

1 Huisartsenzorg voor volwassenen en ouderen met psychische problemen tussen 2002-2010

1.1 Inleiding

1.1.1 Aanleiding

De psychische zorg die in de huisartsenpraktijk verleend wordt, vormt een belangrijk deel van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in de eerste lijn. Als 'poortwachter' van de specialistische gezondheidszorg, inclusief de tweedelijns-GGZ, heeft de huisarts een groot aandeel in de herkenning van en de zorg voor psychische problemen. De meeste personen met psychische problemen worden uitsluitend in de huisartsenpraktijk behandeld; een minderheid wordt doorverwezen naar gespecialiseerde hulpverleners in de eerste lijn (bv. eerstelijnspsycholoog) of tweedelijns-GGZ.¹

Al ruim tien jaar wordt er door de overheid ingezet op het versterken van de eerstelijns-GGZ (waaronder huisartsenzorg, eerstelijns psychologische zorg) (zie voor een overzicht paragraaf 1.1.5). Belangrijke maatregelen die zijn genomen omvatten onder meer de opname van eerstelijns psychologische zorg in de basisverzekering (sinds 2008) en het introduceren van de functie praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) (eveneens sinds 2008). De POH-GGZ is werkzaam in de huisartsenpraktijk en ondersteunt de huisarts bij het verlenen van psychische zorg. Naast beleidsmaatregelen zijn de afgelopen jaren ook verscheidene (huisarts)richtlijnen herzien en hebben er diverse andere verbeterinitiatieven plaatsgevonden met als doel de kwaliteit van de verleende psychische zorg in de huisartsenpraktijk te verbeteren (zie paragraaf 1.1.6 voor een overzicht).

Gegeven het streven sinds langere tijd naar een sterke eerstelijns-GGZ is het belangrijk een actueel overzicht te hebben van de psychische zorg die in de huisartsenpraktijk verleend wordt en welke veranderingen zich hier in de afgelopen jaren hebben voorgedaan. Op basis van de ondernomen maatregelen en verbeterinitiatieven, zou onder meer verwacht kunnen worden dat huisartsen in de afgelopen jaren psychische problemen vaker zijn gaan diagnosticeren, vaker contact hebben met patiënten met psychische problemen, psychofarmaca minder vaak zijn gaan voorschrijven, vaker zijn gaan doorverwijzen binnen de eerste lijn en minder vaak zijn gaan doorverwijzen naar de tweedelijns-GGZ. Het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) – een netwerk van 84 geautomatiseerde huisartsenpraktijken bij wie meer dan 335.000 patiënten ingeschreven staan – is de best beschikbare databron om deze verwachtingen te toetsen. Eerder zijn op basis van LINH-gegevens een beperkt aantal studies uitgevoerd naar ontwikkelingen op het gebied van psychische hulpverlening in de huisartsenpraktijk.

1 In 2008 bv. naar schatting 13% (Verhaak e.a., 2012).

1.1.2 Eerder onderzoek op basis van LINH-gegevens

In de Trendrapportage GGZ 2010 (deel 2; Nuijen e.a., 2010a; Van Asch e.a., 2010) is gekeken naar ontwikkelingen in de periode 2002-2008. Met betrekking tot volwassenen (18-64 jaar) werd, op basis van beschrijvende statistiek, geconcludeerd dat in deze periode sommige van de te verwachten veranderingen hadden plaatsgevonden, zoals het minder vaak voorschrijven van antidepressiva bij depressie en het vaker doorverwijzen naar de eerstelijnspsycholoog. Andere verwachte veranderingen werden niet gevonden; depressie of angst werden bijvoorbeeld in de loop der jaren niet vaker gediagnosticeerd. Soms werd juist een ontwikkeling in omgekeerde richting geconstateerd, bijvoorbeeld het vaker doorverwijzen door de huisarts naar de tweedelijns-GGZ. Als gekeken werd naar ouderen (65 jaar en ouder), dan bleken de meeste van de te verwachten veranderingen op het gebied van zorg bij depressie of angst niet te hebben plaatsgevonden tussen 2002 en 2008. Wat betreft zorg bij dementie waren in deze periode wel verscheidene verwachte ontwikkelingen te zien in de huisartsenpraktijk, zoals het vaker diagnosticeren van dementie vanaf 2004 en het minder vaak voorschrijven van antipsychotica.

In een studie van Verhaak e.a. (2012) werd gekeken naar ontwikkelingen in de periode 2004-2008, werd de gehele patiëntenpopulatie (ongeacht leeftijd) onderzocht, en werden trends getoetst op statistische significantie. Depressie, angst en overspannenheid waren de meest gediagnosticeerde psychische problemen. Het bleek dat patiënten met een psychisch probleem (willekeurig welke) tussen 2004 en 2008 significant minder vaak psychofarmaca voorgeschreven kregen en significant vaker doorverwezen werden binnen de eerste lijn of naar de tweede lijn. Dezelfde trends werden ook gevonden als gekeken werd naar patiënten met depressie of angst.

1.1.3 Doel en onderzoeksvragen

Het in dit hoofdstuk gepresenteerde onderzoek vormt een actualisatie en uitbreiding van de hierboven beschreven studies. Het doel is om op basis van LINH-gegevens een overzicht te bieden van: 1) de zorg die in 2010 door de huisarts werd verleend aan volwassenen (18-64 jaar) en ouderen (65 jaar en ouder) met psychische problemen; en 2) de veranderingen die in de periode 2002-2010 hebben plaatsgevonden in de geboden hulpverlening aan volwassenen en ouderen. 2010 is het meest recente jaar waarvoor LINH-gegevens beschikbaar zijn. Met behulp van statistische analyses wordt bepaald of er sprake is van veranderingen in de periode 2002-2010. Er wordt een uitsplitsing gemaakt naar volwassenen en ouderen om een goede aansluiting te houden met de twee andere hoofdstukken in dit rapport die zich uitsluitend richten op volwassenen. Tevens kunnen op basis van het hierboven beschreven onderzoek andere trends verwacht worden onder volwassenen en ouderen.

De volgende onderzoeksvragen zullen beantwoord worden:

- 1) Met betrekking tot diagnose:
 - a) Hoe vaak werden psychische problemen door de huisarts gediagnosticeerd in 2010; en hebben hierin veranderingen plaatsgevonden tussen 2002 en 2010?

- b) Hoeveel patiënten met een diagnose depressie of angst in 2010 waren daarnaast gediagnosticeerd met een chronische lichamelijke ziekte ('somatische comorbiditeit')?
- 2) Met betrekking tot behandeling:
- a) Hoe vaak waren er contacten vanwege psychische problemen in 2010 en wat was de aard van deze contacten; en hebben hierin veranderingen plaatsgevonden tussen 2006 en 2010?
- b) Hoe vaak werden psychofarmaca voorgeschreven bij psychische problemen in 2010 en welk type; en hebben hierin veranderingen plaatsgevonden tussen 2002 en 2010?
- 3) Met betrekking tot verwijzing:
- Hoe vaak werd er doorverwezen vanwege psychische problemen in 2010 en naar welk type hulpverlening; en hebben hierin veranderingen plaatsgevonden tussen 2002 en 2010?

De onderzoeksvragen worden telkens beantwoord voor volwassenen (18-64 jaar) en ouderen (≥ 65 jaar) die gediagnosticeerd zijn met een psychisch probleem (willekeurig welke), en voor de subgroepen van volwassenen en ouderen die gediagnosticeerd zijn met een specifiek psychisch probleem. Wat betreft onderzoeksvraag 1a gaat het daarbij om patiënten met de diagnose depressie, angst, overspannenheid, problematisch alcoholgebruik, psychotische stoornis of dementie (alleen ouderen)². Bij onderzoeksvragen 2 en 3 gaat het om patiënten met de diagnose depressie, angst, overspannenheid of dementie (alleen ouderen).² Onderzoeksvraag 1b wordt alleen beantwoord voor patiënten met een diagnose depressie of angst (twee veel voorkomende diagnoses), en alleen voor 2010. Bij onderzoeksvraag 3 wordt wat betreft de trendanalyse uitgegaan van de periode 2006-2010. Een verandering in de registratie binnen LINH belet het maken van een betekenisvolle vergelijking met gegevens van jaren voor 2006.

1.1.4 Opbouw hoofdstuk

In het vervolg van deze inleiding wordt een overzicht gegeven van genomen en toekomstige beleidsmaatregelen gericht op het versterken van de eerstelijns-GGZ, alsook van ondernomen verbeterinitiatieven gericht op het verbeteren van de kwaliteit van de psychische zorgverlening in de huisartsenpraktijk. In paragraaf 1.2 wordt ingegaan op de onderzoeksmethode. De resultaten worden uitgebreid gepresenteerd in paragraaf 1.3, waarna afgesloten wordt met een samenvatting en beschouwing van de belangrijkste bevindingen (paragraaf 1.4).

1.1.5 Versterking eerstelijns-GGZ: beleidsmaatregelen

Eerste maatregelen

Aan het begin van deze eeuw is er vanuit het Ministerie van VWS een pakket aan maatregelen genomen om de GGZ in de eerste lijn te versterken (Meijer & Verhaak, 2004;

2 De aantallen volwassenen en ouderen met een diagnose problematisch alcoholgebruik of psychotische stoornis zijn te laag om de andere onderzoeksvragen te beantwoorden.

Emmen e.a., 2007; Emmen e.a., 2008). De veelal tijdelijke maatregelen omvatten onder meer het vergroten van de capaciteit aan algemeen maatschappelijk werk (AMW), het bieden van de mogelijkheid aan huisartsen om advies te vragen aan hulpverleners uit de gespecialiseerde GGZ (veelal een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige; SPV), en het subsidiëren van een aantal lokale projecten gericht op een betere samenwerking en afstemming binnen de eerste lijn en met de gespecialiseerde GGZ. Daarnaast werd budget beschikbaar gesteld aan de koepelorganisaties van huisartsen, ELP-en en AMW-ers waarmee activiteiten gericht op het verbeteren van de kwaliteit van GGZ-hulpverlening en het bevorderen van deskundigheid op dit gebied zijn bekostigd. De effecten van deze mix aan maatregelen zijn op verschillende momenten geëvalueerd door het NIVEL (Meijer & Verhaak, 2004; Emmen e.a., 2007; Emmen e.a., 2008). Uit de meest recente evaluatie bleek dat tussen 2001 en 2005 huisartsen minder werkbelasting op het gebied van de GGZ zijn gaan ervaren door een sterkere ondersteuning vanuit de tweede lijn (vooral door de inzet van SPV-en); huisartsen positiever zijn gaan oordelen over de samenwerking met eerstelijnspsychologen; huisartsen beter op de hoogte zijn van de ambulante GGZ, vaker met de ambulante GGZ zijn gaan overleggen over individuele patiënten en minder knelpunten zijn gaan ervaren in de samenwerking met de ambulante GGZ; huisartsen minder scholing zijn gaan volgen over GGZ onderwerpen; en dat het aantal verwijzingen binnen de eerste lijn en naar de tweedelijns-GGZ onveranderd is gebleven (Emmen e.a., 2007).

Recentere maatregelen

Structurele aandacht voor GGZ binnen de Regionale Ondersteunings Structuren
Sinds 1 januari 2006 zijn de budgetten van de Regionale Ondersteunings Structuren (ROS'en)³ uitgebreid met GGZ, waardoor alle ROS'en een regiocoördinator GGZ aangesteld hebben. Daarmee heeft de ondersteuning voor de eerstelijns-GGZ een structurele plek gekregen binnen de ROS'en (Ten Have, 2007).

Veranderingen in de basisverzekering

Per 1 januari 2008 is de geneeskundige GGZ overgeheveld van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) en is eerstelijns psychologische zorg⁴ in de basisverzekering opgenomen, waardoor deze vorm van zorg toegankelijker is geworden. Voorheen werd eerstelijns psychologische zorg alleen (deels) vergoed vanuit de aanvullende verzekering. In de Zvw wordt niet nader gespecificeerd wie dit type zorg moet bieden. Ook andere professionals dan de eerstelijnspsycholoog kunnen dus deze zorg bieden (Van Hoof e.a., 2010). Dit heeft mede geleid tot de opkomst van aanbieders in de GGZ van anderhalvelijnszorg. Veelal zijn dit multidisciplinaire organisaties, bestaande uit SPV-en, GZ-psychologen, psychiaters en/of

3 ROS'en stimuleren integratie en samenwerking binnen de eerstelijnszorg. Zij bieden ondersteuning in de eerste lijn. Alle ROS'en vormen gezamenlijk een landelijk dekkend netwerk.

4 Diagnostiek en kortdurende generalistische behandeling van een cliënt met lichte tot matig ernstige, niet complexe psychische problematiek.

psychotherapeuten, die kortdurende zorg leveren in de eerste lijn bij minder complexe problematiek (NZa, 2012). Het merendeel van deze organisaties is ontstaan uit, of maakt onderdeel uit van, een of meerdere tweedelijns-GGZ-instellingen. Ze kunnen echter ook ontstaan zijn uit vrijgevestigden in de tweede lijn die zijn gaan samenwerken. Voorbeelden van aanbieders van anderhalvelijnszorg zijn Indigo, PsyQ, Mentaal Beter, Psychro, Transparant, Prezens en Vicino (NZa, 2012; Van Hoof e.a., 2010).

Per 1 januari 2009 is de vergoeding van benzodiazepinen uit het basispakket komen te vervallen. Deze medicijnen worden regelmatig voorgeschreven bij de behandeling van psychische problemen, zoals bijvoorbeeld angst. De reden om benzodiazepinen niet meer te vergoeden, is dat deze middelen vaak te lang en te gemakkelijk zouden worden voorgeschreven en gebruikt (SFK, 2009), terwijl deze middelen een risico geven op het ontstaan van afhankelijkheid, coördinatieproblemen en een minder goed cognitief functioneren (Terluin e.a., 2004; Schuurmans e.a., 2008).⁵

Per 1 januari 2012 is de vergoeding voor de behandeling van een aanpassingsstoornis uit het basispakket gehaald. Ook werd de vergoeding van eerstelijns psychologische zorg vanuit het basispakket versoerd: het aantal vergoede consulten werd verlaagd van acht naar vijf per kalenderjaar, en de eigen bijdrage werd verhoogd van €10 naar €20 per consult. Tegelijkertijd werd per 1 januari 2012 voor patiënten van 18 jaar en ouder ook voor de tweedelijns-GGZ een eigen bijdrage van €200 ingevoerd (bij een DBC van 100 minuten of langer). De bijdrage dient maximaal één keer per patiënt per jaar betaald te worden. Inmiddels heeft het nieuwe kabinet de eigen bijdrage voor de tweedelijns-GGZ weer geschrapt.

Ondersteuning in de praktijk: de POH-GGZ

Sinds 1 januari 2008 kan de huisarts aanspraak maken op structurele financiering van de functie praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ). De POH-GGZ is werkzaam binnen de huisartsenpraktijk. Volgens het indertijd opgestelde functieprofiel (startprofiel) kan de POH-GGZ de volgende taken uitvoeren: vraagverheldering, begeleiding, overleg/advies, coördineren van zorg en verwijzen, en preventieve activiteiten (Leene & Verberk, 2008). Sinds de introductie van de functie POH-GGZ is de inzet van POH's-GGZ in de huisartsenpraktijk gestaag toegenomen. Eind 2009 maakte naar schatting ruim 10% van de huisartsen gebruik van een POH-GGZ, gefinancierd volgens de module POH-GGZ. Eind 2010 is dit percentage toegenomen tot circa 20%, om eind 2011 verder te stijgen tot circa 35%.⁶ Ongeveer 60% van de POH's-GGZ is opgeleid als sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV). Het merendeel van de POH's-GGZ voert de functie ongeveer vijftien uur per week uit.

Uit een enquête die begin 2010 werd uitgevoerd bleek dat probleemverheldering de taak is die de POH-GGZ het vaakst uitvoerde, gevolgd door kortdurende behandeling, psycho-educatie en signalering. Ook het doorgeleiden van personen naar een andere

5 Uitzonderingen op de regel zijn voorschriften bij behandeling van epilepsie, angststoornissen als therapie met antidepressiva heeft gefaald, multipole psychiatrische problematiek en palliatieve sedatie bij terminale zorg (SFK, 2009).

6 Bron: ROS-netwerk

behandelaar was iets wat de meeste POH's-GGZ vaak deden, maar wel minder vaak dan de eerdergenoemde taken (Verhaak e.a., 2010).

Toekomstige maatregelen

Medio 2012 hebben de minister van VWS en vertegenwoordigers van zorgaanbieders en beroepsverenigingen, 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 (gericht op de behandeling van patiënten met lichte tot matige problematiek) en specialistische GGZ (gericht op het herstel of de rehabilitatie van patiënten met (zeer) complexe aandoeningen). De huisartsenzorg zou zich moeten kenmerken door 'een sterke poort waarin patiënten met psychische problematiek adequaat worden herkend, behandeld of waar nodig verwezen naar de generalistische GGZ of de gespecialiseerde GGZ' (Bestuurlijk Akkoord, 2012). Afgesproken is dat de generalistische Basis-GGZ alleen toegankelijk is via de huisarts (of andere hulpverlener).⁷ In 2013 wordt de module POH-GGZ geflexibiliseerd om de huisarts te helpen de toeloop van mensen met psychische klachten beter te organiseren en te begeleiden. Ook is afgesproken dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) advies uitbrengt over de mogelijkheid om per 2014 de bekostiging van de module POH-GGZ geheel functioneel te maken, zodat ook andere zorgaanbieders deze module kunnen aanbieden. Uitgangspunt bij de module is dat deze 'altijd in samenhang met de huisartsenzorg (c.q. in de huisartsenpraktijk) moet worden aangeboden en ten dienste staan van de huisarts' (Bestuurlijk Akkoord, 2012).

De afspraken in het Bestuurlijk Akkoord sluiten aan op de afspraken in het Convenant Huisartsenzorg 2012-2013 dat de minister van VWS en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) omstreeks dezelfde tijd sloten (LHV/VWS, 2012).

1.1.6 Versterking eerstelijns-GGZ: verbeterinitiatieven

Naast de hierboven geschetste beleidsmaatregelen zijn de afgelopen jaren ook verscheidene richtlijnen herzien en hebben er diverse andere verbeterinitiatieven plaatsgevonden, (mede) met het doel om de kwaliteit van de verleende psychische zorg in de huisartsenpraktijk te verbeteren.

Zo zijn vanaf 2004 onder andere landelijke verbeterprojecten uitgevoerd (de zogeheten doorbraakprojecten) met het oogmerk om deelnemende eerstelijnssteams, bestaande uit huisartsen en andere hulpverleners, meer te laten handelen volgens aanbevelingen uit richtlijnen⁸ voor depressie en angst (Van Splunteren e.a., 2011). Hierin is vooral geprobeerd het stepped care model te implementeren om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Kenmerkend voor stepped care is dat de hulpverlener, in samenspraak met de patiënt, in eerste instantie kiest voor de lichtste behandeling die gezien het klinisch beeld verantwoord is. Het ziektebeloop en de behandeling worden regelmatig geëvalueerd door de hulpverlener en patiënt, en bij onvoldoende effect wordt overgestapt

⁷ Verzekeraars nemen dit in hun polis op.

⁸ Dit betreft zowel huisartsrichtlijnen (NHG-standaarden) als Multidisciplinaire richtlijnen voor depressie en angst.

op een meer intensieve interventie (Meeuwissen & Donker, 2004). Verder zijn in 2010 de Multidisciplinaire richtlijnen (MDR-en) voor depressie en angststoornissen herzien en openbaar gemaakt. Vergeleken met de eerste versies is in de herziene MDR-en het stepped care model expliciet het uitgangspunt geworden. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft meegewerkt aan de totstandkoming van de richtlijnherzieningen. Tevens zijn in het voorjaar van 2012 herziene versies van de NHG-standaarden angst en depressie verschenen, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen klachten en stoornissen en meer de nadruk ligt op stepped care benadering, het inzetten van kortdurende psychologische interventies en terughoudendheid met medicamenteuze behandeling (Hassink-Franke e.a., 2012; Van Weel-Baumgarten e.a., 2012).

Met betrekking tot het verbeteren van de ouderenzorg, is door de overheid in 2008 het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO)⁹ geïnitieerd voor de duur van vier jaar. Er worden binnen het kader van het NPO onder andere projecten uitgevoerd op het gebied van ketenzorg dementie, en de verbetering van (h)erkenning, zorg en behandeling voor kwetsbare depressieve ouderen in de eerste lijn. Specifiek rond dementiezorg hebben verschillende andere kwaliteitsinitiatieven plaatsgevonden, zoals het Landelijk Dementie Programma (2004-2007) (Meerveld e.a., 2004). In het kader van dit programma werden uiteenlopende projecten uitgevoerd, waaronder deskundigheidsbevordering van huisartsen (ZonMw, 2007). Het Landelijk Dementie Programma kreeg tot 2012 een vervolg in de vorm van het Programma Ketenzorg Dementie (Kuperus e.a., 2009; Kuperus, 2011). Hierin werkten Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, het Ministerie van VWS en Actiz samen om in heel Nederland te komen tot een structureel aanbod van samenhangende dementiezorg die aansluit bij de behoeften en wensen van mensen met dementie en hun mantelzorgers. Dit heeft onder andere geresulteerd in een toegenomen samenwerking tussen diverse professionals onderling, waaronder huisartsen (Kuperus, 2011). In de recent herziene NHG-Standaard dementie (juli 2012) zijn de resultaten van het Landelijk Dementie Programma en het Programma Ketenzorg Dementie meegenomen. De herziene NHG-Standaard legt onder andere meer de nadruk op het inzetten van psychosociale interventies bij patiënten en hun mantelzorgers (Moll van Charante e.a., 2012).

1.1.7 Verwachte veranderingen in de periode 2002-2010

Dit hoofdstuk baseert zich op LINH-gegevens uit de periode 2002-2010. Gegeven de in deze periode ondernomen maatregelen en verbeterinitiatieven, zou verwacht kunnen worden dat huisartsen tussen 2002 en 2010 vaker psychische problemen zijn gaan diagnosticeren, vaker contact hebben met patiënten met psychische problemen, minder vaak psychofarmaca zijn gaan voorschrijven, vaker zijn gaan doorverwijzen binnen de eerste lijn en minder vaak zijn gaan doorverwijzen naar de tweedelijns-GGZ.

1.2 Methode

1.2.1 Gebruikte gegevens

LINH

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is gebruikgemaakt van gegevens van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) (Stirbu-Wagner e.a., 2010). LINH is een netwerk van (in 2010) 84 geautomatiseerde huisartsenpraktijken bij wie meer dan 335.000 patiënten staan ingeschreven. De aan LINH deelnemende huisartsen verzamelen op continue, routinematige wijze gegevens over gestelde diagnoses, patiëntcontacten en uitgevoerde verrichtingen, voorgeschreven medicatie en verwijzingen in elektronische patiëntendossiers (EPD's). Voordat gegevens uit de EPD's opgenomen worden in de LINH-database, vindt er een uitgebreide kwaliteitscontrole plaats om de volledigheid en betrouwbaarheid van de gegevens te waarborgen.

De praktijkpopulatie die (in 2010) ingeschreven staat bij de aan LINH deelnemende praktijken is representatief voor de Nederlandse bevolking in termen van leeftijd en geslacht. De aan LINH deelnemende huisartsen verschillen niet van de Nederlandse huisartsenpopulatie wat betreft leeftijd, sekse, vestigingsduur en het aantal Huisartsen in dienst van Huisartsen. Wel blijken LINH-huisartsen vaker parttime te werken en zijn de provincies Zuid-Holland en Flevoland iets ondervertegenwoordigd. Desalniettemin zijn de deelnemende huisartsen goed verspreid over het land en komen zij overeen qua stedelijkheid en verdeling per landsdeel.

Selectie praktijken

Om betrouwbare en valide uitspraken te kunnen doen zijn in alle onderzoeksjaren (2002, 2004, 2006, 2008 en 2010) voor elk van de onderzochte uitkomsten alleen gegevens gebruikt van de huisartsenpraktijken die voldeden aan kwaliteitscriteria voor registratie. Hierdoor verschillen per onderzoeksjaar per uitkomst de aantallen praktijken en patiënten waarop de resultaten gebaseerd zijn (zie bijlage 1A).

1.2.2 Onderzochte variabelen

Diagnoses

De huisartsen registreren diagnoses die zij stellen bij hun patiënten in het Huisarts Informatie Systeem (HIS). Diagnoses worden gecodeerd met behulp van het classificatiesysteem International Classification of Primary Care (ICPC; Lambert & Wood, 1987). Hierbij geeft de huisarts aan of het een nieuwe of reeds bestaande diagnose betreft. Diagnosecodes voor psychische problemen zijn in de ICPC ondergebracht in het zogeheten P-hoofdstuk, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen diagnoses op het niveau van symptomen/klachten (bv. slapeloosheid) en diagnoses op het niveau van aandoeningen (bv. depressie).

In dit onderzoek wordt gekeken naar volwassenen (18-64 jaar) en ouderen (65 jaar en ouder) bij wie een psychisch probleem gediagnosticeerd is (d.w.z. één of meer

'P-diagnoses', ongeacht of het een symptoom/klacht of aandoening betreft) en naar subgroepen van volwassenen en ouderen met een specifieke diagnose, te weten depressie/depressieve klachten (ICPC-codes: P76/P03), angst/angstklachten (P74/P01), overspannenheid (P02/P78), problematisch alcoholgebruik (P15/P16), psychotische stoornis (P71/P72/P98) en dementie (P70) (alleen ouderen). Hoe vaak een (specifiek) gediagnosticeerd psychisch probleem gesteld is in een onderzoeksjaar (onderzoeksvraag 1a) is bepaald aan de hand van het aantal volwassenen en ouderen met de betreffende diagnose (ongeacht of deze nieuw is of al bestond).

Voor de subgroepen van volwassenen en ouderen met een diagnose depressie en met een diagnose angst is nagegaan hoe vaak zij daarnaast gediagnosticeerd zijn met chronische lichamelijke aandoeningen (onderzoeksvraag 1b). Hierbij is uitgegaan van een in een eerder onderzoek gemaakte selectie van 29 chronische ziekten met bijbehorende ICPC-coderingen (Van Oostrom e.a, 2011). De P-diagnoses zijn uiteraard weggelaten, waardoor er 23 chronische lichamelijke ziekten overblijven (zie bijlage 1B).

Contacten

In de periode 2002-2010 is tengevolge van de stelselwijziging in 2006 de wijze waarop contacten bepaald worden veranderd binnen LINH. Hierdoor kan er geen betrouwbare vergelijking gemaakt worden tussen contactgegevens van voor en na 2006. Daarom is ervoor gekozen contactgegevens vanwege een (specifiek) gediagnosticeerd psychisch probleem alleen voor de jaren 2006, 2008 en 2010 te presenteren en te analyseren (onderzoeksvraag 2a).

Vanaf 2006 zijn contacten gebaseerd op gedeclareerde contacten die gecodeerd worden met een CTG-code (College Tarieven Gezondheidszorg) (NZa, 2010). Hieronder vallen (telefonische) consulten en visites van de huisarts en POH, maar ook zogenoemde 'modernisatie en innovatie-verrichtingen'. Een gedeclareerd contact kan meerdere deelcontacten voor verschillende diagnoses omvatten. De CTG-codering biedt de mogelijkheid een onderscheid te maken naar type contact aan de hand van betrokken hulpverlener (huisarts of POH), contactduur (t/m twintig minuten of langer dan twintig minuten) en manier van contact (consult in de praktijk, telefonisch consult, of visite).

Voorschrijven van psychofarmaca

Huisartsen coderen voorschriften van medicatie in het HIS met behulp van het Anatomisch Therapeutisch Chemisch (ATC-) classificatiesysteem (www.whocc.no). In dit hoofdstuk (onderzoeksvraag 2b) wordt onderscheid gemaakt tussen de volgende typen psychofarmaca: antidepressiva (ATC-code: N06A), kalmeringsmiddelen (anxiolytica; N05B), slaapmiddelen (hypnotica/sedativa; N05C), antipsychotica (N05A) en demen-tiemiddelen (N06D).

Verwijzingen

Binnen LINH worden de volgende verwijsbestemmingen naar psychische hulpverlening geregistreerd: maatschappelijk werk, eerstelijnspsycholoog (ELP), Regionale Instelling voor

Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG), psychiatrie, geriatrie, sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV), psycholoog/psychotherapeut en consultatiebureau voor alcohol en drugs (CAD). Het is belangrijk op te merken dat binnen LINH huisartsen geacht worden verwijzingen naar de vijf eerstgenoemde bestemmingen te registreren, terwijl verwijzingen naar de drie overige bestemmingen facultatief zijn. Verder worden binnen LINH wat betreft verwijzingen naar de tweedelijlijn alleen nieuwe verwijzingen geregistreerd.

In de resultaten (onderzoeksvraag 3) worden verwijzingen naar maatschappelijk werk, ELP en SPV samengenomen tot verwijzingen naar de categorie eerste lijn. Verwijzingen naar RIAGG, psychiatrie en geriatrie vormen samen de categorie verwijzingen naar de gespecialiseerde GGZ. Door de gehanteerde filters bij het opschonen van de verwijsgegevens komen er in de jaren 2002 en 2004 geen verwijzingen naar een psycholoog/psychotherapeut of CAD voor. Deze verwijsbestemmingen zijn daarom buiten beschouwing gelaten in analyses voor de gespecialiseerde GGZ en enigerlei verwijzing.

1.2.3 Analyse

Per onderzoeksvariabele is middels multilevel analyse (MLA) getoetst of er sprake is van een lineaire toe- of afname in de periode 2002-2010 (2006-2010 in het geval van contacten). Deze toets is gebaseerd op gecorrigeerde cijfers, waarbij rekening is gehouden met variatie tussen praktijken, patiënten en jaren. Tevens is gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

1.3 Resultaten

In deze paragraaf worden de resultaten die antwoord geven op de onderzoeksvragen uitgebreid besproken. Een samenvatting en beschouwing van de belangrijkste resultaten is te vinden in paragraaf 1.4 (p. 41).

Enkele woorden vooraf:

1. Per uitkomst (diagnoses, contacten, medicatievoorschriften en verwijzingen wordt telkens in een eerste subparagraaf de stand van zaken in het jaar 2010 beschreven, gebaseerd op *ongecorrigeerde cijfers*. Deze cijfers staan ook weergegeven in de tabellen.
2. Vervolgens worden in een tweede subparagraaf de resultaten van de trendanalyses beschreven, welke gebaseerd zijn op *gecorrigeerde cijfers*. De op die plek genoemde cijfers voor 2010 wijken daardoor af van de (ongecorrigeerde) cijfers voor 2010 die genoemd worden in de eerste subparagraaf en tabel.
3. In de tabellen staat enkel weergegeven of er sprake is van een lineaire toe- of afname in de periode 2002-2010 (of 2006-2010 in het geval van contacten). In bijlage 1C zijn de gecorrigeerde cijfers voor alle jaren en de uitkomsten van de multilevel analyses weergegeven.
4. In sommige gevallen wijst de uitkomst van een multilevel analyse op een significante lineaire toe- of afname in de periode 2002-2010 (of 2006-2010 in het geval van contacten), terwijl de gecorrigeerde scores over de jaren heen een meer variabele en minder consistente verandering laten zien. Waar dit het geval is wordt dit in de tabel aangegeven (*) en verder uitgelegd in de tekst.
5. Wanneer in de tekst gesproken wordt over een toe- of afname, betreft het een *significante lineaire toe- of afname* in de periode 2002-2010 (of 2006-2010 in het geval van contacten).

1.3.1 Hoe vaak werden psychische problemen gediagnosticeerd, en hebben hierin veranderingen plaatsgevonden?

Situatie in het jaar 2010

In 2010 werd op jaarbasis bij 12,1% van de volwassenen een psychisch probleem gediagnosticeerd door de huisarts (tabel 1.1). Kijken we naar specifieke psychische problemen, dan zien we dat depressie het vaakst werd gediagnosticeerd (3%), gevolgd door overspannenheid (1,7%) en angst (1,5%).

Zestien procent van de ouderen werd in 2010 gediagnosticeerd met een psychisch probleem. Ook bij ouderen was depressie het meest gediagnosticeerde probleem (3,8%), gevolgd door angst (2,3%), overspannenheid (1,4%) en dementie (1,1%).

Tabel 1.1 Prevalentie van gediagnosticeerde psychische problemen bij volwassenen (18-64 jaar) en ouderen (65 jaar en ouder) in de huisartsenpraktijk in 2010 (aantal diagnoses per 1000 patiënten), en de aanwezigheid van een lineaire toe- of afname hierin in de periode 2002-2010 (gebaseerd op multilevel analyses)

Leeftijdscategorie	Diagnose	2010	Lineaire toe- of afname in de periode 2002-2010?
18-64 jaar	Enigerlei psychische problematiek	120,7	Nee
	Depressie/depressieve klachten	30,1	Afname
	Overspannenheid	17,0	Nee
	Angst/angstklachten	14,6	Nee
	Problematisch alcoholgebruik	3,9	Nee
	Psychotische stoornis	2,7	Nee
≥65 jaar	Enigerlei psychische problematiek	161,3	Nee
	Depressie/depressieve klachten	37,5	Nee
	Angst/angstklachten	22,6	Afname*
	Overspannenheid	13,6	Afname*
	Dementie	10,5	Toename
	Problematisch alcoholgebruik	2,8	Toename
	Psychotische stoornis	4,1	Nee

* Variabel, niet consistent

Veranderingen in de periode 2002-2010

Psychische problemen (willekeurig welke) werden niet vaker of minder vaak gediagnosticeerd bij volwassenen in de periode 2002-2010. Kijken we naar specifieke diagnoses, dan blijkt alleen dat de diagnose depressie wat minder vaak gesteld wordt tussen 2002 en 2010 (van 2,9% naar 2,6%).

Ook bij ouderen is de frequentie waarmee psychische problematiek (willekeurig welke) gediagnosticeerd wordt niet toe- of afgenomen in de periode 2002-2010. Wanneer gekeken wordt naar specifieke diagnoses, dan hebben er wel een aantal veranderingen plaatsgevonden tussen 2002 en 2010. Zowel dementie (van 2,1% naar 2,9%) als problematisch alcoholgebruik (van 0,1% naar 0,2%) werd vaker gediagnosticeerd, waarbij het voorkomen van deze laatste diagnose is verdubbeld. De diagnoses angst en overspannenheid werden daarentegen minder vaak gesteld bij ouderen tussen 2002 en 2010. Dit wordt met name veroorzaakt door relatief sterke dalingen tussen 2008 en 2010 (prevalentie diagnose angst: 2002-2008: 3,6- 3,9%; 2010: 2,7%; prevalentie diagnose overspannenheid: 2002-2008: 0,9- 1,1%; 2010: 0,7%). Deze dalingen zouden kunnen samenhangen met het vervallen van de vergoeding voor benzodiazepines uit het basispakket per 1 januari 2009. Deze medicatie wordt regelmatig voorgeschreven bij angstklachten of overspannenheid. Zoals in paragraaf 1.3.4 beschreven wordt, zijn huisartsen deze medicatie in mindere mate gaan voorschrijven, en dan vooral in 2010 ten opzichte van de periode 2002-2008. Dit kan ertoe geleid hebben dat ook de

aanwezigheid van angst of overspannenheid in mindere mate als diagnose geregistreerd werd in 2010.

1.3.2 Hoeveel patiënten met een diagnose depressie of angst waren daarnaast gediagnosticeerd met een chronische lichamelijke ziekte?

In 2010 was een kwart van de volwassenen met een diagnose depressie en een vijfde van de volwassenen met een diagnose angst daarnaast gediagnosticeerd met een of meer chronische lichamelijke aandoeningen (tabel 1.2). Bij ouderen met een diagnose depressie of angst lag dit percentage een stuk hoger: circa 60%. Een ander verschil is dat wanneer er sprake was van 'lichamelijke comorbiditeit', het bij het merendeel (circa 80%) van de volwassenen één chronische lichamelijke aandoening betrof, terwijl het bij meer dan 40% van de ouderen ging om twee of meer chronische lichamelijke aandoeningen.

Tabel 1.2 Aantal bijkomende chronische lichamelijke ziekten bij depressie en angst in de huisartsenpraktijk in 2010, uitgesplitst naar volwassenen (18-64 jaar) en ouderen (65 jaar en ouder)

Leeftijdscategorie	Diagnose	Aantal gediagnosticeerde chronische lichamelijke ziekten (%)			
		≥1	1	2	≥3
18-64 jaar	Depressie	24,9	20,1	3,8	1,0
	Angst	19,7	16,3	2,8	0,6
≥ 65 jaar	Depressie	61,4	35,4	17,4	8,6
	Angst	60,2	34,8	19,1	6,3

De drie meest gediagnosticeerde chronische lichamelijke aandoeningen bij volwassenen met een diagnose depressie of angst waren diabetes, astma en een chronische nek- of rugaandoening (tabel 1.3). Onder ouderen met een diagnose depressie of angst was diabetes veruit de meest gediagnosticeerde chronische lichamelijke aandoening. In 2010 had ongeveer een op de vijf ouderen met depressie of angst daarnaast diabetes. Ook coronaire hartziekte en COPD kwamen verhoudingsgewijs vaak voor onder ouderen die gediagnosticeerd waren met depressie of angst.

Tabel 1.3 De top 5 van meest gediagnosticeerde chronische lichamelijke ziekten bij depressie en angst in de huisartsenpraktijk in 2010, uitgesplitst naar volwassenen (18-64 jaar) en ouderen (65 jaar en ouder)

Leeftijdscategorie	Diagnose	1		2		3		4		5	
		Aandoening	%	Aandoening	%	Aandoening	%	Aandoening	%	Aandoening	%
18-64 jaar	Depressie	Diabetes	5,9	Astma	5,8	Chronische nek- of rugaandoening	4,9	COPD	2,7	Coronaire hartziekte	2,1
	Angst	Astma	5,4	Chronische nek- of rugaandoening	4,1	Diabetes	3,9	COPD	2,5	Coronaire hartziekte	1,7
≥ 65 jaar	Depressie	Diabetes	20,5	Coronaire hartziekte	11,4	COPD	9,0	Chronische nek- of rugaandoening	5,4	Astma	3,9
	Angst	Diabetes	18,6	Coronaire hartziekte	12,0	COPD	11,2	Chronische nek- of rugaandoening	5,8	Astma	4,5

1.3.3 Hoe vaak waren er contacten vanwege psychische problemen, en hebben hierin veranderingen plaatsgevonden?

Situatie in het jaar 2010

In 2010 kwam het aantal contacten vanwege een gediagnosticeerd psychisch probleem (willekeurig welke) per 100 volwassenen uit op 205 (tabel 1.4). De meeste contacten betroffen een kort consult met de huisarts (79), gevolgd door lange huisartsconsulten (58) en telefonische huisartsconsulten (44). Bij de specifieke diagnoses (angst, depressie en overspannenheid) is hetzelfde patroon te zien.

Bij ouderen kwam het aantal contacten vanwege een gediagnosticeerd psychisch probleem (willekeurig welke) uit op 240 per 100 ouderen. Het merendeel van de contacten betrof een telefonisch consult met de huisarts (60), gevolgd door korte huisartsconsulten (57) en lange huisartsconsulten (32). In vergelijking met volwassenen komen huisartsvisites bij ouderen, zowel korte als lange, beduidend vaker voor. Als gekeken wordt naar specifieke diagnoses, dan valt op dat het aantal contacten met de huisartsenpraktijk (zowel totaal, als per type) in 2010 bij ouderen met een diagnose dementie beduidend hoger was dan het aantal contacten bij ouderen met een diagnose depressie, angst, of overspannenheid (zie bijlage 1D).

Tabel 1.4 Aantal contacten per 100 volwassenen (18-64 jaar) en ouderen (65 jaar en ouder) met een gediagnosticeerd psychisch probleem (naar type contact) in 2010, en de aanwezigheid van een lineaire toe- of afname hierin in de periode 2006-2010 (gebaseerd op multilevel analyses)

Leeftijdscategorie	Contact	2010	Lineaire toe- of afname in de periode 2006-2010?
18-64 jaar	Enigerlei contact	205,4	Nee
	Huisartsconsult kort (≤20 minuten)	79,2	Afname
	Huisartsconsult lang (>20 minuten)	58,2	Toename
	Telefonisch huisartsconsult	43,9	Toename*
	Contact met POH	11,4	Nee
	Huisartsvisite lang (>20 minuten)	2,1	Nee
	Huisartsvisite kort (≤20 minuten)	1,7	Afname
≥ 65 jaar	Enigerlei contact	240,2	Toename
	Telefonisch huisartsconsult	60,4	Toename*
	Huisartsconsult kort (≤20 minuten)	56,9	Afname
	Huisartsconsult lang (>20 minuten)	32,0	Toename
	Huisartsvisite kort (≤20 minuten)	23,0	Afname
	Huisartsvisite lang (>20 minuten)	18,4	Toename
	Contact met POH	13,8	Nee

* Variabel, niet consistent

Veranderingen in de periode 2006-2010

Volwassenen

Bij volwassenen is het totaal aantal contacten (willekeurig welk type) vanwege een psychisch probleem niet toe- of afgenomen in de periode 2006-2010. Als gekeken wordt naar het type contact, dan zijn er wel veranderingen te zien. Tussen 2002 en 2010 nam het aantal korte huisartsconsulten af (van 109 naar 74 per 100 volwassenen), terwijl lange huisartsconsulten (van 37 naar 51) en telefonische huisartsconsulten (van 23 naar 38) juist steeds vaker voorkwamen (zie bijlage 1C). Het aantal korte huisartsvisites nam ook af, maar doordat dit type contact sowieso erg weinig voorkwam (minder dan 1 contact per 100 volwassenen) kan dit ook een toevallige bevinding zijn. Opgemerkt dient te worden dat de toename van telefonische huisartsconsulten veroorzaakt wordt door een sterke toename in 2010 ten opzichte van voorgaande jaren. Deze sterke stijging in 2010 kan toegeschreven worden aan een tariefswijziging die in 2010 heeft plaatsgevonden. Tot het jaar 2010 maakte het voor een huisarts qua tarief niet uit of een kort telefonisch consult met een patiënt omtrent een herhaalrecept als 'telefonisch consult', of 'herhaalrecept' gedeclareerd werd. Sinds 2010 is de declaratie voor herhaalrecepten komen te vervallen, waardoor huisartsen deze consulten nu voornamelijk als telefonische consulten registreren.

Als we kijken naar specifieke diagnoses, dan zijn veelal dezelfde patronen waarneembaar (zie bijlage 1D). Alhoewel de toets voor telefonische consulten in geen van de gevallen significant is, laten de gecorrigeerde cijfers wel eenzelfde sterke toename zien in 2010. De enige trend die afwijkt van de totale groep volwassenen met enigerlei gediagnosticeerd psychisch probleem is dat bij volwassenen met een diagnose depressie of een diagnose angst het aantal contacten met een POH afneemt tussen 2006 en 2010. Aangezien het aantal contacten met een POH in beide gevallen al zeer laag was (circa 1 contact per 100 volwassenen), kan deze afname ook te wijten zijn aan toeval.

Ouderen

In tegenstelling tot bij volwassenen, neemt bij ouderen in de periode 2006-2010 het aantal contacten vanwege een gediagnosticeerd psychisch probleem toe (van 151 naar 195 per 100 ouderen). Als we kijken naar het type contact, dan wordt deze toename veroorzaakt doordat tussen 2006 en 2010 telefonische consulten (van 23 naar 44), lange huisartsconsulten (van 16 naar 30) en lange huisartsvisites (van 7 naar 10) vaker voorkomen. Ook hier dient opgemerkt te worden dat de toename in telefonische consulten met name in 2010 heeft plaatsgevonden; tussen 2006 en 2008 was de toename veel minder sterk (van 23 naar 31 contacten). Type contacten die in aantal zijn afgenomen tussen 2006 en 2010 zijn korte huisartsconsulten (van 74 naar 60) en korte huisartsvisites (van 16 naar 9).

Als er gekeken wordt naar specifieke diagnoses (angst, depressie, overspannenheid, of dementie), dan is er geen significante toe- of afname te zien in het totaal aantal contacten (zie bijlage 1D). Bij de diagnose dementie kan dit te wijten zijn aan een gebrek aan statistische power door het beperkte aantal patiënten; de gecorrigeerde cijfers laten namelijk wel een consistente toename in het totaal aantal contacten zien (bijlage 1C). Een ander verschil met de totale groep ouderen met enigerlei gediagnosticeerd psychisch probleem is dat bij ouderen met een diagnose depressie, angst of dementie het aantal lange huisartsvisites niet toeneemt. Daarnaast neemt bij ouderen met een diagnose overspannenheid of dementie het aantal korte huisartsconsulten niet af.

1.3.4 Hoe vaak werden psychofarmaca voorgeschreven bij psychische problemen, en hebben hierin veranderingen plaatsgevonden?

Voorschriften bij een gediagnosticeerd psychisch probleem (willekeurig welke)

Situatie in het jaar 2010

Bijna twee derde van de volwassenen met een gediagnosticeerd psychisch probleem kreeg in 2010 psychofarmaca voorgeschreven (tabel 1.5). Antidepressiva werden daarbij het meest voorgeschreven (30%), gevolgd door kalmeringsmiddelen (19%) en slaapmiddelen (17%).

Bijna acht op de tien ouderen bij wie een psychisch probleem gediagnosticeerd was, kreeg in 2010 een voorschrift voor een psychofarmacon van de huisarts. Slaapmiddelen (33%), kalmeringsmiddelen (26%) en antidepressiva (24%) werden daarbij het vaakst voorgeschreven.

Tabel 1.5 Percentage volwassenen (18-64 jaar) en ouderen (65 jaar en ouder) met een gediagnosticeerd psychisch probleem bij wie psychofarmaca voorgeschreven is (naar type psychofarmacon) in 2010, en de aanwezigheid van een lineaire toe- of afname hierin in de periode 2002-2010 (gebaseerd op multilevel analyses)

Leeftijdscategorie	Psychofarmaca	2010	Lineaire toe- of afname in de periode 2002-2010?
18-64 jaar	Enigerlei psychofarmaca¹	65,7	Afname
	Antidepressiva (N06A)	29,7	Afname
	Anxiolytica (N05B)	19,4	Afname*
	Hypnotica/sedativa (N05C)	17,1	Afname*
	Antipsychotica (N05A)	4,5	Nee
≥ 65 jaar	Enigerlei psychofarmaca¹	79,2	Afname
	Hypnotica/sedativa (N05C)	32,8	Afname*
	Anxiolytica (N05B)	26,3	Afname*
	Antidepressiva (N06A)	24,2	Nee
	Antipsychotica (N05A)	7,0	Nee

¹ Betekent een van de onderstaande typen psychofarmaca

* Variabel, niet consistent

Veranderingen in de periode 2002-2010

Het percentage volwassenen dat psychofarmaca kreeg voorgeschreven is tussen 2002 en 2010 licht gedaald (van 66% naar 59%). Onderscheiden naar het type psychofarmaca, werden in deze periode antidepressiva (van 33% naar 26%), kalmeringsmiddelen (van 21% naar 16%) en slaapmiddelen (17% naar 14%) minder vaak voorgeschreven. Hierbij moet worden opgemerkt dat de daling in het voorschrijven van kalmerings- en slaapmiddelen vooral veroorzaakt wordt door een sterke afname in 2010 ten opzichte van de voorgaande jaren (voorschrijfpercentage kalmeringsmiddel tussen 2002-2008: 19-21%; 2010: 16%; voorschrijfpercentage slaapmiddel tussen 2002-2008: 16-17%; 2010: 14%). Deze relatief sterke afname in 2010 kan verklaard worden doordat per 1 januari 2009 de vergoeding van benzodiazepinen uit het basispakket is komen te vervallen.

Net als bij volwassenen is het percentage ouderen met een gediagnosticeerd psychisch probleem dat psychofarmaca kreeg voorgeschreven, licht afgenomen tussen 2002 en 2010 (van 80% naar 74%). Deze daling wordt veroorzaakt doordat slaapmiddelen (van 39% in 2002 naar 27% in 2010) en kalmeringsmiddelen (van 29% in 2002 naar 23% in 2010) minder vaak voorgeschreven werden in deze periode. Ook bij ouderen is vooral in 2010 een sterke daling te zien wat betreft het voorschrijven van deze typen psychofarmaca, wat verklaard kan worden door het verdwijnen van benzodiazepinen uit het basispakket. Anders dan bij volwassenen nam bij ouderen het voorschrijfpercentage antidepressiva niet af in de periode 2002-2010.

Voorschriften bij een diagnose depressie

Situatie in het jaar 2010

In 2010 kreeg bijna driekwart van de volwassenen met een diagnose depressie psychofarmaca voorgeschreven (tabel 1.6). Veruit het grootste deel kreeg antidepressiva voorgeschreven (61%), gevolgd door kalmeringsmiddelen (17%) en slaapmiddelen (12%). Ruim acht op de tien ouderen met een diagnose depressie kregen in 2010 psychofarmaca voorgeschreven. Net als bij volwassenen, ontving het merendeel een voorschrift van antidepressiva (66%), gevolgd door kalmeringsmiddelen (25%) en slaapmiddelen (20%).

Tabel 1.6 Percentage volwassenen (18-64 jaar) en ouderen (65 jaar en ouder) met een diagnose depressie bij wie psychofarmaca voorgeschreven is (naar type psychofarmaca) in 2010, en de aanwezigheid van een lineaire toe- of afname hierin in de periode 2002-2010 (gebaseerd op multilevel analyses)

Leeftijdscategorie	Psychofarmaca	2010	Lineaire toe- of afname in de periode 2002-2010?
18-64 jaar	Enigerlei psychofarmaca¹	74,2	Afname
	Antidepressiva (N06A)	60,5	Afname
	Anxiolytica (N05B)	17,0	Nee
	Hypnotica/sedativa (N05C)	12,3	Afname
	Antipsychotica (N05A)	4,6	Nee
≥ 65 jaar	Enigerlei psychofarmaca¹	83,7	Nee
	Antidepressiva (N06A)	65,5	Nee
	Anxiolytica (N05B)	24,5	Afname*
	Hypnotica/sedativa (N05C)	19,7	Nee
	Antipsychotica (N05A)	7,5	Nee

¹ Betekent een van de onderstaande typen psychofarmaca

* Variabel, niet consistent

Veranderingen in de periode 2002-2010

Het percentage volwassenen met een diagnose depressie dat psychofarmaca kreeg voorgeschreven is licht afgenomen tussen 2002 en 2010 (van 82% naar 77%). Deze daling wordt veroorzaakt doordat antidepressiva (van 72% in 2002 naar 60% in 2010) en slaapmiddelen (van 14% in 2002 naar 11% in 2010) minder vaak worden voorgeschreven.

In tegenstelling tot bij volwassenen werden bij ouderen met een diagnose depressie psychofarmaca (willekeurig welke), antidepressiva en slaapmiddelen niet minder vaak voorgeschreven in de periode 2002-2010. Wel was er een afname in het voorschrijven van kalmeringsmiddelen, en dan vooral in het jaar 2010 (22%) ten opzichte van de periode 2002-2008 (26-29%). Dit kan verklaard worden door het eerdergenoemde vervallen van de vergoeding van benzodiazepinen uit het basispakket per 2009.

Voorschriften bij een diagnose angst

Situatie in het jaar 2010

Ruim twee derde van de volwassenen met een diagnose angst kreeg in 2010 psychofarmaca voorgeschreven door de huisarts (tabel 1.7). Het betrof met name voorschriften voor kalmeringsmiddelen (37%) en antidepressiva (31%), en in mindere mate slaapmiddelen (10%).

Aan het overgrote deel van de ouderen met een diagnose angst (85%) schreef de huisarts in 2010 psychofarmaca voor. Het type psychofarmaca dat veruit het meest werd voorgeschreven waren kalmeringsmiddelen (62%), gevolgd door antidepressiva (27%) en slaapmiddelen (17%).

Tabel 1.7 Percentage volwassenen (18-64 jaar) en ouderen (65 jaar en ouder) met een diagnose angst bij wie psychofarmaca voorgeschreven is (naar type psychofarmakon) in 2010, en de aanwezigheid van een lineaire toe- of afname hierin in de periode 2002-2010 (gebaseerd op multilevel analyses)

Leeftijdscategorie	Psychofarmaca	2010	Lineaire toe- of afname in de periode 2002-2010?
18-64 jaar	Enigerlei psychofarmaca¹	69,4	Nee
	Anxiolytica (N05B)	37,3	Afname*
	Antidepressiva (N06A)	31,1	Afname
	Hypnotica/sedativa (N05C)	10,0	Nee
	Antipsychotica (N05A)	2,5	Nee
≥ 65 jaar	Enigerlei psychofarmaca¹	84,8	Toename
	Anxiolytica (N05B)	61,8	Nee
	Antidepressiva (N06A)	26,7	Nee
	Hypnotica/sedativa (N05C)	17,1	Afname
	Antipsychotica (N05A)	4,8	Nee

¹ Betekent een van de onderstaande typen psychofarmaca

* Variabel, niet consistent

Veranderingen in de periode 2002-2010

Het percentage volwassenen met een diagnose angst aan wie psychofarmaca is voorgeschreven is niet toe- of afgenomen in de periode 2002-2010. Als we kijken naar typen psychofarmaca, dan blijken kalmeringsmiddelen (van 41% in 2002 naar 33% in 2010) en antidepressiva (van 39% in 2002 naar 31% in 2010) minder vaak voorgeschreven te worden. Hierbij moet worden opgemerkt dat de afname in het voorschrijven van kalmeringsmiddelen vooral plaatsvond tussen 2010 en de periode 2002-2008 (het voorschrijfpercentage is in deze periode redelijk stabiel, variërend tussen 40-43%). De sterke daling in 2010 hangt waarschijnlijk samen met het verdwijnen van de vergoeding van benzodiazepinen uit het basispakket per 2009.

In tegenstelling tot bij volwassenen is het percentage ouderen met een diagnose

angst aan wie psychofarmaca werd voorgeschreven licht toegenomen in de periode 2002-2010 (van 85% naar 89%). Ook als we kijken naar typen psychofarmaca, dan zijn er verschillen tussen de trends bij ouderen en die bij volwassenen. Zo krijgen ouderen minder vaak slaapmiddelen voorgeschreven tussen 2002 en 2010 (daling van 24% naar 16%). Daarentegen nemen bij ouderen met een diagnose angst de voorschriften voor antidepressiva en kalmeringsmiddelen niet af.

Voorschriften bij een diagnose overspannenheid

Situatie in het jaar 2010

Bijna de helft van de volwassenen met een diagnose overspannenheid kreeg in 2010 een psychofarmaca voorgeschreven (tabel 1.8). Kalmeringsmiddelen werden daarbij het meest voorgeschreven (21%), gevolgd door antidepressiva (14%) en slaapmiddelen (13%).

Bij ouderen met een diagnose overspannenheid kreeg bijna twee derde psychofarmaca voorgeschreven. Ook hier betroffen het met name kalmeringsmiddelen (38%), gevolgd door slaapmiddelen (21%) en antidepressiva (15%).

Tabel 1.8 Percentage volwassenen (18-64 jaar) en ouderen (65 jaar en ouder) met een diagnose overspannenheid bij wie psychofarmaca voorgeschreven is (naar type psychofarmaca) in 2010, en de aanwezigheid van een lineaire toe- of afname hierin in de periode 2002-2010 (gebaseerd op multilevel analyses)

Leeftijdscategorie	Psychofarmaca	2010	Lineaire toe- of afname in de periode 2002-2010?
18-64 jaar	Enigerlei psychofarmaca¹	45,3	Nee
	Anxiolytica (N05B)	21,3	Afname
	Antidepressiva (N06A)	13,6	Nee
	Hypnotica/sedativa (N05C)	12,8	Nee
	Antipsychotica (N05A)	1,7	Nee
≥ 65 jaar	Enigerlei psychofarmaca¹	63,8	Nee
	Anxiolytica (N05B)	38,0	Nee
	Hypnotica/sedativa (N05C)	21,2	Nee
	Antidepressiva (N06A)	14,5	Nee
	Antipsychotica (N05A)	1,7	Geen toets mogelijk

¹ Betekent een van de onderstaande typen psychofarmaca

Veranderingen in de periode 2002-2010

Zowel bij volwassenen als bij ouderen met een diagnose overspannenheid heeft er tussen 2002 en 2010 geen verandering plaatsgevonden in de mate waarin psychofarmaca voorgeschreven werden. Als we kijken naar typen psychofarmaca, dan komt alleen een afname in het voorschrijven van kalmeringsmiddelen aan volwassenen naar voren (van 25% in 2002 naar 20% in 2010). Deze dalende trend werd niet gevonden bij ouderen met een diagnose overspannenheid.

Voorschriften bij een diagnose dementie

Situatie in het jaar 2010

Ruim de helft van de ouderen met een diagnose dementie kreeg in 2010 psychofarmaca voorgeschreven (tabel 1.9). Antipsychotica (16%), dementiemiddelen (15%) en antidepressiva (12%) werden het meest voorgeschreven.

Tabel 1.9 Percentage ouderen (65 jaar en ouder) met dementie bij wie psychofarmaca voorgeschreven is (naar type psychofarmaca) in 2010, en de aanwezigheid van een lineaire toe- of afname hierin in de periode 2002-2010 (gebaseerd op multilevel analyses)

Leeftijdscategorie	Psychofarmaca	2010	Lineaire toe- of afname in de periode 2002-2010?
≥ 65 jaar	Enigerlei psychofarmaca¹	52,3	Nee
	Antipsychotica (N05A)	15,5	Afname
	Dementiemiddelen	15,0	Geen toets mogelijk
	Antidepressiva (N06A)	11,8	Nee
	Hypnotica/sedativa (N05C)	7,7	Afname
	Anxiolytica (N05B)	6,3	Nee

1 Betekent een van de onderstaande typen psychofarmaca

Veranderingen in de periode 2002-2010

Bij ouderen met een diagnose dementie heeft er tussen 2002 en 2010 geen verandering plaatsgevonden in de mate waarin psychofarmaca werden voorgeschreven.

Kijkend naar de typen psychofarmaca, dan blijkt het voorschrijven van antipsychotica sterk te zijn afgenomen (van 26% in 2010 naar 9% in 2002). Ook het percentage ouderen aan wie slaapmiddelen werd voorgeschreven nam in deze periode sterk af van 11% naar 5%. Wat dementiemiddelen betreft waren de aantallen patiënten te klein om een trendanalyse te kunnen uitvoeren, maar in de ongecorrigeerde cijfers is een sterke en consistente toename te zien van 0,6% in 2002 naar de genoemde 15% in 2010.

1.3.5 Hoe vaak werd er doorverwezen vanwege psychische problemen, en hebben hierin veranderingen plaatsgevonden?

Situatie in het jaar 2010

In 2010 werd 16% van de volwassenen met een gediagnosticeerd psychisch probleem (willekeurig welke) doorverwezen door de huisarts (tabel 1.10). Het merendeel werd binnen de eerste lijn doorverwezen (11%), en dan voornamelijk naar de eerstelijnspsycholoog (8%). Naar de gespecialiseerde GGZ werd 6% van de volwassenen doorverwezen. Bij de specifieke diagnoses (depressie, angst en overspannenheid) zijn dezelfde patronen aanwezig. Opgemerkt moet worden dat een (sterkere) onderschatting van de verwijspersentages naar de gespecialiseerde GGZ van invloed geweest kunnen zijn op deze bevindingen.

Zeven procent van de ouderen met een gediagnosticeerd psychisch probleem (willekeurig welk) werd in 2010 doorverwezen door de huisarts, een beduidend lager verwijzpercentage dan bij volwassenen. Een ander verschil met volwassenen was dat meer ouderen met een gediagnosticeerd psychisch probleem naar de gespecialiseerde GGZ werden doorverwezen (4%) dan binnen de eerste lijn (<3%). Minder dan 1% kreeg een verwijzing naar een eerstelijnspsycholoog. Als we kijken naar specifieke diagnoses (depressie, angst, overspannenheid en dementie), dan werden ouderen met een diagnose overspannenheid of angst in 2010 vaker naar de eerstelijns-GGZ doorverwezen dan naar de gespecialiseerde GGZ.

Tabel 1.10 Percentage volwassenen (18-64 jaar) en ouderen (65 jaar en ouder) met een gediagnosticeerd psychisch probleem dat is doorverwezen door de huisarts (naar type verwijsbestemming) in 2010, en de aanwezigheid van een lineaire toe- of afname hierin in de periode 2002-2010 (gebaseerd op multilevel analyses)

Leeftijdscategorie		2010	Toe- of afname in de periode 2002-2010?
18-64 jaar	Enigerlei verwijzing	16,0	Toename
	Type verwijsbestemming		
	Eerstelijns-GGZ	10,6	Toename*
	<i>Eerstelijnspsycholoog</i>	7,6	<i>Toename*</i>
	Gespecialiseerde GGZ	6,0	Toename
≥ 65 jaar	Enigerlei verwijzing	6,5	Toename
	Type verwijsbestemming		
	Eerstelijns-GGZ	2,5	Nee
	<i>Eerstelijnspsycholoog</i>	0,8	<i>Geen toets mogelijk</i>
	Gespecialiseerde GGZ	4,3	Toename

* Variabel, niet consistent

Veranderingen in de periode 2002-2010

Volwassenen

Het percentage volwassenen met een gediagnosticeerd psychisch probleem (willekeurig welke) dat is verwezen door de huisarts is sterk toegenomen in de periode 2002-2010 (van 11% naar 18%). Het stijgende verwijzpercentage geldt zowel voor de eerstelijnspsycholoog (van 3% naar 8%), als voor de eerstelijns-GGZ (van 8% naar 11%), en de tweedelijns-GGZ (van 3% naar 6%). Wel moet worden opgemerkt dat vooral tussen 2006 en 2008 het verwijzpercentage naar de eerstelijns-GGZ in het algemeen, en de eerstelijnspsycholoog in het bijzonder, stijgt. Dit hangt waarschijnlijk samen met de opname van eerstelijns psychologische zorg in het basispakket per 2008.

Als we kijken naar specifieke diagnoses, dan zijn er een drietal trends die afwijken van de totale groep (zie bijlage 1D): 1) bij volwassenen met een diagnose angst neemt het

aantal verwijzingen naar gespecialiseerde GGZ niet toe of af, 2) bij volwassenen met een diagnose depressie neemt het aantal verwijzingen naar eerstelijns-GGZ en gespecialiseerde GGZ niet toe of af, en 3) bij volwassenen met een diagnose overspannenheid vond de toename in verwijzingen naar eerstelijns-GGZ en eerstelijnspsycholoog al voor 2008 plaats.

Ouderen

Ook het percentage ouderen met een gediagnosticeerd psychisch probleem dat is doorverwezen door de huisarts is sterk toegenomen in de periode 2002-2010 (van 4% naar 6%). In tegenstelling tot bij volwassenen wordt dit alleen veroorzaakt doordat het percentage ouderen dat naar de gespecialiseerde GGZ werd doorverwezen is verdubbeld (van 2% in 2002 naar 4% in 2010). Het verwijzingspercentage naar de eerstelijns-GGZ nam bij ouderen niet toe.

Wanneer gekeken werd naar de specifieke diagnoses, dan bleken de aantallen patiënten vaak niet toereikend om te toetsen op de aanwezigheid van een trend (zie bijlage 1D). Waar dit wel mogelijk was, bleken in de periode 2002-2010 de volgende trends afwijkend te zijn van de totale groep ouderen: 1) het percentage ouderen met een diagnose angst of overspannenheid dat werd verwezen (ongeacht verwijzingsbestemming) blijkt niet te zijn toegenomen, en 2) het percentage ouderen met een diagnose angst dat naar de gespecialiseerde GGZ werd verwezen is niet toegenomen.

Sensitiviteitsanalyse

In deze paragraaf zijn in de categorieën 'enigerlei verwijzingsbestemming' en 'gespecialiseerde GGZ' de bestemmingen 'psycholoog/psychotherapeut' en 'consultatiebureau voor alcohol en drugs' (CAD) niet meegenomen, omdat deze gegevens niet voor alle jaren compleet waren. Informatie over de jaren 2006 t/m 2010, waarin gegevens over deze bestemmingen wel beschikbaar waren, geeft geen aanleiding om aan te nemen dat de hierboven beschreven trends zouden veranderen als deze gegevens voor alle jaren beschikbaar waren geweest.

1.4 Samenvatting en beschouwing

De doelstelling van dit hoofdstuk was om een overzicht te geven van 1) de zorg die in 2010 in de huisartsenpraktijk aan volwassenen en ouderen met psychische problemen verleend werd; en 2) de veranderingen die in de periode 2002-2010 op dit gebied hebben plaatsgevonden. Deze informatie is belangrijk gegeven het streven sinds langere tijd naar een sterke eerstelijns-GGZ. Alvorens de belangrijkste bevindingen samen te vatten en te bespreken, zal eerst worden ingegaan op de sterkte en beperkingen van het onderzoek.

1.4.1 Kracht en beperkingen van het onderzoek

Het sterke punt van het in dit hoofdstuk gepresenteerde onderzoek is dat de gebruikte LINH-gegevens een landelijk representatief beeld geven van (veranderingen in) de verleende psychische zorg in de huisartsenpraktijk. De aan LINH deelnemende huisartsen zijn representatief voor de totale Nederlandse huisartsenpopulatie wat betreft geslacht, leeftijd en vestigingsduur. Daarnaast is de bij LINH-praktijken ingeschreven praktijkpopulatie representatief voor Nederland wat betreft leeftijd en geslacht. Een ander sterk punt is dat de aan LINH deelnemende huisartsen gewend zijn aan dagelijkse registratie van gegevens, en dat er per onderzoeksjaar en per onderzochte uitkomst een selectie gemaakt is van de praktijken die voldeden aan kwaliteitscriteria voor registratie (zie bijlage 1A).

Wel moet worden opgemerkt dat voor een aantal uitkomsten de wijze van registreren (mogelijk) tot onderschatting heeft geleid:

- De gepresenteerde prevalenties van gediagnosticeerde psychische problemen kunnen een onderschatting zijn van de werkelijke cijfers, omdat het mogelijk is dat patiënten van wie een huisarts weet dat zij last hebben van psychische problematiek, in een bepaald jaar hiervoor geen contact hebben gehad de huisartsenpraktijk. In dat geval zal de huisarts in het betreffende jaar geen diagnose geregistreerd hebben. Deze mogelijke onderschatting van prevalenties heeft geen invloed op de gevonden trends.
- De gepresenteerde aantallen contacten met de POH zijn een onderschatting van de werkelijke aantallen, omdat in de LINH-praktijken gemiddeld minder POH's-GGZ werkzaam zijn, zoals gefinancierd volgens de module POH-GGZ, vergeleken met de landelijke situatie.
- De verwijspersentages binnen de eerstelijns-GGZ zijn een onderschatting van de werkelijke cijfers, omdat binnen LINH de registratie van verwijzingen naar een sociaal-psychiatrische verpleegkundige (SPV) facultatief is. Bovendien is er sprake van onderregistratie van verwijzingen naar het algemeen maatschappelijk werk, omdat dit direct toegankelijk is, zonder officiële verwijzing van de huisarts. Verwijzingen zijn in het algemeen door minder praktijken geregistreerd (zie bijlage 1A) die waarschijnlijk ook minder representatief zijn.
- Ook de verwijspersentages naar de tweedelijns-GGZ zijn een onderschatting van de werkelijke cijfers: binnen LINH zijn huisartsen alleen verplicht nieuwe verwijzingen naar gespecialiseerde gezondheidszorg te registreren (en geen achteraf- of herhaalverwijzingen). Verder zijn de verwijpsbestemmingen psychotherapeut/psycholoog en consultatiebureau voor alcohol en drugs (CAD) niet in de cijfers meegenomen.

1.4.2 Resultaten: samenvatting en beschouwing

'Psychische' diagnoses: resultaten samengevat

- In 2010 werd bij 12,1% van de volwassenen een psychisch probleem gediagnosticeerd door de huisarts. Van de onderzochte diagnoses werd depressie het vaakst gediagnosticeerd (3%), gevolgd door overspannenheid (1,7%) en angst (1,5%). Alleen de prevalentie van de diagnose depressie is in de periode 2002-2010 licht afgenomen (relatief gezien met 12%).
- Van de ouderen werd 16,1% in 2010 gediagnosticeerd met een psychisch probleem. Depressie (3,5%), angst (2,9%), overspannenheid (1,4%) en dementie (1,1%) waren de meest gestelde diagnoses. De diagnoses angst en overspannenheid werden in 2010 minder vaak gesteld dan in de periode 2002-2008. Dementie werd tussen 2002 en 2010 vaker gediagnosticeerd (+42%).

Psychische problemen worden niet vaker gediagnosticeerd door de huisarts

Gegeven de maatregelen voor een sterkere eerstelijns-GGZ, de uitgevoerde verbeterprojecten en richtlijnherzieningen, zou verwacht kunnen worden dat in de periode 2002-2010 veel voorkomende psychische problemen als depressie, angst en overspannenheid in toenemende mate herkend en dus gediagnosticeerd worden door de huisarts. Dit bleek echter niet het geval. Depressie werd bij volwassenen in deze periode zelfs wat minder vaak gediagnosticeerd; en tussen 2008 en 2010 werd bij ouderen de diagnose angst of overspannenheid minder vaak gesteld. Het is mogelijk dat de laatstgenoemde dalingen verband houden met het niet meer vergoeden van benzodiazepinen vanuit het basispakket per 2009 – medicatie die regelmatig voorgeschreven wordt bij angst of overspanningsklachten. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of deze dalingen in diagnoses zich doorzetten, en zo ja, wat hiervan de oorzaken zijn. Opgemerkt moet worden dat bij ouderen in de periode 2002-2010 steeds vaker dementie gediagnosticeerd werd. Dit hangt vermoedelijk samen met het gegeven dat de prevalentie van dementie is toegenomen onder ouderen (Ferri e.a., 2005).

De percentages volwassenen en ouderen bij wie de huisarts een psychisch probleem diagnosticeerde liggen beduidend lager dan de prevalenties van psychische problemen in de algemene Nederlandse bevolking (De Graaf e.a., 2010; Beekman e.a., 1999; Beekman e.a., 1998). Zo werd in 2010 3% van de volwassenen door de huisarts gediagnosticeerd met depressie en 1,5% met angst, terwijl volgens het bevolkingsonderzoek NEMESIS-2 ruim 5% van de volwassenen op jaarbasis een depressieve stoornis heeft en 10% een angststoornis (De Graaf e.a., 2010). Deze discrepantie heeft verschillende oorzaken:

- Een substantieel deel van de personen met veel voorkomende psychische problemen heeft geen professionele hulp nodig. In een recent onderzoek werd bijvoorbeeld gevonden dat ruim 40% van de volwassenen met een depressieve stoornis of angststoornis in de afgelopen zes maanden hiervoor geen behandeling kreeg (Beljouw

- e.a., 2010). Voor de helft van deze volwassenen kwam dit doordat zij zelf geen psychisch probleem ervaarden of geen behoefte aan professionele hulp hadden.
- Huisartsen registreren niet in alle gevallen een diagnose in hun patiëntendossier, terwijl zij een psychisch probleem wel degelijk herkend hebben of vermoeden. Studies waarin – naast diagnoses – ook gekeken wordt naar medicatievoorschriften, verwijzingen en vrije tekstvelden in het patiëntendossier, hebben aangetoond dat enkel en alleen uitgaan van geregistreerde diagnostische codes een onderschatting geeft van de mate waarin psychische problemen herkend worden door huisartsen (Joling e.a., 2011; Janssen e.a., 2012).
 - Huisartsen herkennen psychische problemen niet in alle gevallen, ook al heeft de patiënt een hulpbehoefte. Er zijn tal van factoren die de herkenning van psychische problemen door de huisarts kunnen bemoeilijken (Nuijen e.a., 2010b). Patiënten kunnen tijdens het consult psychische klachten niet naar voren brengen, bijvoorbeeld omdat ze eerst zelf willen proberen hun problemen op te lossen of omdat ze geen vertrouwen hebben in de professionele zorg. Wanneer een patiënt acute lichamelijke klachten of een chronische lichamelijke ziekte heeft, kan dit herkenning van psychische problemen in de weg staan. Factoren die aan de kant van de huisarts een belemmerende rol spelen zijn onder andere: dat deze een beperkte tijd beschikbaar heeft per consult; weinig contact kan hebben (gehad) met een patiënt met psychische problemen; onvoldoende kennis en ervaring heeft; het behandelen van psychische problemen niet tot zijn of haar takenpakket rekent.

Deze verschillende redenen maken het lastig om op basis van door de huisarts geregistreerde diagnoses te bepalen wat de mate van onderherkenning van psychische problemen door huisartsen is. Dit wordt duidelijk geïllustreerd door de resultaten van diverse Nederlandse studies naar de mate van herkenning van depressie door huisartsen, die een grote spreiding laten zien, lopend van 21% tot 79% (Ormel e.a., 1990; Tiemens e.a., 1999; Van Weel-Baumgarten e.a., 2000; Nuyen e.a., 2005; Volkers e.a., 2004; Licht-Strunk e.a., 2009; Piek e.a., 2012).

Bijkomende 'lichamelijke' diagnoses: resultaten samengevat

- Bij een kwart van de volwassenen met een diagnose depressie en bij een vijfde van degenen met een diagnose angst is in 2010 daarnaast een chronische lichamelijke aandoening gediagnosticeerd. Bij minder dan 20% van deze volwassenen werden twee of meer lichamelijke ziektes vastgesteld. Zowel bij de diagnose depressie als bij de diagnose angst vormden astma, diabetes en chronische nek- of rugaandoeningen de top-3 van meest gestelde 'lichamelijke' diagnoses.
- Bij ouderen met een diagnose depressie of angst lag het percentage patiënten waarbij ook een chronische lichamelijke aandoening was gediagnosticeerd in 2010 op 60%. Van deze ouderen had 40% twee of meer chronische lichamelijke aandoeningen. Zowel bij de diagnose depressie als bij de diagnose angst vormden diabetes, coronaire hartziekten en COPD de top-3 van meest gestelde 'lichamelijke' diagnoses.

Depressie en angst gaan vaak samen met chronische lichamelijke aandoeningen, vooral bij ouderen

Het is niet verwonderlijk dat vooral veel ouderen met een diagnose depressie of angst daarnaast gediagnosticeerd waren met één of meerdere chronische lichamelijke aandoeningen: chronische lichamelijke aandoeningen komen met name in de oudere populatie voor. Wel is het zo dat de gevonden prevalenties van 'lichamelijke' diagnoses bij zowel volwassenen als ouderen met een diagnose depressie of angst hoger zijn dan verwacht zou worden op basis van de prevalenties in de totale praktijkpopulatie van volwassenen of ouderen (Stirbu-Wagner e.a., 2010). Dit wijst erop dat patiënten met depressie of angst meer kans hebben op een chronische lichamelijke ziekte en vice versa, een relatie die reeds in diverse studies is aangetoond (Jaspers & Van Middendorp, 2010). Er ontstaat steeds meer kennis over de mechanismen die ten grondslag liggen aan het gelijktijdig voorkomen van psychische problemen en chronische lichamelijke aandoeningen, wat weer kan bijdragen aan de ontwikkeling van effectievere interventies (Penninx & Van Dyck, 2010). Dit is belangrijk omdat deze comorbiditeit een nadelige invloed heeft op het beloop van zowel de psychische als de chronische lichamelijke problematiek, en gepaard gaat met een groter verlies aan kwaliteit van leven en functioneren, verminderde zelfzorg en therapietrouw, en meer zorggebruik en hogere zorgkosten (Katon, 2011). Psychische en lichamelijke comorbiditeit vraagt om een integrale aanpak, die echter belemmerd wordt door de scheiding tussen soma en psyche binnen de gezondheidszorg (Van Dijk e.a., 2013). Ook in de huisartsenpraktijk staat deze tweedeling een integrale benadering in de weg. In de Trendrapportage GGZ 2011 wordt een overzicht geboden van voorwaarden waaraan volgens deskundigen (waaronder huisartsen) zou moeten worden voldaan om integrale zorg te kunnen verlenen aan patiënten met zowel psychische als lichamelijke problemen. Er wordt onder meer gepleit voor een omslag binnen de gezondheidszorg van een ziektespecifieke naar een generieke, ziekte-overstijgende oriëntatie, een sterkere inbedding van psychische zorg binnen de eerstelijns keten-DBC's voor diabetes, cardiovasculair risicomanagement en COPD, het vergroten van de inzet van POH's-GGZ in de huisartsenpraktijk, en het vergroten van de deskundigheid van huisartsen over de herkenning en behandeling van psychische problemen bij chronisch lichamelijke zieken (Nuijen e.a., 2011; Van Dijk e.a., 2013).

Contacten: resultaten samengevat

- In 2010 kwam bij volwassenen het gemiddeld aantal contacten vanwege een gediagnosticeerd psychisch probleem (willekeurig welke) uit op 2,1 per volwassene. Korte huisartsconsulten (≤ 20 minuten) kwamen gemiddeld het meest voor (0,8 per volwassene), gevolgd door lange consulten (0,6) en telefonische consulten (0,4). Gemiddeld waren er weinig contacten met een POH (0,1).
- In de periode 2006-2010 nam bij volwassenen het totaal aantal contacten vanwege een gediagnosticeerd psychische probleem niet toe of af. Wel kwamen korte consulten minder vaak voor in deze periode (-32%), terwijl er een toename was van het aantal lange (+40%) en telefonische consulten (+67%). De stijging in telefonische

consulten vond vooral plaats in 2010, en hangt samen met een tariefswijziging voor herhaalrecepten in dat jaar.

- Ouderen hadden in 2010 gemiddeld 2,4 contacten vanwege een gediagnosticeerd psychisch probleem. Ook in deze leeftijdsgroep kwamen telefonische consulten (0,6 per oudere), korte consulten (0,6) en lange consulten (0,3) gemiddeld het meest voor, en bleef het gemiddeld aantal contacten met een POH beperkt (0,1). Kijken naar specifieke diagnoses, dan valt op dat ouderen met een diagnose dementie beduidend meer contacten met de huisartsenpraktijk hadden dan ouderen met een diagnose angst, depressie of overspannenheid.
- In tegenstelling tot bij volwassenen, nam bij ouderen in de periode 2006-2010 het aantal contacten met de huisartsenpraktijk vanwege een gediagnosticeerd psychisch probleem toe (+29%). Dit komt doordat telefonische consulten (+96%), lange consulten (+86%) en lange visites (+55%) vaker plaatsvonden in deze periode. Ook hier kan de sterke toename in telefonische consulten verklaard worden door de tariefswijziging voor herhaalrecepten in 2010. Korte consulten (-19%) en korte visites (-43%) kwamen steeds minder vaak voor.

Het aantal korte consulten vanwege een gediagnosticeerd psychisch probleem is afgenomen, terwijl het aantal lange consulten is toegenomen

Gegeven de ondernomen maatregelen en initiatieven om de psychische hulpverlening in de huisartsenpraktijk te verbeteren, zou verwacht kunnen worden dat het aantal contacten dat patiënten met de huisartsenpraktijk hebben vanwege een gediagnosticeerd psychisch probleem (willekeurig welke) is toegenomen in de afgelopen jaren. Bij ouderen werd tussen 2006 en 2010 inderdaad een toename in contacten gevonden, terwijl het gemiddeld aantal contacten bij volwassenen niet veranderde in deze periode. Kijkend naar het type contact vanwege een gediagnosticeerd probleem, zien we dat bij volwassenen, en nog in sterkere mate bij ouderen, het gemiddeld aantal lange huisartsconsulten is gestegen tussen 2006 en 2010. Daarentegen nam het gemiddeld aantal korte huisartsconsulten af (bij ouderen minder sterk dan bij volwassenen). Dit kan erop duiden dat huisartsen de afgelopen jaren uitgebreider de tijd zijn gaan nemen voor consulten vanwege een psychisch probleem. Toekomstig onderzoek over een langere tijdsperiode zal moeten uitwijzen of deze veranderingen in type contacten zich doorzetten, en of dit gepaard gaat met betere patiëntuitkomsten.

Door de toenemende inzet van de functie POH-GGZ sinds haar introductie in 2008¹⁰ was de verwachting dat er een toename in de contacten met de POH zichtbaar zou zijn. Zowel volwassenen als ouderen hadden echter in 2010 weinig contact met een POH vanwege een gediagnosticeerd psychisch probleem, en dit type contact is ook niet toegenomen sinds 2008. De ondervetegenwoordiging van de POH-GGZ in LINH kan hierin een rol gespeeld hebben. Verder moet bedacht worden dat het gaat over het gemiddeld aantal contacten dat patiënten met een gediagnosticeerd psychisch probleem met een POH hebben gehad, en niet om het percentage patiënten dat minimaal een contact met

10 Eind 2010 maakte naar schatting 20% van de huisartsen gebruik van een POH-GGZ (Bron: ROS-netwerk).

een POH heeft gehad. Het is dus mogelijk dat er tussen 2008 en 2010 wel meer patiënten met psychische problemen door een POH zijn gezien, maar dat zij gemiddeld minder contacten hebben gehad. Eind 2011 is het percentage huisartsen dat gebruikmaakte van een POH-GGZ verder gestegen (naar 34%). Verder wordt de module POH-GGZ per 1 januari 2013 geflexibiliseerd. Op basis van deze ontwikkelingen is de verwachting dat vanaf 2011 en latere jaren wel een toename in de inzet van een POH in de zorg voor volwassenen en ouderen met psychische problemen te zien zal zijn.

Voorschrijven: resultaten samengevat

- In 2010 kreeg tweederde van de volwassenen met een gediagnosticeerd psychisch probleem (willekeurige welke) psychofarmaca voorgeschreven. Antidepressiva waren het meest voorgeschreven type psychofarmaca bij een diagnose depressie (61%); kalmeringsmiddelen bij een diagnose angst (37%) of overspannenheid (21%).
- Het voorschrijfpercentage van psychofarmaca bij volwassenen met enigerlei diagnose is tussen 2002 en 2010 licht gedaald (-11%). Kijken we naar typen psychofarmaca, dan nam in deze periode het voorschrijfpercentage van antidepressiva af bij volwassenen met enigerlei diagnose (-22%), een diagnose depressie (-18%) of angst (-21%). Het voorschrijfpercentage van kalmeringsmiddelen daalde tussen 2002 en 2010 onder volwassenen met enigerlei diagnose (-26%), diagnose angst (-19%) of overspannenheid (-22%); dit geldt ook voor het voorschrijfpercentage van slaapmiddelen bij enigerlei diagnose (-20%) of een diagnose depressie (-23%). Doorgaans was de daling in het voorschrijven van kalmerings- en slaapmiddelen sterker in 2010 (t.o.v. de periode 2002-2008).
- Het voorschrijfpercentage van psychofarmaca lag consistent hoger bij ouderen dan bij volwassenen, ongeacht het gediagnosticeerde psychisch probleem. In 2010 kreeg 79% van de ouderen met enigerlei diagnose psychofarmaca voorgeschreven, het vaakst slaapmiddelen (33%). Antidepressiva werden het meest voorgeschreven aan ouderen met een diagnose depressie (66%), kalmeringsmiddelen aan degenen met een diagnose angst (62%) of overspannenheid (38%), en antipsychotica en dementiemiddelen aan degenen met een diagnose dementie (circa 15%).
- Tussen 2002 en 2010 is het voorschrijfpercentage van psychofarmaca bij ouderen met enigerlei diagnose licht afgenomen (-7%). Kijkend naar typen psychofarmaca, dan daalde in de periode 2002-2010 het voorschrijfpercentage van kalmeringsmiddelen bij ouderen met enigerlei diagnose (-19%) of een diagnose depressie (-25%). Het voorschrijfpercentage van slaapmiddelen nam af bij een diagnose angst (-35%) of dementie (-58%). Meestal was de afname in het voorschrijven van kalmerings- en slaapmiddelen sterker in 2010 (t.o.v. de periode 2002-2008). Anders dan bij volwassenen daalde tussen 2002 en 2010 het voorschrijfpercentage van antidepressiva niet bij ouderen, ongeacht het gediagnosticeerde psychische probleem. Bij ouderen met een diagnose dementie nam het voorschrijfpercentage van antipsychotica sterk af (-63%), terwijl het voorschrijfpercentage van dementiemiddelen juist zeer sterk steeg.

Daling in het voorschrijven van psychofarmaca, vooral bij volwassenen

Omdat per 1 januari 2009 de vergoeding van benzodiazepinen uit het basispakket is komen te vervallen, was de verwachting dat in de periode 2002-2010 kalmerings- en slaapmiddelen (veelal benzodiazepinen) minder vaak voorgeschreven zouden worden aan personen met een gediagnosticeerd psychisch probleem, en vooral vanaf 2009. Deze verwachting is grotendeels uitgekomen bij zowel volwassenen als ouderen. In een eerdere studie op basis van LINH-gegevens werd al gevonden dat patiënten (18 jaar en ouder) met nieuw gediagnosticeerde angst- of slaapproblemen minder vaak benzodiazepinen kregen voorgeschreven tussen 2008 en 2009 (Hoebert e.a., 2012). De afname in het voorschrijven van kalmerings- en slaapmiddelen is een gunstige ontwikkeling, aangezien langdurig gebruik van deze middelen kan leiden tot afhankelijkheid, coördinatieproblemen en een minder goed cognitief functioneren (Terluin e.a., 2004; Schuurmans e.a., 2008). Afhankelijkheid van benzodiazepinen is een toenemend probleem, zoals blijkt uit de stijgingen in de afgelopen jaren van het aantal mensen dat bij de verslavingszorg aanklopt vanwege problemen met benzodiazepinen (Ouwehand e.a., 2011) en van het aantal klinische opnames in algemene ziekenhuizen vanwege misbruik of verslaving aan deze middelen (Van Laar e.a., 2012). In toekomstig onderzoek kan nagegaan worden of de daling in het aantal mensen met psychische problemen aan wie huisartsen benzodiazepinen voorschrijven zich doorzet, en of in de gevallen waarin deze medicatie wel voorgeschreven wordt, dit voor korte duur is.

Gegeven de richtlijnherzieningen en verbeterinitiatieven die hebben plaatsgevonden tussen 2002 en 2010 en die uitgaan van een stepped care benadering, zou ook verwacht kunnen worden dat huisartsen in deze periode terughoudender zijn geworden in het voorschrijven van antidepressiva bij depressie en angst. Er is steeds meer bewijs gekomen dat antidepressiva niet effectief zijn bij milde tot matig-ernstige depressie (Fournier e.a., 2010), ernstniveaus van depressie die vaak zullen voorkomen bij patiënten in de huisartsenpraktijk. Daarnaast blijken huisartspatiënten (18-65 jaar) met angst of depressie vaak de voorkeur te geven aan een gesprekstherapie boven medicatie (Prins e.a., 2009). Bij volwassenen met een diagnose depressie of angst werd de verwachte afname in het voorschrijven van antidepressiva inderdaad gevonden in de periode 2002-2010, maar bij ouderen niet. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn dat ouderen in mindere mate dan volwassenen door de huisarts worden doorverwezen naar GGZ-hulpverleners in de eerste of tweede lijn (zie hieronder), de bekendheid met niet-medicamenteuze interventies minder groot is onder ouderen, en dat de huidige generatie ouderen minder geneigd is te praten over hun psychische problemen (Van Splunteren e.a., 2011; Kok, 2008; Murray e.a., 2006). Het is belangrijk dat huisartsen ook bij ouderen terughoudender worden met het voorschrijven van antidepressiva. Zo verhoogt het gebruik van antidepressiva bij ouderen het risico op vallen en hyponatriëmie (te weinig natrium in het bloed) (Coupland e.a., 2011; Woolcott e.a., 2009). Daarnaast hebben – zoals eerder besproken – veel ouderen met depressie of angst één of meerdere chronische lichamelijke aandoeningen, waarvoor zij vaak ook medicatie zullen ontvangen. Met het voorschrijven van antidepressiva wordt de kans verhoogd op schadelijke interactie tussen verschillende medicijnen. Onderzoek is gewenst naar de redenen waarom het voorschrijven van antidepressiva bij ouderen niet is afgenomen.

De sterke afname tussen 2002 en 2010 in het voorschrijven van antipsychotica bij ouderen met een diagnose dementie hangt mogelijk samen met richtlijnherzieningen¹¹ die aanbevelen terughoudend te zijn met het langdurig voorschrijven van deze medicatie (Wind e.a., 2003; CBO, 2005). Een belangrijke reden hiervoor is dat er slechts beperkte bewijskracht bestaat voor de werkzaamheid van antipsychotica bij mensen met dementie (Zuidema e.a., 2006; Koopmans, 2007).¹² Daarnaast is er toenemende bezorgdheid over de veiligheid van antipsychotica bij mensen met dementie, met name door bevindingen dat deze medicatie het risico op sterfte en beroerte kan verhogen (Koopmans, 2007; Huybrechts e.a., 2012) en het proces van cognitieve achteruitgang kan versnellen (Vigen e.a., 2011).

Dementiemiddelen worden voorgeschreven omdat zij op korte termijn verdere verslechtering kunnen tegengaan en een beperkt positief effect kunnen hebben op het cognitief functioneren van mensen met dementie (CBO, 2005; SFK, 2012). Sinds 1998 zijn deze middelen in Nederland geregistreerd om voorgeschreven te mogen worden en sindsdien is er een sterke toename geweest in het aantal gebruikers (www.GIPdatabank.nl). Het sterk toegenomen voorschrijfpercentage houdt waarschijnlijk verband met de toenemende ervaring met het voorschrijven van dementiemiddelen (SFK, 2012). Overigens is het zo dat vooral specialisten op geheugenpoli's een behandeling met deze medicijnen starten; huisartsen wordt afgeraden dit uit eigen beweging te doen (Verhey, 2007; Moll van Charante e.a., 2012).

Verwijzingen: resultaten samengevat

- In 2010 werd 16% van de volwassenen met een gediagnosticeerd psychisch probleem (willekeurig welke) doorverwezen door de huisarts. Zij werden vaker doorverwezen naar de eerstelijns-GGZ (11%) – en dan voornamelijk naar de eerstelijnspsycholoog (8%) – dan naar de gespecialiseerde GGZ (6%). Een onderschatting van het verwijzingspercentage naar het laatstgenoemde echelon kan hier een rol gespeeld hebben.
- Het verwijzingspercentage bij volwassenen met enigerlei diagnose is sterk toegenomen tussen 2002 en 2010 (+60%), zowel naar de eerstelijns-GGZ (+51%) als naar de gespecialiseerde GGZ (+71%). Binnen de eerstelijns-GGZ verdrievoudigde het verwijzingspercentage naar de eerstelijnspsycholoog bijna. Deze toename was vooral in 2008 (t.o.v. 2006) sterk.
- Het verwijzingspercentage lag onder ouderen aanmerkelijk lager dan onder volwassenen, ongeacht het gediagnosticeerde psychische probleem. In 2010 werd bijna 7% van de ouderen met enigerlei diagnose doorverwezen door de huisarts. Ze werden wat vaker doorverwezen naar de gespecialiseerde GGZ (4%) dan naar de eerstelijns-GGZ (3%). Ook het verwijzingspercentage naar de eerstelijnspsycholoog bij ouderen (1%) was beduidend lager dan bij volwassenen.

11 De herziene NHG-standaard Dementie uit 2003 en de multidisciplinaire richtlijn 'Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie uit 2005.

12 Antipsychotica worden voorgeschreven bij gedragsproblemen en psychotische verschijnselen bij dementie.

- Net als bij volwassenen nam het verwijsperscentage onder ouderen met enigerlei diagnose sterk toe in de periode 2002-2010 (+57%). Een verschil is dat de toename bij ouderen alleen veroorzaakt wordt door een verdubbeling van het verwijsperscentage naar de gespecialiseerde GGZ; het verwijsperscentage naar de eerstelijns-GGZ verandert niet tussen 2002 en 2010.

Toename van verwijzingen binnen eerste lijn, alleen bij volwassenen

Op basis van de genomen maatregelen ter versterking van de GGZ binnen de eerste lijn, zou verwacht kunnen worden dat huisartsen in de periode 2002-2010 vaker patiënten met psychische problemen zijn gaan doorverwijzen binnen de eerste lijn. De verwachting is dat verwijzingen naar de eerstelijnspsycholoog (ELP) vooral toegenomen zijn vanaf 2008, het jaar waarin eerstelijns psychologische zorg werd opgenomen in het basispakket. Uit de resultaten blijkt dat deze verwachtingen alleen voor volwassenen zijn uitgekomen. Tussen 2002 en 2010 werden opvallend weinig ouderen met een gediagnosticeerd probleem door de huisarts doorverwezen binnen de eerste lijn of naar een ELP, en er werden geen aanwijzingen gevonden voor stijgende verwijsperscentages. Dit is in overeenstemming met registratiecijfers van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen waaruit blijkt dat ouderen slechts een klein deel van de patiëntenpopulatie van ELP-en uitmaken en dat hun aandeel nauwelijks toeneemt in de periode 2006-2010 (LVE, 2007 t/m 2012). Het is onduidelijk waardoor dit komt. Een verklaring zou kunnen zijn dat huisartsen ouderen met psychische problemen liever zelf in de huisartsenpraktijk behandelen dan dat zij hen naar een GGZ-hulpverlener in de eerste lijn doorverwijzen. Of mogelijk bestaat er onder ouderen zelf minder behoefte aan zo'n doorverwijzing.

Ondanks dat het streven naar een sterke eerstelijns-GGZ ingezet is om de groeiende vraag naar gespecialiseerde GGZ op te vangen, nam zowel bij volwassenen als bij ouderen met een gediagnosticeerd psychisch probleem het verwijsperscentage naar de tweede lijn toe in de periode 2002-2010. Aan de hand van LINH-gegevens is niet goed te bepalen in hoeverre verwijzingen van huisartsen naar hulpverleners in de tweedelijns-GGZ wel of niet gerechtvaardigd waren. Gezien het lage verwijsperscentage van ouderen naar de tweedelijns-GGZ lijkt het geen negatieve ontwikkeling dat huisartsen ouderen vaker naar de tweedelijns-GGZ zijn gaan doorverwijzen (Beekman e.a., 1997; De Beurs e.a., 1999; Schuurmans e.a., 2005). Een verklaring voor de gestegen verwijsperscentages kan zijn dat de drempel om door te verwijzen verlaagd is door de inzet van hulpverleners binnen de huisartsenpraktijk, die ook deels werkzaam zijn bij tweedelijns-GGZ-instellingen. Ook de opkomst van de aanbieders in de GGZ van anderhalvelijns zorg kan van invloed zijn.

1.4.5 Conclusie

Gegeven de verscheidene maatregelen en verbeterinitiatieven die tussen 2002 en 2010 ondernomen zijn om de GGZ in de eerste lijn te versterken, was de verwachting dat er in deze periode veranderingen waarneembaar zouden zijn in de huisartsenzorg voor patiënten met psychische problemen. Op basis van onze bevindingen kan geconcludeerd worden dat

bij volwassenen meer van de te verwachte ontwikkelingen hebben plaatsgevonden dan bij ouderen: in tegenstelling tot volwassenen kregen ouderen met een gediagnosticeerd psychisch probleem niet minder vaak antidepressiva voorgeschreven en werden zij ook niet vaker doorverwezen binnen de eerste lijn. Daarentegen nam alleen bij ouderen tussen 2006 en 2010 het totaal aantal contacten met de huisartsenpraktijk vanwege een gediagnosticeerd psychisch probleem toe. Verwachte veranderingen die zowel bij volwassenen als bij ouderen uitbleven waren dat huisartsen veel voorkomende psychische problemen (depressie, angst en overspannenheid) niet vaker zijn gaan diagnosticeren en dat patiënten tussen 2008 en 2010 niet in toenemende mate contact hadden met een POH vanwege psychische problemen. Een onverwachte ontwikkeling in het licht van het streven naar een sterke eerstelijns-GGZ was dat huisartsen in de periode 2002-2010 zowel volwassenen als ouderen met een gediagnosticeerd psychisch vaker zijn gaan doorverwijzen naar de tweedelijns-GGZ.

1.4.6 Aanbevelingen

Zoals beschreven in de inleiding is in het medio 2012 gesloten Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 afgesproken toe te werken naar een andere echelonnering in de GGZ waarbij een onderscheid gemaakt wordt tussen huisartsenzorg, generalistische Basis-GGZ (gericht op de behandeling van patiënten met lichte tot matig ernstige, niet-complexe problematiek) en specialistische GGZ (gericht op het herstel of de rehabilitatie van patiënten met ernstige psychische problemen). De huisartsenzorg zou zich moeten kenmerken door 'een sterke poort waarin patiënten met psychische problematiek adequaat worden herkend, behandeld of waar nodig verwezen naar de generalistische GGZ of de gespecialiseerde GGZ' (Bestuurlijk Akkoord, 2012). Afgesproken is dat de generalistische Basis-GGZ alleen toegankelijk is via de huisarts (of andere hulpverlener).¹³ Op basis van onze bevindingen kunnen aanbevelingen gedaan worden die bijdragen aan het realiseren van deze afspraken.

Met zorg implementeren van de recent herziene NHG-standaarden

Onze resultaten wijzen erop dat tussen 2002 en 2010 een gunstige ontwikkeling heeft plaatsgevonden in de huisartsenzorg voor patiënten met psychische problemen in de zin dat er terughoudender werd omgegaan met het voorschrijven van psychofarmaca. Een zorgvuldige implementatie van de onlangs herziene NHG-Standaarden Depressie en Angst, waarbij ook ouderen met deze klachten specifieke aandacht krijgen, kan het voorschrijven van psychofarmaca verder doen dalen en de inzet van niet-medicamenteuze interventies bevorderen. In deze richtlijnherzieningen wordt er onder meer onderscheid gemaakt tussen het beleid bij klachten en stoornissen, en is er nadrukkelijk aandacht voor een stepped care aanpak waarin terughoudender omgegaan wordt met het starten met medicamenteuze behandeling en een grotere rol toegekend wordt aan het ondersteunen van zelfmanagement en de inzet van kortdurende psychologische interventies. Ook de onlangs verschenen herziene NHG-Standaard Dementie geeft meer aandacht aan de inzet van psychosociale interventies. In dit licht bezien is het belangrijk dat niet alleen de ontwikkelingen in het voorschrijven van psychofarmaca,

¹³ Verzekeraars nemen dit in hun polis op.

maar ook die in het gebruik van de verschillende niet-medicamenteuze interventies voor psychische problemen in de huisartsenpraktijk (variërend van voorlichting tot kortdurende, psychologische interventies zoals begeleide zelfhulp, al dan niet via internet en problem solving therapy) beter inzichtelijk gemaakt gaan worden. Met de LINH-gegevens kan hierover geen goede uitspraak gedaan worden. De resultaten wijzen er op dat huisartsen tussen 2006 en 2010 tijdens een consult meer tijd zijn gaan uittrekken voor psychische problemen, maar tonen niet op welke manier deze tijd besteed werd.

Implementatie van richtlijnen zal niet vanzelf gaan. Het is onder meer belangrijk dat huisartsen voldoende ondersteund worden door POH's-GGZ, waardoor belemmeringen voor een goede implementatie (zoals gebrek aan tijd of deskundigheid) geslecht kunnen worden (Sinnema e.a., 2010; Zwaanswijk & Verhaak, 2009). POH's-GGZ kunnen een rol spelen in het vaststellen en monitoren van de ernst van psychische problemen, en bij het aanbieden van kortdurende psychologische interventies. In dit kader is het belangrijk dat in 2013 - zoals afgesproken in het Bestuurlijk Akkoord – de regeling voor de inzet van POH's-GGZ geflexibiliseerd (verruimd) is. Verder is de afspraak dat de NZa advies uitbrengt over de mogelijkheid om per 2014 de bekostiging van de module POH-GGZ ter ondersteuning van en in samenhang met de huisartsenzorg geheel functioneel te maken, zodat ook andere zorgaanbieders deze module kunnen aanbieden (Bestuurlijk Akkoord, 2012).

Monitoren van effecten van beleid ingezet na 2010

Het is belangrijk om te monitoren of de gevonden veranderingen in de geboden huisartsenzorg in de periode 2002-2010, ongeacht of ze verwacht waren of niet, zich blijven doorzetten na 2010. Dit geldt ook voor de verwachte veranderingen die juist zijn uitgebleven. Op deze manier kan een beeld verkregen worden van de effecten van maatregelen die na 2010 zijn ingezet om de GGZ in de eerste lijn te versterken, en van de effecten van de toekomstige maatregelen zoals afgesproken in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014.

Een voorbeeld van een verandering die uitbleef was onze bevinding dat patiënten met psychische problemen tussen 2008 en 2010 niet in toenemende mate contact hadden met een POH-GGZ. Zoals reeds aangegeven is voldoende ondersteuning van huisartsen door POH's-GGZ een voorwaarde voor het bewerkstelligen van een sterke eerstelijns-GGZ. Eind 2011 is het percentage huisartsen dat gebruikmaakte van een POH-GGZ verder gestegen.¹⁴ Zoals hierboven aangegeven heeft de huisarts in 2013 meer budgettaire ruimte gekregen voor het inzetten van POH's-GGZ; tevens wordt de mogelijkheid onderzocht om de bekostiging van de module POH-GGZ per 2014 geheel functioneel te maken. Het is belangrijk om te monitoren welke invloed deze maatregelen zullen hebben op de inzet van POH's-GGZ.

Een ander voorbeeld van een toekomstige ontwikkeling is de afspraak in het Bestuurlijk Akkoord om per 2014 een generalistische Basis-GGZ te realiseren die op uniforme wijze bekostigd wordt op basis van een beperkt aantal zorgzwaarte-prestaties. De afspraak is dat de generalistische Basis-GGZ alleen via de huisarts (of een andere hulpverlener)

14 Het ROS-netwerk rapporteert een stijging van 21% (eind 2010) naar 34% (eind 2011).

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 om te monitoren wat de invloed van de ontwikkeling van een generalistische Basis-GGZ is op de psychische zorg die verleend wordt in de huisartsenpraktijk.

Opgemerkt dient te worden dat niet alle maatregelen die genomen worden in lijn hoeven te zijn met het versterken van de eerstelijns-GGZ. Zo is bijvoorbeeld per 2012 de vergoeding voor de behandeling van een aanpassingsstoornis uit het basispakket gehaald. Een gevolg van deze maatregel kan zijn dat patiënten met deze problematiek hiervoor geen hulp meer zoeken, wat meer ziekteverzuim of meer gebruik van somatische zorg tot gevolg kan hebben (Verhaak, 2011).

Inzicht in de oorzaken van onverwachte bevindingen

Uit ons onderzoek blijkt dat in de periode 2002-2010 een aantal ontwikkelingen die te verwachten waren in het kader van het streven naar een sterke eerstelijns-GGZ, niet hebben plaatsgevonden. Daarnaast zijn er ook ontwikkelingen geconstateerd die juist niet verwacht werden. Het is belangrijk om de oorzaken van deze onverwachte bevindingen te achterhalen, omdat deze kennis een bijdrage kan leveren aan het realiseren van een sterke eerstelijns-GGZ. Zo is het bijvoorbeeld wenselijk om inzicht te krijgen in de redenen waarom ouderen – in tegenstelling tot volwassenen – tussen 2002 en 2010 niet minder vaak antidepressiva kregen voorgeschreven door de huisartsen en ook niet vaker werden doorverwezen binnen de eerste lijn. Bestaat er onder ouderen verhoudingsgewijs minder behoefte aan gesprekstherapie? Is de huisarts bij ouderen geneigd sneller in te zetten op medicamenteuze behandeling? Of speelt de bij ouderen vaak aanwezige bijkomende chronische lichamelijke problematiek een rol? Aan de hand van de kennis hierover kan bepaald worden hoe huisartsen ondersteund kunnen worden bij het verlenen van psychische hulp bij ouderen.

Een voorbeeld van een onverwachte ontwikkeling is dat zowel bij volwassenen als bij ouderen met een gediagnosticeerd psychisch probleem het verwijzingspercentage naar de tweedelijns-GGZ steeg. Zoals in de beschouwing reeds besproken is het niet mogelijk aan te geven of deze stijgingen van verwijzingen 'gerechtvaardigd' zijn. Er kan op basis van LINH-gegevens geen uitspraak gedaan worden over de ernst van psychische problemen waarvoor verwezen wordt, en ook niet van de hulpvraag van de patiënt. Onderzoek is gewenst dat inzichtelijk maakt wat de oorzaken zijn van de stijgende verwijzingspercentages naar de tweedelijns-GGZ, zodat bepaald kan worden in hoeverre er sprake is van 'gerechtvaardigde' verwijzingen of van psychische problematiek die adequaat behandeld zouden kunnen worden in een sterke eerstelijns-GGZ. Deze kennis is temeer belangrijk omdat het een bijdrage kan leveren aan het ontwikkelen van een eenduidig triagemodel voor de huisartsenzorg, zoals afgesproken in het Bestuurlijk Akkoord. Het triagemodel dient ervoor om patiënten met psychische problemen die niet adequaat binnen de huisartsenzorg geholpen kunnen worden, door te kunnen verwijzen naar de generalistische GGZ, de specialistische GGZ of het Algemeen Maatschappelijk Werk (Bestuurlijk Akkoord, 2012).

Referenties hoofdstuk 1

- Asch, I. van, Veerbeek-Senster, M.A., Dijk, C.E. van, e.a. (2010). Ouderen in de huisartsenpraktijk: over psychische problematiek en zorgverlening tussen 2002-2008. In: Nuijen, J. (red). *Tendrapportage GGZ 2010. Deel 2 Toegang en Zorggebruik* (pp 181-235). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., Braam, A.W., e.a. (1997). Consequences of major and minor depression in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 717-726.
- Beekman, A.T.F., Bremmer, M.A., Deeg, D.J., e.a. (1998). Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 717-726.
- Beekman, A.T.F., Copeland, J.R.M. & Prince, M.J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *British Journal of Psychiatry*, 174, 307-311.
- Beljouw, I. van, Verhaak, P., Prins, M., e.a. (2010). Reasons and determinants for not receiving treatment for common mental disorders. *Psychiatric Services*, 61, 250-257.
- 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>
- Beurs, E. de, Beekman, A.T.F., Balkom, A.J.L.M. van, e.a. (1999). Consequences of anxiety in older persons: its effect on disability, well-being and use of health services. *Psychological Medicine*, 29, 583-593.
- CBO (2005). *Richtlijn Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie*. Utrecht: CBO.
- Coupland, C., Dhiman, P., Morriss, R., e.a. (2011). Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. *British Medical Journal*, 343, d4551.
- Dijk, S. van, Nuijen, J, Kramer, J., e.a. (2013) Psychosociale hulp aan chronisch lichamelijke ziekten; voorwaarden voor een integrale aanpak. *MGv*, 2, 83-91
- Emmen, M.J., Meijer, S.A., Heideman, 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.
- Ferri, C.P., Prince, M., Brayne, C., e.a. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*, 366, 2112-2117.
- Fournier, J.C., DeRubeis, R.J., Hollon, S.D., e.a. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA*, 303, 47-53.
- 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.
- Have, J.J.I.M. ten (2007). *Praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn. Een eerste beschrijving van de functie praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn*. Utrecht: Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn.
- Hassink-Franke, L.J.A., Terluin, B., Heest, F.B. van, e.a. (2012). NHG-Standaard Angst (tweede herziening). *Huisarts en Wetenschap*, 55, 68-77.
- Hoebert, J.M., Souverein, P.C., Mantel-Teeuwisse, A.K., e.a. (2012). Reimbursement restriction and moderate decrease in benzodiazepine use in general practice. *Annals of Family Medicine*, 10, 42-49.
- Hoof, F. van, Knispel, A., Wijngaarden, B. van, e.a. (2010). Trendrapportage GGZ 2010. *Deel 1 Organisatie, structuur en financiering*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Huybrechts, K.F., Gerhard, T., Crystal, S., e.a. (2012). Differential risk of death in older residents in nursing homes prescribed specific antipsychotic drugs: population based cohort study. *British Medical Journal*, 344, e977.
- Janssen, E.H.C., Ven, P.M. van de, Terluin, B., e.a. (2012). Recognition of anxiety disorders by family physicians after rigorous medical record case extraction. Results of the Netherlands Study of Depression and Anxiety. *General Hospital Psychiatry*, 34, 460-467.
- Jaspers, J. & Middendorp, H. van (2010). *Psychosociale zorg bij chronische ziekten. Klinische praktijk en effectiviteit*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Joling, K.J., Marwijk, H.W.J. van, Piek, E., e.a. (2011). Do GPs' medical records demonstrate a good recognition of depression? A new perspective on case extraction. *Journal of Affective Disorders*, 133, 522-527.

- Katon, W.J. (2011). Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13, 7-23.
- Koopmans, R.T.C.M. (2007). Worden psychofarmaca in het verpleeghuis te vaak voorgeschreven? *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 38, 270-273.
- Kok, R. (2008). Addendum ouderen bij de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. www.ggzrichtlijnen.nl.
- Kuperus, K., Veen, R. van der, Lensink, E., e.a. (2009). *Het programma Ketenzorg Dementie. Een tussenbalans na de eerste fase*. Deloitte Consulting.
- Kuperus, K. (2011). Programma Ketenzorg Dementie. "Lessons learned" voor Vroeg, Voortdurend en Integraal. Deloitte Consulting.
- Laar, M.W. van, Cruys, A.A.N., Ooyen-Houben, M.M.J. van, e.a. (2012). *Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2011*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- LVE (2007). *Jaarbericht 2006*. Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.
- LVE (2008). *Jaarbericht 2007*. Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.
- LVE (2009). *Jaarbericht 2008*. Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.
- LVE (2010). *Jaarbericht 2009*. Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.
- LVE (2011). *Jaarbericht 2010*. Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.
- LVE (2012). *Jaarbericht 2011*. Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.
- Lambert, H. & Wood, W. (1987). *International Classification of Primary Care (ICPC)*. Oxford: Oxford University Press.
- Leene, I. & Verberk, F (2008). *Functieprofiel (startprofiel) Praktijk Ondersteuner Huisartsenzorg (POH) GGZ*. Utrecht: Nederlandse Vereniging Maatschappelijk Werkers en Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland/Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen.

- LHV/VWS (2012). *Convenant huisartsenzorg 2012/2013 tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)*. <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/convenanten/2012/06/22/convenant-huisartsenzorg-2012-2013.html>
- Licht-Strunk, E., Beekman, A.T., Haan, M. de & Marwijk, H.W. van (2009). The prognosis of undetected depression in older general practice patients. A one year follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 114(1-3), 310-315.
- Meerveld, J., Schumacher, J., Krijger, E., e.a. (2004). *Landelijk Dementieprogramma*. Utrecht: NIZW.
- Meeuwissen, J.A.C. & Donker, M.C.H. (2004). Minder is meer: stepped care in de geestelijke gezondheidszorg. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 59, 904-915.
- 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.
- Moll van Charante, E., Perry, M., Vernooij-Dassen, M.J.F.J., e.a. (2012). NHG-standaard Dementie (derde herziening). *Huisarts en Wetenschap*, 55, 306-317.
- Murray, J., Banerjee, S., Byng, R., e.a. (2006). Primary care professionals' perception of depression in older people: a qualitative study. *Social Science and Medicine*, 63, 1363-1373.
- Nuijen, J., Dijk, C.E. van, Verhaak, P.F.M., e.a. (2010a). 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.
- Nuijen, J. (2010b). Tweedelijns GGZ voor volwassenen: ontwikkelingen in toegang en gebruik. In: Nuijen, J. (red). *Tendrapportage GGZ 2010. Deel 2 Toegang en Zorggebruik* (pp 59-114). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Nuijen, J., Dijk, S. van & Land, H. van 't (red.) (2011). *Tendrapportage GGZ 2011. Naar een integrale aanpak... Het bieden van psychosociale zorg aan chronisch lichamelijke zieken*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Nuyen, J., Volkers, A.C., Verhaak, P.F., e.a. (2005). Accuracy of diagnosing depression in primary care: the impact of chronic somatic and psychiatric co-morbidity. *Psychological Medicine*, 35, 1185-1195.
- NZa (2010). Tariefbeschikking 5000-1900-10-3. http://www.nza.nl/98174/139255/247115/5000-1900-10-3_volgnr27.pdf (oktober 2012).
- NZa (2011). *Advies Basis GGZ*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa (2012). Marktscan Geestelijke gezondheidszorg. *Weergave van de markt 2008-2011*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Oostrom, S.H. van, Picavet, H.S.J., Gelder, B.M. van, e.a. (2011). Multimorbiditeit en comorbiditeit van de Nederlandse bevolking - gegevens van huisartsenpraktijken. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 155, A3193.
- Ormel, J., Brink, W. van den, Koeter, M.W., e.a. (1990). Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study. *Psychological Medicine*, 20, 909-923.
- Ouweland, A.W., Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T., e.a. (2011). *Kerncijfers verslavingszorg 2010*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg.
- Penninx, B.W.J.H. & Dyck, R. van (2010). Depressie en somatische comorbiditeit. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 154, 722-727.
- Piek, E., Meer, K. van der, Hoogendijk, e.a. (2012). Weinig overbehandeling met antidepressiva. *Huisarts & Wetenschap*, 55, 54-57.
- Prins, M.A., Verhaak, P.F., Meer, K. van der, e.a. (2009). Primary care patients with anxiety and depression: need for care from the patient's perspective. *Journal of Affective Disorders*, 119, 163-171.
- Splunteren, P. van, Bosch, A. van den, Kok, I., e.a. (2011). Implementatie van kennis: de impact van doorbraakprojecten in de GGZ. In: J. Nuijen (red.). *Trendrapportage GGZ 2010. Deel 3 Kwaliteit en effectiviteit* (pp 83-113). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Schuurmans, J., Hendriks, G.J., & Veerbeek, M.A. (2008). *Addendum ouderen bij de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen*. www.ggzrichtlijnen.nl.

- Schuurmans, J., Comijs, H.C., Beekman, A.T.F., e.a. (2005). The outcome of anxiety disorders in older people at 6-year follow-up: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 420-428.
- Sinnema, H., Franx, G. & Land, H. van 't (2010). *Tendrapportage GGZ 2009. Multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- SFK (2009). Benzo's grotendeels voor eigen rekening. *Pharmaceutisch Weekblad*, 144.
- SFK (2012). Groei van dementiemiddelen stagneert. *Pharmaceutisch Weekblad*, 147.
- Stirbu-Wagner, I., Dorsman, S.A., Visscher, S., e.a. (2012). *Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland*. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/IQ, 2010. <http://www.LINH.nl>, bezocht op 16 juli 2012.
- Terluin, B., Heest, F.B. van, Meer, K. van der, e.a. (2004). NHG-Standaard Angststoornissen (eerste herziening). *Huisarts en Wetenschap*, 47, 26-37.
- Tiemens, B.G., Ormel, J., Jenner, J.A., e.a. (1999). Training primary-care physicians to recognize, diagnose and manage depression: does it improve patient outcomes? *Psychological Medicine*, 29, 833-845.
- Verhaak, P.F.M. (2011). Van eerstelijns-GGZ naar basis-GGZ. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 66, 606-608.
- Verhaak, P., Beljouw, I. van & Have, J. ten (2010). De opmars van de POH-GGZ. *Tijdschrift voor Praktijkondersteuning*, 5, 130-134.
- Verhaak, P.F., Prins, M.A., Spreeuwenberg, P., e.a. (2009). Receiving treatment for common mental disorders. *General Hospital Psychiatry*, 31, 46-55.
- Verhaak, P.F.M., Dijk, C.E. van, Nuijen, J., e.a. (2012). Mental health care as delivered by Dutch general practitioners between 2004 and 2008. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30, 156-162.
- Verhey, F., Ramakers, I., Jolles, J., e.a. (2007). Geheugenpoli's in Nederland: ontwikkelingen sinds 1998. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 38, 237-245.
- Vigen, C.L.P., Mack, W.J., Keefe, R.S.E., e.a. (2011). Cognitive effects of atypical antipsychotic medications in patients with Alzheimer's Disease: outcomes from CATIE-AD. *American Journal of Psychiatry*, 168, 831-839.

- Volkers, A.C., Nuyen, J., Verhaak, P.F., e.a. (2004) The problem of diagnosing major depression in elderly primary care patients. *Journal of Affective Disorders*, 82, 259-263.
- VWS (2011). *Verzoek om uitvoeringstoets Basis GGZ*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Weel-Baumgarten, E.M. van, Bosch, W.J. van den, Hoogen, H.J. van den, e.a. (2000). The validity of the diagnosis of depression in general practice: is using criteria for diagnosis as a routine the answer? *British Journal of General Practice*, 50, 284-287.
- Weel-Baumgarten, E. van, Gelderen, G. van, Grundmeijer, H., e.a. (2012). NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). *Huisarts en Wetenschap*, 55, 252-259.
- Wind, A.W., Gussekloo, J., Vernooij-Dassen, M.J.F.J., e.a. (2003). NHG-Standaard Dementie (tweede herziening). *Huisarts en Wetenschap*, 46, 754-767.
- Woolcott, J.C., Richardson, K.J., Wiens, M.O., e.a. (2009). Meta-analysis of the Impact of 9 Medication Classes on Falls in Elderly Persons. *Archives of Internal Medicine*, 169, 1952-1960.
- ZonMW (2007). *Tussentijdse evaluatie Landelijk Dementie Programma*. Den Haag: ZonMW.
- Zwaanswijk, M., & Verhaak, P. (2009). *Effectieve kortdurende interventies voor psychische problemen. Een kennissynthese over hun toepasbaarheid in de huisartsenzorg*. Utrecht: Nivel.
- Zuidema, S.U., Iersel, M.B. van, Koopmans, R.T.C.M., e.a. (2006). Werkzaamheid en bijwerkingen van antipsychotica voor neuropsychiatrische symptomen bij dementie; een systematische review. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150, 1565-1573.

Bijlage hoofdstuk 1: 1A - 1D

Bijlage 1A Geselecteerde huisartsenpraktijken

Tabel 1 Aantal praktijken (en bijbehorende patiëntenaantallen) die voldoen aan kwaliteitscriteria voor registratie van gegevens, uitgesplitst naar onderwerp (diagnoses, contacten, voorschrijven, verwijzingen) en jaren (2002 t/m 2010)

	Diagnoses		Contacten		Voorschrijven		Verwijzingen	
	N praktijken	N patiënten	N praktijken	N patiënten	N praktijken	N patiënten	N praktijken	N patiënten
2002	69	231.490	-	-	61	238.430	61	231.183
2004	43	138.029	-	-	65	252.706	45	171.821
2006	64	204.714	96	364.971	71	284.044	54	228.062
2008	82	235.299	121	444.284	78	295.022	58	209.745
2010	122	342.227	97	354.148	75	299.066	56	209.228

N.B. Aantallen praktijken vallen voor diagnose- en contactgegevens in sommige jaren hoger uit dan het aantal aan LINH deelnemende praktijken omdat ook gebruikgemaakt is van praktijken die deelnemen aan de Continue Morbiditeits Registratie (CMR) Peilstations van het NIVEL (<http://www.nivel.nl/en/node/2363>)

Bijlage 1B Selectie van chronische lichamelijke ziekten

Tabel 2 Geselecteerde chronische somatische aandoeningen

Chronische ziekte	ICPC-1-code
Tuberculose	A70
Hiv/aids	B90
Kanker	A79, B72-B73, D74-D75, D77, L71, N74, R84-R85, S77, T71, U75-U77, W72, X75-X77, Y77-Y78
Zweer van de maag of 12-vingerige darm	D85-D86
Inflammatoire darmziekte (colitis ulcerosa)	D94
Gezichtsstoornis	F83-F84, F92-F94
Gehoorstooris	H84-H85
Aangeboren hartafwijking	K73
Ischemische hartziekte met angina pectoris (coronaire hartziekte)	K74-K76
Hartfalen	K77
Beroerte (inclusief TIA)	K89-K90
Chronische nek- of rugaandoening	L83-L86
Reumatoïde artritis	L88
Artrose	L89-L91
Osteoporose	L95
Aangeboren neurologische afwijking	N85
Multiple sclerosis	N86
Ziekte van Parkinson	N87
Epilepsie	N88
COPD	R91, R95
Astma	R96
Anorexia	T06
Diabetes mellitus	T90

Bron: Van Oostrom e.a., 2011

Bijlage 1C Tabellen gecorrigeerde cijfers en bijbehorende lineaire toetsing

Diagnoses

Tabel 1 Volwassenen (18-64 jaar): prevalentie van diagnoses (per 1000 patiënten), met 95% betrouwbaarheidsintervallen

	2002	2004	2006	2008	2010	χ^2
Enigerlei diagnose	105,2 (97,3-113,7)	112,7 (102,8-123,7)	107,5 (99,3-116,5)	117,6 (108,6-127,4)	109,9 (102,2-118,3)	2,45
Angst	25,3 (22,2-28,7)	28,5 (24,0-33,8)	25,6 (22,5-29,1)	25,8 (22,8-29,1)	20,4 (18,3-22,7)	2,31
Depressie	29,3 (26,8-32,1)	33,5 (29,7-37,9)	31,0 (27,9-34,5)	29,7 (26,6-33,1)	25,9 (23,7-28,3)	7,99*
Overspannenheid	17,9 (15,7-20,5)	17,4 (14,6-20,8)	15,6 (13,4-18,2)	17,1 (15,0-19,4)	15,4 (13,8-17,2)	0,35
Alcoholmisbruik	2,5 (2,0-3,0)	2,7 (2,1-3,4)	2,9 (2,4-3,5)	3,8 (3,2-4,4)	3,3 (2,9-3,8)	2,30
Psychotische stoornis	2,0 (1,7-2,5)	2,0 (1,6-2,5)	2,3 (1,9-2,8)	2,7 (2,3-3,2)	2,4 (2,1-2,8)	3,61

* $p < 0,05$

Tabel 2 Ouderen (65 jaar en ouder): prevalentie van diagnoses (per 1000 patiënten), met 95% betrouwbaarheidsintervallen

	2002	2004	2006	2008	2010	χ^2
Enigerlei diagnose	213,2 (195,0-233,0)	219,0 (196,9-243,7)	245,1 (223,7-268,6)	251,9 (230,3-275,6)	229,8 (211,7-249,4)	1,14
Angst	35,5 (30,4-41,6)	37,2 (30,3-45,7)	39,3 (33,3-46,4)	37,6 (32,2-44,0)	26,8 (23,3-31,0)	12,17*
Depressie	39,9 (35,1-45,4)	42,8 (36,3-50,5)	45,3 (39,3-52,2)	46,6 (40,5-53,8)	39,9 (35,5-45,0)	0,59
Overspannenheid	10,4 (8,5-12,8)	8,9 (6,8-11,9)	10,8 (8,5-14,0)	10,0 (8,1-12,5)	7,1 (5,8-8,6)	5,48*
Alcoholmisbruik	1,2 (0,8-1,9)	1,2 (0,8-2,0)	1,4 (1,0-2,0)	2,2 (1,8-2,9)	2,3 (1,9-2,9)	11,24*
Psychotische stoornis	9,7 (7,2-13,2)	14,6 (10,4-20,6)	13,7 (10,3-18,3)	17,8 (14,1-22,4)	13,8 (11,2-17,2)	3,28
Dementie	20,5 (16,3-26,2)	16,4 (12,2-22,8)	26,0 (20,9-32,7)	28,0 (23,0-34,4)	29,1 (24,6-34,6)	16,16*

* $p < 0,05$

Contacten

Tabel 3 Volwassenen (18-64 jaar) met enigerlei gediagnosticeerd psychisch probleem: aantal contacten (per 100 volwassenen), met 95% betrouwbaarheidsintervallen

	2006	2008	2010	χ^2
Enigerlei contact	180,9 (168,6-194,1)	190,5 (179,2-202,4)	185,5 (175,4-196,2)	0,31
Huisartsconsult kort (\leq 20 min.)	108,8 (99,7-118,8)	98,3 (90,1-107,4)	73,8 (67,7-80,5)	39,04*
Huisartsconsult lang ($>$ 20 min.)	36,7 (33,1-40,8)	43,3 (39,1-47,9)	51,4 (46,6-56,6)	88,80*
Telefonisch huisartsconsult	22,7 (19,1-27,0)	29,4 (25,0-34,6)	37,9 (34,9-45,0)	26,58*
Contact POH	5,6 (3,5-9,0)	10,0 (7,6-13,2)	8,4 (6,5-10,8)	2,19
Huisartsvisite kort	0,9 (0,6-1,2)	0,7 (0,5-1,0)	0,4 (0,3-0,6)	11,28*
Huisartsvisite lang ($>$ 20 min.)	0,9 (0,5-1,4)	1,0 (0,6-1,5)	1,5 (1,0-2,3)	3,09

* $p < 0,05$

Tabel 4 Volwassenen (18-64 jaar) met een diagnose depressie: aantal contacten (per 100 volwassenen), met 95% betrouwbaarheidsintervallen

	2006	2008	2010	χ^2
Enigerlei contact	244,0 (163,7-363,7)	173,3 (154,2-194,8)	170,6 (157,5-184,8)	3,01
Huisartsconsult kort (\leq 20 min.)	150,5 (103,5-218,8)	100,3 (86,4-116,4)	71,9 (64,2-80,5)	13,84*
Huisartsconsult lang ($>$ 20 min.)	38,6 (33,0-45,1)	42,0 (36,3-48,6)	53,7 (46,9-61,4)	23,77*
Telefonisch huisartsconsult	26,8 (16,6-43,3)	24,1 (19,5-29,8)	36,1 (30,9-42,3)	1,37
Contact POH	1,3 (0,9-1,9)	1,7 (1,2-2,4)	0,6 (0,4-0,9)	9,55*
Huisartsvisite kort (\leq 20 min.)	1,7 (0,7-3,7)	0,8 (0,4-1,8)	0,4 (0,2-1,0)	10,69*
Huisartsvisite lang ($>$ 20 min.)	0,9 (0,4-2,0)	1,1 (0,5-2,5)	0,9 (0,4-1,7)	0,02

* $p < 0,05$

Tabel 5 Volwassenen (18-64 jaar) met een diagnose angst: aantal contacten (per 100 volwassenen), met 95% betrouwbaarheidsintervallen

	2006	2008	2010	χ^2
Enigerlei contact	209,1 (133,7-327,1)	147,6 (126,7-172,0)	162,5 (148,7-177,5)	1,19
Huisartsconsult kort (\leq 20 min.)	137,0 (86,6-216,8)	87,9 (70,9-109,0)	71,9 (64,2-80,5)	7,24*
Huisartsconsult lang ($>$ 20 min.)	28,1 (23,9-33,2)	33,4 (28,8-38,7)	42,4 (37,0-48,6)	30,79*
Telefonisch huisartsconsult	28,9 (17,6-47,4)	26,2 (21,5-31,9)	38,4 (32,5-45,4)	1,16
Contact POH	1,3 (0,8-2,0)	1,2 (0,8-1,8)	0,7 (0,4-1,0)	6,12*
Huisartsvisite kort (\leq 20 min.)	0,6 (0,3-1,2)	0,5 (0,2-1,1)	0,3 (0,1-0,7)	1,89
Huisartsvisite lang ($>$ 20 min.)	0,8 (0,4-1,7)	0,3 (0,1-1,0)	0,3 (0,1-0,7)	3,09

* $p < 0,05$

Tabel 6 Volwassenen (18-64 jaar) met een diagnose overspannenheid: aantal contacten (per 100 volwassenen), met 95% betrouwbaarheidsintervallen

	2006	2008	2010	χ^2
Enigerlei contact	174,4 (133,2-228,3)	162,4 (143,5-183,8)	168,0 (154,4-182,8)	0,07
Huisartsconsult kort (\leq 20 min.)	98,5 (81,6-118,8)	81,1 (68,8-95,5)	62,9 (54,6-72,4)	14,27*
Huisartsconsult lang ($>$ 20 min.)	51,0 (43,6-59,7)	53,9 (46,5-62,4)	72,0 (63,3-81,9)	21,12*
Telefonisch huisartsconsult	16,6 (9,6-28,7)	19,7 (16,1-24,2)	27,5 (23,1-32,9)	3,02
Contact POH	0,6 (0,4-1,0)	0,3 (0,2-0,5)	0,5 (0,3-0,8)	1,79
Huisartsvisite kort (\leq 20 min.)				Geen toets mogelijk
Huisartsvisite lang ($>$ 20 min.)				Geen toets mogelijk

* $p < 0,05$

Tabel 7 Ouderen (65 jaar en ouder) met enigerlei gediagnosticeerd psychisch probleem: aantal contacten (per 100 ouderen), met 95% betrouwbaarheidsintervallen

	2006	2008	2010	χ^2
Enigerlei contact	150,8 (137,3-165,7)	180,5 (165,1-197,4)	195,2 (178,8-213,1)	15,70*
Huisartsconsult kort (\leq 20 min.)	73,7 (66,4-81,8)	73,7 (66,3-82,0)	59,6 (53,8-66,0)	8,22*
Huisartsconsult lang ($>$ 20 min.)	15,9 (13,3-19,1)	20,8 (17,7-24,4)	29,5 (25,7-34,0)	52,70*
Telefonisch huisartsconsult	22,6 (18,6-27,6)	31,1 (25,7-37,5)	44,2 (38,3-51,0)	29,30*
Contact POH	7,1 (4,7-10,7)	16,1 (11,4-22,9)	9,9 (6,7-14,7)	1,34
Huisartsvisite kort (\leq 20 min.)	16,1 (13,4-19,3)	14,6 (12,1-17,6)	9,1 (7,5-10,9)	33,60*
Huisartsvisite lang ($>$ 20 min.)	6,7 (4,9-9,1)	9,4 (7,1-12,3)	10,4 (8,4-12,8)	5,26*

* $p < 0,05$

Tabel 8 Ouderen (65 jaar en ouder) met een diagnose depressie: aantal contacten (per 100 ouderen), met 95% betrouwbaarheidsintervallen

	2006	2008	2010	χ^2
Enigerlei contact	196,5 (145,4-265,4)	165,9 (140,8-195,3)	174,4 (152,6-199,3)	0,51
Huisartsconsult kort (\leq 20 min.)	124,5 (82,3-188,3)	88,2 (72,2-107,6)	57,5 (48,3-68,3)	11,60*
Huisartsconsult lang ($>$ 20 min.)	19,5 (15,1-25,3)	21,7 (17,3-27,2)	30,7 (25,6-36,9)	11,18*
Telefonisch huisartsconsult	20,0 (14,1-28,3)	25,6 (18,4-35,7)	39,8 (31,8-49,7)	10,96*
Contact POH	3,8 (2,5-5,6)	3,7 (2,5-5,6)	4,3 (2,8-6,4)	0,26
Huisartsvisite kort (\leq 20 min.)	18,5 (13,6-25,1)	17,3 (12,9-23,2)	10,1 (7,2-14,1)	7,96*
Huisartsvisite lang ($>$ 20 min.)	8,7 (5,6-13,4)	8,7 (6,0-12,6)	8,7 (6,3-12,1)	0,00

* $p < 0,05$

Tabel 9 Ouderen (65 jaar en ouder) met een diagnose angst: aantal contacten (per 100 ouderen), met 95% betrouwbaarheidsintervallen

	2006	2008	2010	χ^2
Enigerlei contact	170,4 (119,7-242,6)	138,5 (116,3-165,1)	149,0 (128,6-172,7)	0,48
Huisartsconsult kort (\leq 20 min.)	109,3 (68,3-174,9)	61,5 (50,3-75,2)	61,0 (51,3-72,6)	5,27*
Huisartsconsult lang ($>$ 20 min.)	14,0 (10,1-19,4)	19,6 (14,9-25,7)	26,1 (21,1-32,3)	13,34*
Telefonisch huisartsconsult	20,4 (14,7-28,3)	21,1 (15,4-28,8)	25,6 (19,7-33,1)	1,16
Contact POH	3,2 (2,1-5,1)	6,1 (4,2-9,1)	3,2 (2,0-5,0)	0,00
Huisartsvisite kort (\leq 20 min.)	15,6 (11,5-21,3)	12,4 (9,0-16,9)	5,0 (3,3-7,6)	20,71*
Huisartsvisite lang ($>$ 20 min.)	6,2 (4,0-9,4)	5,2 (3,2-8,6)	4,7 (2,9-7,7)	0,70

* $p < 0,05$

Tabel 10 Ouderen (65 jaar en ouder) met een diagnose overspannenheid: aantal contacten (per 100 ouderen), met 95% betrouwbaarheidsintervallen

	2006	2008	2010	χ^2
Enigerlei contact	125,1 (70,9-220,7)	98,6 (75,3-129,0)	123,3 (97,2-156,3)	0,00
Huisartsconsult kort (\leq 20 min.)	41,8 (30,8-56,7)	62,4 (45,9-84,8)	59,3 (44,5-79,0)	2,91
Huisartsconsult lang ($>$ 20 min.)	12,1 (7,0-20,7)	20,0 (11,4-35,1)	45,8 (31,8-66,2)	18,99*
Telefonisch huisartsconsult	8,1 (5,1-12,7)	7,0 (4,1-11,8)	17,3 (11,5-25,8)	7,59*
Contact POH				Geen toets mogelijk
Huisartsvisite kort (\leq 20 min.)				Geen toets mogelijk
Huisartsvisite lang ($>$ 20 min.)				Geen toets mogelijk

* $p < 0,05$

Tabel 11 Ouderen (65 jaar en ouder) met een diagnose dementie: aantal contacten (per 100 ouderen), met 95% betrouwbaarheidsintervallen

	2006	2008	2010	χ^2
Enigerlei contact	140,4 (80,7-244,4)	171,9 (129,8-227,7)	189,3 (151,1-237,1)	1,00
Huisartsconsult kort (\leq 20 min.)	23,8 (12,4-45,9)	36,5 (25,5-52,2)	37,3 (28,3-49,1)	1,59
Huisartsconsult lang ($>$ 20 min.)				Geen toets mogelijk
Telefonisch huisartsconsult	33,7 (16,9-67,1)	37,1 (24,1-56,9)	51,6 (38,6-68,9)	1,31
Contact POH				Geen toets mogelijk
Huisartsvisite kort (\leq 20 min.)	38,4 (19,7-74,9)	36,3 (21,5-61,2)	12,6 (7,5-21,2)	7,87*
Huisartsvisite lang ($>$ 20 min.)				Geen toets mogelijk

* $p < 0,05$

Prescriptie

Tabel 12 Volwassenen (18-64 jaar) met enigerlei gediagnosticeerd psychisch probleem: voorschrift psychofarmaca (percentage volwassenen), met 95% betrouwbaarheidsintervallen

	2002	2004	2006	2008	2010	χ^2
Enigerlei psychofarmaca	66,2 (63,2-69,3)	66,6 (62,8-70,6)	65,4 (62,4-68,5)	61,5 (59,1-63,9)	58,7 (56,6-61,0)	20,84*
Antidepressiva (N06A)	33,1 (30,8-35,5)	32,4 (29,7-35,2)	29,4 (27,1-31,8)	26,5 (24,5-28,6)	25,8 (24,0-27,7)	34,94*
Anxiolytica (N05B)	21,1 (19,0-23,4)	21,5 (19,3-23,9)	20,5 (18,8-22,3)	18,9 (17,2-20,7)	15,7 (14,6-16,9)	22,95*
Hypnotica/sedativa (N05C)	17,1 (15,8-18,6)	17,1 (15,5-18,9)	16,4 (15,0-18,1)	15,7 (14,4-17,1)	13,6 (12,4-14,8)	15,65*
Antipsychotica (N05A)	3,6 (2,9-4,5)	3,6 (2,8-4,5)	3,8 (3,1-4,7)	3,1 (2,5-3,8)	3,1 (2,6-3,6)	2,10

* $p < 0,05$

Tabel 13 Volwassenen (18-64 jaar) met een diagnose depressie: voorschrift psychofarmaca (percentage volwassenen), met 95% betrouwbaarheidsintervallen

	2002	2004	2006	2008	2010	χ^2
Enigerlei psychofarmaca	81,7 (78,3-85,3)	84,1 (80,8-87,6)	83,2 (79,9-86,6)	80,0 (77,0-83,0)	76,6 (73,8-79,5)	7,89*
Antidepressiva (N06A)	72,3 (68,4-76,5)	71,8 (68,1-75,6)	68,8 (65,2-72,6)	64,2 (60,8-67,7)	59,1 (55,8-62,5)	33,50*
Anxiolytica (N05B)	17,2 (14,8-20,0)	20,4 (17,8-23,3)	18,9 (16,7-21,4)	19,1 (16,7-21,8)	14,4 (12,7-16,3)	3,62
Hypnotica/sedativa (N05C)	13,7 (12,0-15,7)	13,2 (11,3-15,4)	13,1 (11,3-15,1)	12,9 (11,2-14,9)	10,6 (9,1-12,2)	5,75*
Antipsychotica (N05A)	3,3 (2,4-4,4)	4,6 (3,4-6,2)	4,4 (3,2-5,9)	4,8 (3,7-6,2)	3,5 (2,6-4,8)	0,15

* $p < 0,05$

Tabel 14 Volwassenen (18-64 jaar) met een diagnose angst: voorschrift psychofarmaca (percentage volwassenen), met 95% betrouwbaarheidsintervallen

	2002	2004	2006	2008	2010	χ^2
Enigerlei psychofarmaca	74,1 (70,7-77,6)	75,5 (71,6-79,6)	73,5 (70,5-76,7)	74,8 (71,7-78,0)	70,1 (67,5-72,9)	2,83
Antidepressiva (N06A)	38,9 (35,2-43,0)	35,7 (31,6-40,3)	32,5 (29,0-36,3)	33,2 (30,1-36,7)	30,9 (27,8-34,3)	10,21*
Anxiolytica (N05B)	41,4 (37,6-45,6)	43,2 (38,9-48,1)	41,0 (37,4-45,0)	39,7 (36,1-43,7)	33,4 (30,7-36,3)	12,10*
Hypnotica/sedativa (N05C)	10,7 (8,9-12,8)	11,6 (9,6-14,1)	10,4 (8,7-12,5)	10,6 (8,9-12,7)	9,7 (8,2-11,6)	0,90
Antipsychotica (N05A)	3,2 (2,3-4,4)	3,5 (2,4-5,1)	2,9 (2,1-4,2)	2,6 (1,8-3,8)	2,7 (1,9-3,9)	1,28

* $p < 0,05$

Tabel 15 Volwassenen (18-64 jaar) met een diagnose overspannenheid: voorschrift psychofarmaca (percentage volwassenen), met 95% betrouwbaarheidsintervallen

	2002	2004	2006	2008	2010	χ^2
Enigerlei psychofarmaca	42,7 (39,4-46,3)	44,6 (40,9-48,7)	44,7 (41,3-48,4)	45,9 (42,6-49,5)	42,6 (39,6-45,8)	0,04
Antidepressiva (N06A)	13,8 (11,5-16,7)	14,7 (12,1-18,0)	14,4 (12,0-17,4)	13,9 (11,6-16,6)	12,3 (10,3-14,6)	1,26
Anxiolytica (N05B)	25,2 (21,6-29,3)	23,3 (19,5-27,9)	22,5 (19,4-26,2)	22,1 (19,1-25,6)	19,6 (17,1-22,5)	5,32*
Hypnotica/sedativa (N05C)	11,9 (10,1-14,1)	14,8 (12,4-17,6)	12,5 (10,5-14,8)	15,3 (13,2-17,7)	11,6 (9,9-13,6)	0,00
Antipsychotica (N05A)	1,3 (0,7-2,3)	0,7 (0,3-1,7)	1,2 (0,7-2,2)	0,9 (0,5-1,7)	1,3 (0,8-2,2)	0,08

* $p < 0,05$

Tabel 16 Ouderen (65 jaar en ouder) met enigerlei gediagnosticeerd psychisch probleem: voorschrift psychofarmaca (percentage ouderen), met 95% betrouwbaarheidsintervallen

	2002	2004	2006	2008	2010	χ^2
Enigerlei psychofarmaca	79,7 (76,0-83,5)	81,2 (77,0-85,5)	80,1 (76,6-83,7)	77,9 (74,8-81,2)	73,9 (71,2-76,7)	7,68*
Antidepressiva (N06A)	20,0 (18,0-22,1)	21,2 (18,5-24,2)	20,8 (18,7-23,2)	21,9 (19,6-24,5)	19,9 (18,2-21,7)	0,03
Anxiolytica (N05B)	28,5 (25,6-31,8)	28,9 (25,6-32,7)	26,8 (24,1-29,7)	26,5 (24,2-29,1)	23,1 (21,1-25,1)	10,11*
Hypnotica/sedativa (N05C)	39,3 (35,7-43,1)	37,6 (33,8-41,8)	35,7 (32,4-39,3)	32,5 (29,7-35,5)	26,8 (24,5-29,3)	37,01*
Antipsychotica (N05A)	5,6 (4,6-7,0)	5,2 (4,0-6,8)	4,1 (3,2-5,1)	4,8 (3,9-5,9)	5,1 (4,3-6,0)	0,86

* $p < 0,05$

Tabel 17 Ouderen (65 jaar en ouder) met een diagnose depressie: voorschrift psychofarmaca (percentage ouderen), met 95% betrouwbaarheidsintervallen

	2002	2004	2006	2008	2010	χ^2
Enigerlei psychofarmaca	86,2 (82,3-90,4)	90,0 (85,8-94,4)	90,7 (87,0-94,5)	89,1 (85,8-92,4)	86,5 (83,4-89,7)	0,00
Antidepressiva (N06A)	68,6 (63,9-73,7)	71,6 (65,7-78,1)	71,6 (66,5-77,2)	69,0 (64,2-74,2)	65,4 (61,0-70,1)	1,32
Anxiolytica (N05B)	28,8 (24,2-34,2)	28,9 (23,9-34,9)	26,4 (22,3-31,3)	30,0 (25,9-34,6)	21,5 (18,3-25,2)	4,20*
Hypnotica/sedativa (N05C)	24,4 (20,4-29,1)	24,2 (19,4-30,1)	22,3 (18,6-26,9)	23,9 (20,3-28,1)	19,6 (16,4-23,5)	2,35
Antipsychotica (N05A)	6,4 (4,4-9,4)	7,1 (4,5-11,3)	5,8 (3,8-8,7)	7,7 (5,5-10,7)	8,8 (6,6-11,6)	1,55

* $p < 0,05$

Tabel 18 Ouderen (65 jaar en ouder) met een diagnose angst: voorschrift psychofarmaca (percentage ouderen), met 95% betrouwbaarheidsintervallen

	2002	2004	2006	2008	2010	χ^2
Enigerlei psychofarmaca	85,3 (81,5-89,4)	84,2 (80,7-87,9)	85,4 (82,4-88,5)	87,9 (85,1-90,8)	88,8 (86,0-91,6)	5,10*
Antidepressiva (N06A)	22,6 (18,6-27,5)	23,8 (19,1-29,8)	19,6 (16,1-24,0)	26,4 (22,1-31,5)	24,3 (20,5-28,9)	0,68
Anxiolytica (N05B)	66,8 (61,2-72,8)	66,1 (59,7-73,3)	66,6 (60,8-72,9)	66,0 (60,8-71,7)	61,2 (56,4-66,5)	1,60
Hypnotica/sedativa (N05C)	23,8 (19,9-28,6)	23,2 (18,6-28,8)	19,1 (15,4-23,6)	19,7 (16,2-24,0)	15,5 (12,4-19,3)	9,85*
Antipsychotica (N05A)	4,1 (2,4-6,8)	2,0 (0,9-4,5)	2,6 (1,6-4,4)	2,3 (1,4-3,8)	3,6 (2,3-5,6)	0,02

* $p < 0,05$

Tabel 19 Ouderen (65 jaar en ouder) met een diagnose overspannenheid: voorschrift psychofarmaca (percentage ouderen), met 95% betrouwbaarheidsintervallen

	2002	2004	2006	2008	2010	χ^2
Enigerlei psychofarmaca	59,3 (50,9-69,0)	52,2 (42,4-64,2)	59,7 (50,9-70,0)	59,2 (50,5-69,4)	54,4 (45,9-64,4)	0,03
Antidepressiva (N06A)	11,3 (6,9-18,5)	8,5 (4,4-16,2)	9,4 (5,5-16,1)	15,4 (9,9-24,1)	10,1 (6,1-16,7)	0,23
Anxiolytica (N05B)	37,5 (29,8-47,2)	34,2 (26,5-44,3)	36,3 (29,2-45,1)	34,0 (27,3-42,2)	35,4 (28,6-43,8)	0,13
Hypnotica/sedativa (N05C)	20,1 (14,5-27,9)	17,2 (11,0-27,0)	17,7 (12,5-25,2)	22,4 (16,4-30,6)	18,6 (13,3-25,9)	0,04
Antipsychotica (N05A)						Geen toets mogelijk

* $p < 0,05$

Tabel 20 Ouderen (65 jaar en ouder) met een diagnose dementie: voorschrijf psychofarmaca (percentage ouderen), met 95% betrouwbaarheidsintervallen

	2002	2004	2006	2008	2010	χ^2
Enigerlei psychofarmaca	47,7 (39,1-58,2)	50,0 (38,4-65,1)	45,7 (36,7-57,0)	49,4 (41,1-59,5)	54,7 (47,0-63,5)	0,77
Antidepressiva (N06A)	16,0 (10,2-25,0)	11,1 (5,6-21,9)	4,9 (1,9-12,4)	11,3 (6,9-18,5)	14,9 (10,4-21,5)	0,03
Anxiolytica (N05B)	8,1 (4,5-14,6)	8,7 (4,0-18,8)	7,8 (4,1-15,0)	6,4 (3,4-12,1)	7,9 (4,8-13,0)	0,16
Hypnotica/sedativa (N05C)	10,8 (6,5-18,1)	12,0 (5,9-24,5)	5,4 (2,5-11,7)	6,1 (3,2-11,9)	4,5 (2,4-8,2)	6,61*
Antipsychotica (N05A)	25,5 (18,6-35,0)	31,1 (20,2-47,7)	15,7 (10,1-24,4)	18,2 (12,7-26,2)	9,4 (6,4-13,8)	19,39*
Dementiemiddelen (N06D)						Geen toets mogelijk

* $p < 0,05$

Verwijzingen

Tabel 21 Volwassenen (18-64 jaar) met enigerlei gediagnosticeerd psychisch probleem: verwijzing (percentage volwassenen), met 95% betrouwbaarheidsintervallen

	2002	2004	2006	2008	2010	χ^2
Enigerlei verwijzing	10,7 (9,0-12,7)	12,8 (10,8-15,2)	13,6 (12,0-15,5)	16,7 (15,0-18,6)	17,1 (15,0-19,5)	24,50*
Eerstelijns-GGZ	7,5 (6,1-9,3)	8,3 (6,5-10,6)	8,7 (7,2-10,6)	11,9 (10,2-13,9)	11,3 (9,5-13,4)	13,93*
Eerstelijnspsycholoog	3,0 (2,2-4,0)	3,5 (2,6-4,9)	4,4 (3,5-5,4)	7,5 (6,3-9,0)	8,2 (6,8-9,8)	48,70*
Gespecialiseerde GGZ	3,4 (2,7-4,4)	4,8 (3,8-6,1)	5,2 (4,2-6,3)	5,0 (4,1-6,1)	5,8 (4,9-7,0)	10,19*

* $p < 0,05$

Tabel 22 Volwassenen (18-64 jaar) met een diagnose depressie: verwijzing (percentage volwassenen), met 95% betrouwbaarheidsintervallen

	2002	2004	2006	2008	2010	χ^2
Enigerlei verwijzing	14,5 (11,8-17,8)	14,4 (11,7-17,7)	16,1 (13,7-19,0)	19,1 (16,4-22,3)	17,4 (14,6-20,7)	4,95*
Eerstelijns-GGZ	10,3 (7,9-13,3)	8,3 (6,1-11,2)	9,4 (7,3-12,3)	12,5 (10,1-15,5)	10,7 (8,6-13,4)	1,57
Eerstelijnspsycholoog	2,8 (1,9-4,2)	2,9 (1,9-4,3)	3,8 (2,7-5,4)	7,5 (5,8-9,7)	7,2 (5,6-9,3)	27,29*
Gespecialiseerde GGZ	4,5 (3,2-6,4)	6,6 (4,8-9,0)	7,0 (5,5-9,0)	6,8 (5,2-8,8)	6,7 (5,2-8,5)	2,78

* $p < 0,05$

Tabel 23 Volwassenen (18-64 jaar) met een diagnose angst: verwijzing (percentage volwassenen), met 95% betrouwbaarheidsintervallen

	2002	2004	2006	2008	2010	χ^2
Enigerlei verwijzing	12,6 (10,0-15,9)	13,4 (10,7-16,7)	14,4 (12,0-17,4)	21,6 (18,5-25,1)	16,6 (14,0-19,7)	10,11*
Eerstelijns-GGZ	9,4 (7,0-12,5)	9,3 (7,1-12,2)	9,9 (7,7-12,6)	17,1 (14,0-21,0)	12,0 (9,6-15,0)	7,43*
<i>Eerstelijnspsycholoog</i>	4,0 (2,8-5,8)	5,3 (3,7-7,5)	7,3 (5,5-9,7)	12,0 (9,6-15,0)	11,1 (8,8-13,9)	35,02*
Gespecialiseerde GGZ	3,5 (2,4-5,1)	4,3 (2,9-6,5)	5,1 (3,7-7,0)	5,2 (3,8-7,1)	5,3 (3,9-7,1)	3,35

* $p < 0,05$

Tabel 24 Volwassenen (18-64 jaar) met een diagnose overspannenheid: verwijzing (percentage volwassenen), met 95% betrouwbaarheidsintervallen

	2002	2004	2006	2008	2010	χ^2
Enigerlei verwijzing	13,1 (10,1-17,1)	17,3 (13,6-22,0)	19,7 (15,8-24,6)	21,6 (17,8-26,4)	21,3 (17,6-25,6)	10,62*
Eerstelijns-GGZ	10,7 (7,9-14,6)	13,6 (10,1-18,4)	15,6 (12,0-20,2)	17,7 (14,0-22,4)	15,9 (12,6-20,1)	5,81*
<i>Eerstelijnspsycholoog</i>	6,3 (4,5-8,9)	7,7 (5,4-10,9)	7,5 (5,6-10,2)	8,9 (6,9-11,4)	9,2 (7,2-11,8)	4,38*
Gespecialiseerde GGZ	2,1 (1,4-3,2)	3,4 (2,2-5,1)	4,3 (3,0-6,0)	4,2 (3,1-5,8)	4,7 (3,5-6,3)	10,80*

* $p < 0,05$

Tabel 25 Ouderen (65 jaar en ouder) met enigerlei gediagnosticeerd psychisch probleem: verwijzing (percentage ouderen), met 95% betrouwbaarheidsintervallen

	2002	2004	2006	2008	2010	χ^2
Enigerlei verwijzing	3,5 (2,4-5,1)	3,5 (2,5-4,9)	4,8 (3,5-6,5)	5,7 (4,4-7,4)	5,5 (4,4-6,9)	8,21*
Eerstelijns-GGZ	1,8 (1,1-3,0)	1,7 (1,0-2,9)	1,9 (1,2-3,0)	1,9 (1,3-2,7)	2,2 (1,5-3,2)	0,47
<i>Eerstelijnspsycholoog</i>						Geen toets mogelijk
Gespecialiseerde GGZ	1,8 (1,1-2,8)	2,1 (1,4-3,2)	2,8 (2,0-3,9)	3,9 (2,8-5,4)	3,5 (2,8-4,5)	11,79*

* $p < 0,05$

Tabel 26 Ouderen (65 jaar en ouder) met een diagnose depressie: verwijzing (percentage ouderen), met 95% betrouwbaarheidsintervallen

	2002	2004	2006	2008	2010	χ^2
Eenigerlei verwijzing	4,9 (3,0-7,8)	3,9 (2,0-7,6)	9,6 (6,5-14,2)	6,2 (4,2-9,3)	9,5 (6,4-14,2)	6,16*
Eerstelijns-GGZ	2,7 (1,5-5,0)	1,3 (0,4-4,0)	5,0 (3,0-8,2)	2,6 (1,5-4,5)	5,2 (3,1-8,6)	3,81
<i>Eerstelijnspsycholoog</i>						Geen toets mogelijk
Gespecialiseerde GGZ	1,9 (0,9-3,8)	1,9 (0,8-4,9)	3,6 (2,0-6,6)	3,5 (2,1-5,9)	4,3 (2,5-7,5)	4,73*

* $p < 0,05$

Tabel 27 Ouderen (65 jaar en ouder) met een diagnose angst: verwijzing (percentage ouderen), met 95% betrouwbaarheidsintervallen

	2002	2004	2006	2008	2010	χ^2
Eenigerlei verwijzing	4,6 (2,5-8,4)	3,0 (1,5-6,0)	2,7 (1,5-4,8)	5,6 (3,7-8,4)	5,2 (3,3-8,1)	0,94
Eerstelijns-GGZ	2,3 (1,2-4,5)	0,8 (0,2-3,3)	1,5 (0,6-3,6)	3,0 (1,7-5,3)	2,5 (1,3-4,8)	1,52
<i>Eerstelijnspsycholoog</i>						Geen toets mogelijk
Gespecialiseerde GGZ	2,2 (1,0-4,8)	1,9 (0,8-4,6)	0,7 (0,3-2,0)	4,0 (2,4-6,5)	2,2 (1,1-4,4)	0,39

Tabel 28 Ouderen (65 jaar en ouder) met een diagnose overspannenheid: verwijzing (percentage ouderen), met 95% betrouwbaarheidsintervallen

	2002	2004	2006	2008	2010	χ^2
Eenigerlei verwijzing	5,3 (2,1-13,5)	5,1 (1,6-16,3)	6,1 (2,6-14,4)	3,3 (1,2-9,3)	4,2 (1,5-12,1)	0,29
Eerstelijns-GGZ	1,6 (0,6-4,3)	3,2 (1,4-7,3)	2,4 (1,1-5,4)	0,8 (0,3-2,5)	2,4 (1,0-5,6)	0,19
<i>Eerstelijnspsycholoog</i>						Geen toets mogelijk
Gespecialiseerde GGZ						Geen toets mogelijk

Tabel 29 Ouderen (65 jaar en ouder) met een diagnose dementie: verwijzing (percentage ouderen), met 95% betrouwbaarheidsintervallen

	2002	2004	2006	2008	2010	χ^2
Enigerlei verwijzing						Geen toets mogelijk
Eerstelijns-GGZ						Geen toets mogelijk
<i>Eerstelijnspsycholoog</i>						Geen toets mogelijk
Gespecialiseerde GGZ						Geen toets mogelijk

Bijlage 1D Tabellen met ongecorrigeerde cijfers en lineaire trends (gebaseerd op multilevel analyses) bij de diagnoses depressie, angst, overspannenheid en dementie

Contacten

Tabel 1 Volwassenen (18-64 jaar) en ouderen (65 jaar en ouder) met een diagnose depressie: aantal contacten (per 100 volwassenen/ouderen)

Leeftijds-categorie	Contact	2010	Lineaire toe- of afname in de periode 2006-2010?
18-64 jaar	Enigerlei contact	201,2	Nee
	Huisartsconsult kort (≤ 20 min.)	80,6	Afname
	Huisartsconsult lang (> 20 min.)	66,4	Toename
	Telefonisch huisartsconsult	42,2	Nee
	Contact met POH	2,8	Afname
	Huisartsvisite lang (> 20 min.)	1,9	Nee
	Huisartsvisite kort (≤ 20 min.)	1,4	Afname
≥ 65 jaar	Enigerlei contact	217,8	Nee
	Huisartsconsult kort (≤ 20 min.)	56,4	Afname
	Telefonisch huisartsconsult	52,5	Toename*
	Huisartsconsult lang (> 20 min.)	41,8	Toename
	Huisartsvisite lang (> 20 min.)	19,8	Nee
	Huisartsvisite kort (≤ 20 min.)	18,8	Afname
	Contact met POH	8,3	Nee

* Hangt samen met tariefswijziging van herhaalrecepten in 2010

Tabel 2 Volwassenen (18-64 jaar) en ouderen (65 jaar en ouder) met een diagnose angst: aantal contacten (per 100 volwassenen/ouderen)

Leeftijdscategorie	Contact	2010	Lineaire toe- of afname in de periode 2006-2010?
18-64 jaar	Enigerlei contact	188,0	Nee
	Huisartsconsult kort (≤ 20 min.)	78,5	Afname
	Huisartsconsult lang (> 20 min.)	54,4	Toename
	Telefonisch huisartsconsult	44,6	Nee
	Contact met POH	2,2	Afname
	Huisartsvisite lang (> 20 min.)	1,2	Nee
	Huisartsvisite kort (≤ 20 min.)	1,0	Nee
≥ 65 jaar	Enigerlei contact	180,7	Nee
	Huisartsconsult kort (≤ 20 min.)	61,1	Afname
	Telefonisch huisartsconsult	43,5	Nee
	Huisartsconsult lang (> 20 min.)	34,3	Toename
	Huisartsvisite kort (≤ 20 min.)	13,0	Afname
	Huisartsvisite lang (> 20 min.)	9,8	Nee
	Contact met POH	6,3	Nee

Tabel 3 Volwassenen (18-64 jaar) en ouderen (65 jaar en ouder) met een diagnose overspannenheid: aantal contacten (per 100 volwassenen/ouderen)

Leeftijdscategorie	Contact	2010	Lineaire toe- of afname in de periode 2006-2010?
18-64 jaar	Enigerlei contact	201,2	Nee
	Huisartsconsult lang (> 20 min.)	83,8	Toename
	Huisartsconsult kort (≤ 20 min.)	77,1	Afname
	Telefonisch huisartsconsult	30,4	Nee
	Huisartsvisite lang (> 20 min.)	2,1	Geen toets mogelijk
	Contact met POH	2,0	Nee
	Huisartsvisite kort (≤ 20 min.)	1,5	Geen toets mogelijk
≥ 65 jaar	Enigerlei contact	176,9	Nee
	Huisartsconsult kort (≤ 20 min.)	58,5	Nee
	Huisartsconsult lang (> 20 min.)	47,2	Toename
	Telefonisch huisartsconsult	26,5	Toename*
	Huisartsvisite kort (≤ 20 min.)	15,7	Geen toets mogelijk
	Huisartsvisite lang (> 20 min.)	12,3	Geen toets mogelijk
	Contact met POH	5,0	Geen toets mogelijk

* Hangt samen met tariefswijziging van herhaalrecepten in 2010

Tabel 4 Ouderen (65 jaar en ouder) met een diagnose dementie: aantal contacten (per 100 ouderen)

Leeftijdscategorie	Contact	2010	Lineaire toe- of afname in de periode 2006-2010?
≥ 65 jaar	Enigerlei contact	348,6	Nee
	Telefonisch huisartsconsult	107,8	Nee
	Huisartsconsult kort (≤ 20 min.)	43,7	Nee
	Huisartsvisite kort (≤ 20 min.)	43,4	Afname
	Huisartsvisite lang (> 20 min.)	40,3	Geen toets mogelijk
	Huisartsconsult lang (> 20 min.)	23,7	Geen toets mogelijk
	Contact met POH	18,3	Geen toets mogelijk

Verwijzing

Tabel 5 Volwassenen (18-64 jaar) en ouderen (65 jaar en ouder) met een diagnose depressie: verwijzing (percentage volwassenen/ouderen)

Leeftijdscategorie	Verwijsbestemming	2010	Toe- of afname in de periode 2002-2010?
18-64 jaar	Enigerlei verwijzing	16,4	Toename
	Eerstelijns-GGZ	10,6	Nee
	<i>Eerstelijnspsycholoog</i>	7,9	Toename*
	Gespecialiseerde GGZ	6,6	Nee
≥ 65 jaar	Enigerlei verwijzing	7,8	Toename
	Eerstelijns-GGZ	4,0	Nee
	<i>Eerstelijnspsycholoog</i>	1,5	Geen toets mogelijk
	Gespecialiseerde GGZ	4,4	Toename

* Hangt samen met de opname van eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket per 2008

Tabel 6 Volwassenen (18-64 jaar) en ouderen (65 jaar en ouder) met een diagnose angst: verwijzing (percentage volwassenen/ouderen)

Leeftijdscategorie	Verwijsbestemming	2010	Toe- of afname in de periode 2002-2010?
18-64 jaar	Enigerlei verwijzing	14,7	Toename
	Eerstelijns-GGZ	10,2	Toename*
	<i>Eerstelijnspsycholoog</i>	7,6	Toename*
	Gespecialiseerde GGZ	5,2	Nee
≥ 65 jaar	Enigerlei verwijzing	4,9	Nee
	Eerstelijns-GGZ	2,7	Nee
	<i>Eerstelijnspsycholoog</i>	1,1	Geen toets mogelijk
	Gespecialiseerde GGZ	2,4	Nee

* Hangt samen met de opname van eerstelijns psychologische zorg in het basispakket per 2008

Tabel 7 Volwassenen (18-64 jaar) en ouderen (65 jaar en ouder) met een diagnose overspannenheid: verwijzing (percentage volwassenen/ouderen)

Leeftijdscategorie	Verwijsbestemming	2010	Toe- of afname in de periode 2002-2010?
18-64 jaar	Enigerlei verwijzing	20,7	Toename
	Eerstelijns-GGZ	16,1	Toename
	<i>Eerstelijnspsycholoog</i>	12,4	Toename
	Gespecialiseerde GGZ	5,2	Toename
≥ 65 jaar	Enigerlei verwijzing	5,1	Nee
	Eerstelijns-GGZ	4,0	Nee
	<i>Eerstelijnspsycholoog</i>	3,3	Geen toets mogelijk
	Gespecialiseerde GGZ	1,5	Geen toets mogelijk

Tabel 8 Ouderen (65 jaar en ouder) met een diagnose dementie: verwijzing (percentage ouderen)

Leeftijdscategorie	Verwijsbestemming	2010	Toe- of afname in de periode 2002-2010?
≥ 65 jaar	Enigerlei verwijzing	17,1	Geen toets mogelijk
	Eerstelijns-GGZ	7,1	Geen toets mogelijk
	<i>Eerstelijnspsycholoog</i>	0,0	Geen toets mogelijk
	Gespecialiseerde GGZ	10,8	Geen toets mogelijk

