

Patiënten zonder DSM-IV-diagnose en/of met subklinische klachten in de generalistische en specialistische ggz

M.W. KLOOS, B.G. TIEMENS, G.J.M. HUTSCHEMAEKERS

ACHTERGROND De bevinding uit NEMESIS-2 dat 40% van de patiënten in de ambulante ggz in de voorgaande 12 maanden geen psychische aandoening had, was de aanleiding voor deze studie. Een DSM-IV-classificatie van de klachten van een patiënt is een voorwaarde voor het starten van verzekerde ggz.

DOEL Beschrijven van de aanwezigheid van een DSM-IV-geclassificeerde aandoening en de ernst van de klachten bij patiënten die zijn aangemeld voor behandeling in de generalistische of specialistische ggz. Nagaan of patiënten die zich aanmelden bij de ggz met subklinische klachten specifieke kenmerken vertonen.

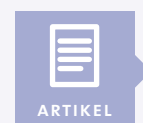
METHODE Bij patiënten uit de specialistische ggz werd standaard met een MINI 5.0.0 de aanwezigheid van een aandoening volgens de DSM-IV vastgesteld (n = 3072). De OQ-45 werd binnen de generalistische (n = 2255) en de specialistische ggz (n = 5009) gebruikt om de ernst van de klachten te meten. Met logistische regressie onderzochten we waarin cliënten met subklinische en klinische klachten zich onderscheidden. Hiervoor werden ook geanonimiseerde gegevens uit het elektronisch patiëntendossier gebruikt.

RESULTATEN In de specialistische ggz had bij intake slechts 14,3% van de patiënten klachten die niet voldeden aan de DSM-IV-criteria voor een aandoening. Bij aanmelding in de generalistische ggz had 56,5% en in specialistische ggz 70,9% van de patiënten een hoge tot zeer hoge score op klachten en disfuncties volgens de OQ-45. De proportie patiënten met een DSM-IV-diagnose liep op van 52,9% van patiënten met een subklinische OQ-45-totaalscore tot 94,8% van patiënten met een zeer hoge totaalscore. Voorspellers van een subklinische OQ-45-totaalscore waren vergelijkbaar voor de generalistische en specialistische ggz.

CONCLUSIE De groep patiënten zonder als DSM-IV-diagnose in de specialistische ggz is klein. De meeste patiënten in de generalistische en specialistische ggz rapporteerden ernstige klachten en symptomen. Klachten van patiënten met een subklinische totaalscore in zowel de generalistische als de specialistische ggz waren met name stressgerelateerd.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)8, 565-573

TREFWOORDEN DSM-IV-diagnose, ernst klachten, generalistische ggz, NEMESIS-2, specialistische ggz, subklinische scores OQ-45



Uit cijfers van de *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study* (NEMESIS-2; De Graaf e.a. 2010) blijkt dat bij ruim 40% van het totaal aantal patiënten dat gebruikmaakte van de ambulante ggz geen DSM-IV-stoornis op as I

was gediagnosticeerd in de voorgaande 12 maanden. Dit cijfer sluit niet aan bij de afspraken in het bestuurlijk akkoord 'Toekomst ggz' 2013-2014. De aanwezigheid van een stoornis volgens de DSM-IV-criteria is hierin een vereiste

voor het vergoeden van de behandeling. NEMESIS-2 is een longitudinale studie naar het voorkomen en beloop van psychische aandoeningen in de algemene Nederlandse volwassen bevolking. Respondenten worden langere tijd gevolgd en meerdere keren geïnterviewd (De Graaf e.a. 2012).

Ten Have e.a. (2012) geven in de Trendrapportage ggz 2012 verschillende mogelijke verklaringen voor de genoemde uitkomsten. Eén van de verklaringen is dat de ambulante ggz in NEMESIS-2 zowel eerstelijnspsychologen (ELP's) als tweedelijns-ggz omvat. De suggestie daarbij is dat binnen de specialistische ggz de problematiek ernstiger zou zijn. Dit zou impliceren dat vooral in de eerstelijns psychologische zorg veel patiënten worden behandeld zonder diagnose volgens DSM-IV-criteria.

Uit het jaarbericht 2012 van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE) blijkt echter dat 85% van de cliënten van wie de behandeling was afgesloten een klinische stoornis had. In de specialistische ggz lijkt een grote groep zonder DSM-geclassificeerde stoornis niet waarschijnlijk, mede omdat hier steeds meer volgens diagnostische zorgprogramma's behandeld wordt (Fenema e.a. 2010; Westra e.a. 2012). Deze programma's veronderstellen een diagnose. Een andere verklaring is dat huisartsen relatief veel personen met lichte psychische problematiek doorverwijzen naar de specialistische ggz. Het aantal verwijzingen van huisartsen naar de ggz is in de afgelopen jaren toegenomen (Verhaak 2012). Dit hoeft echter niet te betekenen dat de problematiek van de patiënten die zijn verwezen lichter is geworden, het kan ook impliceren dat huisartsen psychische problematiek beter zijn gaan signaleren, zoals Braspenning e.a. (2004) lieten zien voor depressie. Een andere mogelijkheid is dat de respondenten in NEMESIS-2 door de al ontvangen psychologische zorg zijn opgeknapt en daardoor niet meer voldoen aan de criteria van een psychische aandoening.

Uit de resultaten van NEMESIS-2 wordt niet duidelijk in hoeverre deze verklaringen van kracht zijn. Geprikkeld door de NEMESIS-2-cijfers en de verklaringen daarvoor hebben wij de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- Hoe groot is de groep patiënten zonder (as I-)DSM-IV-diagnose in de specialistische ggz?
- Zijn dit allemaal patiënten met lichte problematiek?
- Wat zijn kenmerken van patiënten met subklinische klachten en zijn deze groepen vergelijkbaar in de generalistische en de specialistische ggz?

METHODE

Populatie

De onderzoekspopulatie bestond uit 33.686 patiënten van 18 tot 65 jaar die werden ingeschreven bij de generalisti-

AUTEURS

MARGOT KLOOS, junior wetenschappelijk medewerker, Pro Persona Research.

BEA TIEMENS, hoogleraar Evidence based practice in mental health care, Radboud Universiteit Nijmegen, senior wetenschappelijk medewerker Pro Persona Research en programmaleider onderzoek Indigo.

GIEL HUTSCHEMAEKERS, hoogleraar Geestelijke gezondheidszorg, Radboud Universiteit Nijmegen, en hoofd zorgprogramma Basis GGZ Indigo Gelderland.

CORRESPONDENTIEADRES

M.W. Kloos, Pro Persona Research, Gebouw De Bogen, Wolfheze 2, 6874 BE Wolfheze.
E-mail: m.kloos@propersona.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 9-3-2016.

sche ggz (Indigo) of de specialistische ggz (Pro Persona) in de periode 1 januari 2011-31 december 2013. Voor het vaststellen van de aanmelddatum werden diagnose-behandelcombinaties (DBC's) zonder regulier intakeproces (DBC's met enkel crisiscontacten en DBC's zonder behandel-tijd) geëxcludeerd. Dit resulteerde in 20.135 aanmeldingen, waarvan 4869 (24,2%) in de generalistische en 15.266 (75,8%) in de specialistische ggz. Niet alle patiënten die aangemeld worden of een intake hebben gehad, komen in behandeling.

Instrumenten

MINI 5.0.0

Tijdens de intake wordt bij Pro Persona gebruikgemaakt van een gestandaardiseerd diagnostisch instrument, het *Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview 5.0.0* (MINI; Sheehan 1998). De psychometrische eigenschappen van het MINI voor het systematisch vaststellen van DSM-IV-diagnoses zijn goed en vergelijkbaar met die van het *Composite Structured Clinical Interview* (CIDI; Van Vliet & de Beurs 2007). De hulpverlener vraagt met een gedigitaliseerde MINI tijdens de intake voor de specialistische ggz de criteria van de meest voorkomende psychiatrische stoornissen (as I) uit.

OQ-45

Voor het beoordelen van de ernst van de klachten en het interpersoonlijk en maatschappelijk functioneren van patiënten werden de uitkomsten van een gevalideerde zelfrapportagevragenlijst, de Nederlandse *Outcome Questi-*

onnaire-45.2 (00-45), gebruikt (Lambert e.a. 1996, 2004; de Jong e.a. 2004, 2007). De 00-45 bestaat uit 45 items die gescoord worden op een vijfpuntsschaal, lopend van '0 = nooit' tot '4 = bijna altijd'. Onderzoek naar de psychometrische kwaliteiten van de 00-45 wijst uit dat de betrouwbaarheid en de validiteit voldoende tot goed zijn (De Beurs e.a. 2005; De Jong 2007). Zie **FIGUUR 1** voor de gehanteerde normering van de totaalscores.

DEMOGRAFISCHE VARIABELEN EN WERK

Indigo maakt in de *routine outcome monitoring* (ROM) standaard gebruik van een vragenlijst voor het navragen van demografische gegevens zoals burgerlijke staat, leefsituatie en opleiding. Opleiding is ingedeeld in drie categorieën: laag (lagere school), midden (vmbo tot vwo) en hoog (hbo/wo). Daarnaast wordt een onderdeel van de *Short Form - Health and Labour Questionnaire* (SF-HLQ) afgenomen (Hakkaart-van Roijen e.a. 1996, 2010) met vragen over het verrichten van betaald werk en werkverzuim.

Dataset

Van de 15.266 patiënten in de specialistische ggz werd bij 3072 patiënten (20,1%) door hulpverleners digitaal een MINI afgenomen binnen 8 weken na de startdatum van de aanmelding. Van 2255 patiënten (46,3%) in de generalistische ggz en 5009 patiënten (32,8%) in de specialistische ggz was een 00-45 beschikbaar, die werd afgerond binnen 8 weken na de startdatum. Daarnaast werden van alle geïncludeerde patiënten geanonimiseerde gegevens opgevraagd uit het elektronisch patiëntendossier. Het ging hierbij om informatie over initiële en vervolg-DBC's, hoofddiagnose, aanmeldreden(en) en de score op de *Global*

Assessment of Functioning (GAF). Voor het uitvoeren van dit onderzoek maakten wij gebruik van bestaande data en werd geen extra inspanning van patiënten gevraagd, waardoor ethische toetsing niet nodig was.

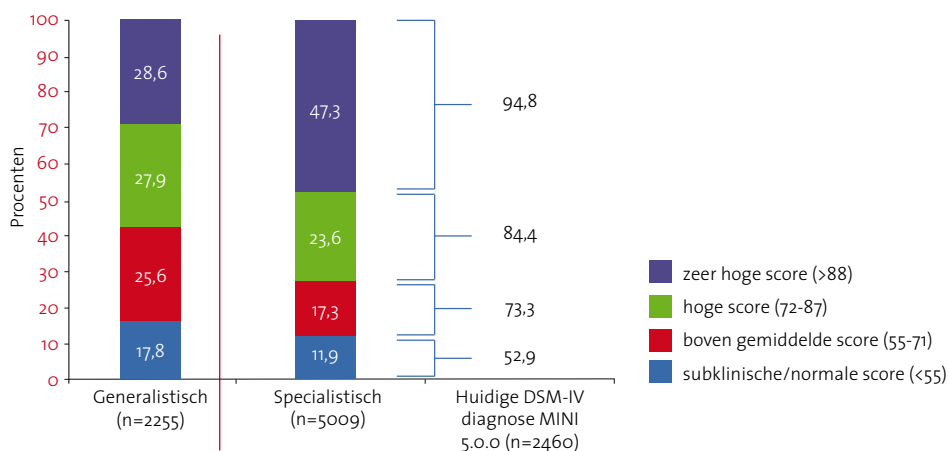
Statistische analyses

Statistische analyses werden uitgevoerd met SPSS versie 20. De resultaten van MINI werden gebruikt om vast te stellen welk deel van de patiënten één of meer DSM-IV-diagnose(s) had bij intake in de specialistische ggz. De totaalscore van de 00-45 werd ingedeeld in vier normgroepen: een normale (subklinische), bovengemiddelde, hoge of zeer hoge score ten opzichte van de algemene Nederlandse bevolking (De Jong e.a. 2008). Binnen de specialistische ggz berekenden wij voor de verschillende normgroepen het percentage patiënten met een huidige DSM-IV-stoornis.

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag naar kenmerken van patiënten in de ggz met lichte problematiek werd de groep patiënten met subklinische 00-45-scores vergeleken met de groep die klinisch scoorde op de 00-45. Verschillen in gemiddelden tussen de groepen werden getoetst met éénwegvariantieanalyse (ANOVA) en verschillen in proporties met de χ^2 -toets. Om een beter beeld te krijgen van de reden(en) van 'gezonde' patiënten om hulp te zoeken in de ggz werden gemiddelde itemscores van de 00-45 berekend. De 5 hoogst scorende items worden weergegeven voor subklinisch scorende groepen.

We verrichtten logistische-regressieanalyses met als afhankelijke variabele een normale versus klinische score op de 00-45 en als onafhankelijke variabelen leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, leefsituatie, opleiding, aanmeldklachten, GAF-score, DSM-IV-hoofddiagnose uit het EPD,

FIGUUR 1 Totaalscores 00-45 in normgroepen bij start behandeling in de generalistische en de specialistische ggz en het percentage patiënten met een I-DSM-IV-diagnose volgens MINI 5.0.0



betaald werk en ziekteverzuim. Voor het identificeren van de belangrijkste voorspellers kozen we voor de *backward-stepwisemethode* op basis van de *likelihoodratio*. Alle variabelen worden hierbij opgenomen in het model en stap-voor-stap verwijderd totdat alleen de significante ($p < 0,05$) overblijven. Van de onafhankelijke variabelen die werden opgenomen in het model rapporteren we de *oddsratio* met het bijbehorende 95%-betrouwbaarheidsinterval en de *p-waarde*. Vanwege het explorerend en hypothesegenerend karakter van dit onderzoek pasten we geen statistische correctie toe voor het uitvoeren van *multipele vergelijkingen*.

RESULTATEN

DSM-IV-diagnoses

Op basis van de uitkomsten van het *MINI* werd tijdens de intake in de specialistische *ggz* bij slechts 14,3% van de patiënten geen huidige *as I*-diagnose volgens *DSM-IV*-criteria vastgesteld (zie **TABEL 1**). 12,2% voldeed niet aan de criteria voor een huidige of *lifetime-DSM-IV*-diagnose. Bij 61,5% van de patiënten was sprake van comorbiditeit van meer dan één *as I*-diagnose. *DSM-IV*-diagnoses in de groep angststoornissen werden het vaakst vastgesteld, gevolgd door stemmingsstoornissen.

Klachten en functioneren

Patiënten in de generalistische *ggz* hadden een gemiddelde totaalscore op de *OQ-45* van 75,4 (*SD* 22,2) en in de specialistische *ggz* was het gemiddelde 84,4 (*SD* 24,6). Van de 3.072 patiënten uit de specialistische *ggz* met een afgeronde *MINI* was van 2.460 (80,1%) tevens een *OQ-45* beschikbaar. In **TABEL 2** zijn de patiënten op basis van hun *OQ-45*-totaalscore ingedeeld in normgroepen (De Jong e.a. 2008). Bij de normgroepen in de specialistische *ggz* is aangegeven welk percentage een *DSM*-diagnose volgens het *MINI* had.

FIGUUR 1 laat zien dat de groep patiënten binnen de generalistische *ggz* met een subklinische totaalscore op de *OQ-45*

TABEL 1 DSM-IV-diagnoses volgens het *MINI 5.0.0* bij intake in de specialistische *ggz*

	Specialistisch <i>MINI 5.0.0</i> <i>n = 3072</i>
Actuele <i>as I-DSM-IV</i> -diagnose	2634 (85,7%)
Aantal <i>as I-DSM-IV</i> -diagnoses	
0	438 (14,3%)
1	744 (24,2%)
2	729 (23,7%)
3 of meer	1161 (37,8%)
Angststoornis	2032 (66,1%)
Stemmingsstoornis	1706 (55,5%)
Middelenstoornis	462 (15,0%)
Overige stoornis	356 (11,6%)

(17,8%) bij aanmelding, conform verwachting, groter was dan in de specialistische *ggz* (11,9%). Het was echter niet zo dat alleen patiënten met lichte problematiek werden behandeld in de generalistische *ggz*. 56,5% van de patiënten scoorde bij intake hoog of zeer hoog. Bij intake in de specialistische *ggz* had 70,9% van de patiënten een hoge tot zeer hoge totaalscore op de *OQ-45*. De proportie patiënten met een *DSM-IV*-diagnose in de specialistische *ggz* liep sterk op per normgroep van de *OQ-45*-totaalscore (χ^2 -toets voor trend = 311,7; $p < 0,001$). Van de patiënten met een subklinische score op de *OQ-45* voldeed iets meer dan de helft aan de criteria van een *DSM-IV*-stoornis en in de groep patiënten met een zeer hoge score was dit percentage opgelopen tot 94,8. In de specialistische *ggz* was de groep patiënten die in behandeling kwam zonder *DSM-IV*-aandoening en met een subklinische totaalscore op de *OQ-45* erg klein, namelijk 4,6%.

TABEL 2 Top 5 van *OQ-45*-items binnen de subklinische groep in de generalistische en specialistische *ggz*

Generalistische <i>ggz</i> (<i>n</i> = 401)	Specialistische <i>ggz</i> (<i>n</i> = 595)
<i>OQ02</i> – 1,90 – ‘Ik word gauw moe.’	<i>OQ22</i> – 1,88 – ‘Ik vind het moeilijk om me te concentreren.’
<i>OQ06</i> – 1,82 – ‘Ik ben geïrriteerd.’	<i>OQ02</i> – 1,76 – ‘Ik word gauw moe.’
<i>OQ04</i> – 1,72 – ‘Ik sta onder stress op het werk/op school.’	<i>OQ06</i> – 1,66 – ‘Ik ben geïrriteerd.’
<i>OQ22</i> – 1,71 – ‘Ik vind het moeilijk om me te concentreren.’	<i>OQ41</i> – 1,44 – ‘Ik kan moeilijk in slaap vallen of doorslapen.’
<i>OQ16</i> – 1,62 – ‘Ik maak me zorgen over problemen in mijn familie.’	<i>OQ14</i> – 1,39 – ‘Ik werk/studeer te veel.’

TABEL 3 Kenmerken van patiënten met subklinische en klinische totaalscores op de OQ-45 bij intake in de generalistische en specialistische ggz

Patiëntkenmerken	Totaalscore OQ-45 Generalistische ggz			Specialistische ggz		
	Subklinisch n = 401	Klinisch n = 1854	p	Subklinisch n = 595	Klinisch n = 4414	p
Gem. leeftijd (SD)	37,4 (12,3)	37,7 (11,9)	0,647	36,9 (11,4)	37,1 (10,7)	0,667
geslacht – vrouw (%)	219 (54,6%)	1163 (62,7%)	0,002	260 (43,7%)	2493 (56,5%)	<0,001
Aanmeldklacht (% ja)						
Stemming	80 (20,0%)	609 (32,8%)	< 0,001	88 (14,8%)	1348 (30,5%)	< 0,001
Angst	126 (31,4%)	645 (34,8%)	0,197	125 (21,0%)	1110 (25,1%)	0,028
Psychose	0 (0,0%)	7 (0,4%)	0,218	17 (2,9%)	97 (2,2%)	0,311
Lichamelijk	15 (3,7%)	50 (2,7%)	0,257	15 (2,5%)	109 (2,5%)	0,939
Gedrag	22 (5,5%)	79 (4,3%)	0,282	117 (19,7%)	666 (15,1%)	0,004
cognitief/geheugen	1 (0,2%)	5 (0,3%)	0,943	7 (1,2%)	35 (0,8%)	0,335
Identiteit	5 (1,2%)	31 (1,7%)	0,538	8 (1,3%)	98 (2,2%)	0,164
Leren/school	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-	8 (1,3%)	54 (1,2%)	0,802
Opvoeding	1 (0,2%)	4 (0,2%)	0,897	1 (0,2%)	20 (0,5%)	0,312
relatie/gezin	72 (18,0%)	251 (13,5%)	0,022	53 (8,9%)	269 (6,1%)	0,009
werk/studie	24 (6,0%)	102 (5,5%)	0,702	12 (2,0%)	116 (2,6%)	0,375
sociale contacten	4 (1,0%)	7 (0,4%)	0,106	20 (3,4%)	71 (1,6%)	0,003
trauma	15 (3,7%)	76 (4,1%)	0,741	16 (2,7%)	201 (4,6%)	0,034
verslaving	4 (1,0%)	9 (0,5%)	0,219	12 (2,0%)	76 (1,7%)	0,607
seksualiteit	0 (0,0%)	1 (0,1%)	0,642	1 (0,2%)	5 (0,1%)	0,717
hulp aan een ander	0 (0,0%)	2 (0,1%)	0,511	0 (0,0%)	10 (0,2%)	0,245
niet onder te brengen	73 (18,2%)	347 (18,7%)	0,811	63 (10,6%)	411 (9,3%)	0,318
onbekend	29 (7,2%)	113 (6,1%)	0,395	155 (26,1%)	1127 (25,5%)	0,786
Gem. GAF-score (SD)	n=373	n=1764		n=526	n=4167	
start behandeling	65,0 (7,8)	61,4 (7,5)	< 0,001	61,7 (10,4)	55,1 (8,4)	< 0,001
DSM-IV-hoofddiagnose EPD (%)	n = 371	n = 1751	< 0,001	n = 517	n = 4142	< 0,001
angststoornis	70 (18,9%)	328 (18,7%)		123 (23,8%)	1201 (29,0%)	
stemmingsstoornis	29 (7,8%)	397 (22,7%)		55 (10,6%)	987 (23,8%)	
persoonlijkheidsstoornis	3 (0,8%)	54 (3,1%)		52 (10,1%)	875 (21,1%)	
overige stoornis	68 (18,3%)	293 (16,7%)		215 (41,6%)	896 (21,6%)	
aanpassingsstoornis	74 (19,9%)	380 (21,7%)		23 (4,4%)	76 (1,8%)	
V-codes	127 (34,2%)	299 (17,1%)		49 (9,5%)	107 (2,6%)	

Eénweg-ANOVA (gemiddelden) of χ^2 -toets (%)

1 Aanmeldklacht(en) van de eerste DBC

Kenmerken van ‘gezonde’ patiënten

De top vijf van de meest voorkomende klachten bij de groep patiënten die subklinisch scoorde op de OQ-45 binnen de generalistische en specialistische ggz wordt weergegeven in **TABEL 2**. In beide groepen werden stressgerelateerde klachten, zoals vermoeidheid, moeite met concentratie en irritatie, het vaakst gerapporteerd.

In **TABEL 3** worden de kenmerken van patiënten die zich

aanmeldden voor behandeling in de ggz met een subklinische totaalscore (< 55) op de OQ-45 vergeleken met de groep patiënten die bij aanmelding binnen de klinische waarden (≥ 55) scoorde.

Patiënten die subklinisch scoorden op de OQ-45 waren vaker man, rapporteerden minder vaak stemmingsklachten bij aanmelding en hadden een hogere GAF-score. Klachten over relatie en gezin kwamen vaker voor binnen

TABEL 4 Multipele logistische-regressiemodellen met significante voorspellers van een subklinische totaalscore op de OQ-45 bij intake

Predictoren	Generalistische ggz subklinische (1) vs. klinische (0) totaalscore		Specialistische ggz subklinische (1) vs. klinische (0) totaalscore	
	OR (95%-BI)	p	OR (95%-BI)	p
Geslacht (vrouw)	0,74 (0,56-0,98)	0,037	0,67 (0,55-0,82)	<0,001
Opleiding (laag)*	1,00 (ref)	0,021		
midden	0,96 (0,41-2,25)	0,916		
hoog	1,43 (0,60-3,38)	0,418		
Aanmeldklacht				
stemming	0,55 (0,39-0,78)	0,001	0,65 (0,50-0,85)	0,001
angst	0,67 (0,48-0,93)	0,017		
niet onder te brengen	0,64 (0,43-0,96)	0,031		
GAF	1,05 (1,03-1,07)	< 0,001	1,08 (1,07-1,09)	< 0,001
DSM-IV hoofddiagnose EPD	1,00 (ref)	< 0,001	1,00 (ref)	< 0,001
(stemming)				
angststoornis	3,53 (1,92-6,49)	< 0,001	1,22 (0,86-1,73)	0,258
aanpassingsstoornis	3,08 (1,69-5,61)	<0,001	3,29 (1,87-5,78)	<0,001
persoonlijkheidsstoornis	1,91 (0,40-9,15)	0,416	1,06 (0,71-1,58)	0,780
overig	2,88 (1,57-5,29)	< 0,001	2,97 (2,14-4,12)	< 0,001
V-code	4,60 (2,58-8,22)	< 0,001	4,25 (2,68-6,73)	< 0,001
Ziekteverzuim (ja)*	0,49 (0,37-0,66)	< 0,001		

* Alleen beschikbaar voor de generalistische ggz

deze groep. Binnen de specialistische ggz meldden cliënten met een subklinische OQ-45-totaalscore ook minder vaak angst- en traumagerelateerde klachten en vaker problemen met gedrag en sociale contacten dan cliënten met een klinische OQ-45-totaalscore. Uit de hoofddiagnose van patiënten in het EPD bleek dat in de subklinische groep minder stemmings- en persoonlijkheidsstoornissen werden geregistreerd. Binnen de subklinische groep in de generalistische ggz werden meer V-codes als hoofddiagnose gevonden. Binnen de specialistische ggz bevonden zich minder patiënten met als hoofddiagnose een angststoornis en meer patiënten met als hoofddiagnose een overige stoornis, aanpassingsstoornis of V-code in de subklinische groep in vergelijking met de klinische groep. De cijfers uit **TABEL 4** maken het mogelijk cliënten met een subklinische score op de OQ-45 op verschillende wijzen te typeren. Uit de multipole logistische-regressieanalyse bleek dat zowel in de generalistische als in de specialistische ggz geslacht, de aanmeldklacht stemming, de GAF-score en de DSM-IV-hoofddiagnose zoals geregistreerd in het EPD, voorspellend waren voor een subklinische totaalscore op de OQ-45 bij de aanvang van de behandeling. Van de

variabelen die alleen in de generalistische ggz werden gemeten (gemarkeerd met een *), waren opleiding en ziekteverzuim significante voorspellers van een subklinische score op de OQ-45. In een gecombineerd model met ggz-setting (generalistisch versus specialistisch) als onafhankelijke variabele en als interactieterm met alle overige onafhankelijke variabelen, bleek van de interactietermen alleen de generalistische/specialistische* DSM-IV-diagnose een significante voorspeller ($p = 0,001$) voor een subklinische totaalscore op de OQ-45. De variabele voor ggz-setting was niet significant ($p = 0,843$) in dit model.

DISCUSSIE

In het bestuurlijk akkoord over de toekomst van de ggz 2013-2014 is afgesproken dat een substantieel deel van de patiënten die in 2013 nog in de specialistische ggz behandeld werden over zal gaan naar de huisartsenzorg (POH-GGZ) en de basis-ggz. Vanaf 2014 valt de generalistische zorg die Indigo levert onder de basis-ggz. Pro Persona daarentegen biedt specialistische ggz. Zowel in de basis-ggz als in de gespecialiseerde ggz worden behandelingen alleen ver-
goed als er een DSM-IV-stoornis is vastgesteld.

Uit de resultaten van onze studie blijkt dat in een populatie patiënten in de specialistische ggz slechts 14,3% geen DSM-IV-stoornis op as I heeft op basis van een gestandaardiseerd diagnostisch instrument. Dit percentage is aanzienlijk lager dan de ruim 40% die gevonden werd in NEMESIS-2.

Uit gegevens van het eerste NEMESIS-onderzoek bleek dat in 1997 ook relatief veel ggz-gebruikers (29,8%) geen recente psychische aandoening hadden (Ten Have e.a. 2009). Hoewel deze cijfers niet direct vergeleken kunnen worden, concluderen de onderzoekers van NEMESIS-2 dat relatief veel ggz-gebruikers subklinische problemen hebben en dat dit beeld in de afgelopen jaren in Nederland niet is veranderd (Ten Have e.a. 2012).

Verklaring verschil met NEMESIS-cijfers

Hoe kan het verschil in cijfers worden verklaard? In NEMESIS-2 werd gebruikgemaakt van het *Composite International Diagnostic Interview 3.0* (CIDI) om DSM-IV-aandoeningen op as I te bepalen. Uit internationale studies waarin men het MINI vergeleek met de SCID-P en het CIDI (Lecrubier e.a. 1997; Sheehan e.a. 1997, 1998) blijkt dat met het MINI as I-DSM-IV-diagnoses snel en voldoende betrouwbaar en valide worden vastgesteld. Hierdoor is het niet aannemelijk dat het diagnostisch instrument het verschil in percentage patiënten in de (ambulante) ggz zonder DSM-aandoening tussen de NEMESIS-2-populatie en onze populatie in de specialistische ggz verklaart.

In tegenstelling tot dit onderzoek, waarin we gebruikmaken van gegevens van patiënten bij intake, wordt in NEMESIS-2 een cross-sectionele meting verricht. Respondenten die in zorg zijn, bevinden zich dus in verschillende stadia van de behandeling. Een deel van de respondenten die gebruikmaken van de ambulante ggz is mogelijk al hersteld gedurende de behandeling en hun klachten voldoen op het moment van het diagnostisch interview niet meer aan de criteria van een DSM-IV-diagnose.

Daarnaast omvat de ambulante ggz in NEMESIS-2 niet alleen tweedelijns-ggz, maar ook ELP's, die over het algemeen minder complexe psychische problematiek behandelen. Uit publicaties over NEMESIS-2 wordt niet duidelijk wat de verhouding tussen patiënten in de eerste- en tweedelijns-ggz is. Wanneer een relatief groot aantal respondenten in de steekproef van NEMESIS-2 in behandeling blijkt te zijn bij een ELP, beïnvloedt dit het aandeel zonder DSM-IV-diagnose in de voorgaande 12 maanden positief.

De context waarin het diagnostisch interview wordt afgenomen, kan ook een rol spelen. Iemand met een hulpvraag tijdens een intake in de ggz beantwoordt vragen over symptomen van psychische stoornissen mogelijk anders dan een volwassene uit de Nederlandse bevolking die in het kader van een wetenschappelijk onderzoek wordt bevraagd.

Patiënten zonder diagnose

Onze twee andere onderzoeksvragen betroffen kenmerken van patiënten in de ggz die niet voldoen aan de DSM-IV-criteria en/of subklinische scores hebben. In deze studie heeft 4,6% van de patiënten in de specialistische ggz geen DSM-IV-stoornis én een subklinische totaalscore op de OQ-45, een zeer klein deel van de patiënten die aangemeld zijn voor behandeling. Uit dit onderzoek blijkt ook dat van de patiënten in de specialistische ggz bij wie geen DSM-IV-aandoening werd vastgesteld bij de intake slechts 30% binnen de normale waarden scoort op de OQ-45. Het merendeel ervaart dus wel degelijk klachten. Er is een sterk positief verband tussen het klachtniveau gemeten met de OQ-45 en de kans op het hebben van een DSM-IV-diagnose in de specialistische ggz. Echter, er zijn ook cliënten met subklinische klachten met een DSM-IV-diagnose en cliënten met een zeer hoog klachtniveau die niet voldoen aan de criteria van een DSM-IV-stoornis op as I. Patiënten met subklinische klachten blijken met name stressgerelateerde klachten te rapporteren.

In de generalistische ggz wordt geen gestandaardiseerd diagnostisch instrument gebruikt. Uit data uit het elektronisch patiëntendossier blijkt dat bij 53% van de patiënten een DSM-IV-stoornis is geregistreerd (exclusief aanpassingsstoornissen en V-codes). De totaalscore op de OQ-45 is bij 56,5% van de patiënten in de generalistische ggz hoog of zeer hoog, ten opzichte van 70,9% in de specialistische ggz. De verklaring uit NEMESIS-2 dat huisartsen relatief veel mensen met minder ernstige psychische problematiek doorverwijzen naar de ggz lijkt niet plausibel voor de specialistische ggz, maar wel voor de generalistische ggz, voor invoering van de basis-ggz.

Verhaak e.a. (2012) laten zien dat in Nederland tussen 2004 en 2008 het aantal patiënten met psychische klachten dat door de huisarts wordt doorverwezen naar de ggz is toegenomen van 8,9 naar 12,7%. De eerste meting van NEMESIS-2 heeft plaatsgevonden van 2007 tot 2009. Een toename in het aantal verwijzingen van patiënten naar de ggz door huisartsen, veelal van patiënten met relatief minder ernstige problemen (Verhaak e.a. 2012), kan dus een rol hebben gespeeld in de bevinding dat er in verhouding veel patiënten zonder recente DSM-IV-diagnose in behandeling zijn. Aangezien Pro Persona een reguliere ggz-instelling is en gebruik is gemaakt van een groot databestand, verwachten we vergelijkbare resultaten voor andere grote ggz-instellingen. Door de invoering van de basis-ggz in 2014 kunnen we dit niet zeggen over de uitkomsten binnen Indigo.

CONCLUSIES

Uit de in dit artikel gepresenteerde cijfers over patiënten in de ggz kunnen we concluderen dat de cijfers uit NEMESIS-2 minder hard zijn dan ze lijken te zijn, dus is het oppassen

deze tot norm te verklaren en er beleid op te baseren. De groep patiënten zonder DSM-IV-diagnose op as I in de specialistische ggz is veel kleiner dan op basis van de cijfers uit NEMESIS-2 verwacht werd. De meerderheid van de patiënten in de ggz scoort bij aanmelding hoog tot zeer hoog op klachten.

De belangrijkste voorspellers voor een subklinische versus een klinische startscore zijn geslacht, aanmeldklacht stemming, GAF-score en DSM-IV-diagnoses. Alleen DSM-IV-diagnoses uit het EPD verschilden significant tussen de sub-

klinische groepen in de generalistische en specialistische ggz. De resultaten van dit onderzoek roepen vragen op over de maatregel een DSM-IV-classificatie te vereisen voor een indicatie voor generalistische dan wel specialistische ggz. Hoewel 85,7% van de patiënten in de specialistische ggz hieraan voldeed, zijn er patiënten die hulp vragen en kunnen krijgen met een DSM-IV-stoornis en weinig klachten, terwijl patiënten met veel klachten maar zonder vastgestelde DSM-IV-stoornis geen (verzekerde) hulp meer ontvangen.

LITERATUUR

- 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, den Hollander-Gijsman ME, Buwalda V, Trijsburg W, Zitman FG. De Outcome Questionnaire OQ-45: psychodiagnostisch gereedschap. De Psycholoog 2005; 40: 393-400.
- Braspenning JCC, Schellevis FG, Grol RPTM. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: kwaliteit huisartsenzorg belicht. Utrecht: NIVEL; 2004.
- Fenema EM van, van der Wee NJA, Onstein E, Zitman FG. Zorgprogramma's in de dagelijkse praktijk: de mate van toepassing in de eerste behandel fase. Tijdschr Psychiatr 2010;5: 299-310.
- Graaf R de, ten Have M, van Dorsselaer S. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.
- Graaf R de, ten Have M, van Dorsselaer S. Opzet van de bevolkingsstudie NEMESIS-2: Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. Tijdschr Psychiatr 2012; 54: 17-26.
- Hakkaart-van Roijen L. Handleiding Short Form- Health and Labour Questionnaire (SF-HLQ). Rotterdam: iMTA, Erasmus Universiteit; 2010.
- Have M ten, Nuijen J, de Graaf R. Ernst van de psychische aandoeningen als voorspeller van de aard en intensiteit van zorggebruik. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2). In: Trendrapportage ggz 2012 Deel 2B Toegang en zorggebruik. Utrecht: Trimbos-instituut; 2012.
- Have M ten, van 't Land H, de Graaf R. Voorspellers van zorggebruik in de eerstelijns en de tweedelijns ggz. Trendrapportage ggz 2009. Utrecht: Trimbos-instituut; 2009.
- Jong K de, Nugter MA. De Outcome Questionnaire: Psychometrische kenmerken van de Nederlandse vertaling. Tijdschr Psychiatr 2004; 59: 76-9.
- Jong K de, Nugter MA, Polak MG, Wagenborg JEA, Spinhoven P, Heiser WJ. The Outcome Questionnaire (OQ-45) in a Dutch population: A cross-cultural validation. Clin Psychol Psychother 2007; 14: 2088-301.
- Jong K de, Nugter MA, Lambert MJ, Burlingame GM. Handleiding voor afname en scoring van de Outcome Questionnaire (OQ-45). Manual for administration and scoring of the Outcome Questionnaire (OQ-45). Salt Lake City: OQ Measures LLC; 2008.
- Jaarbericht LVE 2012. (http://www.lve.nl/ezine/maildocs/ezine_preview.php?nr_id=8)
- Lambert MJ, Burlingame GM, Umphress V, Hansen NB, Vermeersch DA, Clouse GC, Yanchar SC. The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. Clin Psychol Psychother 1996; 3: 249-58.
- Lambert MJ, Morton JJ, Hatfield DR, Harmon C, Hamilton S, Shimokawa K. Administration and scoring manual for the OQ-45.2 (Outcome Questionnaire) (3 ed.) Wilmington: American Professional Credentialing Services LLC; 2004.
- Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, e.a. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): a short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. Eur Psychiatry 1997; 12: 224-31.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, e.a. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P and its reliability. Eur Psychiatry 1997; 12: 232-41.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, e.a. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry 1998; 59: Suppl. 20, 22-33.
- Roijen L van, Essink-Bot ML, Koopmanschap MA, Bonsel G, Rutten FF. Labor and health status in economic evaluation of health care. The Health and Labor Questionnaire. Int J Technol Assess Health Care 1996; 12: 405-15.
- Verhaak PFM, van Dijk CE, Nuijen J, Verheij RA, Schellevis FG. Mental health care as delivered by Dutch general practitioners between 2004 en 2008 Scand J Prim Health Care 2012; 30: 156-62.
- Vliet IM van, de Beurs E. Het Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview (MINI) Een kort gestructureerd diagnostisch psychiatrisch interview voor DSM-IV- en ICD-10-stoornissen. Tijdschr Psychiatr 2007; 49: 393-7.
- Westra K, Wunderink L, de Vries SO. Zorgprogramma's: van stoffig document naar drager van het behandelproces. MGv 2012; 1.

SUMMARY

Patients without DSM-IV-disorders and/or subclinical symptoms in generalistic and specialised mental health care

M.W. KLOOS, B.G. TIEMENS, G.J.M. HUTSCHEMAEKERS

- BACKGROUND** Our study was motivated mainly by the results from NEMESIS-2 which showed that four out of ten patients in ambulatory mental health care had not had any mental disorder in the previous 12 months. A DSM-IV classification of the symptoms of patients is required for receiving insured mental health care.
- AIM** To find out whether patients who attended a mental health generalistic or specialised clinic had a DSM-classified mental disorder and to assess the severity of these patients' symptoms. We have given specific attention to the characteristics of patients with subclinical symptoms who turned up at the mental health care clinics.
- METHOD** DSM-IV disorders of patients in mental health care were studied by means of the MINI 5.0.0 (n = 3072). The OQ-45 was used to determine the severity of symptoms in both generalistic (n = 2255) and specialised mental health care (n = 5009). Logistical regression was used to determine the differences between the characteristics of patients who had clinical scores and those of patients who had subclinical scores. For this purpose we also used anonymised data from the personal health records.
- RESULTS** During the intake procedure at specialised mental health care clinics only 14.3 % of patients failed to meet the diagnostic criteria of a DSM-IV disorder. Also, 56.5 % of patients seen by a mental health generalist and 70.9 % of patients seen by a mental health specialist had high or very high symptomatic distress, according the OQ-45. The proportion of patients with a DSM-IV disorder varied from 52.9 % for patients with subclinical OQ-45 scores to 94.8 % for patients with very high OQ-45 scores. Predictors of patients with subclinical OQ-45 scores were similar in generalistic and specialised mental health care.
- CONCLUSION** Only a small number of patients in specialised care did not have an axis 1 DSM-IV diagnosis. Most patients in generalistic and specialised mental health care reported severe symptomatic distress. Symptoms mentioned by patients with subclinical OQ-scores at the start of treatment were mainly stress-related.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)8, 565-573

KEY WORDS DSM-IV disorder, generalist, NEMESIS-2, mental health care, specialist, severity of symptoms, subclinical scores OQ-45