

2 Volwassenen bij de eerstelijnspsycholoog in 2010: kenmerken en geboden hulp

2.1 Inleiding

In het voorgaande hoofdstuk is een beeld verkregen van de hulp die huisartsen bieden bij psychische problemen. In dit hoofdstuk wordt ingezoomd op een andere belangrijke hulpverlener binnen de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ), de eerstelijnspsycholoog.

2.1.1 Wie is de eerstelijnspsycholoog?

De gedachte om kortdurende en laagdrempelige psychologische zorg aan te bieden, in de nabije omgeving van potentiële patiënten, vormde de voedingsbodem voor de opkomst van de eerstelijnspsycholoog eind jaren tachtig van de vorige eeuw (Derksen & De Jong, 2011). Sindsdien heeft de eerstelijnspsycholoog zich een sterke positie verworven in de eerste lijn. In 2010 waren ongeveer 1.300 eerstelijnspsychologen geregistreerd in het kwalificatieregister eerstelijnspsychologie van het Nederlands Instituut van Psychologen (LVE, 2010a). De meeste van deze gekwalificeerde eerstelijnspsychologen zijn aangesloten bij de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE). In 2010 waren 1.016 eerstelijnspsychologen lid van deze beroepsvereniging; zij verleenden dat jaar hulp aan naar schatting 91.500 patiënten (LVE, 2011a). De LVE hanteert een kwaliteitsbeleid om de kwaliteit van het beroep eerstelijnspsycholoog te waarborgen (LVE, 2010a). Als onderdeel hiervan registreren de leden van de LVE gegevens van hun patiënten op uniforme wijze. Deze gegevens worden verzameld in het Landelijk Informatie Netwerk Eerstelijnspsychologen (LINEP). Daarnaast bestaat er sinds 2010 een landelijk erkende profielopleiding eerstelijnspsychologie (CONO, 2012).

Eerstelijnspsychologen bieden hulp aan personen met lichte tot matig ernstige psychische problemen (LVE, 2010a). De meeste patiënten van de eerstelijnspsycholoog zijn doorverwezen door de huisarts ($\pm 60\%$) (LVE, 2011a). Daarnaast zoekt een relatief grote groep op eigen initiatief hulp ($\pm 30\%$). De rest van de patiënten is doorverwezen door uiteenlopende disciplines, waaronder de bedrijfsarts, maatschappelijk werker of een collega psycholoog (LVE, 2011a). De hulp die verleend wordt door eerstelijnspsychologen:

- is laagdrempelig en toegankelijk: patiënten kunnen op korte termijn behandeld worden, er is wettelijk gezien geen verwijzing vereist om in behandeling te komen, en de behandeling is toegankelijk voor een breed publiek qua leeftijd, achtergrond en afkomst (LVE, 2008; Emmen e.a., 2008);
- is kortdurend: er wordt naar gestreefd om de behandeling binnen maximaal 12

- consulten af te ronden (LVE, 2010a);
- omvat diagnostiek: eerstelijnspsychologen passen doelgerichte diagnostiek toe die direct bij de klacht aansluit (Emmen e.a., 2008). Contextuele informatie speelt hierbij een belangrijke rol (Derksen & De Jong, 2011);
 - is generalistisch: eerstelijnspsychologen maken gebruik van een breed hulpaanbod met een scala aan psychologische behandelmethodes voor diverse problemen, zoals gedragstherapie, psychodynamische therapie, systeemtherapie of speltherapie (Emmen e.a., 2008; LVE, 2010a). De behandeling is gericht op het wegnemen dan wel het beheersbaar maken van de psychische problematiek (LVE, 2010a).

Een eerstelijnspsycholoog kan in een solopraktijk werken, samen met collega-psychologen een groepspraktijk vormen en/of werkzaam zijn binnen een gezondheidscentrum (Scholte & Brink, 2008). Eerstelijnspsychologen werken samen met huisartsen en andere disciplines in de eerste lijn. De LVE en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) hebben richtlijnen – zogenaamde Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA's) – opgesteld voor de samenwerking tussen eerstelijnspsychologen en huisartsen bij het verlenen van zorg aan personen met depressie, angst, of overspannenheid en burn-out (Romeijnders e.a., 2006; Vriezen e.a., 2007; Bastiaanssen e.a., 2011). Wanneer hulp door de eerstelijnspsycholoog onvoldoende blijkt, wordt doorverwezen naar de tweedelijns-GGZ.

2.1.2 Versterking eerstelijns-GGZ: gevolgen voor de eerstelijnspsycholoog

De overheid streeft al ruim tien jaar naar het versterken van de GGZ in de eerste lijn (waaronder huisartsenzorg, eerstelijns psychologische zorg) (Meijer & Verhaak, 2004; Emmen e.a., 2007). De gedachte is dat een sterke eerstelijns-GGZ de behandeling op zich gaat nemen van personen met lichtere psychische problematiek die nu nog een beroep doen op de tweedelijns-GGZ. Daarnaast zou een sterke eerstelijns-GGZ beter toegerust zijn om terugvalpreventie en nazorg te bieden aan personen met ernstige(re) psychische problematiek, waardoor meer mensen na behandeling in de tweedelijns-GGZ terugverwezen kunnen worden naar de eerste lijn (VWS, 2011a; NZa, 2011). Reeds genomen maatregelen in het kader van het overheidsstreven naar een sterkere eerstelijns-GGZ hebben gevolgen gehad voor de positie van de eerstelijnspsycholoog, en verwacht kan worden dat in de toekomst verdere beïnvloedende maatregelen zullen volgen.

Eerste maatregelen

In de eerste vijf jaar van deze eeuw zijn er door de overheid verschillende maatregelen getroffen om de eerstelijns-GGZ te versterken (Emmen e.a., 2007). Voor de eerstelijnspsycholoog betekende dit onder meer dat er diverse projecten werden opgezet voor kwaliteitsverbetering, deskundigheidsbevordering en verbetering van samenwerking met huisartsen en het algemeen maatschappelijk werk (Emmen e.a., 2008). Deze maatregelen hebben geleid tot een sterkere positie van de beroepsgroep in de eerste lijn, die vooral tot uitdrukking kwam in een toegenomen capaciteit aan eerstelijnspsychologen. In de periode 1998-2006 groeide het aantal eerstelijnspsychologen van vijf naar acht eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners (Emmen e.a., 2008).

Recentere maatregelen

Een belangrijke maatregel van recentere datum ter bevordering van de toegankelijkheid van de eerstelijns-GGZ is de opname per 1 januari 2008 van eerstelijns psychologische zorg in de basisverzekering. Met eerstelijns psychologische zorg wordt bedoeld diagnostiek en kortdurende generalistische behandeling van een patiënt met lichte tot matig ernstige, niet complexe psychische problematiek.¹⁵ Vanuit de basisverzekering werden tot 1 januari 2012 de eerste acht sessies eerstelijns psychologische zorg vergoed, waarbij patiënten een eigen bijdrage van €10 per zitting verschuldigd waren.

De opname van eerstelijns psychologische zorg in het basispakket heeft ertoe geleid dat tussen 2008 en 2010 de kosten van dit type verzekerde zorg met 36% zijn gestegen (CVZ, 2012). Een verklaring hiervoor is onder meer dat de vraag is toegenomen, mede samenhangend met een groeiend aanbod (CVZ, 2012; LVE, 2010a). Met het aanmerken van eerstelijns psychologische zorg als verzekerde zorg zijn naast gekwalificeerde eerstelijnspsychologen (± 1.300 in 2010) veel andere aanbieders actief geworden op dit terrein, waaronder gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, psychiaters, orthopedagogen en kinder- en jeugdpsychologen (LVE, 2010a; NZa, 2012). De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) rapporteerde dat er in 2009 naar schatting ruim 4.000 aanbieders van eerstelijns psychologische zorg waren. Dit hoge aantal wordt mede veroorzaakt doordat een deel van de bovengenoemde 'nieuwe' aanbieders werkzaam is bij een tweedelijns-GGZ-instelling, en daarnaast op incidentele basis eerstelijns psychologische zorg verleend (NZa, 2012).

Per 1 januari 2012 is de vergoeding van eerstelijns psychologische zorg vanuit de basisverzekering versoberd. Het aantal zittingen dat vergoed wordt uit het basispakket is teruggebracht van acht naar vijf; en de eigen bijdrage per zitting is verhoogd van €10 naar €20 (VWS, 2011b). Daarnaast is de behandeling van aanpassingsstoornissen uit de basisverzekering gehaald (VWS, 2011c).

Toekomstige maatregelen

Medio 2012 hebben de minister van VWS en vertegenwoordigers van zorgaanbieders en beroepsverenigingen (waaronder de LVE), zorgverzekeraars, patiënten- en familieorganisaties een akkoord gesloten over de toekomst van de GGZ. In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 is afgesproken toe te werken naar een andere echelonnering in de GGZ waarbij een onderscheid gemaakt wordt tussen huisartsenzorg, generalistische Basis-GGZ en specialistische GGZ. Als binnen de huisartsenzorg een patiënt met psychische problemen niet geholpen kan worden, dan wordt deze patiënt doorverwezen naar de generalistische Basis-GGZ (gericht op de behandeling van patiënten met lichte tot matige problematiek) of de specialistische GGZ (gericht op het herstel of de rehabilitatie van patiënten met (zeer) complexe aandoeningen). Wat nu als eerstelijns psychologische zorg benoemd wordt zal ook gaan behoren tot de generalistische Basis-GGZ, en de afspraak is dat per 2014 voor de generalistische Basis-GGZ een uniforme bekostiging wordt ingevoerd op basis van een beperkt aantal zorgzwaarte-prestaties (Bestuurlijk Akkoord, 2012).

¹⁵ Zie beleidsregel eerstelijnspsychologische zorg van de NZa.

2.1.3 Onderzoek naar hulpverlening door eerstelijnspsychologen

Geconcludeerd kan worden dat de eerstelijns-GGZ sterk in beweging is, en de eerstelijns psychologische zorg in het bijzonder. Omdat de eerstelijnspsycholoog een belangrijke aanbieder van kortdurende, generalistische zorg is, is het belangrijk een overzicht te hebben van de kenmerken van de patiënten van de eerstelijnspsycholoog, welke hulp hen verleend wordt, en wat de uitkomsten van de hulpverlening zijn. Het Landelijk Informatie Netwerk Eerstelijnspsychologen (LINEP) is de best beschikbare databron om dit overzicht te bieden. Tot op heden zijn een beperkt aantal studies uitgevoerd op basis van LINEP-gegevens.

Een studie liet onder meer zien dat de kenmerken van patiënten van de eerstelijnspsycholoog nauwelijks zijn veranderd tussen 2004 en 2006 (Emmen e.a., 2008). De gemiddelde leeftijd van de patiënten was circa 37 jaar, ongeveer 60% was vrouw, ruim 70% had minimaal een middelbare opleiding (havo/mbo/vwo) gevolgd, en globaal 90% was van Nederlandse afkomst. Ook de top-vier van de meest voorkomende klachten waarmee patiënten zich melden bij de eerstelijnspsycholoog bleef stabiel in de periode 2004-2006: achtereenvolgens interpersoonlijke problemen, aanpassings-/verwerkingsproblemen, depressie- en angstklachten (Emmen e.a., 2008). Patiënten kwamen tussen 2004 en 2006 wel steeds vaker op eigen initiatief bij de eerstelijnspsycholoog terecht (stijging van 20% naar 27%), en steeds minder vaak op verwijzing van de huisarts (daling van 71% naar 62%). Dit kan erop wijzen dat de eerstelijnspsycholoog in deze jaren bekender werd onder de algemene bevolking (Emmen e.a., 2008). In de periode 2004-2006 werd minder dan 10% van de patiënten doorverwezen door de eerstelijnspsycholoog, en dan meestal naar de tweedelijns-GGZ (Emmen e.a., 2008).

In een recente studie op basis van LINEP-gegevens over het jaar 2009 is ook gerapporteerd over de kenmerken van patiënten van de eerstelijnspsycholoog (Verhaak e.a., 2011). De bevindingen komen overeen met de eerdere bevindingen van Emmen e.a. (2008). Dit wijst erop dat ook tussen 2006 en 2009 geen veranderingen zijn opgetreden in de sociaaldemografische kenmerken en aanmeldklachten van patiënten van de eerstelijnspsycholoog. Uit de studie van Verhaak e.a. (2011) bleek verder dat bij 72% van de patiënten die in 2009 een beroep deden op de eerstelijnspsycholoog de behandeling op reguliere wijze afgesloten werd; 15% brak de behandeling eenzijdig af; en 13% werd doorverwezen. Van de groep patiënten bij wie de behandeling regulier beëindigd was, liet bijna 90% een verbetering zien in het functioneren, en ruim de helft een aanzienlijke verbetering. 70% van deze patiënten was geholpen in maximaal acht sessies; en binnen een periode van 12 sessies was 90% van de patiënten geholpen. Geconcludeerd werd dat de hulp die verleend wordt door de eerstelijnspsycholoog voor veel mensen in een beperkt aantal sessies tot verbetering in functioneren leidt. Uit nadere analyses bleek dat een aantal subgroepen van patiënten in mindere mate profijt lijken te hebben van behandeling door de eerstelijnspsycholoog, waaronder laagopgeleiden, mensen van niet-Nederlandse afkomst, mensen die werkloos zijn of in de ziektewet zitten, en mensen met verslavingsproblemen (Verhaak e.a., 2011).

Tot slot werd in een andere studie op basis van LINEP-gegevens over het jaar 2009 een vergelijking gemaakt tussen de kenmerken van patiënten die op eigen initiatief bij

de eerstelijnspsycholoog terecht kwamen ($\pm 30\%$ van de patiëntpopulatie) en degenen die door hun huisarts waren verwezen ($\pm 60\%$ van de patiëntpopulatie) (Prins e.a., 2012). Het bleek onder meer dat patiënten die uit eigener beweging hulp zochten bij een eerstelijnspsycholoog hoger opgeleid waren, vaker interpersoonlijke problemen als aanmeldingsklacht hadden, en vaker geen psychische stoornis (volgens DSM-IV-criteria). Deze resultaten wijzen erop dat mensen die op eigen initiatief een beroep doen op de eerstelijnspsycholoog een specifieke groep vormen (Prins e.a., 2012).

2.1.4 Doelstelling

Het in dit hoofdstuk gepresenteerde onderzoek vormt een actualisatie en uitbreiding op de hierboven beschreven studies. Het doel is om op basis van de meest recent beschikbare LINEP-gegevens over het jaar 2010 een overzicht te krijgen van de kenmerken van volwassenen (18-64 jaar) die een beroep doen op de eerstelijnspsycholoog, de hulp die hen geboden wordt, en de uitkomsten van de hulpverlening in termen van verandering in functioneren. Aangezien ouderen slechts een klein deel van de patiëntenpopulatie van de eerstelijnspsycholoog uitmaken ($\sim 5\%$), wordt geen aparte uitsplitsing naar deze leeftijdsgroep gemaakt. Wel wordt nagegaan of er wat betreft kenmerken en (uitkomst van de) geboden hulp verschillen bestaan tussen volwassen patiënten die uit zichzelf hulp zoeken bij de eerstelijnspsycholoog en degenen die verwezen zijn door hun huisarts. Tevens wordt met betrekking tot de (uitkomst van de) verleende hulp apart gekeken naar de groep patiënten waarbij de behandeling op reguliere wijze werd beëindigd, omdat we ervan uitgaan dat bij deze patiënten de behandeling zinvol is afgerond. Op basis van de resultaten kan worden nagegaan welke rol de eerstelijnspsycholoog speelt binnen de eerstelijns-GGZ, of de beoogde doelgroep bereikt wordt en of de zorg toereikend is.

2.2 Methode

2.2.1 Gebruikte gegevens

Voor deze studie is gebruikgemaakt van gegevens van het Landelijk Informatie Netwerk Eerstelijnspsychologen (LINEP), een registratiesysteem dat de LVE in samenwerking met het NIVEL heeft opgezet. De gegevens worden beheerd door het NIVEL. Eerstelijnspsychologen die lid zijn van de LVE zijn verplicht om jaarlijks hun gegevens aan te leveren. Ongeveer 70% van alle eerstelijnspsychologen die geregistreerd zijn in het kwalificatieregister eerstelijns psychologie van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) zijn aangesloten bij de LVE (LVE, 2011a). De gegevens worden op uniforme wijze geregistreerd, volgens het codeboek van de LVE (LVE, 2010b), en hebben betrekking op onder meer patiëntkenmerken en de hulpverlening. Eenmaal per jaar worden de anonieme gegevens automatisch geëxtraheerd uit het LVE-codeboek en via een beveiligde elektronische verbinding (https) naar een FTP-server van het NIVEL gestuurd. De LINEP-gegevens worden gecontroleerd op kwaliteit.¹⁶ Voor de huidige studie zijn gegevens geselecteerd van alle patiënten in de leeftijd van 18 tot 64 jaar bij wie in 2010 een behandeling werd afgesloten.

¹⁶ <http://www.nivel.nl/methode-linep>

Onderzochte variabelen

De volgende variabelen zijn meegenomen in het onderzoek:

- Met betrekking tot patiëntkenmerken:
 - leeftijd; geslacht; burgerlijke staat; herkomst; opleiding; en werksituatie
- Met betrekking tot aanmelding:
 - soort aanmelding
 - wachttijd
 - aanmeldklachten
- Met betrekking tot diagnose:
 - as I tot en met As IV van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, vierde editie (DSM-IV)
- Met betrekking tot verleende hulp:
 - aantal consulten
 - behandelduur
 - patiëntstelsel
 - type aangeboden hulp
 - methodiek van behandeling
 - medicatiegebruik
- Met betrekking tot behandeluitkomst:
 - verandering in functioneren
- Met betrekking tot afsluiting behandeling:
 - wijze van beëindiging contact
 - redenen voortijdig afbreken behandeling
 - verwijzingsbestemmingen door de eerstelijnspsycholoog

2.2.2 Analyse en presentatie van resultaten

De analyses zijn beschrijvend van aard en de resultaten worden in tabellen gepresenteerd. De gegevens worden gepresenteerd voor de totale groep 18-64-jarigen, en daarnaast apart voor de subgroep patiënten die door de huisarts zijn doorverwezen naar een eerstelijnspsycholoog en de subgroep patiënten die op eigen initiatief hulp zochten bij een eerstelijnspsycholoog. De verschillen tussen beide subgroepen worden niet statistisch getoetst. Van de resterende groep patiënten van de eerstelijnspsycholoog die verwezen zijn door andere disciplines worden geen resultaten gepresenteerd, omdat dit een klein deel van de populatie betreft.

2.3 Resultaten

In deze paragraaf worden de resultaten per onderdeel (patiëntkenmerken, aanmelding, diagnose, verleende hulp, behandeluitkomst en afsluiting behandeling) uitgebreid beschreven. Een samenvatting en beschouwing van de belangrijkste bevindingen is te vinden in paragraaf 2.4 (p. 74).

De resultaten zijn gebaseerd op 48.968 volwassenen (18-64 jaar) bij wie in 2010 een behandeling is afgesloten bij een eerstelijnspsycholoog. Van hen waren 30.714 (63%) doorverwezen door de huisarts; 14.445 (29%) kwam op eigen initiatief bij een eerstelijnspsycholoog. Opgemerkt moet worden dat de aantallen patiënten waarop sommige resultaten gebaseerd zijn, soms wat lager liggen vanwege ontbrekende gegevens.

2.3.1 Patiëntkenmerken

Driekwart van de volwassenen was tussen de 25 en 55 jaar (zie tabel 2.1). Twee derde van de patiënten was vrouw, 60% was gehuwd of samenwonend en 70% was werkende. Negen van de tien patiënten waren in Nederland geboren. De verdeling tussen lager

Tabel 2.1 Kenmerken van patiënten (18-64 jaar) van de eerstelijnspsycholoog in 2010

	Totaal n=48.968 ¹	Huisarts n=30.714 ¹	Eigen initiatief n=14.445 ¹
Leeftijd, gemiddelde (sd)	39,5 (11,8)	39,5 (12,0)	39,2 (11,5)
Leeftijd, %			
18-24 jaar	12,5	12,7	12,2
25-34 jaar	24,3	24,3	24,9
35-44 jaar	27,6	27,2	28,7
45-54 jaar	23,2	22,8	23,2
55-64 jaar	12,4	13,0	11,1
Sekse, %			
Vrouw	65,7	65,4	66,6
Burgerlijke staat, %			
Ongehuwd	28,3	27,6	29,8
Gehuwd	45,8	47,0	43,3
Samenwonend	13,6	13,4	14,5
Gescheiden	10,8	10,4	11,2
Verweduwd	1,5	1,6	1,2
Herkomst, %			
Geboren in Nederland	91,2	91,0	92,3
Opleidingsniveau, %			
Geen/lo	3,3	3,8	1,9
Havo/(v)mbo/(k)mbo	46,1	49,4	39,0
Havo/vwo	11,4	11,4	11,5
Hbo/wo	39,1	35,4	47,6
Werk situatie, %			
Werknemer	61,6	61,7	61,9
Zelfstandige	7,9	7,2	10,0
Ziektewet	9,4	9,5	7,5
Schoolgaand/studerend	9,0	8,7	9,6
Niet werkzaam ²	11,7	12,4	10,6

1 Sommige variabelen zijn gebaseerd op een kleiner aantal patiënten

2 Inclusief werkloos/-zoekend en pensioen

(maximaal mbo) en hoger opgeleide patiënten (minimaal havo) was in de totale groep ongeveer gelijk. Wanneer we uitsplitsen naar subgroepen, bleken patiënten die op eigen initiatief hulp zochten bij de eerstelijnspsycholoog hoger opgeleid dan patiënten die via de huisarts werden doorverwezen.

2.3.2 Aanmelding

Eerste aanmelding of heraanmelding

Bijna 90% van de volwassenen ontving in 2010 voor het eerst hulp van de desbetreffende eerstelijnspsycholoog (zie tabel 2.2). Patiënten die op eigen initiatief kwamen, hadden vaker al eerder hulp van de eerstelijnspsycholoog gehad (24%) dan patiënten die via de huisarts werden doorverwezen (7%).

Tabel 2.2 Eerste en her-aanmeldingen van patiënten (18-64 jaar) bij eerstelijnspsychologen in 2010 (%)

	Totaal n=48.967	Huisarts n=30.714	Eigen initiatief n=14.445
Eerste aanmelding	88,1	93,0	76,2
Heraanmelding	11,9	7,0	23,7

Wachttijd

De wachttijd betreft de tijd tussen de aanmelding en het eerste consult. Gemiddeld moesten patiënten in 2010 na aanmelding 24 dagen wachten voordat ze een eerste consult hadden bij de eerstelijnspsycholoog (tabel 2.3), iets langer dan de maximale wachttijd van drie weken waar de LVE naar streeft. Ruim een derde van de patiënten was binnen een week geholpen en 70% van de patiënten bleef binnen de drie weken wachttijd.

Patiënten die op eigen initiatief kwamen, moesten gemiddeld wat langer wachten (27 dagen) dan patiënten die door de huisarts werden doorverwezen (23 dagen). Dit verschil wordt veroorzaakt door een paar 'uitschieters' met een lange wachttijd in de eerstgenoemde subgroep.

Tabel 2.3 Wachttijd van patiënten (18-64 jaar) van eerstelijnspsychologen in 2010

	Totaal n=48.968	Huisarts n=30.710	Eigen initiatief n=14.445
Gemiddelde (sd), dagen	24,1 (58,1)	23,0 (51,5)	27,1 (71,8)
Verdeling, %			
≤ 1 week	35,3	35,0	35,6
1 - 2 weken	21,6	21,4	21,8
2 - 3 weken	13,2	13,4	12,9
≥ 3 weken	29,9	30,2	29,7

Aanmeldklachten

De eerstelijnspsychologen registreren binnen LINEP de belangrijkste aanmeldingsklacht. Deze klacht is geformuleerd door de patiënt zelf, maar eventueel met behulp van de eerstelijnspsycholoog verduidelijkt. Wanneer we kijken naar de reden van aanmelding bij de eerstelijnspsycholoog zien we dat in een kwart van de gevallen de aanmeldklacht van de patiënt betrekking had op interpersoonlijke problemen en ruim een vijfde had te maken met aanpassings- of verwerkingsproblemen (tabel 2.4). Depressieve klachten (15%), angstklachten (13%) en werk-/studieproblemen (9,5%) completeerden de top-vijf van de aanmeldingsklachten. In vergelijking met patiënten die via de huisarts verwezen waren, hadden patiënten die op eigen initiatief hulp zochten relatief vaker interpersoonlijke problemen als aanmeldingsklacht (22% versus 32%) en relatief minder vaak depressieve klachten (16% tegenover 12%).

Tabel 2.4 Aanmeldklachten van patiënten (18-64 jaar) van eerstelijnspsychologen in 2010 (%)

	Totaal n=48.925	Huisarts n=30.680	Eigen initiatief n=14.439
Interpersoonlijke problemen ¹	24,9	22,2	32,0
Aanpassings-/verwerkingsproblemen ²	22,4	22,9	19,9
Stemmingsproblemen depressies	14,5	16,0	11,6
Stemmingsproblemen angsten	12,6	13,1	11,0
Werk-/studieproblemen	9,5	9,5	8,4
Identiteitsproblemen ³	5,0	4,7	5,4
Psychosomatische klachten ⁴	4,4	4,7	3,2
Klachten slapen/eten/ seksualiteit/ impulsbeheersing	2,6	2,4	2,8
Overig	4,1	4,5	5,7

1 Zoals partner-, gezins-, opvoedings- en overige relatieproblemen

2 Zoals nieuwe situaties en levensfaseproblemen. Ook verlies en trauma

3 Zoals negatief zelfbeeld en subassertiviteitsproblemen

4 Omvat ook hyperventilatie en (vage) spanningsklachten

2.3.3 Diagnose

Diagnose: As I

Op as I van de DSM-IV wordt de aanwezigheid van klinische stoornissen en andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn, vastgelegd. De meest gestelde diagnoses na intake zijn aanpassingsstoornis (24%) en stemmingsstoornis (21%) (tabel 2.5). Ook een angststoornis werd relatief vaak gediagnosticeerd (15%). Patiënten die door de huisarts doorverwezen werden naar de eerstelijnspsycholoog, zijn vaker gediagnosticeerd met een stemmingsstoornis, terwijl voor patiënten die op eigen initiatief kwamen vaker geen aandoening op as I geregistreerd was.

Tabel 2.5 Hoofddiagnoses van patiënten (18-64 jaar) op As I van de DSM-IV zoals vastgesteld door eerstelijnspsychologen in 2010 (%)

	Totaal n=48.968	Huisarts n=30.714	Eigen initiatief n=14.445
Aanpassingsstoornissen	24,2	24,7	22,5
Stemmingsstoornissen	20,6	22,7	17,4
Angststoornissen	15,1	15,6	13,8
Somatoforme stoornissen	3,5	3,6	2,6
Stoornissen in de impulsbeheersing (Niet Anders Omschreven)	2,1	2,1	2,0
Andere aandoeningen en problemen	16,0	15,1	18,0
Geen aandoening op As 1 aanwezig	14,5	12,6	19,1
Diagnose As 1 uitgesteld	4,0	3,6	4,6

Diagnose: As II

Op As II van de DSM-IV worden persoonlijkheidsstoornissen vastgelegd. Bij 59% van de patiënten nam de eerstelijnspsycholoog geen As II-persoonlijkheidsproblematiek waar (tabel 2.6). Bij 19% van de patiënten was er wel sprake van persoonlijkheidsproblematiek, en bij 22% was dit mogelijk het geval. Het patroon bij patiënten die op eigen initiatief terechtkwamen bij een eerstelijnspsycholoog was globaal vergelijkbaar met dat van patiënten die via de huisarts doorverwezen waren.

Tabel 2.6 Hoofddiagnoses van patiënten (18-64 jaar) op As II van de DSM-IV zoals vastgesteld door eerstelijnspsychologen in 2010 (%)

	Totaal n=48.968	Huisarts n=30.714	Eigen initiatief n=14.445
Persoonlijkheidsstoornis	4,8	4,9	4,3
Geen stoornis, maar clustertrekken	14,2	14,5	13,5
Diagnose As 2 uitgesteld	22,0	22,2	20,4
Geen aandoening op As 2 aanwezig	59,0	58,6	61,9

Diagnose: As III

Op As III van de DSM-IV wordt vastgelegd of er (chronisch) somatische aandoeningen aanwezig zijn, die al dan niet van belang zijn voor de behandeling van de psychische stoornis. Zoals geregistreerd door de eerstelijnspsychologen, was hiervan sprake bij 20% van de patiënten: 14% had een (chronisch) lichamelijke aandoening die rechtstreeks verband hield met de aanmeldklacht van de patiënt en 6% had een (chronisch) lichamelijke aandoening die niet direct van invloed was op de aanmeldklacht (tabel 2.7). Patiënten die op eigen initiatief bij de eerstelijnspsycholoog terechtkwamen, hadden wat vaker geen somatische aandoening dan degenen die verwezen waren door de huisarts.

Tabel 2.7 Bijkomende lichamelijke problematiek bij patiënten (18-64 jaar) zoals vastgesteld door eerstelijnspsychologen op As III van de DSM-IV in 2010 (%)

	Totaal n=48.965	Huisarts n=30.713	Eigen initiatief n=14.443
Somatische aandoening, wel van belang	14,3	14,8	11,9
Somatische aandoening, niet van belang	5,7	5,8	5,1
Geen somatische aandoening	80,1	79,5	83,0

Diagnose: As IV

Op As IV van de DSM-IV worden psychosociale en omgevingsproblemen vastgelegd die de diagnose, behandeling en prognose van de psychische stoornissen kunnen beïnvloeden. Een groot deel van de patiënten (78%) had psychosociale of omgevingsproblematiek. Bij ruim 40% van de patiënten betrof het problemen binnen de primaire steungroep, bij bijna een vijfde van de patiënten werkproblemen en bij ruim 8% problemen gebonden aan de sociale omgeving (tabel 2.8). Patiënten die op eigen initiatief hulp zoeken bij een eerstelijnspsycholoog ervaren wat vaker problemen binnen de primaire steungroep, en wat minder vaak werkproblemen dan patiënten die via de huisarts kwamen.

Tabel 2.8 Psychosociale en omgevingsproblemen bij patiënten (18-64 jaar) zoals vastgesteld door eerstelijnspsychologen op As IV van de DSM-IV in 2010 (%)

	Totaal n=48.963	Huisarts n=30.713	Eigen initiatief n=14.441
Problemen binnen primaire steungroep ¹	42,2	41,4	45,6
Werkproblemen	18,6	19,0	15,9
Problemen gebonden aan sociale omgeving ²	8,5	8,7	8,4
Opvoedingsproblemen	2,0	1,9	2,2
Financiële problemen	1,4	1,4	1,1
Woonproblemen	0,5	0,5	0,4
Problemen met toegankelijkheid gezondheidszorg	0,4	0,4	0,3
Problemen met justitie/politie	0,4	0,4	0,3
Andere psychosociale en omgevingsproblemen	4,5	4,7	3,7
Geen problemen op As IV aanwezig	21,6	21,5	22,1

1 Het betreft hier bijvoorbeeld een gezinslid (ouders, broer, zus, kind) waar problemen mee zijn

2 Het gaat bijvoorbeeld om het overlijden van een vriend, alleen wonen of problemen met de aanpassing aan een nieuwe cultuur of levensfase

2.3.4 Verleende hulp

Aantal consulten en behandelduur: totale groep

Bij het vaststellen van het aantal consulten dat een patiënt heeft gehad, worden alle sessies gerekend van intake tot en met beëindiging, inclusief verzuimde, halve, of kwart sessies. Gemiddeld bestond een behandeling door de eerstelijnspsycholoog uit zeven consulten (tabel 2.9). Dit is inclusief patiënten die de behandeling vroegtijdig afbraken, of die werden doorverwezen. Bij ruim 40% van de patiënten was de behandeling binnen vijf consulten afgesloten en bij ruim 70% binnen acht consulten. Bij deze patiënten werd dus binnen het maximaal aantal consulten gebleven dat in 2010 vergoed werd vanuit de basisverzekering. Nog eens 17% had aan maximaal 12 consulten genoeg. Afhankelijk van zorgverzekeraar en verzekering worden twee tot zes extra zittingen vanuit een aanvullend pakket vergoed (Independer, 2012). Patiënten die op eigen initiatief hulp zochten bij een eerstelijnspsycholoog hadden gemiddeld genomen minder contacten nodig dan patiënten die door de huisarts waren doorverwezen, aangezien een groter percentage binnen 1-5 consulten klaar was (45% tegenover 40%).

Tabel 2.9 Aantal consulten van patiënten (18-64 jaar) van eerstelijnspsychologen in 2010

	Totaal n=48.958	Huisarts n=30.707	Eigen initiatief n=14.444
Gemiddelde (sd)	7,1 (4,8)	7,2 (4,7)	6,8 (4,9)
Verdeling, %			
1-5 contacten	41,6	40,1	45,1
6-8 contacten	31,3	32,5	29,4
9-12 contacten	17,0	17,3	15,8
> 12 contacten	10,2	10,1	9,8

Gemiddeld vonden de consulten verspreid over vijf maanden plaats (tabel 2.10). Ruim 70% van de patiënten was binnen een half jaar uit zorg. Het percentage patiënten voor wie de behandeling niet langer dan een maand duurde, lag wat hoger in de subgroep patiënten die op eigen initiatief bij een eerstelijnspsycholoog terechtkwamen dan in de subgroep patiënten die verwezen waren door de huisarts.

Tabel 2.10 Behandelduur van patiënten (18-64 jaar) van eerstelijnspsychologen in 2010

	Totaal n=48.968	Huisarts n=30.714	Eigen initiatief n=14.445
Gemiddelde (sd), dagen	147,2 (151,5)	147,6 (150,0)	146,3 (154,5)
Verdeling, %			
1-4 weken	15,0	13,9	17,2
5-12 weken	26,4	26,8	25,9
12-26 weken	31,9	32,8	29,9
26-52 weken	19,0	19,1	18,9
> 1 jaar	7,7	7,5	8,1

Aantal consulten en behandelduur: regulier afgesloten behandeling

Bij 70% van de patiënten werd de behandeling op een reguliere wijze afgesloten (zie subparagraaf 2.3.6 voor een uitgebreidere bespreking). Als we deze groep eruit lichten, stijgt het gemiddeld aantal benodigde consulten met een half consult ten opzichte van de totale groep (tabel 2.11). Een derde van de patiënten had zes tot en met acht consulten nodig; en 30% negen consulten of meer. Ook wanneer gekeken wordt naar de regulier afgesloten behandelingen, hadden patiënten die via de huisarts werden doorverwezen gemiddeld een half consult meer nodig dan patiënten die op eigen initiatief kwamen.

Tabel 2.11 Aantal consulten van patiënten (18-64 jaar) van eerstelijnspsychologen in 2010 bij wie de behandeling op reguliere wijze is afgesloten

	Totaal n=34.145	Huisarts n=21.180	Eigen initiatief n=10.412
Gemiddelde (sd)	7,6 (4,7)	7,7 (4,6)	7,2 (7,2)
Verdeling, %			
1-5 contacten	35,6	33,8	40,1
6-8 contacten	33,9	35,3	31,6
9-12 contacten	19,2	19,7	17,4
> 12 contacten	11,3	11,2	10,8

De gemiddelde behandelduur lag bij de groep patiënten waarbij de behandeling op een reguliere wijze werd afgesloten ongeveer een halve maand hoger dan bij de totale groep (tabel 2.12). Gemiddeld genomen duurde een regulier afgesloten behandeling bij patiënten die op eigen initiatief bij een eerstelijnspsycholoog terecht waren gekomen 3,6 dagen langer dan bij degenen die via de huisarts verwezen waren.

Tabel 2.12 Behandelduur van patiënten (18-64 jaar) van eerstelijnspsychologen in 2010 (%) bij wie de behandeling op reguliere wijze is afgesloten

	Totaal n=34.145	Huisarts n=21.180	Eigen initiatief n=10.412
Gemiddelde (sd), dagen	163,4 (156,6)	164,3 (155,0)	160,7 (158,8)
Verdeling, %			
1-4 weken	9,7	8,1	12,5
5-12 weken	25,2	25,7	24,7
12-26 weken	34,8	35,9	32,4
26-52 weken	21,6	21,7	21,3
> 1 jaar	8,8	8,6	9,1

Aard van verleende hulp: totale groep

In bijna acht op de tien gevallen bestond het type hulp dat werd aangeboden uit behandeling, inclusief diagnostiek (tabel 2.13). Bij bijna een op de tien betrof het type hulp een kortdurende crisisinterventie of ondersteuning. Patiënten van eerstelijnspsychologen die

via hun huisarts doorverwezen waren, ontvingen vaker behandeling (inclusief diagnostiek) (81 %) dan patiënten die op eigen initiatief kwamen (75%).

Tabel 2.13 Type verleende hulp door eerstelijnspsychologen bij patiënten (18-64 jaar) in 2010 (%)

	Totaal n=48.968	Huisarts n=30.714	Eigen initiatief n=14.445
Behandeling, inclusief diagnostiek	78,8	81,1	74,6
Kortdurende crisisinterventie/ ondersteuning	8,0	7,0	10,1
Advies/consultatie, inclusief diagnostiek	6,6	5,7	8,0
Oriënterend gesprek	4,8	4,6	5,1
Anders	1,8	1,6	2,2

Bij bijna 40% van de patiënten werden gedragstherapeutische of cognitieve methodieken toegepast tijdens de behandeling (tabel 2.14). Bij bijna 30% van de patiënten werd multi-methodisch gewerkt en werden twee of meer behandelmethodieken ingezet. Eerstelijnspsychologen pasten vaker gedragstherapeutische/cognitieve behandeling toe bij patiënten die via de huisarts doorverwezen waren (41%) dan bij degenen die op eigen initiatief kwamen (35%).

Tabel 2.14 Toegepaste behandelmethodiek van eerstelijnspsychologen bij patiënten (18-64 jaar) in 2010 (%)

	Totaal n=48.968	Huisarts n=30.714	Eigen initiatief n=14.445
Voornamelijk gedragstherapeutisch/ cognitief	38,7	40,9	34,9
Combinatie van twee of meer genoemde behandelmethodieken (multi-methodisch)	29,1	29,3	28,2
Voornamelijk 'client centered'	8,9	9,0	9,4
Voornamelijk systeemtherapeutisch	6,0	5,3	7,7
Voornamelijk psychodynamisch	1,1	1,1	1,1
Overig	5,2	4,9	5,6
Geen behandeling	10,9	9,5	13,3

Bijna een vijfde van de patiënten gebruikte voor of tijdens de behandeling door de eerstelijnspsycholoog ook psychofarmaca (tabel 2.15). Bij patiënten die via de huisarts naar een eerstelijnspsycholoog zijn doorverwezen ligt dit percentage hoger (20%) dan bij patiënten die op eigen initiatief hulp zochten (15%).

Tabel 2.15 Medicatiegebruik van patiënten (18-64 jaar) voor of tijdens behandeling door eerstelijnspsychologen in 2010 (%)

	Totaal n=48.968	Huisarts n=30.714	Eigen initiatief n=14.445
Ja	18,3	19,8	14,6
Nee	81,7	80,2	85,4

Aard van verleende hulp: regulier afgesloten behandeling

Als we ons alleen richten op de groep patiënten waarbij de behandeling op reguliere wijze werd afgesloten, dan neemt het percentage patiënten dat behandeling (inclusief diagnostiek) kreeg aangeboden met 6% toe naar 85% (tabel 2.16). Ook wanneer alleen gekeken werd naar regulier beëindigde behandelingen, dan ontvingen patiënten van eerstelijnspsychologen die via hun huisarts doorverwezen waren vaker behandeling (inclusief diagnostiek) dan degenen die op eigen initiatief kwamen.

Tabel 2.16 Type verleende hulp door eerstelijnspsychologen bij patiënten (18-64 jaar) bij wie de behandeling op reguliere wijze is afgesloten in 2010 (%)

	Totaal n=34.145	Huisarts n=21.180	Eigen initiatief n=10.412
Behandeling, inclusief diagnostiek	84,5	87,2	79,3
Kortdurende crisisinterventie/ ondersteuning	7,0	5,9	9,6
Advies/consultatie, inclusief diagnostiek	5,1	4,1	6,9
Oriënterend gesprek	2,1	1,8	2,4
Anders	1,3	1,0	1,8

Logischerwijs liggen de percentages toegepaste behandelmethodieken wat hoger bij de patiënten met een regulier afgesloten behandeling in vergelijking met de totale groep (tabel 2.17).

Tabel 2.17 Toegepaste behandelmethodiek van eerstelijnspsychologen bij patiënten (18-64 jaar) bij wie de behandeling op reguliere wijze is afgesloten in 2010 (%)

	Totaal n=34.145	Huisarts n=21.180	Eigen initiatief n=10.412
Voornamelijk gedragstherapeutisch/ cognitief	40,4	42,7	36,2
Combinatie van twee of meer genoemde behandelmethodieken (multi-methodisch)	31,4	31,9	30,0
Voornamelijk 'client centered'	9,3	9,1	10,1
Voornamelijk systeemtherapeutisch	6,3	5,7	7,8
Voornamelijk psychodynamisch	1,2	1,2	1,3
Overig	5,1	4,5	5,8
Geen behandeling	6,3	4,9	8,9

Het psychofarmacagebruik van patiënten bij wie de behandeling op reguliere wijze was beëindigd, lag met 16% iets lager dan dat van de totale volwassen patiëntgroep (18%) (tabel 2.18). Ook wanneer alleen gekeken werd naar de regulier afgesloten behandelingen, lag het percentage patiënten dat psychofarmaca gebruikte ongeveer 5% hoger onder patiënten die via de huisarts doorverwezen waren naar een eerstelijnspsycholoog dan onder patiënten die op eigen initiatief kwamen.

Tabel 2.18 Medicatiegebruik van patiënten (18-64 jaar) voor of tijdens regulier afgesloten behandelingen door eerstelijnspsychologen in 2010 (%)

	Totaal n=34.145	Huisarts n=21.180	Eigen initiatief n=10.412
Ja	16,2	17,7	12,6
Nee	83,8	82,3	87,4

2.3.5 Behandeluitkomst: verandering in functioneren

Om verandering in het functioneren te bepalen wordt gebruikgemaakt van de Global Assessment of Functioning-score (GAF-score) die wordt vastgelegd bij aanmelding en afsluiting van het contact. De GAF-score geeft het oordeel weer van de eerstelijnspsycholoog over het niveau van psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren van een patiënt. De score wordt vastgelegd op een schaal van 1 tot 100, waarbij een hoge score betekent dat de patiënt uitstekend functioneert en geen symptomen heeft. Een lage score betekent dat de patiënt slecht functioneert en/of ernstige symptomen heeft. Bij een GAF-score hoger dan 50 kunnen de klachten of het niveau van disfunctioneren van een patiënt als mild tot matig bestempeld worden, waardoor de patiënt in aanmerking zou komen voor behandeling bij een eerstelijnspsycholoog (Derksen & De Jong, 2011). Een score van boven de 70 kan als licht disfunctioneren worden aangeduid.

Totale groep

Vrijwel alle patiënten (95%) hebben bij intake een score hoger dan 50 (tabel 2.19). 38% van de patiënten heeft een score boven de 70. Patiënten die via de huisarts doorverwezen waren naar een eerstelijnspsycholoog functioneerden bij aanvang beter (40% een score hoger dan 70) in vergelijking met patiënten die op eigen initiatief kwamen (31% een score hoger dan 70).

Tabel 2.19 GAF-score bij aanmelding van patiënten (18-64 jaar) van eerstelijnspsychologen in 2010 (%)

	Totaal n=48.968	Huisarts n=30.714	Eigen initiatief n=14.445
> 80	5,7	6,3	4,1
71-80	32,2	34,0	27,1
61-70	38,3	38,5	38,8
51-60	17,1	15,7	20,7
41-50	3,7	3,1	5,2
≤40	1,0	0,9	1,5
Onbekend	2,0	1,6	2,7

Bij bijna de helft van de patiënten was de GAF-score aan het eind van de behandeling substantieel, dat wil zeggen twee of meer decielen, verbeterd ten opzichte van de intake (tabel 2.20). Dit is inclusief patiënten bij wie de behandeling voortijdig was afgebroken. Nog eens 30% liet een lichte verbetering (een deciel) zien. Bij een vijfde van de patiënten was aan het eind van de behandeling de GAF-score niet of nauwelijks verbeterd ten opzichte van de intake. Mogelijk gaat het om patiënten die een relatief hoge GAF-score hadden bij intake. In vergelijking met patiënten die op eigen initiatief een beroep deden op een eerstelijnspsycholoog, lieten meer patiënten die via de huisarts doorverwezen waren een substantiële verbetering zien (43% tegenover 49%).

Tabel 2.20 Vooruitgang van patiënten (18-64 jaar) volgens de GAF-score (in decielen) na behandeling door een eerstelijnspsycholoog in 2010 (%)

	Totaal n=48.966	Huisarts n=30.712	Eigen initiatief n=14.445
Verslechtering (≤ -1 deciel)	0,8	0,8	0,7
Gelijk (0 deciel)	21,3	19,9	23,6
Verbetering (1 deciel)	30,9	30,1	32,6
Substantiële verbetering			
2 deciel	27,5	28,3	26,2
≥ 3 deciel	19,5	21,0	16,9

Regulier afgesloten behandeling

Als we alleen de patiënten in ogenschouw nemen bij wie de behandeling op een reguliere wijze was afgesloten, dan was hun functioneren bij aanvang van de behandeling nagenoeg gelijk aan dat van de totale groep (tabel 2.21): ongeveer 5% had een score lager dan 51 en circa 35% een score hoger dan 70. Tevens bleek het functioneren bij aanvang van patiënten die via de huisarts doorverwezen waren naar een eerstelijnspsycholoog beter (38% een score hoger dan 70) dan dat van degenen die op eigen initiatief kwamen (28% een score hoger dan 70).

Tabel 2.21 GAF-score bij aanmelding van patiënten (18-64 jaar) van eerstelijnspsychologen, bij wie de behandeling op reguliere wijze is afgesloten in 2010 (%)

	Totaal n=34.145	Huisarts n=21.180	Eigen initiatief n=10.412
> 80	4,4	5,2	2,8
71-80	30,8	32,8	25,2
61-70	39,7	39,9	39,9
51-60	18,5	16,9	22,6
41-50	4,2	3,4	6,0
≤ 40	1,2	1,0	1,8
Onbekend	1,2	0,8	1,8

In vergelijking met de totale groep lag het percentage patiënten dat verbeterde in de groep met regulier afgesloten behandelingen hoger: bijna 60% liet een substantiële verbetering zien op de GAF-score, en nog eens 30% een verbetering (tabel 2.22). Ruim een op de tien patiënten met een regulier afgesloten behandeling verbeterde niet of nauwelijks. Dit percentage lag hoger onder patiënten die op eigen initiatief bij een eerstelijnspsycholoog terechtkwamen (15%) dan bij patiënten die via de huisarts doorverwezen waren (10%). Daarnaast was het percentage patiënten dat substantieel verbeterde lager in de groep die op eigen initiatief kwam (51% versus 60%).

Tabel 2.22 Vooruitgang van patiënten (18-64 jaar) volgens de GAF-score (in decielen) na regulier afgesloten behandeling door een eerstelijnspsycholoog in 2010 (%)

	Totaal n=34.143	Huisarts n=21.178	Eigen initiatief n=10.412
Verslechtering (≤ -1 deciel)	0,5	0,5	0,5
Gelijk (0 deciel)	11,6	9,7	14,9
Verbetering (1 deciel)	31,4	30,1	33,9
Substantiële verbetering			
2 deciel	35,0	36,4	32,7
≥ 3 deciel	21,6	23,2	17,9

2.3.6 Afsluiting behandeling

Zoals hierboven al beschreven, werd het merendeel van de behandelingen (70%) op een reguliere wijze afgesloten (tabel 2.23). Ongeveer 17% van de patiënten besloot de behandeling voortijdig af te breken. Dit kan op elk moment gedurende de behandeling gebeurd zijn. Criterium is dat de eerstelijnspsycholoog verdere behandeling nodig acht, maar de patiënt hier om (on)duidelijke redenen vanaf ziet. Bijna 14% van de patiënten werd doorverwezen voor andere hulp. De behandeling van patiënten die door de huisarts verwezen waren naar een eerstelijnspsycholoog werd wat minder vaak op reguliere wijze beëindigd dan de behandeling van patiënten die op eigen initiatief hulp hadden gezocht.

Tabel 2.23 Redenen waarom de behandeling van patiënten (18-64 jaar) door eerstelijnspsychologen werd afgesloten in 2010 (%)

	Totaal n=48.968	Huisarts n=30.714	Eigen initiatief n=14.445
Reguliere afsluiting	69,7	69,0	72,1
Contact afgebroken	16,6	17,2	15,5
Patiënt doorverwezen	13,7	13,9	12,4

Belangrijkste redenen voor een patiënt om een behandeling voortijdig af te breken waren klachtafname (20%) en onvoldoende motivatie (16%) (tabel 2.24). Financiële redenen kwamen minder vaak voor (7%). Patiënten die door hun huisarts waren doorverwezen naar een eerstelijnspsycholoog braken vaker de behandeling af vanwege vermindering van klachten dan patiënten die op eigen initiatief kwamen.

Tabel 2.24 Redenen van patiënten (18-64 jaar) om de behandeling bij de eerstelijnspsycholoog te beëindigen in 2010 (%)

	Totaal n=8.079	Huisarts n=5.247	Eigen initiatief n=2.232
Klachtafname	20,3	22,1	17,9
Onvoldoende motivatie	16,4	16,4	15,6
Financiële redenen	7,3	7,3	6,8
Ontevredenheid	6,0	5,8	6,7
Verhuizing	2,8	2,4	3,9
Anders	18,3	17,4	19,6
Onbekend	28,8	28,6	29,6

Bijna 14% van de patiënten werd doorverwezen. Bij doorverwijzing naar andere zorg werden veruit de meeste patiënten (bijna 60%) doorverwezen naar de tweedelijns-GGZ, gevolgd door doorverwijzing naar een collega (eerstelijns)psycholoog (12%) en de huisarts (11%) (tabel 2.25). Patiënten die op eigen initiatief terechtkwamen bij een eerstelijnspsycholoog werden relatief vaker doorverwezen naar een collega (eerstelijns)psycholoog, terwijl patiënten die door de huisarts waren doorverwezen, hier vaker naartoe werden terugverwezen. Van de totale groep 18-64-jarigen die in 2010 hulp ontving van de eerstelijnspsycholoog werd 8,5% doorverwezen naar de tweedelijns-GGZ/AGZ (informatie niet in tabel). Dit percentage verschilt nauwelijks tussen patiënten die via de huisarts (8,6%) of op eigen initiatief (8,0%) kwamen.

Tabel 2.25 Verwijsbestemmingen van patiënten (18-64 jaar) die doorverwezen zijn door eerstelijnspsychologen in 2010 (%)

	Totaal n=6.677	Huisarts n=4.235	Eigen initiatief n=1.790
Tweedelijns-GGZ/AGZ ¹	58,6	58,6	60,8
Collega/ELP ²	11,6	9,8	14,4
Huisarts	10,8	12,6	7,5
Derdelijns-GGZ/AGZ ³	4,0	4,1	3,4
Algemeen Maatschappelijk Werk	2,6	3,0	1,7
Bedrijfsmaatschappelijk werk/-arts	2,0	1,4	1,6
Fysiotherapeut	1,4	1,5	1,1
Anders	9,1	8,9	9,5

GGZ = geestelijke gezondheidszorg, AGZ = algemene gezondheidszorg, ELP = eerstelijnspsycholoog

1 Zoals (vrijgevestigde) psychotherapeut of psychiater of specialist, of ambulante-, poliklinische- of verslavingszorg

2 Onder een collega kan worden verstaan een vrijgevestigde (GZ-)psycholoog en/of pedagoog

3 Zoals residentieel / herstellingsoord /algemeen ziekenhuis

2.4 Samenvatting en beschouwing

De doelstelling van dit hoofdstuk was om een actueel overzicht te bieden van de kenmerken van volwassenen (18-64 jaar) die hulp zoeken bij de eerstelijnspsycholoog, welke hulp hun geboden wordt en wat de uitkomst van deze hulpverlening is in termen van verandering van functioneren. Tevens wilden wij nagaan of er hierin verschillen waren tussen patiënten die op eigen initiatief hulp zoeken bij de eerstelijnspsycholoog en degenen die zijn doorverwezen door de huisarts. Alvorens de belangrijkste bevindingen samen te vatten en te bespreken, zullen we ingaan op de beperkingen van het onderzoek.

2.4.1 Beperkingen van het onderzoek

De LINEP-gegevens die in dit onderzoek gebruikt zijn, zijn geregistreerd door 613 eerstelijnspsychologen. Dit is ongeveer 60% van alle eerstelijnspsychologen die aangesloten zijn bij de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE). Bijgevolg is het aannemelijk dat de gepresenteerde resultaten een representatief beeld geven van de patiëntpopulatie van eerstelijnspsychologen die lid zijn van de LVE en van de hulp die hen verleend wordt.

Hoewel de hulp die geboden wordt door LVE-leden een substantieel deel vormt van de totale geleverde eerstelijns psychologische zorg in Nederland, zijn er de afgelopen jaren veel nieuwe aanbieders van dit type zorg actief geworden, die geen lid zijn van de LVE. Op basis van de huidige studie kan geen uitspraak gedaan worden over de patiëntpopulatie van deze aanbieders en van de hulp die zij verlenen, al worden geen grote verschillen verwacht.

Op basis van de registratiegegevens van het LINEP kon niet meer dan een indicatie verkregen worden van de effecten van de hulp die geboden werd door de eerstelijnspsychologen. Wat betreft uitkomstmaten was alleen de GAF-score beschikbaar. Dit is een generieke ernstmaat, dus niet stoornisspecifiek. Het voordeel daarvan is dat deze maat bruikbaar is bij allerlei soorten problematiek, waardoor behandel-effecten voor een diverse patiëntengroep vergeleken kunnen worden. Bovendien is het een zeer eenvoudig instrument dat weinig tijd kost om in te vullen. Er zijn echter ook nadelen. Het betreft een zeer globale maat die alleen door de hulpverlener wordt ingevuld en er bestaan twijfels over de kwaliteit van het instrument (Van Beljouw & Verhaak, 2010): in onderzoeksetting is de betrouwbaarheid en validiteit van de GAF aangetoond (Hilsenroth e.a., 2000), maar er is discussie of de GAF ook in klinische setting voldoende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid laat zien (Grotenboer e.a., 2009). Mogelijk laten de resultaten daardoor een overschatting zien van het percentage patiënten dat vooruitgaat door de behandeling.

2.4.2 Resultaten totale groep volwassen patiënten: samenvatting en beschouwing

Samenvatting

- De gemiddelde leeftijd van de volwassenen die in 2010 hulp ontvingen van de eerstelijnspsycholoog was 39,5 jaar. Het merendeel van de volwassenen was vrouw (66%), gehuwd of samenwonend (60%), werkend (80%) en in Nederland geboren (90%). Bijna 40% had een hbo- of wo-opleiding gevolgd.
- Na aanmelding kon 70% van de volwassenen binnen drie weken bij een eerstelijnspsycholoog terecht, de maximale wachttijd die de LVE beoogt.
- Volwassenen ontvingen met name hulp van een eerstelijnspsycholoog vanwege een aanpassingsstoornis (24%), stemmingsstoornis (21%) of angststoornis (15%). Bij een klein deel van de volwassenen (14%) was sprake van lichamelijke problematiek die van invloed was op de behandeling, terwijl een groot deel (78%) bijkomende psychosociale of omgevingsproblemen had.
- Bij het merendeel van de patiënten (73%) bleef het aantal contacten binnen de maximaal acht consulten die in 2010 nog vergoed werden vanuit de basisverzekering.
- De hulpverlening betrof vooral behandeling (inclusief diagnostiek) (79%); kortdurende crisisinterventie/ondersteuning (8%); advies/consultatie (7%) en oriënterende gesprekken (5%) kwamen minder vaak voor. De meest toegepaste behandelmethodieken waren een gedragstherapeutische/cognitieve methodiek (39%) of een combinatie van twee of meer methodieken (multimethodisch; 29%). Het merendeel van de volwassenen (82%) gebruikte geen psychofarmaca voor of tijdens de behandeling.
- De behandeling werd doorgaans op een reguliere wijze afgesloten (70%). De resterende volwassenen braken de behandeling voortijdig af (17%) (meestal vanwege klachtafname of onvoldoende motivatie) of werden doorverwezen (14%) (meestal naar de tweedelijns-GGZ).
- Na afsluiting van de behandeling was het functioneren van de meeste volwassenen (78%) verbeterd ten opzichte van de start van de behandeling, en dit percentage lag nog hoger wanneer alleen gekeken werd naar de volwassenen met een regulier afgesloten behandeling (88%).

Patiënten van de eerstelijnspsycholoog vormen een specifieke groep

Door het maken van een vergelijking tussen de LINEP-resultaten en gegevens van het bevolkingsonderzoek NEMESIS-2 (De Graaf e.a., 2010) kan nagegaan worden hoe de sociodemografische kenmerken van de volwassenen die hulp zoeken bij de eerstelijnspsycholoog zich verhouden tot die van de totale groep volwassenen die gebruikmaken

van een GGZ-aanbieder (willekeurig welke).¹⁷ De vergelijking (zie bijlage hoofdstuk 2) laat zien dat volwassen patiënten die bij de eerstelijnspsycholoog komen vaker hoger opgeleid zijn, vaker gehuwd of samenwonend zijn, en vaker betaald werk doen dan de totale groep volwassenen die hulp zoekt in de GGZ. Dit wijst erop dat patiënten van de eerstelijnspsycholoog relatief goed functioneren in maatschappelijk en relationeel opzicht, en derhalve op een passende plaats – in de eerste lijn – hulp ontvangen voor hun psychische problemen. Dit is in overeenstemming met de bevinding dat bijna alle patiënten (96%) last hadden van milde of hoogstens matige problematiek zoals ingeschat door de eerstelijnspsycholoog. Aansluitend is op basis van NEMESIS-2-gegevens gevonden dat lager opgeleiden, volwassenen woonachtig zonder partner, en volwassenen zonder betaald werk meer kans hebben op ernstige dan op lichte psychische problemen (Ten Have e.a., 2012). Naast ernst van de problematiek kunnen ook andere factoren een rol spelen. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat alleenstaanden, laag opgeleiden of mensen zonder betaald werk in 2010 om financiële redenen eerder een beroep deden op de tweedelijns-GGZ dan op een eerstelijnspsycholoog, omdat destijds geen eigen bijdrage voor de tweedelijns-GGZ gold (NZa, 2011).

De vergelijking tussen de LINEP-gegevens en NEMESIS-2-gegevens geeft ook aan dat volwassen patiënten van de eerstelijnspsycholoog vaker vrouw zijn (66%) dan de totale groep volwassenen die gebruik maken van een GGZ-aanbieder (willekeurig welke) (56%) (zie bijlage hoofdstuk 2). Dit is in overeenstemming met andere studies die vonden dat de huisarts meer vrouwen dan mannen verwijst naar een eerstelijnspsycholoog, en meer mannen dan vrouwen naar de tweedelijns-GGZ (Nuijen e.a., 2010a; Prins e.a., 2012). Een verklaring zou kunnen zijn dat vrouwen vaker te kampen hebben met internaliserende problemen, zoals depressies en angsten (De Graaf e.a., 2010). Andere mogelijke verklaringen zijn dat vrouwen hun problemen anders naar voren brengen tijdens een consult met de huisarts, of een sterkere voorkeur hebben voor verwijzing naar een eerstelijnspsycholoog.

De eerstelijnspsycholoog biedt doorgaans toegankelijke en kortdurende hulp voor milde tot matige problemen, die gepaard gaat met een verbeterd functioneren

Onze resultaten sluiten aan bij eerder onderzoek op basis van LINEP-gegevens (Verhaak e.a., 2011) en bevestigen dat de hulp die door de eerstelijnspsycholoog geboden wordt aan volwassenen gekarakteriseerd kan worden als:

- toegankelijk, aangezien 70% van de patiënten een wachttijd van minder dan drie weken had;
- kortdurend, omdat het merendeel van de patiënten een beperkt aantal consulten (maximaal acht) nodig had;
- hulp gericht op milde tot matige problemen, zoals ingeschat door eerstelijnspsychologen bij intake;

¹⁷ Binnen NEMESIS-2 is respondenten gevraagd of zij in de afgelopen 12 maanden vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen een bezoek gebracht hebben aan de GGZ (psychiater, psycholoog of psychotherapeut; dagbehandeling of opname in een instelling voor GGZ, zoals een psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, of een instelling voor verslavingszorg) (De Graaf e.a., 2010).

- hulp die bij het merendeel van de patiënten gepaard gaat met een verbetering in het functioneren, zoals beoordeeld door eerstelijnspsychologen.

Ondanks dat de meeste patiënten na aanmelding bij een eerstelijnspsycholoog snel een eerste consult hebben, lijkt de eerstelijnspsycholoog niet voor iedereen op korte termijn toegankelijk. Gevonden werd dat 30% van de volwassenen na aanmelding langer dan drie weken moest wachten op een eerste consult. Mogelijk is het aanbod eerstelijnspsychologen niet toereikend om de vraag op te vangen. De LVE streeft naar één fte eerstelijnspsycholoog per 12.500 inwoners (LVE, 2011b; Van Drunen, 2010). Ervan uitgaande dat een eerstelijnspsycholoog gemiddeld 0,7 fte werkt (Emmen e.a., 2008), was er in 2010 één fte eerstelijnspsycholoog per circa 23.400 inwoners (LVE, 2011a). Daarbij zijn er grote regionale verschillen in het aantal inwoners per fte psycholoog: in de provincies Utrecht en Noord-Holland zijn bijvoorbeeld twee keer zo veel eerstelijnspsychologen beschikbaar als in de provincies Zeeland en Limburg (respectievelijk 1 fte per 17.000 inwoners en 1 fte per 34.000 inwoners). Dit kan de wachttijd in laatstgenoemde provincies negatief beïnvloeden. Een andere verklaring voor de langere wachttijd voor een deel van de patiënten kan zijn dat men hier zelf om vraagt, bijvoorbeeld omdat het in verband met werk pas later uitkomt om een eerste afspraak te maken.

De resultaten wijzen er ook op dat de hulp die geboden wordt door een eerstelijnspsycholoog niet altijd kortdurend is, niet in alle gevallen op reguliere wijze afgesloten wordt, en ook niet stevast gepaard gaat met een verbetering in het functioneren. Zo had ongeveer 10% van de volwassen patiënten meer dan 12 consulten nodig; brak circa 17% de behandeling voortijdig af; werd bijna 14% doorverwezen voor andere hulp; en liet bijna 10% van de patiënten bij wie de behandeling op reguliere wijze was afgesloten geen verbetering zien in functioneren. Nader onderzoek is gewenst om na te gaan welke subgroepen van volwassenen in mindere mate profiteren van hulp van eerstelijnspsychologen, en wat de redenen hiervoor zijn. Deze kennis kan eraan bijdragen dat binnen de GGZ zo veel mogelijk gewerkt wordt volgens het principe van 'matched care', zorg die erop is gericht de patiënt zo snel mogelijk op de meest geëigende plaats te behandelen. Verhaak e.a. (2011) identificeerde op basis van LINEP-gegevens over het jaar 2009 van de totale patiëntenpopulatie – dus inclusief kinderen en jongeren (<18 jaar) en ouderen (≥65 jaar) – een aantal subgroepen van patiënten die minder baat lijken te hebben van behandeling door de eerstelijnspsycholoog, waaronder mannen, laagopgeleiden, mensen die werkloos zijn of in de ziektewet zitten, mensen van niet-Nederlandse afkomst, en mensen met verslavingsproblemen. Vervolgonderzoek is nodig om te bepalen of deze subgroepen ook gevonden worden wanneer alleen naar volwassen patiënten gekeken wordt, hoe de eerstelijnspsycholoog meer kan betekenen voor deze mensen, en of ze beter af zijn met hulp op een andere plek.

Relevante bevindingen in relatie tot versobering vergoeding vanuit basisverzekering

Per 1 januari 2012 is het aantal consulten bij de eerstelijnspsycholoog dat vanuit de basisverzekering vergoed wordt, teruggebracht van acht naar vijf. Daarnaast is de eigen bijdrage per consult verhoogd van €10 naar €20 (VWS, 2011b). Uit de huidige studie

blijkt dat in 2010 bijna 60% van de volwassen patiënten meer dan vijf consulten met een eerstelijnspsycholoog had. Ervan uitgaande dat dit noodzakelijke zorg is, moet dus een groot deel van de patiënten in 2012 een substantieel bedrag zelf betalen om de benodigde zorg te ontvangen. Als het voornemen van het nieuwe kabinet om de per 2012 ingestelde eigen bijdrage voor de tweedelijns-GGZ weer te schrappen werkelijkheid wordt, zullen patiënten goedkoper uit zijn wanneer zij direct worden doorverwezen naar de tweedelijns-GGZ. Zodoende kan de beperking van de vergoeding van eerstelijns psychologische zorg vanuit de basisverzekering dus tot meer zorgvraag bij de tweedelijns-GGZ gaan leiden.

Een andere relevante bevinding is dat bij 24% van de volwassenen die in 2010 hulp ontvingen van de eerstelijnspsycholoog de diagnose aanpassingsstoornis werd gesteld, en dit was ook de meest voorkomende diagnose. Sinds 1 januari 2012 valt de aanpassingsstoornis, die door de overheid wordt beschouwd als een milde stoornis, niet meer binnen de basisverzekering en wordt daarmee niet meer vergoed (VWS, 2011c). Een gevolg kan zijn dat een groot deel van de volwassenen met deze problematiek hiervoor geen hulp meer zal zoeken, wat op zijn beurt op andere gebieden tot een toename in kosten kan leiden, bijvoorbeeld door ziekteverzuim of een toename in somatisch zorggebruik (Verhaak, 2011b).

2.4.3 Vergelijking tussen volwassenen die op eigen initiatief bij de eerstelijnspsycholoog terechtkwamen en verwezen patiënten: samenvatting en beschouwing

Samenvatting

Volwassenen die in 2010 door de huisarts werden doorverwezen naar de eerstelijnspsycholoog (63%) en degenen die op eigen initiatief kwamen (29%) verschilden wat betreft kenmerken en verleende hulp. Het bleek onder meer dat – in vergelijking met patiënten die door hun huisarts verwezen waren – volwassenen die op eigen initiatief hulp zochten bij een eerstelijnspsycholoog:

- duidelijk hoger opgeleid waren;
- veel vaker eerder contact hadden gehad met de desbetreffende eerstelijnspsycholoog;
- zich vaker aanmeldden met interpersoonlijke problemen, en wat minder vaak met depressieve klachten;
- vaker geen psychische aandoening op as I van de DSM-IV hadden, zoals geregistreerd door de eerstelijnspsychologen;
- vaker binnen vijf consulten klaar waren;
- minder vaak behandeling (inclusief diagnostiek) ontvingen, en vaker kortdurende crisisinterventie/ondersteuning of advies/consultatie. Ook gebruikten zij minder vaak psychofarmaca voor of tijdens de behandeling;

- minder goed functioneerden bij intake en dat zij na afsluiting van de behandeling minder vaak een verbetering in functioneren lieten zien. Deze verschillen waren ook te zien wanneer alleen gekeken werd naar de regulier afgesloten behandelingen;
- vaker werden doorverwezen naar een collega eerstelijnspsycholoog, en minder vaak werden terugverwezen naar hun huisarts.

Volwassen patiënten die op eigen initiatief komen vormen een specifieke groep

De gevonden verschillen in kenmerken (o.a. opleiding, aanmeldklachten, aanwezigheid psychische stoornis) komen grotendeels overeen met eerder onderzoek (Prins e.a., 2012) en wijzen erop dat volwassenen die op eigen initiatief hulp zoeken bij een eerstelijnspsycholoog, een specifieke groep vormen. Opvallend is dat in de huidige studie gevonden werd dat volwassen patiënten die op eigen initiatief bij een eerstelijnspsycholoog terechtkwamen, bij intake minder goed functioneerden dan patiënten die via de huisarts verwezen waren, terwijl Prins e.a. (2012) juist het tegenovergestelde vonden. Mogelijk zijn deze tegengestelde bevindingen terug te voeren op het feit dat Prins e.a. (2012) zich in hun onderzoek niet specifiek richtten op volwassenen, maar op de totale patiëntenpopulatie, dus inclusief kinderen en jongeren (<18 jaar) en ouderen (≥65 jaar).

Volwassenen die op eigen initiatief hulp zochten bij een eerstelijnspsycholoog waren duidelijk hoger opgeleid dan degenen die doorverwezen waren door hun huisarts. Een verklaring kan zijn dat volwassenen met een lager opleidingsniveau een hogere drempel ervaren om op eigen initiatief hulp te zoeken bij een eerstelijnspsycholoog, bijvoorbeeld doordat zij meer stigma ervaren rondom psychische problemen en het zoeken van hulp hiervoor (Silton e.a., 2011; Rüsçh e.a., 2011; Corrigan & Watson, 2007). Ook kan het zijn dat lager opgeleiden minder bekend zijn met de eerstelijnspsycholoog.

Er zijn in de huidige studie ook verschillen tussen beide subgroepen gevonden met betrekking tot de geboden hulp en de daarmee gepaard gaande verbetering in functioneren. Deze bevindingen zijn nieuw en kunnen dus niet vergeleken worden met eerder onderzoek. Volwassenen die op eigen initiatief hulp hadden gezocht bij de eerstelijnspsycholoog bleken veel vaker al eerder gebruik te hebben gemaakt van de betreffende eerstelijnspsycholoog dan volwassenen die via de huisarts waren doorverwezen. Het is aannemelijk dat mensen die al eerder bij een bepaalde psycholoog zijn geweest hier sneller, op eigen initiatief, nogmaals heen gaan. Ook kan het zijn dat volwassenen die op eigen initiatief bij de eerstelijnspsycholoog komen, te kampen hebben met psychische problemen van meer chronische aard, en daardoor vaker herhaald gebruikmaken van een eerstelijnspsycholoog. In lijn hiermee waren de bevindingen dat zij – vergeleken met de patiënten die doorverwezen waren door hun huisarts – minder goed functioneerden bij intake, vaker kortdurende ondersteuning of advies ontvingen, en dat de hulp die geboden werd minder vaak gepaard ging met een verbetering in functioneren. Het bleek verder dat patiënten die via de huisarts doorverwezen waren vaker psychofarmaca gebruikten voor of tijdens de behandeling van de eerstelijnspsycholoog. Een verklaring voor deze bevinding kan zijn dat de huisarts eerst gestart was met medicatie en als

aanvulling hierop, of als vervolgstap omdat de psychofarmaca niet aansloeg, heeft geadviseerd een psychologische behandeling bij de eerstelijnspsycholoog te volgen.

In de huidige studie is alleen beschrijvende statistiek toegepast. Het is wenselijk om in vervolgonderzoek met behulp van multivariate analyses na te gaan in hoeverre de gevonden verschillen in kenmerken (o.a. opleiding, aanmeldklachten, functioneren bij intake) tussen patiënten die op eigen initiatief hulp zochten bij een eerstelijnspsycholoog en degenen die worden doorverwezen door hun huisarts van invloed zijn op de geobserveerde verschillen tussen de twee subgroepen wat betreft geboden hulp en verandering in functioneren.

2.4.4 Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat eerstelijnspsychologen, zoals beoogd, toegankelijke en kortdurende hulp bieden aan patiënten met lichte tot matige problematiek. De verleende zorg blijkt ook in een ruime meerderheid van de gevallen gepaard te gaan met een verbetering in functioneren. Ondanks dit algemene positieve beeld zijn er wel aanwijzingen voor het bestaan van subgroepen van patiënten voor wie de eerstelijnspsycholoog minder toegankelijk is, en subgroepen van patiënten die in mindere mate profiteren van de zorg die verleend wordt door de eerstelijnspsycholoog.

2.4.5 Aanbevelingen

In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 is afgesproken in 2014 een generalistische Basis-GGZ te realiseren gericht op patiënten met lichte en matige psychische problematiek. Wat nu als eerstelijns psychologische zorg benoemd wordt zal ook gaan behoren tot de generalistische Basis-GGZ. Op basis van onze bevindingen kunnen aanbevelingen gedaan worden die bijdragen aan het bewerkstelligen van een generalistische Basis-GGZ.

Vergroten toegankelijkheid eerstelijnspsycholoog voor subgroepen van patiënten?

Zoals hierboven beschreven, lijkt hulp van de eerstelijnspsycholoog voor een deel van de volwassenen (30%) in 2010 minder toegankelijk in de zin dat zij te maken hadden met een wachttijd langer dan drie weken. De resultaten wijzen ook op het bestaan van subgroepen van patiënten die verhoudingsgewijs niet vaak terecht komen bij de eerstelijnspsycholoog, zoals mannen, alleenstaanden, laagopgeleiden en werklozen. Lager opgeleiden bleken ook minder vaak op eigen initiatief hulp te zoeken bij een eerstelijnspsycholoog dan hoger opgeleiden. Nader onderzoek is gewenst om na te gaan waarom bepaalde subgroepen van patiënten met psychische problemen minder snel de weg weten te vinden naar de eerstelijnspsycholoog, en of mogelijk de toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog voor deze subgroepen vergroot kan worden.

Monitoren van effecten van beleid ingezet na 2010

Het is belangrijk om de effecten van het beleid dat ingezet is na 2010 te monitoren. Zo kan verwacht worden dat de veranderingen in het basispakket per 1 januari 2012 (het terugbrengen van het aantal vergoede consulten eerstelijns psychologische zorg

van acht naar vijf, de verhoging van de eigen bijdrage per consult en het verdwijnen van de aanpassingsstoornis uit het basispakket) invloed zal hebben op de praktijk van de eerstelijnspsycholoog (bv. leidt de versobering van het basispakket er bijvoorbeeld toe dat bepaalde patiëntgroepen in 2012 minder vaak hulp zullen gaan zoeken bij de eerstelijnspsycholoog?). Overigens zal de beperking van de vergoeding van eerstelijns psychologische zorg vanuit de basisverzekering in 2014 komen te vervallen. In het Bestuurlijk Akkoord is afgesproken dat de generalistische Basis-GGZ per 2014 op uniforme wijze bekostigd gaat worden op basis van een beperkt aantal zorgzwaarte-prestaties. Verder is de afspraak dat de generalistische Basis-GGZ alleen via de huisarts (of andere hulpverlener) toegankelijk is, en dat behandeling alleen gestart wordt als er sprake is van een psychische stoornis die gepaard gaat met een gemiddelde tot lage beperking in het functioneren. Het is belangrijk te monitoren welke invloed de ontwikkeling van een generalistische Basis-GGZ heeft op de zorg die verleend wordt door eerstelijnspsychologen en andere aanbieders.

Beter zicht op de kwaliteit en effectiviteit van de geboden hulp

Op basis van de LINEP-gegevens kan een indruk verkregen worden van de uitkomsten van de hulp die eerstelijnspsychologen die lid zijn van de LVE bieden. De enige beschikbare informatie hieromtrent betreft de verandering in het functioneren van de patiënt na afsluiting van de behandeling, zoals bepaald aan de hand van GAF-scores die bij aanvang en afronding van de behandeling zijn ingevuld door de eerstelijnspsycholoog (Beljouw & Verhaak, 2010). Per 1 januari 2012 is de registratie van de LVE uitgebreid met de Outcome Rating Scale (ORS) (Miller e.a., 2003). Deze wordt door de patiënt zelf ingevuld bij aanvang van de behandeling, de derde sessie en achteraf. De ORS bestaat uit vier vragen die betrekking hebben op het individueel, relationeel, sociaal en algeheel welbevinden van de patiënt. Dankzij deze toevoeging kan in de toekomst op basis van LINEP-gegevens ook vanuit het perspectief van de patiënt een indruk verkregen worden van de effecten van de hulp die de eerstelijnspsycholoog biedt (LVE, 2011a; Beljouw & Verhaak, 2010). Bijgevolg kan ook beter zicht worden verkregen op subgroepen van patiënten die in mindere mate baat hebben van de hulp die geboden wordt door de eerstelijnspsycholoog.

Het is belangrijk om te benadrukken dat de LINEP-gegevens een indruk geven van de zorg die verleend wordt door eerstelijnspsychologen die lid zijn van de LVE. Zoals in de inleiding aangegeven, heeft de opname van eerstelijns psychologische zorg in het basispakket per 1 januari 2008 ertoe geleid dat veel andere aanbieders op dit terrein actief geworden zijn, die niet lid zijn van de LVE. Er dient ook zicht verkregen te worden op de kwaliteit en effectiviteit van de hulp die geboden wordt door de groep nieuwe aanbieders van kortdurende, generalistische GGZ. In dit kader is het belangrijk dat in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 afgesproken is dat alle zorgaanbieders in de generalistische Basis-GGZ Routine Outcome Monitoring (ROM)-gegevens aanleveren om zicht te geven op de kwaliteit en effectiviteit van de geleverde zorg (Bestuurlijk Akkoord, 2012).

Referenties hoofdstuk 2

- Bastiaanssen, M., Loo, M., Terluin, B., e.a. (2011). Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspannen en burn-out. Herziening 2011. *Huisarts en Wetenschap*, 54, 11-16.
- Beljouw, I.M.J. van & Verhaak, P.F.M. (2010). *Geschiede uitkomstmaten voor routinematige registratie door eerstelijnspsychologen*. Utrecht: NIVEL.
- Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 (2012). <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/06/18/bestuurlijk-akkoord-toekomst-ggz-2013-2014.html>
- CvZ (2012). *Geneeskundige GGZ (deel 1). Wat is nu verzekerde zorg en wat niet?* Diemen: College voor Zorgverzekeringen.
- CONO (2012). <http://www.conoggz.nl/Portals/13/Beroepenschema%2029-03-2012.pdf> (april 2012)
- Corrigan, P.W. & Watson, A.C. (2007). The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. *Community Mental Health Journal*, 43, 439-458.
- Derksen, J. & Jong, A. de (2011). Het profiel van de eerstelijnspsycholoog na dertig jaar. *Huisarts & Wetenschap*, 54, 432-435.
- Drunen, P. van (2010). *De toekomstige behoefte aan gz-psychologen en gz-psycholoog-specialisten. Een eerste verkenning*. Amersfoort: Kamer Gezondheidszorgpsycholoog.
- Emmen, M.J., Meijer, S.A., Heimdeman, J.M.C., e.a. (2007). Versterking van de eerstelijns GGZ: effecten op langere termijn. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 85, 166-173.
- Emmen, M.J., Meijer, S.A. & Verhaak, P.F.M. (2008). Positie van de eerstelijnspsycholoog in de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 86, 142-149.
- Graaf, R. de, Have, M. ten & Dorselaer, S. van (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Grootenboer, E.M.V., Giltay, E.J., Lem, R. van der, e.a. (2009). Evaluatie van de GAF in de poliklinische praktijk van de depressieve stoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, P-13.
- Have, M. ten, Nuijen, J. & Graaf, R. de. (2012). Ernst van de psychische aandoening als voorspeller van de aard en intensiteit van zorggebruik. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2). In: *Tendrapportage GGZ 2012. Deel 2B Toegang en zorggebruik*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hilsenroth, M.J., Ackerman, S.J., Blagys, M.D., e.a. (2000). Reliability and validity of DSM-IV axis V. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1858-1863.
- Independer (2012). <https://www.independer.nl/zorgverzekering/vergoedingen/psychologie.aspx> (februari 2012).
- LVE (2008). *Profileren, positioneren en excelleren vanuit een nieuw perspectief. Beleidsprogramma 2006-2010 (bijgestelde versie n.a.v. evaluatie 2008)*. Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.
- LVE (2010a). *Eerstelijnspsychologen van de LVE? De beste keuze! Beleidsprogramma 2011-2015*. Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.
- LVE (2010b). *LVE codeboek 2011. Codes en toelichting*. Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.
- LVE (2011a). *Jaarbericht Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen 2010*. Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.
- LVE (2011b). *Beleidsprogramma 2011-2015 in het kort*. Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.
- Meijer, S.A. & Verhaak, P.F.M. (2004). *De eerstelijns GGZ in beweging. Resultaten, conclusies en beschouwing van het evaluatie-onderzoek "Versterking eerstelijns GGZ". Integrale eindrapportage 2004*. Utrecht/Den Haag: NIVEL/Trimbos-instituut/SGBO.
- Miller, S.D., Duncan, B.L., Brown, J., e.a. (2003). The Outcome Rating Scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy*, 2, 91-100.
- Nuijen, J., Dijk, C.E. van, Verhaak, P.F.M., e.a. (2010). Volwassenen in de huisartsenpraktijk: over psychische problematiek en zorgverlening tussen 2002-2008. In: Nuijen, J. (red.). *Tendrapportage GGZ 2010. Deel 2 Toegang en zorggebruik* (pp 11-57). Utrecht: Trimbos-instituut.

- NZa (2011). *Advies Basis GGZ*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa (2012). *Marktscan Geestelijke gezondheidszorg. Weergave van de markt 2008-2011*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Prins, M., Verhaak, P., Smit, D., e.a. (2012). De positie van de eerstelijnspsycholoog in de eerstelijns-ggz. *Huisarts en Wetenschap*, 55, 146-150.
- Romeijnders, A.C.M., Lamers, E.T.T., Vriezen, J.A., e.a. (2006). Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Depressieve stoornis. *Huisarts en Wetenschap*, 49, 209-212.
- Rüsch, N., Evans-Lacko, S.E., Henderson, C., e.a. (2011). Knowledge and Attitudes as Predictors of Intentions to Seek Help for and Disclose a Mental Illness. *Psychiatric Services*, 62, 675-678.
- Scholte, M. & Brink, C. (2008). *Transparant aanbod EPZ. Modulen als bouwstenen voor hulpverlening*. Utrecht: Movisie.
- Silton, N.R., Flannelly, K.J., Milstein, G., e.a. (2011). Stigma in America: Has Anything Changed?: Impact of Perceptions of Mental Illness and Dangerousness on the Desire for Social Distance: 1996 and 2006. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 199, 361-366.
- Verhaak, P.F.M. (2011). Van eerstelijns-GGZ naar basis-GGZ. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 66, 606-608.
- Verhaak, P.F.M., Kamsma, J.P.A. & Niet, A.G. van der (2011). Wie heeft baat bij eerstelijnspsychologische behandeling? *GZ-Psychologie*, 5, 16-23.
- Vriezen, J.A., Lamers, E.T.T., Faber, E., e.a. (2007). Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Angststoornissen. *Huisarts en Wetenschap*, 50, S1-S4.
- VWS (2011a). *Factsheet maatregelen curatieve GGZ*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VWS (2011b). <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wie-betaalt-de-behandeling-van-mijn-psychische-problemen.html> (januari 2012)
- VWS (2011c). <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/vergoeding-van-ggz> (februari 2012)

Bijlage hoofdstuk 2

Vergelijking van kenmerken van de volwassen patiëntenpopulatie van eerstelijnspsychologen en van de volwassen GGZ-gebruikers in Nederland

Tabel 1 Kenmerken van de populatie volwassenen (18-64 jaar) die in zorg komen bij de eerstelijnspsycholoog (LINEP-gegevens) en van de populatie volwassenen (18-64 jaar) die gebruikmaken van de GGZ (NEMESIS-2 gegevens)

	LINEP n=48.9681	NEMESIS-2 n=431
	2010	2007-2009
Leeftijd, %		
18-24 jaar	12,5	11,3
25-34 jaar	24,3	22,0
35-44 jaar	27,6	26,4
45-54 jaar	23,2	25,5
55-64 jaar	12,4	14,8
Sekse, %		
Vrouw	65,7	56,0
Man	34,3	44,0
Burgerlijke staat, %		
Ongehuwd	28,3	35,6
Gehuwd	45,8	33,8
Samenwonend	13,6	11,8
Gescheiden	10,8	15,7
Verweduwd	1,5	3,0
Herkomst, %		
Geboren in Nederland	91,2	92,1
Niet geboren in Nederland	8,8	7,9
Opleiding, %		
Geen/IO	3,3	11,9
Mavo/(v)mbo/(k)mbo	46,1	46,7
Havo/vwo	11,4	10,4
Hbo/wo	39,1	30,9
Werksituatie, %		
Werknemer ¹	71,0	46,4
Zelfstandige	7,9	7,5
Schoolgaand/studerend	9,0	5,5
Niet werkzaam ²	11,7	40,5

¹ Inclusief ziektewet

² Inclusief werkloos-/zoekend, pensioen, vrijwilligerswerk en arbeidsongeschikt