

GGZ in de eerste lijn

De rol van de huisarts en de eerstelijnspsycholoog



20
12

Tendrapportage GGZ 2012

Deel 2A: Toegang en zorggebruik

GGZ in de eerste lijn

De rol van de huisarts en de eerstelijnspsycholoog

Colofon

Opdrachtgever

Ministerie van VWS

Financiering

Ministerie van VWS

Projectleiding en eindredactie

Dr. J. Nuijen

Projectuitvoering (alfabetische volgorde)

Dr. M. Emmen (GZ-psycholoog, Psychologenpraktijk Oog)

Dr. J. Nuijen

Drs. D. Smit (Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, LVE)

Dr. I. Stirbu-Wagner (NIVEL)

Drs. M. Veerbeek

Prof. dr. P. Verhaak (NIVEL; Rijksuniversiteit Groningen)

Met dank aan

Drs. E.G. Memeo; Ministerie van VWS

Productiebegeleiding

Kathy Oskam

Opmaak en druk

Canon Nederland N.V.

ISBN: 978-90-5253-744-3

Deze uitgave is te bestellen of te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1223**

© 2012 Trimbos Instituut, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Trimbos-instituut.

Onder de noemer Trendrapportage GGZ brengt het Trimbos-instituut vanaf 2008 jaarlijks een serie rapportages uit over de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De Trendrapportage GGZ wordt opgesteld in opdracht van het Ministerie van VWS. Primaire doelstelling is overzicht te bieden van de voor het overheidsbeleid relevante ontwikkelingen op het gebied van de GGZ. Daarbij vervult de Trendrapportage GGZ een signalerende, een analyserende en een evaluatieve functie. Behalve voor de rijksoverheid staat de Trendrapportage GGZ ook ten dienste van andere betrokkenen bij de GGZ en GGZ-beleid, waaronder beleidsmakers van zorgaanbieders, financiers, koepelorganisaties en patiëntenorganisaties.

De Trendrapportage GGZ bestrijkt drie deelterreinen:

1. Organisatie, structuur en financiering
2. Toegang en zorggebruik
3. Kwaliteit en effectiviteit

Inhoudsopgave

Samenvatting	7
Vooraf	17
1 Huisartsenzorg voor volwassenen en ouderen met psychische problemen tussen 2002-2010	19
<i>M. Veerbeek, I. Stirbu-Wagner, P. Verhaak, J. Nuijen</i>	
1.1 Inleiding	19
1.2 Methode	26
1.3 Resultaten	29
1.4 Samenvatting en beschouwing	41
2 Volwassenen bij de eerstelijnspsycholoog in 2010: kenmerken en geboden hulp	55
<i>M. Veerbeek, J. Nuijen, D. Smit, M. Emmen, P. Verhaak</i>	
2.1 Inleiding	55
2.2 Methode	59
2.3 Resultaten	60
2.4 Samenvatting en beschouwing	74
Tot slot	83
Referenties hoofdstuk 1	85
Referenties hoofdstuk 2	93
Bijlagen hoofdstuk 1	97
Bijlage 1A Geselecteerde huisartsenpraktijken	97
Bijlage 1B Selectie van chronische lichamelijke ziekten	98
Bijlage 1C Tabellen gecorrigeerde cijfers en bijbehorende lineaire toetsing	99
Bijlage 1D Tabellen met ongecorrigeerde cijfers en lineaire trends bij de diagnoses depressie, angst, overspannenheid en dementie	112
Bijlage hoofdstuk 2	117
Vergelijking van kenmerken van de volwassen patiëntenpopulatie van eerstelijnspsychologen en van de volwassen GGZ-gebruikers in Nederland	

Samenvatting

Vooraf

Het versterken van de eerstelijnszorg voor patiënten met psychische problemen staat volop in de belangstelling van de overheid. Deze aandacht is niet nieuw. Al ruim een decennium wordt er vanuit het Ministerie van VWS ingezet op het versterken van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in de eerste lijn (waaronder huisartsenzorg, eerstelijns psychologische zorg). Een voorname reden voor dit beleid is om de gestaag groeiende vraag naar tweedelijns-GGZ te beperken. De gedachte is dat een sterke eerstelijns-GGZ de behandeling op zich gaat nemen van personen met milde psychische problemen die nu nog een beroep doen op de tweedelijns-GGZ. Daarnaast zou een sterke eerstelijns-GGZ beter toegerust zijn om terugvalpreventie en nazorg te bieden aan personen met ernstige(re) psychische problematiek, waardoor meer mensen na behandeling in de tweedelijns-GGZ terugverwezen kunnen worden naar de eerste lijn.

Gegeven het streven naar een sterke eerstelijns-GGZ is het belangrijk een zo actueel mogelijk overzicht te hebben van de psychische zorg die in de eerste lijn verleend wordt. Daarom wordt in twee hoofdstukken gekeken naar de hulp die twee belangrijke zorgverleners in de eerste lijn bieden: de huisarts (hoofdstuk 1) en de eerstelijnspsycholoog (hoofdstuk 2).

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

1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een overzicht geboden van: 1) de huisartsenzorg die in 2010 verleend werd aan volwassenen (18-64 jaar) en ouderen (65 jaar en ouder) met psychische problemen; en 2) de veranderingen die hierin in de periode 2002-2010 hebben plaatsgevonden. De gebruikte gegevens zijn afkomstig uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH), een landelijk netwerk van 84 huisartsenpraktijken bij wie meer dan 335.000 patiënten ingeschreven staan.

1.2 Resultaten

Psychische problemen worden niet vaker gediagnosticeerd door de huisarts

In 2010 werd bij 12% van de volwassenen en 16% van de ouderen een psychisch probleem gediagnosticeerd door de huisarts. Gegeven de ondernomen maatregelen en verbeterinitiatieven gericht op een sterkere eerstelijns-GGZ, zou verwacht kunnen worden dat in de periode 2002-2010 veelvoorkomende 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. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of deze dalingen in diagnoses zich doorzetten, en zo ja, wat hiervan de oorzaak is.

Bij ouderen werd in de periode 2002-2010 steeds vaker dementie gediagnosticeerd, wat vermoedelijk samenhangt met het gegeven dat de prevalentie van dementie is toegenomen onder ouderen.

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

Veel ouderen met een diagnose depressie of angst in 2010 waren daarnaast gediagnosticeerd met één (~35%) of meerdere (~25%) chronische lichamelijke aandoeningen. Deze percentages lagen een stuk lager onder volwassenen met een diagnose depressie of angst (resp. <20% en <5%), wat op zich niet verwonderlijk is omdat chronische lichamelijke aandoeningen met name in de oudere populatie voorkomen. Het signaleren van gelijktijdig voorkomen van psychische problemen en chronische lichamelijke aandoeningen is belangrijk omdat deze 'comorbiditeit' een ongunstige invloed heeft op het beloop van zowel de psychische als 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. De veelvoorkomende psychische en lichamelijke comorbiditeit vraagt om het stimuleren van een integrale aanpak, waarbij in de behandeling van psychische problemen rekening gehouden wordt met de aanwezige lichamelijke problemen, en vice versa.

Het aantal korte huisartsconsulten vanwege psychische problemen is afgenomen, terwijl het aantal lange huisartsconsulten is toegenomen

In 2010 hadden volwassenen bij wie een psychisch probleem gediagnosticeerd was hiervoor gemiddeld 2,1 contacten met de huisartsenpraktijk; bij ouderen lag dit gemiddelde op 2,4 contacten. Gezien de ondernomen maatregelen en verbeteractiviteiten gericht op een sterkere eerstelijns-GGZ, zou verwacht kunnen worden dat het aantal contacten met de huisartsenpraktijk vanwege psychische problemen de afgelopen jaren gestegen is. Bij ouderen werd tussen 2006 en 2010 inderdaad een toename in contacten gevonden, maar bij volwassenen niet. Kijken we naar het type contact vanwege een gediagnosticeerd probleem, dan is bij volwassenen, en nog in sterkere mate bij ouderen, het gemiddeld aantal lange huisartsconsulten (>20 minuten) gestegen tussen 2006 en 2010. Tegelijkertijd nam het gemiddeld aantal korte huisartsconsulten (≤20 minuten) 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.

Verder hadden zowel volwassenen als ouderen in 2010 weinig contact met een praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk (POH) vanwege een gediagnosticeerd

psychisch probleem, en dit type contact is ook niet toegenomen sinds 2008. Dit is opvallend omdat per 1 januari 2008 de functie POH-GGZ geïntroduceerd werd.

Daling in het voorschrijven van psychofarmaca, vooral bij volwassenen

In 2010 kreeg 66% van de volwassenen met een gediagnosticeerd psychisch probleem psychofarmaca voorgeschreven, en 79% van de ouderen. Antidepressiva waren het meest voorgeschreven type psychofarmaca bij een diagnose depressie (volwassenen: 61%; ouderen: 66%). Kalmeringsmiddelen werden het meest voorgeschreven bij een diagnose angst (volwassenen: 37%; ouderen: 62%) of overspannenheid (volwassenen: 21%; ouderen: 38%).

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, vooral vanaf 2009. Deze verwachting is grotendeels uitgekomen bij zowel volwassenen als ouderen. 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. Gemonitord dient te worden of de dalende voorschrijfpercentages van benzodiazepinen zich doorzetten.

Gegeven de richtlijnherzieningen en verbetertrajecten die hebben plaatsgevonden tussen 2002 en 2010, zou verwacht kunnen worden dat huisartsen in deze periode ook terughoudender zijn geworden in het voorschrijven van antidepressiva. Bij volwassenen met een diagnose depressie of angst daalde het voorschrijfpercentage van antidepressiva inderdaad in de periode 2002-2010, maar bij ouderen niet. Terughoudend omgaan met antidepressiva is ook bij ouderen geboden, onder meer omdat deze medicatie bij ouderen het risico op vallen verhoogt, alsook de kans op schadelijke interactie met andere medicijnen. Onderzoek is gewenst naar de redenen waarom het voorschrijven van antidepressiva bij ouderen niet is afgenomen.

Tot slot nam bij ouderen met een diagnose dementie het voorschrijfpercentage van antipsychotica sterk af, terwijl het voorschrijfpercentage van dementiemiddelen juist zeer sterk steeg. Dit is wat men zou verwachten op basis van richtlijnherzieningen.

Toename van verwijzingen binnen eerste lijn, alleen bij volwassenen

In 2010 werd 16% van de volwassenen met een gediagnosticeerd psychisch probleem doorverwezen door de huisarts, en 7% van de ouderen. Volwassenen werden vaker naar de eerstelijns-GGZ (11%) doorverwezen dan naar de gespecialiseerde GGZ (6%), hoewel een onderschatting van het verwijzpercentage naar het laatstgenoemde echelon hier een rol gespeeld kan hebben. Ouderen werden wat vaker doorverwezen naar de tweedelijns-GGZ (4%) dan naar de eerstelijns-GGZ (3%). Ook het verwijzpercentage naar de eerstelijnspsycholoog was bij volwassenen (8%) beduidend hoger dan bij ouderen (1%).

Op basis van de ondernomen maatregelen en verbeterinitiatieven gericht op het versterken van de eerstelijns-GGZ was de verwachting dat huisartsen in de periode 2002-2010 vaker patiënten met psychische problemen zouden doorverwijzen binnen

de eerste lijn. Verwacht werd dat verwijzingen naar de eerstelijnspsycholoog vooral toegenomen zouden zijn in 2008, het jaar waarin eerstelijns psychologische zorg werd opgenomen in het basispakket. Het bleek 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 specifiek naar een eerstelijnspsycholoog), en er werden geen aanwijzingen gevonden voor stijgende verwijzpercentages. Het is onduidelijk waardoor dit komt.

Ondanks dat het streven naar een sterke eerstelijns-GGZ ingezet is om de groeiende vraag naar tweedelijns-GGZ op te vangen, steeg zowel bij volwassenen als bij ouderen met een gediagnosticeerd psychisch probleem het verwijzpercentage naar de tweedelijns-GGZ in de periode 2002-2010. Op basis van LINH-gegevens kan niet bepaald worden in hoeverre verwijzingen van huisartsen naar hulpverleners in de tweedelijns-GGZ wel of niet 'gerechtvaardigd' zijn. Dit maakt het lastig om een beoordelende uitspraak te doen over de stijgende verwijzpercentages. Gezien het lage verwijzpercentage van ouderen naar de tweedelijns-GGZ, lijkt het overigens geen negatieve ontwikkeling dat huisartsen ouderen vaker naar de tweedelijns-GGZ zijn gaan doorverwijzen.

1.3 Conclusie

Geconcludeerd kan 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 probleem vaker zijn gaan doorverwijzen naar de tweedelijns-GGZ.

1.4 Aanbevelingen

Medio 2012 is in het 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 (voor patiënten met lichte en matige problematiek) en specialistische GGZ (voor 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'. Afgesproken is dat de generalistische Basis-GGZ alleen toegankelijk is via de huisarts (of andere hulpverlener). 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

Een zorgvuldige implementatie van recent herziene NHG-Standaarden (depressie, angst, dementie) kan de gunstige ontwikkeling van meer terughoudendheid ten aanzien van het voorschrijven van psychofarmaca verder versterken, en de inzet van niet-medicamenteuze interventies bevorderen. In dit kader is het belangrijk dat de ontwikkelingen 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 of problem solving therapy) beter inzichtelijk gemaakt gaan worden. 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. 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 Nederlandse Zorgautoriteit (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.

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 zich blijven doorzetten na 2010, ongeacht of ze verwacht waren of niet. 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. Wat is bijvoorbeeld de invloed van het flexibiliseren van de module POH-GGZ per 2013 op de inzet van de POH-GGZ in de huisartsenzorg? En wat is het effect van de ontwikkeling van een generalistische Basis-GGZ op de psychische zorg die verleend wordt in de huisartsenpraktijk?

Inzicht in de oorzaken van onverwachte bevindingen

Het bleek dat een aantal ontwikkelingen die te verwachten waren in het kader van het streven naar een sterke eerstelijns-GGZ niet hebben plaatsgevonden. Ouderen kregen bijvoorbeeld tussen 2002 en 2010 niet minder vaak antidepressiva voorgeschreven door de huisartsen en zij werden ook niet vaker doorverwezen binnen de eerste lijn. Daarnaast zijn er ook ontwikkelingen geconstateerd die juist niet verwacht werden. Zo steeg zowel bij volwassenen als bij ouderen met een gediagnosticeerd psychisch probleem het verwijzingspercentage naar de tweedelijns-GGZ. Het is belangrijk om de oorzaken van deze onverwachte verwijzingsresultaten te achterhalen, omdat deze kennis 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 Basis-GGZ, de specialistische GGZ of het Algemeen Maatschappelijk Werk.

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

2.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is een beeld verkregen van de hulp die huisartsen bieden bij psychische problemen. In dit hoofdstuk wordt ingezoomd op een andere belangrijke hulpverlener binnen de eerstelijns-GGZ, de eerstelijnspsycholoog. Er wordt een overzicht geboden van de kenmerken van volwassenen (18-64 jaar) die in 2010 een beroep deden op de eerstelijnspsycholoog, de hulp die hun geboden werd, en de uitkomsten van de hulpverlening. Aangezien ouderen slechts een klein deel van de patiëntenpopulatie van de eerstelijnspsycholoog uitmaken (~5%), wordt geen aparte uitsplitsing naar deze leeftijdsgroep gemaakt. Voor dit hoofdstuk is gebruikgemaakt van gegevens van het Landelijk Informatie Netwerk Eerstelijnspsychologen (LINEP). LINEP-gegevens worden aangeleverd door eerstelijnspsychologen die lid zijn van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE).

2.2 Resultaten

Patiënten van de eerstelijnspsycholoog vormen een specifieke groep

De gemiddelde leeftijd van de volwassenen die in 2010 hulp ontvingen van de eerstelijnspsycholoog was 39,5 jaar. Het merendeel van de volwassenen was vrouw (66%), gehuwd of samenwonend (60%), werkend (80%) en in Nederland geboren (90%). Bijna 40% had een hbo- of wo-opleiding gevolgd. Vergeleken met alle volwassenen die gebruikmaken van een GGZ-aanbieder (willekeurig welke) waren de volwassenen die hulp zochten bij de eerstelijnspsycholoog verhoudingsgewijs vaker vrouw, vaker hoger opgeleid, vaker gehuwd of samenwonend en deden zij vaker betaald werk. De mate van disfunctioneren werd bij bijna alle patiënten (96%) als mild tot matig ingeschat door de eerstelijnspsychologen. Deze bevindingen wijzen erop dat het merendeel van de patiënten van de eerstelijnspsycholoog relatief goed functioneerde in maatschappelijk en relationeel opzicht en derhalve op een passende plaats, binnen de eerstelijns-GGZ, hulp kreeg.

De eerstelijnspsycholoog biedt doorgaans toegankelijke en kortdurende hulp, die gepaard gaat met een verbeterd functioneren

Uit de resultaten blijkt dat de hulp die in 2010 door de eerstelijnspsycholoog geboden werd gekarakteriseerd kan worden als toegankelijk (70% van de patiënten had een wachttijd korter dan drie weken), kortdurend (bij 73% van de patiënten was de behandeling binnen acht consulten afgerond), en hulp die gepaard gaat met een verbetering in functioneren (78% van de patiënten functioneerde, zoals beoordeeld door de eerstelijnspsycholoog, na afloop van de behandeling beter dan bij aanvang).

Ondanks dit algemene positieve beeld, is het belangrijk om op te merken dat 30%

van de volwassenen na aanmelding langer dan drie weken moest wachten op een eerste consult. De resultaten wijzen er ook op dat de hulp die geboden werd door de eerstelijnspsycholoog niet altijd kortdurend was (10% van de patiënten had meer dan 12 consulten nodig), niet in alle gevallen op reguliere wijze afgesloten werd (circa 17% van de patiënten brak de behandeling voortijdig af; bijna 14% werd doorverwezen, meestal naar de tweedelijns-GGZ), en ook niet stevast gepaard ging met een verbetering in het functioneren (bijna 10% van de patiënten bij wie de behandeling op reguliere wijze was afgesloten liet geen verbetering zien).

Relevante bevindingen in relatie tot versoering vergoeding vanuit basisverzekering

Het bleek dat in 2010 bijna 60% van de volwassen patiënten meer dan vijf consulten met de eerstelijnspsycholoog had. Aanpassingsstoornis was de meest gestelde diagnose, bij 24% van de volwassenen. Dit zijn belangrijke bevindingen omdat per 1 januari 2012 het aantal vergoede consulten bij de eerstelijnspsycholoog vanuit de basisverzekering is teruggebracht van acht naar vijf en de diagnose aanpassingsstoornis uit het basispakket geschrapt is.

Volwassen patiënten die op eigen initiatief komen vormen een specifieke groep

Volwassen patiënten die in 2010 op eigen initiatief voor hulp aanklopten bij de eerstelijnspsycholoog (29% van de totale groep) bleken een specifieke groep te vormen. In vergelijking met de patiënten die via de huisarts waren doorverwezen werd namelijk gevonden dat zij: beduidend hoger opgeleid waren, veel vaker al eerder bij de eerstelijnspsycholoog geweest waren, zich vaker aanmeldden met interpersoonlijke klachten, minder goed functioneerden bij intake, vaker kortdurende ondersteuning of advies ontvingen en minder vaak daadwerkelijke behandeling, en na afsluiting van behandeling minder vaak een verbetering in functioneren lieten zien.

2.3 Conclusie

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

2.4 Aanbevelingen

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

Vergroten toegankelijkheid eerstelijnspsycholoog voor subgroepen van patiënten?

Zoals hierboven aangegeven, lijkt hulp van de eerstelijnspsycholoog voor 30% van

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

Monitoren van effecten van beleid ingezet na 2010

Het is belangrijk om de effecten van het beleid dat ingezet is na 2010 te monitoren. Zo kan verwacht worden dat de genoemde versobering van het basispakket per 1 januari 2012 invloed zal hebben op de praktijk van de eerstelijnspsycholoog (bv. leidt het er bijvoorbeeld toe dat bepaalde patiëntgroepen sinds 2012 minder vaak hulp zijn gaan zoeken bij de eerstelijnspsycholoog, en zo ja, wat zijn hier de gevolgen van?). Overigens zal de beperking van de vergoeding van eerstelijns psychologische zorg vanuit de basisverzekering in 2014 komen te vervallen. In het Bestuurlijk Akkoord is afgesproken dat de generalistische Basis-GGZ per 2014 op uniforme wijze bekostigd gaat worden op basis van een beperkt aantal zorgzwaarte-prestaties. Ook is afgesproken dat de generalistische Basis-GGZ alleen via de huisarts (of andere hulpverlener) toegankelijk is, en dat behandeling alleen gestart wordt als er sprake is van een psychische stoornis die gepaard gaat met een gemiddelde tot lage beperking in het functioneren. Het is belangrijk te monitoren welke invloed de ontwikkeling van een generalistische Basis-GGZ heeft op de zorg die verleend wordt door eerstelijnspsychologen en andere aanbieders.

Beter zicht op de kwaliteit en effectiviteit van de geboden hulp

LINEP-gegevens geven een beperkt beeld van de uitkomsten van de hulp die eerstelijnspsychologen bieden. De enige beschikbare informatie hieromtrent betreft de globale verandering in het functioneren van de patiënt, zoals ingeschat door de eerstelijnspsycholoog op basis van Global Assessment of Functioning (GAF)-scores. Per 1 januari 2012 is de LINEP-registratie uitgebreid met de Outcome Rating Scale (ORS). Deze vragenlijst wordt door de patiënt zelf ingevuld bij aanvang van de behandeling, waardoor in de toekomst op basis van LINEP-gegevens ook vanuit het perspectief van patiënten een indruk verkregen kan worden van de effecten van de verleende hulp.

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

Tot slot

In twee hoofdstukken is geprobeerd om een zo actueel mogelijk overzicht te geven van de hulp die geboden wordt door twee belangrijke zorgverleners in de eerste lijn: de huisarts en de eerstelijnspsycholoog. In het licht van het streven naar een sterke eerstelijns-GGZ sinds ruim een decennium zijn er verscheidene positieve bevindingen gedaan, maar bleek er ook ruimte voor verbetering.

Hoewel de best beschikbare registratiebestanden gebruikt zijn, hebben zij ook hun beperkingen. Met LINH-gegevens kan onder meer geen of beperkt zicht verkregen worden op de ernst van psychische problemen, de inzet van niet-medicamenteuze interventies en patiëntuitkomsten in de huisartsenpraktijk. LINEP-gegevens hebben alleen betrekking op de zorg die verleend wordt door eerstelijnspsychologen die aangesloten zijn bij de LVE en geven een beperkt zicht op patiëntuitkomsten. Het is belangrijk dat de aspecten die niet goed 'gedekt' worden door de registratiebestanden meer inzichtelijk gemaakt worden.

Door het streven naar een sterke eerstelijns-GGZ komt de traditionele indeling in eerste- en tweedelijns-GGZ in beweging. Medio 2012 heeft het Ministerie van VWS akkoorden gesloten met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en met andere partijen in de GGZ, waaronder de LVE. Afgesproken is toe te werken naar een eche-lonnering in de GGZ waarbij een onderscheid gemaakt wordt tussen huisartsenzorg, generalistische Basis-GGZ en specialistische GGZ. De huisartsenzorg dient te fungeren als 'toegangspoort' naar de generalistische Basis- en gespecialiseerde GGZ. Afgesproken is dat verzekeraars in hun polis opnemen dat (generalistische of specialistische) GGZ alleen toegankelijk is op verwijzing. De generalistische Basis-GGZ zou gericht moeten zijn op de behandeling van patiënten met een psychische stoornis die gepaard gaat met een gemiddelde tot lage beperking in het functioneren, en wordt geleverd door onder meer eerstelijnspsychologen of aanbieders in de GGZ van anderhalvelijnszorg. De focus van de gespecialiseerde GGZ zou dienen te liggen op het herstel of de rehabilitatie van patiënten met (zeer) complexe psychische stoornissen bij wie de kwaliteit van leven (ernstig) onder druk kan staan. Wanneer behandeling in de gespecialiseerde GGZ niet meer nodig is, zouden patiënten terugverwezen moeten worden naar de huisartsenzorg of generalistische Basis-GGZ.

Momenteel worden de in de akkoorden gemaakte afspraken verder uitgewerkt. In dit kader is het essentieel om de psychische zorg die geboden wordt in de huisartsenpraktijk en GGZ settings goed te blijven monitoren, zodat de effecten van recente en toekomstige beleidsmaatregelen geëvalueerd kunnen worden. Idealiter zouden daarvoor registratiebestanden van alle zorgaanbieders in de GGZ, inclusief huisartsen, aan elkaar gekoppeld moeten kunnen worden, zodat individuele patiënten in hun hele 'zorgcarrière' gevolgd kunnen worden. Op deze manier kunnen patiëntstromen tussen de verschillende GGZ-aanbieders het beste inzichtelijk gemaakt worden, en kunnen mogelijke knelpunten en verbeterpunten het beste worden opgespoord.

Vooraf

Het versterken van de eerstelijnszorg voor mensen met psychische problemen staat volop in de belangstelling van de overheid (VWS, 2011; VWS, 2012). Deze aandacht is niet nieuw. Al ruim een decennium wordt er vanuit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ingezet op het versterken van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in de eerste lijn (waaronder huisartsenzorg, eerstelijns psychologische zorg) (NZa, 2011; Ten Have, 2007; Meijer & Verhaak, 2004). Een voornamelijk reden voor dit beleid is om de gestaag groeiende vraag naar tweedelijns-GGZ te beperken. De gedachte is dat een sterke eerstelijns-GGZ de behandeling van personen met milde psychische problemen die nu nog een beroep doen op de tweedelijns-GGZ op zich gaat nemen. Daarnaast zou een sterke eerstelijns-GGZ beter toegerust zijn om terugvalpreventie en nazorg te bieden aan personen met ernstige(re) psychische problematiek, waardoor meer mensen na behandeling in de tweedelijns-GGZ terugverwezen kunnen worden naar de eerste lijn.

Gegeven het streven naar een sterke eerstelijns-GGZ is het belangrijk een zo actueel mogelijk overzicht te hebben van de psychische zorg die in de eerste lijn verleend wordt. Daarom wordt in twee hoofdstukken gekeken naar de hulp die twee belangrijke zorgverleners in de eerste lijn bieden: de huisarts (hoofdstuk 1) en de eerstelijnspsycholoog (hoofdstuk 2).

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 dementiemiddelen (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 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	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 verwijpercentages 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 verwijpercentages 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 verwijbsbestemmingen 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 ondervertegenwoordiging 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 verwijfspercentage 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 verwijfspercentage naar de gespecialiseerde GGZ; het verwijfspercentage 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 verwijfspercentages. 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 verwijfspercentage 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 verwijfspercentage 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 verwijfspercentages 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).

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

2.1 Inleiding

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

2.1.1 Wie is de eerstelijnspsycholoog?

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

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

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

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

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

2.1.2 Versterking eerstelijns-GGZ: gevolgen voor de eerstelijnspsycholoog

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

Eerste maatregelen

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

Recentere maatregelen

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

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

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

Toekomstige maatregelen

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

15 Zie beleidsregel eerstelijnspsychologische zorg van de NZa.

2.1.3 Onderzoek naar hulpverlening door eerstelijnspsychologen

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

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

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

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

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

2.1.4 Doelstelling

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

2.2 Methode

2.2.1 Gebruikte gegevens

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

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

Onderzochte variabelen

De volgende variabelen zijn meegenomen in het onderzoek:

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

2.2.2 Analyse en presentatie van resultaten

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

2.3 Resultaten

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

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

2.3.1 Patiëntkenmerken

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

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

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

1 Sommige variabelen zijn gebaseerd op een kleiner aantal patiënten

2 Inclusief werkloos/-zoekend en pensioen

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

2.3.2 Aanmelding

Eerste aanmelding of heraanmelding

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

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

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

Wachttijd

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

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

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

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

Aanmeldklachten

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

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

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

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

2 Zoals nieuwe situaties en levensfaseproblemen. Ook verlies en trauma

3 Zoals negatief zelfbeeld en subassertiviteitsproblemen

4 Omvat ook hyperventilatie en (vage) spanningsklachten

2.3.3 Diagnose

Diagnose: As I

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

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

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

Diagnose: As II

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

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

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

Diagnose: As III

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

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

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

Diagnose: As IV

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

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

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

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

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

2.3.4 Verleende hulp

Aantal consulten en behandelduur: totale groep

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

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

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

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

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

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

Aantal consulten en behandelduur: regulier afgesloten behandeling

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

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

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

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

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

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

Aard van verleende hulp: totale groep

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Aard van verleende hulp: regulier afgesloten behandeling

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.5 Behandeluitkomst: verandering in functioneren

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

Totale groep

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

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

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

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

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

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

Regulier afgesloten behandeling

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

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

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

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

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

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

2.3.6 Afsluiting behandeling

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3 Zoals residentieel / herstellingsoord /algemeen ziekenhuis

2.4 Samenvatting en beschouwing

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

2.4.1 Beperkingen van het onderzoek

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

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

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

2.4.2 Resultaten totale groep volwassen patiënten: samenvatting en beschouwing

Samenvatting

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

Patiënten van de eerstelijnspsycholoog vormen een specifieke groep

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relevante bevindingen in relatie tot versobering vergoeding vanuit basisverzekering

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

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

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

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

Samenvatting

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

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

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

Volwassen patiënten die op eigen initiatief komen vormen een specifieke groep

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

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

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

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

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

2.4.4 Conclusie

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

2.4.5 Aanbevelingen

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

Vergroten toegankelijkheid eerstelijnspsycholoog voor subgroepen van patiënten?

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

Monitoren van effecten van beleid ingezet na 2010

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

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

Beter zicht op de kwaliteit en effectiviteit van de geboden hulp

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

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

Tot slot

In twee hoofdstukken is geprobeerd om een zo actueel mogelijk overzicht te geven van de hulp die geboden wordt door twee belangrijke eerstelijns zorgverleners, de huisarts en de eerstelijnspsycholoog. In het licht van het streven naar een sterke eerstelijns-GGZ sinds ruim een decennium zijn er verscheidene positieve bevindingen gedaan, maar bleek er ook ruimte voor verbetering.

Hoewel de best beschikbare registratiebestanden gebruikt zijn, hebben zij ook hun beperkingen. Met LINH-gegevens kan geen of beperkt zicht verkregen worden op de ernst van psychische problemen, de inzet van niet-medicamenteuze interventies en patiëntuitkomsten in de huisartsenpraktijk. LINEP-gegevens hebben alleen betrekking op de zorg die verleend wordt door eerstelijnspsychologen die aangesloten zijn bij de LVE en geven een beperkt zicht op patiëntuitkomsten. Het is belangrijk dat de aspecten die niet goed 'gedekt' worden door de registratiebestanden meer inzichtelijk gemaakt worden.

Het versterken van de eerstelijns-GGZ staat momenteel misschien wel meer dan ooit in de belangstelling. Medio 2012 heeft het Ministerie van VWS akkoorden gesloten met zowel de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV/VWS, 2012) als andere partijen in de GGZ, waaronder de LVE (Bestuurlijk Akkoord, 2012). Afgesproken is toe te werken naar een echelonnering in de GGZ waarbij een onderscheid gemaakt wordt tussen huisartsenzorg, generalistische Basis-GGZ en specialistische GGZ. De huisartsenzorg dient te fungeren als 'toegangspoort' naar de generalistische Basis- en gespecialiseerde GGZ. Afgesproken is dat verzekeraars in hun polis opnemen dat (generalistische of specialistische) GGZ alleen toegankelijk is op verwijzing. De generalistische Basis-GGZ zou gericht moeten zijn op de behandeling van patiënten met een psychische stoornis die gepaard gaat met een gemiddelde tot lage beperking in het functioneren, en wordt geleverd door onder meer eerstelijnspsychologen of aanbieders in de GGZ van anderhalvelijnszorg. De focus van de gespecialiseerde GGZ zou dienen te liggen op het herstel of de rehabilitatie van patiënten met (zeer) complexe psychische stoornissen bij wie de kwaliteit van leven (ernstig) onder druk kan staan. Wanneer behandeling in de gespecialiseerde GGZ niet meer nodig is, zouden patiënten terugverwezen moeten worden naar de huisartsenzorg of generalistische Basis-GGZ.

Momenteel worden de in de akkoorden gemaakte afspraken verder uitgewerkt. In dit kader is het essentieel om de psychische zorg die geboden wordt in de huisartsenpraktijk en GGZ-settings goed te blijven monitoren, zodat de effecten van recente en toekomstige beleidsmaatregelen geëvalueerd kunnen worden. Idealiter zouden daarvoor registratiebestanden van alle zorgaanbieders in de GGZ, inclusief huisartsen, aan elkaar gekoppeld moeten kunnen worden, zodat individuele patiënten in hun hele 'zorgcarrière' gevolgd kunnen worden. Op deze manier kunnen patiëntstromen tussen de verschillende aanbieders van GGZ het beste inzichtelijk gemaakt worden, en kunnen mogelijke knelpunten en verbeterpunten het beste worden opgespoord.

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 huisartsenvoorziening*. 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.

Referenties hoofdstuk 2

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

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

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

Bijlage hoofdstuk 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

Bijlage hoofdstuk 2

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

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

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

¹ Inclusief ziektewet

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



Het versterken van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in de eerste lijn staat al geruime tijd in de belangstelling van de overheid. In dit rapport wordt gekeken naar de hulp die twee belangrijke zorgverleners in de eerste lijn bieden: de huisarts (hoofdstuk 1) en de eerstelijnspsycholoog (hoofdstuk 2). De bevindingen worden besproken in relatie tot het recentelijk gesloten Bestuurlijk Akkoord. Hierin is afgesproken om toe te werken naar een sterke huisartsenzorg en generalistische Basis-GGZ, zodat deze echelons een aanzienlijk deel van de patiënten gaan overnemen die nu in de tweedelijns-GGZ worden geholpen.

Dit rapport is uitgebracht in het kader van de Trendrapportage GGZ 2012. Publicaties in het kader van de Trendrapportage GGZ verschijnen jaarlijks en bieden overzichten van de belangrijkste ontwikkelingen in de GGZ op drie deelterreinen:

1. Organisatie, structuur en financiering
2. Toegang en zorggebruik
3. Kwaliteit en effectiviteit

De Trendrapportage GGZ wordt opgesteld in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.