contact afgebroken		18%		18%		19%		18%		17%	
	Onvoldoende motivatie		4		3		4		3		3
	Financieel		4		3		3		3		1
	Afname klacht		-		4		3		3		2
	Ontevreden		1		1		1		1		1
	Anders		9		7		8		8		10
Doorverwezen		11%		11%		14%		14%		12%	
	2 ^e lijns GGZ		6		5		7		7		6
	Andere ELP		1		1		2		2		1
	Huisarts		-		2		2		1		1
	GGZ-opname		1		1		1		1		1
	Anders		3		2		2		3		3

Literatuur bij hoofdstuk 3:

Giel R, Koeter MWJ, Meer Kvd, Ormel J. De filters in het model van Goldberg en Huxley in de praktijk. H & W 1991; 34:164-169.

Goldberg, D., Huxley, P. Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care. London : Tavistock Publications, 1980

LVE, Jaarbericht 2004 van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, Amsterdam 2005

LVE, Jaarbericht 2005 van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, Amsterdam 2006

LVE, Jaarbericht 2006 van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, Amsterdam 2007

LVE, Jaarbericht 2007 van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, Amsterdam 2008

LVE, Jaarbericht 2008 van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, Amsterdam 2009

LHV/NHG: Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening, concretisering Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012 / Aanbod huisartsgeneeskundige zorg 2004. Landelijke Huisartsen Vereniging/ Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht, 2004

Linden MW vd, Westert GP, Bakker DH de, Schellevis FG. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. NIVEL/RIVM, Utrecht 2004

Meijer, SA, Verhaak PFM, De eerstelijns GGZ in beweging. Reuslatten, conclusies en beschouwing van het evaluatieonderzoek "Versterking eerstelijns GGZ". Nivel, SGBO, Trimbosinstituut, Utrecht/'s Gravenhage 2004

Mesman J, Verhaak PFM, De toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen. Een onderzoek naar de verzekeringstechnische en geografische toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen. Nivel, Utrecht, 2001.

Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Structuurnota Gezondheidszorg. Ministerie VoMil, Leidschendam, 1974

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg 1999. Ministerie van VWS, Den Haag, 1998

NHG: NHG-standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg 'GGZ in de huisartsenzorg'. Nederlands Huisartsen Genootschap, 2008

RVZ: Geestelijke gezondheidszorg in de 21 eeuw. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer, 1998

Velden, J van der, Bakker DH de, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Morbiditeit in de huisartspraktijk.. Nivel, Utrecht 1991

4 Beantwoording vraag 2 betreffende Effectiviteit van GGZ-zorg en van voorgeschreven medicatie

4.1 Voor welke psychische stoornissen bestaat evidence based behandeling

Om deze vraag te kunnen beantwoorden, is het van belang om te weten welke psychische stoornissen veelvuldig voorkomen in de Nederlandse bevolking. We baseren ons hierbij op prevalentiecijfers uit de NEMESIS-studie (Bijl et al., 1998). In dit grootschalige onderzoek zijn data verzameld bij ruim 7.000 personen, die steekproefsgewijs vanuit het bevolkingsregister benaderd zijn. De onderzoekspopulatie is representatief voor de Nederlandse bevolking, met uitzondering van een ondervertegenwoordiging van personen in de leeftijd van 18 tot en met 24 jaar, waarvoor gecorrigeerd is.

Uit de resultaten blijkt dat angststoornissen (12.4%), alcoholmisbruik of –afhankelijkheid (8.2 %) en stemmingsstoornissen (7.6%) veelvuldig voorkomen. In mindere mate worden drugsverslaving (1.3%), eetstoornissen (0.4%) en schizofrenie (0.2%) aangetroffen (Bijl et al., 2000). Vanwege de hogere prevalentiecijfers zullen we ons in deze notitie richten op eerstelijnszorg omtrent angst- en stemmingsstoornissen en problematisch alcoholgebruik.

Angststoornissen

Er worden diverse typen angststoornissen² onderscheiden:

- 1) *paniekstoornis*: stoornis waarbij recidiverende paniekaanvallen optreden, met of zonder agorafobie (ook wel pleinvrees genoemd);
- 2) *sociale angststoornis*: hevige angst en vermijding van sociale situaties waarin men wordt blootgesteld aan de mogelijke kritische blik van anderen;
- 3) *obsessief-compulsieve stoornis*: terugkerende en hardnekkige gedachten, impulsen of voorstellingen (obsessies), of dwanghandelingen (compulsie).
- 4) *gegeneraliseerde angststoornis*: buitensporige, aanhoudende angst of bezorgdheid die gepaard gaat met symptomen als piekeren, rusteloosheid, vermoeidheid, concentratieproblemen, prikkelbaarheid, spierspanning en slaapproblemen.
- 5) *posttraumatische stressstoornis*: herbelevingen van een traumatische gebeurtenis, het vermijden van prikkels die bij het trauma horen, verhoogde prikkelbaarheid, overdreven schrikreacties en/of concentratieproblemen.
- 6) *specifieke fobie*: hevige, aanhoudende angst voor en vermijding van een specifiek object, of een specifieke situatie.
- 7) *Hypochondrie*: aanhoudende, ongegronde angst of overtuiging een ernstige ziekte te hebben.

Hoewel zij allen om een specifieke behandelwijze vragen, zijn er ook overeenkomsten waarneembaar. Zo is het effect van farmacotherapeutische behandelingen bij de meeste angststoornissen aangetoond, hoewel er weinig onderzoek is gedaan naar het effect van medicatie bij specifieke fobieën en hypochondrie. Er bestaat dan ook een voorkeur voor

² definities zijn ontleend aan de NHG-standaard depressie ((NHG, 2003)).

psychologische interventies bij de behandeling van deze twee typen angststoornissen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2003). Over de effecten van medicatie wordt uitgebreid ingegaan in paragraaf 3.6, p 34.

Wanneer gekeken wordt naar diverse psychologische interventies, blijkt ‘*exposure in vivo*’, het stapsgewijs blootstellen van de patiënt met angstwekkende stimuli voor alle angststoornissen effectief te zijn (Feske & Chambless, 1995; Kobak et al., 1998; Abramowitz, 1996; Gould et al., 1997; Barlow, 1988; Andrews et al., 1994; Visser & Bouman, 2001)³. Bij een posttraumatische stressstoornis wordt in plaats van exposure in vivo, imaginaire exposure toegepast waarbij de traumatische ervaringen in gedachten worden herbeleefd (Rothbaum et al., 2000; Van Etten & Taylor, 1998)².

Ook het effect van *cognitieve (gedrags)therapie* is aangetoond, waarbij negatieve en versturende cognities worden uitgedaagd en geëvalueerd, waarbij copingvaardigheden worden aangeleerd (Abramowitz, 1998; Chambless & Gillis, 1993; Gould et al., 1997; Foa et al., 2000; Van Etten & Taylor, 1997; Craske, 1999; Craske & Rowe, 1997; Warwick et al., 1996; Clark et al., 1998)⁴.

Bovendien spelen diverse therapievormen gericht op *relaxatie* een belangrijke rol bij de behandeling van een gegeneraliseerde angststoornis, posttraumatische stressstoornis en hypochondrie (Hunot et al., 2009; Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breitholtz, 2000)³. Daarnaast is het effect aangetoond van diverse behandelvormen die specifiek gericht zijn op één bepaalde angststoornis. Zo leidt *EMDR* (eye movement desensitization and reprocessing), waarbij de traumatische ervaringen naar boven worden gehaald en de patiënt wordt afgeleid door middel van een stimulus zoals de eigen oogbeweging, tot veelbelovende resultaten bij een posttraumatische stressstoornis (Van Etten & Taylor, 1998; Foa et al., 2000)³. *Taakconcentratietraining*, waarbij de patiënt geleerd wordt om de aandacht naar buiten te richten in plaats van op zichzelf, heeft aantoonbare effecten bij patiënten met een sociale fobie die sterk lichamelijk reageren op angstoproepende sociale situaties door blozen en transpireren (Mulken et al., 2001)³.

Problematisch alcoholgebruik

Zoals beschreven werd in paragraaf 1 heeft de huisarts voornamelijk een signalerende en gedragsmotiverende taak waar problematisch alcoholgebruik zich in de huisartspraktijk aandient, en kan doorverwezen worden naar ggz-hulpverleners of –instellingen.

De laatste jaren is veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van (zeer) korte interventies voor problematisch alcoholgebruik die met name door huisartsen kunnen worden uitgevoerd. Er bestaat een grote verscheidenheid aan interventies, die kunnen variëren van motiverende gesprekken, korte cognitieve gedragstherapie, het opstellen van een actieplan door de patiënt zelf, het schriftelijk laten bijhouden van het drinkgedrag tot telefonische counseling. Met name motiverende gespreksvoering, waarbij de patiënt o.a. gemotiveerd wordt om een bepaalde behandeling te volgen, is een interventie die door alle eerstelijns hulpverleners kan worden worden uitgevoerd. Motiverende gespreksvoering is bij uitstek van belang in de huisartspraktijk, omdat veel patiënten vaak als eerste bij de huisarts komen (Zwaanswijk et al., 2009).

³ geciteerd in de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2003)

⁴ geciteerd in de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2003)

Diverse meta-analyses tonen aan dat deze kortdurende interventies effectief zijn (Kaner et al., 2009) (Ballesteros et al., 2004) (Poikolainen, 1999), zelfs wanneer de interventie zich beperkt tot een eenmalig consult waarin persoonlijke feedback gegeven wordt zonder therapeutische begeleiding (Riper et al., 2009). Poikolainen (1999) concludeert echter dat de wat uitgebreidere kortdurende interventies effectiever zijn dan de reguliere kortdurende interventies, althans bij vrouwen. Daarentegen vinden Kaner en collega's (2009) juist een effect van kortdurende interventies op de langere termijn bij mannen, maar niet bij vrouwen.

Depressie

Het meeste onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen in de Geestelijke Gezondheidszorg richt zich op stemmingsstoornissen; in het bijzonder op depressies. Daarom zullen we ons hierop richten in de bespreking van de evidence based behandelingen voor stemmingsstoornissen.

De recentste NICE-richtlijn van 2009 voor de behandeling van depressie biedt een uitvoerig overzicht van evidence based behandelmethoden voor depressie (NICE, 2009). Deze richtlijn wijdt meerdere hoofdstukken aan de toepassing van farmacologische interventies, zoals SSRI's, TCA's en MAOI's. Hier zal uitgebreid op worden ingegaan in paragraaf 4.6 over de effectiviteit van medicatie (zie pagina 34).

Naast medicamenteuze behandeling van depressie, worden tevens diverse evidence-based psychologische interventies beschreven. Twee meta-analyses geven aan dat psychologische interventies effectief zijn in de behandeling van depressie, wanneer deze interventies vergeleken werden met een controlegroep die care-as-usual ontvingen, of een placebo-behandeling (Cuijpers et al., 2009; Bortolotti et al., 2008). In deze paragraaf zullen we verschillende evidence-based psychologische interventies nader beschrijven, gebaseerd op de meta-analyses die werden uitgevoerd in het kader van de NICE-richtlijn (NICE, 2009).

In de eerste plaats zijn er diverse interventies die de cliënt in min of meerdere mate zelfstandig kan uitvoeren, zoals computergestuurde cognitieve gedragstherapie, begeleide zelfhulp en bewegingsprogramma's.

Computergestuurde cognitieve gedragstherapie wordt aangeboden via een CD, DVD of internet. Het programma is gebaseerd op dezelfde principes als het standaard cognitieve gedragstherapeutische programma dat door een therapeut verstrekt kan worden (zie 'cognitieve gedragstherapie' op pagina... voor meer informatie). Bij computergestuurde cognitieve gedragstherapie kan de behandelaar het proces in de gaten houden, en is beschikbaar voor consultatie. Diverse studies laten zien dat computergestuurde cognitieve gedragstherapie een klein effect heeft op de verbetering van zelfgerapporteerde depressieve klachten, vergeleken met cliënten die geen behandeling kregen. Er werden geen verschillen gevonden in de effectiviteit van computergestuurde versus reguliere cognitieve gedragstherapie (NICE, 2009).

Bij *begeleide zelfhulp* wordt literatuur aangeboden die de cliënt zelfstandig kan doorwerken, meestal in boekvorm. Deze literatuur is speciaal ontwikkeld voor het doeleinde van zelfhulp. Hierbij wordt een minimale ondersteuning aangeboden door een hulpverlener, die de literatuur introduceert en het proces volgt en evalueert. Deze

interventie is met name effectief bij patiënten met een subklinische depressie; dat wil zeggen, patiënten die wel depressieve klachten rapporteren, maar niet voldoende om te spreken van een depressieve stoornis. In de literatuur wordt een sterk effect gevonden van begeleide zelfhulp met een kort, maar frequent contact met de behandelaar, op de vermindering van depressieve klachten t.o.v. patiënten die op een wachtlijst stonden en geen hulp kregen (NICE, 2009; Bower et al., 2001).

Bewegingsprogramma's die ontwikkeld zijn voor de behandeling van depressie, bevatten de beschrijving van een bepaalde fysieke activiteit (zoals hardlopen) én de frequentie, duur en intensiteit waarmee de activiteit moet worden uitgevoerd, en worden vaak onder begeleiding georganiseerd. Bewegingsprogramma's blijken effectief te zijn voor patiënten met een subklinische of een milde tot gemiddelde depressie, in het bijzonder wanneer de interventie in groepsvorm wordt gegeven (NICE, 2009).

De meeste evidence based behandelingen worden intensief door een hulpverlener (psycholoog, AMW'er, huisarts, SPV'er) begeleid. *Cognitieve gedragstherapie* wordt sinds de jaren '50 veelvuldig toegepast bij de behandeling van depressies. Tijdens deze therapie wordt de cliënt aangemoedigd om te ontdekken welke gedachten, overtuigingen en ideeën (en de gevolgen hiervan) invloed hebben op de huidige depressieve symptomen en gevoelens. Vervolgens wordt de cliënt geleerd hoe hij/zij deze problematische gedachten, overtuigingen en ideeën kan herkennen en hoe hier mee om kan worden gegaan. Cognitieve gedragstherapie kan zowel individueel als in groepsvorm worden aangeboden. Meta-analyses laten zien dat cognitieve gedragstherapie een gemiddeld tot sterk effect heeft op de verbetering van depressieve symptomen ten op zichte van cliënten die op een wachtlijst staan, zowel voor individuele als groepstherapie. Hoewel er aanvankelijk geen verschil bestaat in effectiviteit van behandeling met cognitieve gedragstherapie vergeleken met het gebruik van antidepressiva, wordt er drie maanden na afronding van de behandeling wel een verschil aangetoond in het voordeel van cliënten die cognitieve gedragstherapie hebben gekregen. Een combinatie van cognitieve gedragstherapie en het gebruik van antidepressiva blijkt licht effectiever te zijn dan alleen het gebruik van antidepressiva; er zijn geen verschillen waarneembaar ten opzichten van de situatie waarin alleen cognitieve gedragstherapie wordt aangeboden (NICE, 2009).

Problem solving therapy gaat uit van de gedachte dat depressie gerelateerd is aan moeilijkheden in het oplossen van sociale problemen. In problem solving therapy proberen therapeut en cliënt de belangrijkste probleemgebieden te identificeren, en wordt het probleemoplossend vermogen en copinggedrag van de cliënt verbeterd. Er is weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van problem solving therapy, maar de enkele studies die gepubliceerd zijn, vinden een middelmatig effect van deze therapie op de vermindering van depressieve klachten ten opzichten van cliënten die een placebo-interventie ontvingen (NICE, 2009).

Parentherapie helpt om zowel de cliënt als zijn/haar partner inzicht te geven in de effecten van hun interacties op het ontstaan of in stand houden van symptomen en problemen. Vervolgens wordt de mogelijkheid geboden om de manier van interactie te veranderen, zodanig dat er een meer ondersteunende en minder conflictueuze relatie ontstaat. De enkele studies die onderzoek hebben gedaan naar het effect van parentherapie laten een sterke effectiviteit zien op het verminderen van depressieve

symptomen vergeleken met de situatie van cliënten die op een wachtlijst staan (NICE, 2009).

Interpersoonlijke therapie probeert inzicht te geven in het effect van onder andere interpersoonlijke conflicten en sociale vaardigheden in het ontstaan en de in stand houding van de huidige depressieve symptomen. Vervolgens wordt gekeken hoe de patiënt om kan gaan met deze problemen, of hoe ze opgelost kunnen worden. Vergeleken met care-as-usual, verstrekt door de huisarts, werden er middelmatige tot sterke effecten gevonden van interpersoonlijke therapie op de vermindering van depressieve symptomen, zowel direct na de therapie als bij follow-up metingen (NICE, 2009).

Ook *relaxatietherapie*, al eerder besproken als mogelijke behandeling bij angststoornissen, kan bij depressie worden toegepast. De literatuur toont aan dat relaxatietherapie effectiever is dan het niet of minimaal behandelen van depressie. Deze methode is echter minder effectief dan cognitieve gedragstherapie (NICE, 2009; Jorm et al., 2008).

Inbedding van interventies in de eerste- of tweedelijns GGZ

Bepaalde van de hierboven beschreven interventies zijn bij uitstek geschikt om gegeven te worden in de eerstelijns GGZ. Hiervoor is een vereiste dat de interventie uitgevoerd kan worden door een generalist (zoals door een huisarts of eerstelijnspsycholoog), en dat de behandeling in een relatief kort tijdsbestek uitgevoerd kan worden. Dit maakt dat interventies zoals begeleide zelfhulp, problem solving therapy, motiverende gespreksvoering, computergestuurde interventies zeer geschikt zijn om uitgevoerd te worden in de eerstelijns (Zwaanswijk et al., 2009). Hetzelfde geldt voor cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie, parentherapie en relaxatie dat zich, gezien het aantal benodigde zittingen, meer leent voor behandeling door eerstelijnspsycholoog of AMW. Een interventie zoals EMDR daarentegen, wordt bijvoorbeeld vaak in de tweedelijns GGZ gegeven.

4.2 Hoeveel evidence-based en consensus-based behandeling komt voor in de eerstelijns curatieve GGZ

Met gegevens die verzameld zijn binnen de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA, Penninx et al., 2008) is recentelijk onderzocht hoe vaak Nederlandse huisartsen patiënten met angst en depressie behandelen volgens de richtlijn, en welke patiënten meer kans hebben om volgens de richtlijn behandeld te worden (Smolders et al., 2009; Prins et al., 2010). Hiervoor is het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) bij de huisarts onderzocht bij 721 patiënten, waarbij middels een klinisch interview door NESDA-onderzoekers een huidige angst- of depressiestoornis is gediagnosticeerd.

Gepaste zorg werd volgens de NHG-richtlijn als volgt omschreven:

- Psychologische ondersteuning die tijdens minimaal vijf consulten plaats vindt, binnen een periode van 15 weken sinds de registratie van de diagnose angst of depressie⁵;
OF
- Counseling⁶; OF

⁵ Gedeeltelijk gepaste zorg indien er vier sessies psychologische ondersteuning plaatsvinden binnen 15 weken, of wanneer er medicatie wordt verstrekt zonder aanvullende condities

- Antidepressiva wordt voorgeschreven waarbij na zes weken een evaluatie plaats vindt. Het gebruik van antidepressiva duurt minimaal vijf maanden, of wordt gestaakt indien de patiënt niet op de medicatie reageert²; OF
- Een verwijzing naar een hulpverlener in de geestelijke gezondheidszorg.

Het percentage patiënten dat volgens de richtlijn behandeld werd, was 47% bij depressie, 38% bij een angststoornis en 50% bij patiënten met zowel angst als depressie. . Patiënten in een ernstiger toestand hebben meer kans op behandeling volgens de standaarden. Patiënten die volgens de richtlijn behandeld werden hadden vaker meerdere diagnoses. Ook rapporteerden patiënten die behandeld werden volgens de standaarden ernstiger symptomen van angst, depressie en ervoeren zij meer problemen in het dagelijkse leven dan patiënten die niet volgens de richtlijn behandeld werden.

De helft van de mensen die volgens het onderzoek een angst- of depressiestoornis hadden en die niet behandeld werden, wilden dergelijke behandeling niet. Deels omdat men vond geen stoornis te hebben, deels omdat men niet dacht dat behandeling zinvol was. (van Beljouw e.a., in druk) Daarnaast worden sommige mensen niet volgens de richtlijn behandeld omdat hun klachten snel overgaan (voordat de richtlijn volledig is uitgevoerd) en ze hun behandeling staken.

Bij patiënten met een hoog opleidingsniveau wordt vaker de richtlijn wordt gevolgd in de behandeling van een angst- of depressiestoornis. Dit geldt ook voor patiënten die zelf een behoefte ervaren aan medicatie, counseling of een verwijzing naar een ggz-hulpverlener. Het gegeven dat een ernstigere angst- of depressiestoornis vaker volgens de richtlijn behandeld wordt, geeft aan dat huisartsen selectief zijn in de toepassing van richtlijn en deze met name toepassen als dit het meest nodig is.

4.3 Voorkomt eerstelijnszorg dat mensen in de tweedelijns terecht komen?

Uit paragraaf 3.2 en 3.3 bleek, dat ongeveer 90% van de mensen met een psychische stoornis in de huisartspraktijk behandeld wordt en niet verwezen wordt. (N.B. Men kan in het huidige stelsel alleen in de tweedelijns terecht komen door een verwijzing van de huisarts).

Op zich is het mogelijk dat naarmate er meer aandacht voor psychische problemen komt, en huisartsen dit beter leren te signaleren, er ook meer doorverwezen zal worden.

Incidenteel zijn er aanwijzingen in de internationale literatuur dat meer aandacht voor de GGZ tot meer verwijzingen leidt. Huisartsen die met counselors samenwerkten verwezen 4 op de 1000 patiënten naar een klinisch psycholoog, huisartsen die dat niet deden verwezen 1 op de 1000 patiënten (Cape et al., 2000). Bower en Sibbald (2000) daarentegen laten zien dat de aanwezigheid van GGZ-professionals in 1^e lijns teams een klein effect heeft op het voorkómen van verwijzingen naar de tweedelijns. In eigen onderzoek zagen we ook dat de inzet van een POH-GGZ geen aanzuigende werking op de verwijzingen naar de tweedelijns had (Noordman en Verhaak, 2009).

⁶ Counseling is alleen van toepassing voor de behandeling van depressie. Deze interventie vervalt in de richtlijn voor de behandeling van angststoornissen.

Hieraan grenzend zijn bevindingen dat preventieve behandeling van depressie in een preklinisch stadium leidt tot minder “echte” depressie in de jaren daarna. Het gaat dan om zeven studies, niet volkomen vergelijkbaar en met een follow-up van 4 tot 24 maanden. (Cuijpers et al. 2005). Men kan de redenering volgen dat deze presymptomatische behandeling voorkomt dat er een aantal stoornissen ontstaan, die men toch naar de tweedelijns had moeten verwijzen.

Al met al zijn er niet zoveel aanwijzingen dat eerstelijnszorg de toestroom naar de tweedelijns vermindert en voor zover ze er zijn is de huidige capaciteit in de eerstelijns niet zodanig dat er heel veel extra overgeheveld zou kunnen worden van tweedelijns naar eerstelijns.

4.4 Wat is het succes van eerstelijns behandeling?

In beschrijvend, naturalistisch onderzoek (waarbij sommigen wel worden behandeld, anderen niet) is 50% van de ondervraagden mensen met een depressie hiervan na 3 maanden hersteld; 63% na zes maanden en drie kwart na een jaar (Spijker et al. 2002). Het is lastig om dit te vergelijken met effecten van behandeling omdat in beschrijvend epidemiologisch onderzoek veel mensen voorkomen die nooit behandeling zoeken omdat hun belasting niet te zwaar is of omdat ze om andere reden geen behandeling willen. De groep die wel in behandeling komt is daardoor al geselecteerd op hogere ernst van de problematiek. Dit zagen we ook in paragraaf 4.2 waar mensen die evidence based zorg kregen ook degenen waren met ernstiger problematiek.

Psychologische behandeling (gespreksmatige behandeling door psycholoog, SPV of AMW, guided self help, of on line behandeling) voor depressie in 1^e lijn leidt tot positieve effecten t.o.v. de gebruikelijke behandeling door de huisarts. Wanneer men in de 1^e lijn de patiënten selecteert door een screenings instrument, en iedereen behandelt die positief op de screener scoort, is het effect van die behandeling een stuk kleiner dan bij behandeling in 2^e lijn. Behandeling in de eerstelijns die het gevolg is van verwijzing door de huisarts, is daarentegen even effectief als behandeling in de tweedelijns (Cuijpers 2009). Hieruit blijkt het belang van de poortwachtersfunctie van de huisarts, die bij uitstek in staat is om in te schatten welke patiënten met psychische problemen voor psychologische behandeling in aanmerking komen.!

Bower et al. (2003) concluderen uit een analyse van zeven gecontroleerde onderzoeken, dat counseling op korte termijn betere resultaten boekt dan behandeling door de huisarts. Tevredenheid van de patiënten met counseling is hoog.

Bortolotti (2008) meldt een grotere effectiviteit van psychologische interventies in de eerstelijns.

Actieve interventies in de eerstelijns leidde in 13 studies in Engeland en Amerika tot herstel in 50% tot 67% van de gevallen. Gebruikelijke zorg leverde 35% herstel op en placebobehandeling 32% (Dawson et al. 2004)

De meest succesvolle aanpak van met name depressie en angst in de eerstelijns is het in de

Verenigde Staten ontwikkelde concept van “disease management” of “collaborative care”. Het betreft hier een complexe interventie, gebaseerd op de behandeling van chronisch zieken, waarbij een programma aan diensten en hulpverleners klaar staat voor de patiënt. Regelmatige screening en ingrepen volgens een getrappt programma (eerste licht, als dat niet helpt zwaarder) zijn kenmerkend. Het geheel wordt binnen één organisatie aangestuurd en is gebaseerd op evidence based standaarden.

Disease management bij depressie leidt tot een kwart meer verbetering dan gewone zorg in 10 studies van hoge kwaliteit. Het is ook duurder (Neumeijer-Gromen et al. 2004).

Gilbody et al. (2006) bevestigen deze conclusie, zowel voor korte termijn uitkomsten (na 6 maanden) en lange termijn (tot 5 jaar). Ze laten in hun meta-analyse over 37 gerandomiseerde studies ook zien dat in de loop der tijd de effecten groter geworden zijn.

Systematische identificatie van patiënten, inzet van case managers met een specifieke GGZ achtergrond en reguliere supervisie van hen droegen bij aan groter succes (Bower et al., 2006)

4.5 Leidt gemakkelijke toegang tot eerstelijnspsychologische zorg tot meer zorggebruik?

Op 1 januari 2008 is de eerstelijnspsycholoog gemakkelijker toegankelijk geworden. Op dat moment vielen de eerste acht behandelingen binnen het basispakket van de zorgverzekering.

Vergelijken we de cijfers van het gebruik van de eerstelijnspsycholoog in 2007 en 2008 (paragraaf 3.5) dan is er sprake van een matige stijging, die ook in de jaren daarvoor zichtbaar is.

Verwijscijfers van huisartsen tussen 2007 en 2008 (zie paragraaf 3.2) zijn licht gestegen, maar minder dan b.v. de verwijzingen naar de psychotherapeut, waarvoor geen gemakkelijker toegang gold.

In een pilotstudie met praktijkondersteuners in een gezondheidscentrum, bleek dat huisartsen van de diensten van de praktijkondersteuners veel gebruik maakten. Deze ondersteuners gaven ook sturing aan eventuele verwijzingen, waarbij ze relatief veel naar de eerstelijnspsycholoog verwezen, maar navenant veel minder naar de tweedelijns GGZ. Het totaal patroon van het gezondheidscentrum in kwestie stak daarmee gunstig af bij het landelijk beeld. (Noordman en Verhaak, 2009). Het is dus mogelijk om de aanstroom te reguleren en niet autonoom te laten groeien.

4.6 Wat is er bekend over de effectiviteit van medicatie?

In deze paragraaf worden de resultaten beschreven van diverse studies en meta-analyses naar de effectiviteit van medicatie bij angst- en depressiestoornissen. Dit hoofdstuk is hoofdzakelijk gebaseerd op de NICE-richtlijn voor depressie (NICE, 2009), en de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2003)

Depressie

Veel onderzoek naar de effectiviteit van medicatie voor psychische stoornissen richt zich op depressie, en dan met name op gebruik bij patiënten in de tweedelijnszorg. Antidepressiva proberen de balans in de neurotransmissie (het transport van neurotransmitters in de hersenen) te herstellen. Er zijn hoofdzakelijk vier soorten antidepressiva te onderscheiden: 1) TCA's (tricyclische antidepressiva), die aan het einde van de jaren '50 geïntroduceerd werden. Een bekende TCA is Amitriptyline; 2) MAOI's (monoamine-oxidase remmers), zoals Moclobemine en Phenelzine; 3) SSRI's (selectieve serotonine heropnameremmers) kwamen in de jaren '80 op de markt, en ontstonden voornamelijk vanwege de vraag om een antidepressivum met minder bijwerkingen dan de TCA's. Bekende SSRI's zijn Citalopram, Fluoxetine, Fluvoxamine en Paroxetine; 4) Tenslotte zijn ook de zogenaamde derde generatie antidepressiva, zoals Duloxetine en Venlafaxine beschikbaar. Zij zijn ontwikkeld na de invoering van de SSRI's, met het doel om een antidepressivum beschikbaar te stellen behalve serotonine, ook de heropname van andere neuromitters remt, en tegelijkertijd minder bijwerkingen heeft dan de TCA's.

Verskillende meta-analyses suggereren dat anti-depressiva effectiever zijn in de behandeling van een depressie dan wanneer een placebo wordt verstrekt (Gartlehner et al., 2008; Cochrane Database of Systematic Reviews; NICE, 2004a)⁷. Ze lijken allemaal ongeveer even effectief te zijn, hoewel de ene soort antidepressiva in een bepaalde situatie beter voorgeschreven kan worden dan een andere soort. In het algemeen blijken SSRI's de voorkeur te hebben, met name in de eerstelijnszorg, omdat zij minder bijwerkingen vertonen en daardoor vaak beter getolereerd worden dan andere antidepressiva, en omdat zij veiliger zijn in het geval van overdosering. TCA's vertonen relatief veel bijwerkingen, en zijn bovendien erg schadelijk bij overdosering. TCA's blijken overigens, meer dan andere antidepressiva, effectief te zijn in de behandeling van atypische depressie (NICE, 2009).

In het algemeen geldt dat een antidepressivum effectiever is, naarmate de symptomen ernstiger zijn (Anderson et al., 2008; Kirsch et al., 2008)⁶. Er is niet duidelijk gedefinieerd bij welke mate van ernst van een depressie, antidepressiva beter werken dan in een placeboconditie. Veel onderzoeken naar de effectiviteit van antidepressiva richten zich op patiënten met depressie van tenminste een middelmatige ernst. Van deze patiëntengroep verbetert 20% zonder enige vorm van behandeling, 30% na behandeling met een placebo, en 50% na behandeling met een antidepressivum (Anderson et al., 2008)⁶.

Er wordt verondersteld dat er belangrijke verschillen bestaan tussen patiënten in de eerste- en tweedelijnszorg met betrekking tot het ontstaan en de ernst van de depressie, waardoor resultaten uit studies die een onderzoekspopulatie uit de tweedelijnszorg gebruiken, wellicht niet zomaar gegeneraliseerd kunnen worden naar de eerstelijnszorg. (Arroll et al., 2005) hebben een meta-analyse uitgevoerd naar de effectiviteit van TCA's en SSRI's in de eerstelijnszorg. Hiervoor hebben ze 15 studies gebruikt, waarbij van tien van de vijftien studies belangenverstrengeling werd geconstateerd. Bovendien werd een vermoeden van publication bias gerapporteerd: wellicht zouden studies die een laag effect vonden van medicatiegebruik ontbreken.

⁷ geciteerd in de NICE-richtlijn Depressie bij Volwassenen (NICE, 2009).

Uit de meta-analyse bleek dat zowel SSRI's als TCA's effectiever zijn in de behandeling van depressie in de eerstelijns dan placebo's. Slechts één van de gebruikte studies onderzocht de effectiviteit van antidepressiva bij patiënten met een subklinische depressie, en vond geen significante verschillen met placebogebruik.

Angststoornissen

Ook bij de behandeling van angststoornissen kunnen antidepressiva worden gebruikt. Uitzondering op de regel wordt gevormd door de voorkeur voor psychologische interventies bij de behandeling van een specifieke fobie en hypochondrie. In beide gevallen is er zeer weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van medicatie bij deze typen angststoornissen. Daarnaast ondervinden patiënten met een specifieke fobie meestal weinig klachten in het dagelijks leven, waardoor behandeling met medicatie niet de voorkeur heeft (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2003). In onderstaande beschouwing zal daarom de effectiviteit van de meest voorkomende medicatie op de overige angststoornissen worden besproken: een paniekstoornis met of zonder agorafobie, sociale fobie, een obsessief-compulsieve stoornis, een gegeneraliseerde angststoornis of een posttraumatische stress stoornis. Wanneer bij de behandeling van de overige angststoornissen medicatie wordt ingezet, gaat de voorkeur meestal uit naar een *SSRI*.

SSRI's zijn in principe even effectief als andere medicatie, maar zijn veiliger in het gebruik, en vertonen minder bijwerkingen waardoor deze medicijnen beter getolereerd worden (Bakker et al., 2002; Van der Linden et al., 2000; Stein et al., 1999; Stein et al., 2000; Marshall et al., 2001; Van Balkom et al., 1994; Greist et al., 1995; Bellew et al., 2001; Pollack et al., 2001)⁸.

Ook de effectiviteit van *TCA's* is aangetoond, m.u.v. een sociale fobie, maar zij zijn schadelijk in het geval van overdosering, en vertonen relatief veel bijwerkingen (Bakker et al., 1999; Bakker et al., 2001; Van Balkom et al., 1994; Greist et al., 1995; Hoehn-Saric et al., 1988; Rickels et al., 1993; Rocca et al., 1997; Davidson et al., 1990; Kosten et al., 1991)⁷.

Een derde groep antidepressiva, de *MAOI's*, zijn effectief in de behandeling van een paniekstoornis en een posttraumatische stress stoornis. De bijwerkingen van MAOI's zijn echter nog sterker dan die van TCA's. Bovendien vereist MAOI-gebruik een aangepast dieetpatroon (Curtis et al., 1993; Lecrubier et al., 1992; Gelernter et al., 1991; Gully et al., 1992; Kosten et al., 1991)⁷. Omdat de stof tyramine (die zich bevindt in onder andere in vlees en vis) door het gebruik van MAOI's niet wordt afgebroken kan er een teveel aan tyramide kan ontstaan, met een sterk stijgende bloeddruk als gevolg.

Daarnaast kunnen benzodiazepines zoals diazepam en lorazepam voorgeschreven worden. Echter treden er bij het gebruik van benzodiazepines relatief ernstige bijwerkingen op, en bestaat het gevaar van afhankelijkheid bij langdurig gebruik. Zij verdienen daarom niet de voorkeur. Benzodiazepines zijn bewezen effectief in de behandeling van een paniekstoornis, sociale fobie en gegeneraliseerde angststoornis (Van Balkom et al., 1997; Van Balkom et al., 1995; Versiani et al., 1997)⁷.

⁸ geciteerd in de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2003)

Doelmatig voorschrijven in de eerstelijns

Volkers e.a. (2005) bestudeerden doelmatigheid van het voorschrijven van geneesmiddelen bij angst en depressie in de huisartspraktijk. Hun criteria voor doelmatigheid ontleenden ze aan de NHG-standaarden depressieve stoornis en angststoornis. In driekwart van de onderzochte gevallen van depressie schreven huisartsen een middel conform de adviezen in de NHG standaard voor. Bij angststoornissen was dit rond de 80%. Per recept is het aantal voorgeschreven Defined Daily Doses bij TCA's lager dan bij SSRI's. Meer dan de helft van de gebruikers van antidepressiva gebruikt deze langer dan een half jaar. 18% is "incidentele gebruiker", dat wil zeggen dat men in meerdere kwartalen, maar met onderbrekingen voorgeschreven krijgt. De standaard geeft aan dat men tot zes maanden na het verdwijnen van de depressie door moet behandelen met anti-depressiva.

Literatuur bij hoofdstuk 4

Arroll B, Macgillivray S, Ogston S, Reid I, Sullivan F, Williams B et al. *Efficacy and tolerability of tricyclic antidepressants and SSRIs compared with placebo for treatment of depression in primary care: a meta-analysis*. Ann Fam Med, 2005; 3(5): p.449-456

Ballesteros J, Duffy JC, Querejeta I, Arino J, Gonzalez-Pinto A. *Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analyses*. Alcohol Clin Exp Res, 2004; 28(4): p.608-618

Bijl RV, Ravelli A. *Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*. Am J Public Health, 2000; 90(4): p.602-607

Bijl RV, van Zessen G, Ravelli A, de Rijk C, Langendoen Y. *The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS): objectives and design*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 1998; 33(12): p.581-586

Bortolotti B, Menchetti M, Bellini F, Montaguti MB, Berardi D. *Psychological interventions for major depression in primary care: a meta-analytic review of randomized controlled trials*. Gen Hosp Psychiatry, 2008; 30(4): p.293-302

Bower P, Richards D, Lovell K. *The clinical and cost-effectiveness of self-help treatments for anxiety and depressive disorders in primary care: a systematic review*. Br J Gen Pract, 2001; 51(471): p.838-845

Bower P, Sibbald B. On-site mental health workers in primary care: effects on professional practice. Cochrane Database Syst Rev 2000;(3):CD000532.

Bower P, Sibbald B. On-site mental health workers in primary care: effects on professional practice. Cochrane Database Syst Rev 2000;(3):CD000532.

(Bower P, Rowland N, Hardy R. The clinical effectiveness of counselling in primary care: a systematic review and meta-analysis. Psychol Med 2003; 33(2):203-215.

Bower P, Gilbody S, Richards D, Fletcher J, Sutton A. Collaborative care for depression in primary care. Br J Psychiatry 2006; 189:484-493.

Cape J, Parham A. Relationship between practice counselling and referral to outpatient psychiatry and clinical psychology. Br J Gen Pract 1998; 48(433):1477-1480

Cuijpers P, Straten A, Smit F. Preventing the incidence of new cases of mental disorders. A meta-analytic review. J Nerv Ment Dis 2005; 193(2):119-125.

Cuijpers P, van Straten A, van Schaik A, Andersson G. *Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis*. Br J Gen Pract, 2009; 59(559): p.p.e51-e60

Dawson MY, Michalak EE, Waraich P, Anderson E, Lam RW. Is remission of depressive symptoms in primary care a realistic goal? A meta-analysis. *BMC Family Practice* 2004; 5(19)

Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression. A cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med* 2006; 166:2314-2321.

Hunot V, Churchill R, Silva dL, Teixeira V. *Psychological therapies for generalised anxiety disorder*. Cochrane Database Syst Rev, 2009;(1): p.p.CD001848

Jorm AF, Morgan AJ, Hetrick SE. *Relaxation for depression*. Cochrane Database Syst Rev, 2008;(4): p.p.CD007142

Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C et al. *Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations*. Cochrane Database Syst Rev, 2009;(2): p.p.CD004148

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. *Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen*. Utrecht: Trimbos Instituut, 2003

(Neumeyer-Gromen A, Lampert T, Stark K, Kallischnigg G. Disease management programs for depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Med Care* 2004; 42(12):1211-1221.

NHG. *NHG-standaard Depressieve Stoornis*. Huisarts en Wetenschap, 2003; 46: p.614-623

NICE. *Depression in Adults: National Clinical Practice Guideline Numer 90*. National Institute for Health and Clinical Excellence: <http://guidance.nice.org.uk/CG90>, 2009

Penninx BW, Beekman AT, Smit JH, Zitman FG, Nolen WA, Spinhoven P et al. *The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA): rationale, objectives and methods*. *Int J Methods Psychiatr Res*, 2008; 17(3): p.121-140

Poikolainen K. *Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis*. *Prev Med*, 1999; 28(5): p.503-509

Prins MA, Verhaak PF, Smolders M, Laurant MG, van der MK, Spreeuwenberg P et al. *Patient Factors Associated with Guideline-concordant Treatment of Anxiety and Depression in Primary Care*. *J Gen Intern Med*, 2010;

Riper H, van Straten A, Keuken M, Smit F, Schippers G, Cuijpers P. *Curbing problem drinking with personalized-feedback interventions: a meta-analysis*. *Am J Prev Med*, 2009; 36(3): p.247-255

Smolders M, Laurant M, Verhaak P, Prins M, van Marwijk H, Penninx B et al. *Adherence to evidence-based guidelines for depression and anxiety disorders is associated with recording of the diagnosis*. *Gen Hosp Psychiatry*, 2009; 31(5): p.460-469

Spijker J, Graaf Rd, Bijl RV, Beekman ATF, Ormel J, Nolen WA. Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Br J Psychiatry* 2002; 181:208-213.

Van Beljouw IMJ, Verhaak PFM, Prins MA, Cuijpers P, Penninx BWJH, Bensins JM. *Receiving no treatment for common mental disorders: reasons and determinants*. Accepted for publication in *Psychiatric Services*.

Volkers A, Jong A de, Ba

kker D de, Dijk L van. *Doelmatig voorschrijven van antidepressiva in de huisartspraktijk*. Utrecht: Nivel 2005

Zwaanswijk M, Verhaak PFM. *Effectieve kortdurende interventies voor psychische problemen*. Utrecht: Nivel, 2009

5 Een samenvatting van de antwoorden op de elf gestelde vragen

5.1 Deel 1: Geestelijke Gezondheidszorg verstrekt in de huisartspraktijk en de eerstelijns

1) Binnen welk kader verstrekt de huisarts geestelijke gezondheidszorg?

De signalering en behandeling van psychische stoornissen is een algemeen aanvaard onderdeel van het takenpakket van de huisarts. Wanneer diagnostiek en/of behandeling te veel specialistische inbreng vergt zal hij hiervoor verwijzen naar de specialistische GGZ. Wanneer behandeling meer tijd vergt kan de huisarts taken delegeren aan een praktijkondersteuner, en verwijzen binnen de eerstelijns GGZ naar een eerstelijnspsycholoog, algemeen maatschappelijk werk of sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Wanneer behandeling niet aanslaat kan hij naar de tweedelijns GGZ verwijzen.

Huisartsen signaleren, diagnosticeren en behandelen de veel voorkomende psychische stoornissen op geleide van de zogenaamde standaarden. Hierin staan o.a. richtlijnen voor type behandeling en voor redenen om te verwijzen. Eerstelijnszorg voor psychische problemen is in het algemeen een onderdeel van de basisverzekering die voor alle Nederlanders geldt.

2) Hoe manifesteert zich dat kader in het voorschrijven en verwijzen door de huisarts?

Ongeveer 10% van de ingeschreven patiënten van een huisarts hebben in een jaar tijd een psychische stoornis. Angst en depressie komen het meest veelvuldig voor. Bij 60% van de mensen met een psychische stoornis schrijft de huisarts psychofarmaca voor. Bij depressie en angst is dat meer (82% resp. 74%), bij overspannenheid en stress minder (54%).

12% van de mensen met psychische stoornissen werden door huisartsen verwezen in 2007, 14% in 2008. 2,6% (in 2007) resp. 3,4% wordt verwezen binnen de eerstelijns, 9,1% resp. 10,4% wordt verwezen naar de tweedelijns.

Wanneer we kijken naar de “zorgmix” die patiënten met psychische problemen krijgen, dan wordt ongeveer 31% alleen begeleid door de huisarts (geen andere behandeling), 56% krijgt medicatie (maar wordt niet verwezen), 2% wordt zonder medicatie verwezen binnen de eerste lijn en 6% wordt zonder medicatie verwezen naar de tweedelijns. Ten slotte is er nog 1% die verwezen wordt naar de eerstelijns én medicatie krijgt en 5% die verwezen wordt naar de tweede lijn met medicatie. Dus 87% van de patiënten met een psychische stoornis krijgt uitsluitend zorg binnen de huisartsvoorziening.

3) Wat zijn de kenmerken van gebruikers van eerstelijnszorg?

In het algemeen neemt het percentage mensen met een psychische stoornis toe met de leeftijd: 7% van de kinderen en jeugdigen heeft op jaarbasis een psychisch probleem en dit stijgt tot 25% van de 75+ers. Ongeveer 60% van de mensen met een psychische stoornis is vrouw. Bij mensen in achterstandswijken komen psychische stoornissen vaker voor.

Bij de cliënten van de eerstelijnspsycholoog is de leeftijdsopbouw anders. Meer dan de helft is jonger dan veertig jaar en slechts 7% is ouder dan zestig jaar. Tweederde van de cliëntèle van de eerstelijnspsycholoog is vrouw.

Wanneer we kijken naar de “zorgmix” die we bij vraag 2 introduceerden, dan neemt de proportie patiënten met psychische stoornissen zonder medicatie of verwijzing sterk af met de leeftijd. Bij meer dan 70% van de kinderen en jeugdigen met een psychische stoornis is dat het geval, bij 45% van de jongvolwassenen en bij 20% of minder van degenen boven de 45 jaar. In omgekeerde richting is er een sterke toename met het stijgen van de leeftijd van medicatiegebruik.

Tweedelijns verwijzing zonder medicatie daalt weer met de leeftijd: het is het hoogst bij degenen tot 25 jaar (15%), wordt 8% bij de jong volwassenen tot 45 jaar en neemt daarna verder af tot 2% á 1 %.

Verwijzingen met medicatie nemen relatief toe tot 25-44 jaar en dalen dan weer sterk.

De “zorgmix” is ook anders voor mannen dan voor vrouwen: meer mannen krijgen geen medicatie en worden niet verwezen, en meer mannen worden verwezen naar de tweede lijn. Vrouwen krijgen daarentegen in veel grotere mate uitsluitend medicatie.

Mensen in achterstandswijken worden vaker verwezen naar de tweede lijn en krijgen minder vaak uitsluitend medicatie

PM: kan er nog iets van de kenmerken van gebruikers van eerstelijnszorg over de tijd gezegd worden (bv is stabiel over de tijd of zie je dat een bepaalde groep gebruikers meer gebruik is gaan maken van de GGZ)? Of hebben jullie hier geen inzicht in?

4) Zijn er regionale verschillen?

Huisartsen in het zuiden van het land registreren minder psychische problemen dan met name in het westen van het land. Wanneer er psychische problemen geregistreerd worden wordt in het noorden meer medicatie voorgeschreven. De verwijscijfers (gegeven een psychische diagnose) liggen in het westen weer hoger.

5) Welke ontwikkelingen zien we bij de eerstelijnspsycholoog?

Het aantal cliënten van eerstelijnspsychologen is wel gestegen tussen 2004 en 2008 maar niet spectaculair toegenomen. Tussen 2007 en 2008 (het jaar waarin de eerstelijnspsycholoog vanuit de basisverzekering vergoed wordt) is er sprake van een toename van 1.9%.

Meer dan 60% van de cliënten van de eerstelijnspsycholoog komt via de huisarts. De belangrijkste aanmeldingsklachten zijn stemmingsklachten (m.b.t. angst en depressie), interpersoonlijke problemen en aanpassings- of verwerkingsstoornissen. Bij ongeveer

eenderde van de cliënten stelt de psycholoog geen psychiatrische diagnose in termen van de DSM-IV. In het algemeen staat de eerstelijnspsycholoog ook open voor problemen en stoornissen van een subklinisch niveau. Gemiddeld behandelt de eerstelijnspsycholoog in minder dan 7 contacten. Dit aantal is de afgelopen vijf jaar steeds minder geworden, uitgaande van een gemiddelde van 7,5 in 2004 tot 6,7 in 2008. Driekwart van de cliënten wordt in acht zittingen of minder geholpen.

Ongeveer 70% van de behandelingen wordt afgesloten omdat de behandeling afgerond is. 17% tot 19% wordt voortijdig afgebroken, soms vanwege een snelle afname van de klachten, soms ook vanwege ontevredenheid of onvoldoende motivatie. Voortijdige afsluiting vanwege financiële redenen is in 2008 tot een minimum van 1% gedaald. 11% tot 14% van de behandelingen van de eerstelijnspsycholoog eindigt in een verdere verwijzing, vooral naar de tweedelijns GGZ.

5.2 Deel 2 Effectiviteit van GGZ zorg en van voorgeschreven medicatie

6) Voor welke psychische stoornissen bestaat evidence based behandeling?

Voor alle veel voorkomende psychische stoornissen bestaan evidence based behandelingen. We hebben ons in onze beschouwing met name gericht op angststoornissen, problematisch alcoholgebruik en depressie vanwege hun hoge prevalentie. Verder hebben we ons gericht op de toepasbaarheid van de evidence based behandelingen in de eerstelijns.

Farmacotherapie wordt nader besproken bij de behandeling van vraag 11.

Voor angststoornissen zijn een aantal psychologische behandeltechnieken effectief. Cognitieve gedragstherapie is het meest algemeen verbeid en goed toepasbaar in de eerstelijnspsychologische setting. Het vergt meestal te veel zittingen voor de huisartspraktijk, hoewel verschillende kortdurende behandelvormen die daar gehanteerd worden, gebaseerd zijn op de principes van de cognitieve gedragstherapie. Een aantal behandeltechnieken voor angststoornissen zijn waarschijnlijk te specialistisch voor toepassing in de eerstelijns.

Bij problematisch alcoholgebruik is met name de kortdurende, motiverende interventie om de patiënt tot probleemherkenning en –erkenning te krijgen van belang in de huisartspraktijk. Verdergaande behandeling is vaak een zaak voor de specialistische tweedelijns verslavingszorg.

Bij depressie is er een groot aantal psychologische technieken, waarvan het effect is aangetoond, beschikbaar en vele ervan zijn toepasbaar in eerstelijns settings. Begeleide zelfhulp en problem solving therapie kunnen door de huisarts gedelegeerd worden naar een praktijkondersteuner, cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke therapie zijn geschikt voor de eerstelijnspsycholoog.

7) Hoeveel evidence based en consensus based behandeling komt voor in de eerstelijns?

In de huisartspraktijk is onderzoek gedaan naar de mate waarin patiënten met angst of depressie conform de standaarden worden behandeld. In het geval van depressie is dat

ongeveer de helft van alle patiënten met depressie, in het geval van angst is dat minder dan 40%.

Naarmate de stoornis ernstiger is (d.w.z. er meer symptomen aanwezig zijn) neemt de proportie evidence based behandeling toe.

Voorts moet worden aangetekend dat niet alle mensen met een stoornis ook behandeling wensen. Met name mensen met een lichte stoornis vinden van zichzelf niet dat ze een probleem hebben of willen daarvoor geen medische behandeling.

8) Voorkomt eerstelijnszorg dat mensen in de tweedelijns terecht komen?

Uit de beantwoording van vraag 2 en 3 blijkt, dat ongeveer 90% van de mensen met een psychische stoornis in de huisartspraktijk behandeld wordt en niet verwezen wordt. (N.B. Men kan in het huidige stelsel alleen in de tweedelijns terecht komen door een verwijzing van de huisarts).

Er zijn incidentele aanwijzingen dat meer aandacht voor de eerstelijns (b.v. POH-GGZ in huisartspraktijk of consultatieproject) niet heel erg de tweedelijnszorg aanzuigt. Ook zijn er incidentele aanwijzingen dat vroegtijdige behandeling in een preklinisch stadium het ontstaan van ernstiger symptomen voorkomt (en zo dus eventuele tweedelijns zorg voorkomt).

Maar er zijn ook incidentele aanwijzingen dat meer aandacht aan de GGZ schenken ertoe leidt dat er meer gesignaleerd wordt en dus meer verwezen. Maar die worden door andere studies weer tegengesproken. Kortom, er bestaat geen eenduidig beeld of eerstelijnszorg voorkomt dat mensen in de tweedelijns terecht komen.

9) Wat is het succes van eerstelijns behandeling?

In principe is er altijd al sprake van natuurlijk herstel (met name bij depressie) bij een deel van de mensen. Er zijn echter veel studies die tamelijk unaniem aangeven dat medicinale of psychologische behandeling in de eerstelijns meer en sneller herstel oplevert dan care as usual. Een belangrijk gegeven is dat het effect groter is bij groepen patiënten die door de huisarts zijn geselecteerd dan bij groepen patiënten die op basis van screeningsuitslagen binnen een behandelgroep zijn opgenomen. De huisarts vervult een rol als poortwachter, die uit kan maken of een patiënt baat zal hebben bij de behandeling. Dit positieve effect geldt in tamelijk bescheiden mate voor een a-specifieke interventie als counseling, en in veel sterker mate voor complexe geïntegreerde aanpakken die bekend staan onder de naam collaborative care of disease management. De effecten van deze laatste aanpak zijn, zeker de laatste jaren, steeds duidelijker geworden en beslaan in hun uitwerking periodes tot vijf jaar na de behandeling. Het is echter ook duidelijk dat dergelijke zorg duurder is dan care as usual.

10) Leidt gemakkelijke toegang tot eerstelijns psychologische zorg tot meer zorggebruik?

De opname van de eerstelijnspsycholoog in de basisverzekering lijkt niet tot extra groei in de geregistreerde contacten van eerstelijnspsychologen geleid te hebben. Er is een lichte stijging van het aantal huisartsverwijzingen naar de eerstelijnspsycholoog (maar de

stijging naar psychotherapie was sterker en die werd niet gemakkelijker toegankelijk.).

11) Wat is bekend over de effectiviteit van medicatie?

In het algemeen is medicatie effectiever dan een placebo. De effectiviteit van medicatie is ook groter bij ernstiger symptomen en daardoor zijn resultaten in tweedelijns settings (met verwezen patiënten met ernstiger problematiek) soms beter dan resultaten in eerstelijns settings. Medicatie en een psychologische aanpak zijn meestal onderling vergelijkbaar. In combinatie met elkaar werken ze het best.