

Ontwikkelingen in de Nederlandse huisartsenzorg voor psychische problemen: een overzicht van recente studies

T. MAGNÉE, D.P. DE BEURS, F.G. SCHELLEVIS, P.F. VERHAAK

ACHTERGROND De overheid beoogt de huisartsenzorg voor psychische problemen te versterken om de geestelijke gezondheidszorg (ggz) betaalbaar te houden. Belangrijke maatregelen waren de introductie van de functie van de praktijkondersteuner huisarts ggz (POH-GGZ) in 2008 en de invoering van de basis-ggz in 2014 met een nieuw verwijsmodel.

DOEL Onderzoeken in hoeverre de omvang van de zorg voor psychische problemen in Nederlandse huisartsenpraktijken toenam en in hoeverre de inhoud veranderde in de periode 2010-2015.

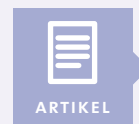
METHODE We maakten gebruik van twee verschillende methodes: 1. analyses van registraties van zorgverleners, en 2. een casestudy in een gezondheidscentrum.

RESULTATEN Tussen 2010 en 2015 steeg het aantal huisartsenpraktijken met minimaal één POH-GGZ van 20% naar bijna 90%. Huisartsen en POH's-GGZ behandelden tussen 2010 en 2014 steeds meer patiënten met psychische problemen. Er vond in de onderzoeksperiode geen taakverschuiving plaats van huisarts naar POH-GGZ. Het aantal antidepressivavoorschriften door huisartsen bij angst of depressie nam tussen 2011 en 2015 licht toe. Huisartsen werkzaam in een goed voorbereid gezondheidscentrum volgden het nieuwe verwijsmodel in 2014 op bij 87% van de patiënten.

CONCLUSIE Huisartsenpraktijken leverden in recente jaren meer zorg aan mensen met psychische problemen en nemen daarmee een steeds belangrijkere rol in de ggz in.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)2, 126-134

TREFWOORDEN basis-ggz, eerstelijnszorg, geestelijke gezondheidszorg, huisartsen, substitutie



ARTIKEL



Om de geestelijke gezondheidszorg (ggz) betaalbaar te houden stimuleert de Nederlandse overheid de laatste decennia de behandeling van psychische problemen in de eerstelijnszorg, waaronder de huisartsenpraktijk (Meijer & Verhaak 2004; Trimbos-instituut 2014). De World Health Organization (WHO) onderschrijft het belang van een sterke eerstelijnszorg voor psychische problemen, omdat deze zorg relatief goedkoop is en goed toegankelijk voor patiënten (WHO 2008; 2015). Uit onderzoek blijkt dat kortdurende behandeling in de eerstelijnszorg effectief kan zijn in het

verminderen van psychische problemen (Van Orden e.a. 2009; Cape e.a. 2010; Bower e.a. 2011; Twomey e.a. 2015). Sinds 2008 kunnen patiënten met psychische problemen, zoals angst of depressie, al kortdurend behandeld worden door een gz-psycholoog in de eerstelijnszorg (Verhaak e.a. 2013).

Een verdere verschuiving van patiënten vanuit de ggz richting de eerstelijnszorg - substitutie - lijkt mogelijk. Naar schatting voldeed tot voor kort tot een derde van de patiënten onder behandeling in de gespecialiseerde ggz, in

Nederland en in andere landen, niet aan de DSM-criteria voor een psychiatrische stoornis (Bruffaerts e.a. 2015; Kloos e.a. 2016). Deze patiënten zouden mogelijk ook in de huisartsenpraktijk behandeld kunnen worden. Om substitutie van zorg vanuit de gespecialiseerde ggz naar de eerstelijnszorg te stimuleren werd de ggz in Nederland in 2014 hervormd.

De invoering van de basis-ggz

In 2014 werd de basis-ggz ingevoerd (NZA 2011). Een belangrijk onderdeel van deze hervorming was de introductie van een nieuw verwijzingsmodel voor patiënten met psychische problemen (Bakker & Jansen 2013). Huisartsen, als poortwachters het eerste aanspreekpunt voor patiënten, houden bij het verwijzen van patiënten met psychische problemen idealiter rekening met een aantal criteria. Volgens de criteria van het nieuwe verwijzingsmodel mogen huisartsen alleen nog patiënten met een vermoedelijke psychiatrische stoornis (conform DSM-classificatie) verwijzen naar andere zorgverleners. Alle andere patiënten met psychische problemen moeten binnen de huisartsenpraktijk behandeld worden.

Patiënten met een psychiatrische stoornis en relatief eenvoudige problematiek kunnen verwezen worden naar de generalistische basis-ggz (veel voormalig eerstelijnspsychologen) voor kortdurende behandeling. Patiënten met complexe problematiek (bijvoorbeeld een bijkomende persoonlijkheidsstoornis), een hoog risico op zelfverwaring, suïcide of geweld, of persisterende klachten kunnen naar de gespecialiseerde ggz worden verwezen voor langdurige behandeling. Het recente beleid zou naar verwachting een grote impact hebben op de huisartsenzorg voor psychische problemen (FIGUUR 1).

De introductie van de POH-GGZ

Tegelijkertijd met de invoering van de basis-ggz werden maatregelen genomen om huisartsenpraktijken in staat te stellen meer patiënten met psychische problemen te behandelen. Zo kunnen huisartsen een financiële vergoeding krijgen voor het inzetten van *e-mental health* of voor het consulteren van psychiaters. Ook kunnen zij, sinds 2008, een professional met ggz-expertise in dienst nemen: de praktijkondersteuner huisarts (POH-GGZ).

De POH-GGZ, meestal sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, psycholoog of maatschappelijk werker (LHV 2017), werkt onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Zijn of haar belangrijkste taken zijn het in kaart brengen van de problematiek en het kortdurend begeleiden van patiënten met psychische problemen. In eerste instantie konden huisartsen aanspraak maken op 8 uur POH-GGZ-inzet per week per normpraktijk; inmiddels is dit uitgebreid naar 1

AUTEURS

TESSA MAGNÉE, postdoctoraal onderzoeker, IVO, en psycholoog (POH-GGZ), FortaGroep.

DEREK DE BEURS, senior onderzoeker, Nivel, Utrecht.

FRANÇOIS SCHELLEVIS, senior onderzoeker, Nivel, en hoogleraar Multimorbiditeit in de huisartsenpraktijk, afd. Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde, Amsterdam Public Health Research Institute, VUmc, Amsterdam.

PETER VERHAAK, senior onderzoeker, Nivel, en hoogleraar Geestelijke gezondheidszorg binnen de huisartsvoorziening, afd. Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen.

CORRESPONDENTIEADRES

T. Magnée, IVO, Postbus 30833, 2500 GV, Den Haag.
E-mail: magnee@ivo.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-9-2018.

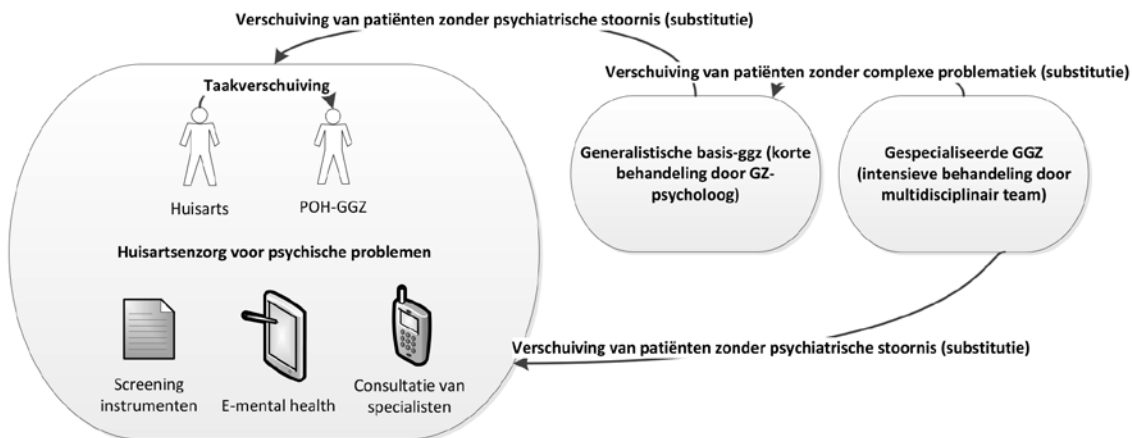
fte. Uit eerder internationaal onderzoek blijkt dat de integratie van een professional met ggz-expertise in de huisartsenpraktijk diverse gunstige (bij)effecten kan hebben, zoals een afname in het aantal consulten van de huisarts, minder medicatievoorschriften of minder verwijzingen (Laurant e.a. 2005; Kendrick e.a. 2006; Harkness & Bower 2009).

METHODE

Het doel van het promotieonderzoek van de eerste auteur van dit artikel (Magnée 2017) was het monitoren van de huisartsenzorg voor psychische problemen in 2010-2015. Onze vraagstelling was: in hoeverre nam de omvang van de zorg voor patiënten met psychische problemen in Nederlandse huisartsenpraktijken in recente jaren toe, en in hoeverre veranderde de inhoud? Hiertoe werden vier verschillende studies uitgevoerd. We gebruikten data uit huisartsinformatiesystemen om de omvang van de psychische zorg in huisartsenpraktijken en taakverschuiving van de huisarts naar de POH-GGZ te onderzoeken (Magnée e.a. 2016).

Ook onderzochten we met deze data of de komst van de POH-GGZ effect had op het aantal antidepressiva voorschriften bij angst en depressie (Magnée e.a. 2018b). Dit omdat huisartsen antidepressiva niet altijd volgens de richtlijnen voorschrijven (bijvoorbeeld te snel of te lang) en zij sinds de komst van de POH-GGZ meer behandel mogelijkheden hebben.

FIGUUR 1 Verwachte gevolgen van de invoering van de basis-ggz voor huisartsenpraktijken



In een derde studie brachten we het potentieel voor substitutie van psychische zorg in kaart door vast te stellen hoeveel patiënten bij eerstelijnspsychologen en in de gespecialiseerde zorg geen DSM-classificatie hadden voorafgaand aan de invoering van de basis-ggz (Magnée e.a. 2017c).

Ten slotte onderzochten we de toepasbaarheid van het nieuwe verwijzingsmodel binnen een gezondheidscentrum (Magnée e.a. 2018a). We maakten in deze vier verschillende studies gebruik van van twee verschillende methodes: 1. analyses van registraties van zorgverleners (studie 1, 2 en 3), en 2. een casestudy in een gezondheidscentrum (studie 4).

Nivel Zorgregistraties

We analyseerden in de eerste twee studies (Magnée e.a. 2016; 2018b) gegevens afkomstig uit de huisartsenpraktijken die in de periode 2010-2015 deelnamen aan Nivel Zorgregistraties eerste lijn (<http://www.nivel.nl/nzr/zorgregistraties-eerstelijns>). De patiënten die zijn ingeschreven in deze huisartsenpraktijken zijn representatief voor de Nederlandse bevolking. De praktijken vertegenwoordigden in 2010 in totaal ruim een half miljoen patiënten, en in 2015 ruim 1,5 miljoen. Huisartsen en POH's-GGZ registreren routinematig gegevens over consulten, huisvisites en medicatievoorschriften in het medisch dossier. De geleverde zorg wordt alleen vergoed door zorgverzekeraars als deze wordt geregistreerd. Diagnoses worden in de huisartsenpraktijk geclassificeerd volgens de International Classification of Primary Care (ICPC).

In de eerste studie (Magnée e.a. 2016) onderzochten we de omvang van de geleverde psychische zorg in de huisartsenpraktijk. Over de periode 2010-2014 analyseerden we per jaar de aantallen patiënten die zich meldden met psychi-

sche of sociale problemen. Ook onderzochten we de aantallen (korte en lange) consulten.

In de tweede studie analyseerden we de aantallen antidepressivavoorschriften bij angst of depressie door huisartsen tussen 2011 en 2015 (Magnée e.a. 2018b). We onderzochten hoe vaak antidepressiva werden voorgeschreven in de eerste week na een (nieuwe) diagnose. Ook analyseerden we of het aantal antidepressivavoorschriften geassocieerd was met de aanstelling van een POH-GGZ in de praktijk of behandeling bij de POH-GGZ.

Registraties van eerstelijnspsychologen en gespecialiseerde ggz

In de derde studie gebruikten we de registraties van de eerstelijnspsychologen die in 2012 deelnamen aan Nivel Zorgregistraties om in kaart te brengen welke patiënten bij hen in behandeling waren voorafgaand aan de invoering van de basis-ggz (Magnée e.a. 2017b), en hoeveel van hen geen classificatie van een psychiatrische stoornis hadden. In 2012 namen 534 eerstelijnspsychologen deel aan Nivel Zorgregistraties. Zij leverden zorg aan 45.947 patiënten (15% van alle patiënten behandeld door eerstelijnspsychologen in Nederland). Eerstelijnspsychologen classificeerden aan de hand van de DSM-IV-TR (APA 2000).

Gegevens over patiënten onder behandeling in de gespecialiseerde ggz in 2012 kwamen uit een nationale database met gegevens over diagnose-behandelcombinaties (DBC's). De database bevat de declaraties van alle zorgverleners, zoals psychiaters en psychologen, die in Nederland in de gespecialiseerde zorg werken. Deze professionals zijn volgens de Nederlandse wet verplicht alle zorg die zij vergoed krijgen door zorgverzekeraars te registreren. Net als de eerstelijnspsychologen gebruikten zorgverleners in de gespecialiseerde zorg de DSM-IV (inmiddels DSM-5) voor het vaststellen en registreren van psychische classificaties.

Casestudy

Voor het onderzoeken van de invoering van het nieuwe verwijfsmodel werd in 2014 een casestudy uitgevoerd in een gezondheidscentrum (Magnée e.a. 2018a). Bij dit gezondheidscentrum werkten acht huisartsen en twee POH's-GGZ. Het gezondheidscentrum had een actief ggz-beleid. Tussen 1 januari en 31 december 2014 werd bij alle patiënten met psychische problemen die de huisarts bezochten (n = 408) de *Vierdimensionele Klachtenlijst* (4DKL; Terluin e.a. 2006) afgenomen. Verder brachten de huisartsen tijdens een consult de complexiteit van de klachten, het risico op bijvoorbeeld suïcide en het verloop van de klachten in kaart. Deze onderwerpen maken onderdeel uit van het nieuwe verwijfsmodel (Bakker & Jansen 2013).

Hierna wees de huisarts aan de patiënt één van de volgende vier behandelopties toe: huisarts (inclusief geen behandeling of *watchful waiting*), POH-GGZ, generalistische basis-ggz of gespecialiseerde ggz. Op basis van de resultaten van de 4DKL en de evaluatie van de huisarts werd bepaald wat de aangewezen behandeloptie volgens het verwijfsmodel zou zijn. Vervolgens werd de behandeloptie volgens het verwijfsmodel vergeleken met de daadwerkelijk toegewezen behandeloptie.

Ongeveer een derde van de patiënten (n = 137) vulde de 4DKL na drie maanden nogmaals in. Met exploratieve lineaire-regressieanalyses werd berekend of de klachten van de patiënten verbeterd waren, en of dit samenhang met de toegewezen behandeloptie.

RESULTATEN

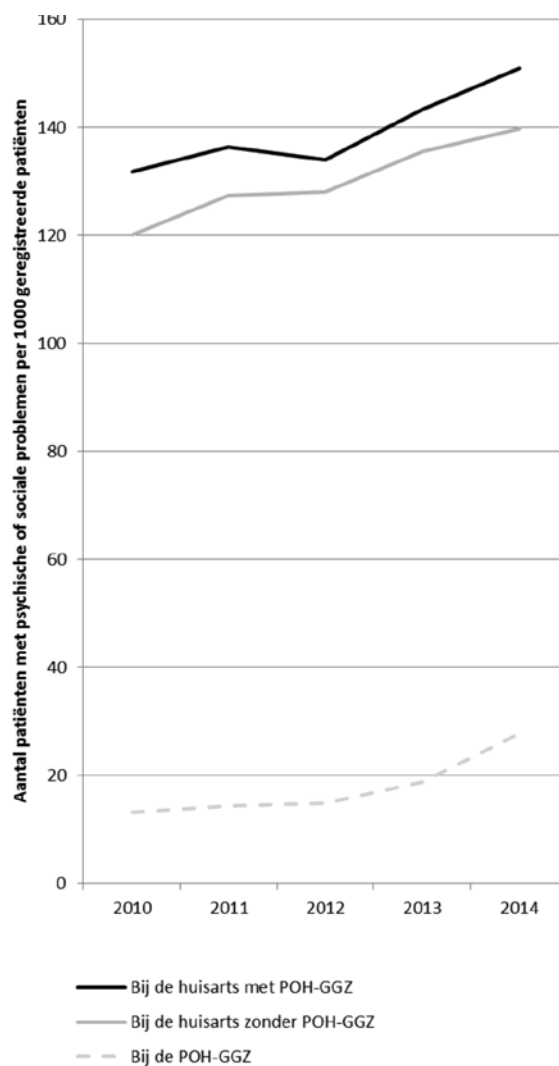
Toename omvang huisartsenzorg voor psychische problemen

Het aantal patiënten met psychische problemen dat de huisarts bezocht, nam tussen 2010 en 2014 met ongeveer 15% toe (Magnée e.a. 2016; **FIGUUR 2**). Ongeveer twee keer zoveel patiënten met psychische problemen kwamen in 2014 minimaal één keer bij een POH-GGZ als in 2010. Huisartsen zagen patiënten met psychische problemen gemiddeld tijdens ruim twee (meestal korte) consulten per jaar. POH's-GGZ zagen hun patiënten gemiddeld ongeveer drie keer per jaar, meestal tijdens lange consulten. Het aantal consulten per patiënt nam over de jaren heen licht toe, bij zowel huisarts als POH-GGZ. In de periode 2010-2015 steeg het aantal huisartsenpraktijken waarin minimaal één POH-GGZ werkzaam was van 20% tot 88%.

Geen taakverschuiving van huisarts naar POH-GGZ

Huisartsen met een POH-GGZ in de praktijk behandelden zelf iets meer patiënten met psychische problemen dan huisartsen zonder POH-GGZ (Magnée e.a. 2016). Zowel huisartsen

FIGUUR 2 Aantal patiënten met psychische problemen bij huisarts en POH-GGZ in 2010-2014



Vertaald van figuur eerder gepubliceerd in *BMJ Open* (Magnée e.a. 2016).

met POH-GGZ als huisartsen zonder POH-GGZ zagen tussen 2010 en 2014 steeds meer patiënten met psychische problemen (zie **FIGUUR 2**). Huisartsen met een POH-GGZ zagen niet minder patiënten met psychische problemen en hadden niet minder of kortere consulten dan huisartsen zonder POH-GGZ. Dit wijst erop dat er geen taakverschuiving plaatsvond van huisarts naar POH-GGZ, maar dat de POH-GGZ zorg leverde aan patiënten die voorheen waarschijnlijk geen zorg zouden hebben ontvangen of die verwezen zouden zijn.

Lichte toename antidepressivavoorschriften

In de periode 2011-2015 werden antidepressiva door huisartsen voorgeschreven tijdens 30% van de episodes

van angst of depressie (Magnée e.a. 2018b). Ongeveer de helft van de antidepressiva werd voorgeschreven vanaf de eerste week na een nieuwe classificatie. Het aantal antidepressivavoorschriften nam licht toe tussen 2011 en 2015. Huisartsen schreven niet minder antidepressiva voor nadat er een POH-GGZ in hun praktijk was gaan werken. Patiënten die een consult bij de POH-GGZ hadden, kregen in totaal ook niet minder vaak antidepressiva voorgeschreven als patiënten zonder POH-GGZ-consult. Wel kregen zij minder vaak antidepressiva voorgeschreven in de eerste week na het stellen van de classificatie. Dit wijst mogelijk op een 'uitsteleffect' van de POH-GGZ-behandeling.

Potentieel voor substitutie

Er was potentieel voor substitutie van de zorg voor mensen met psychische problemen vanuit de ggz richting de huisartsenpraktijk (Magnée e.a. 2017b). Van de patiënten onder behandeling in de gespecialiseerde ggz had voor de invoering van de basis-ggz (in 2012) 21% namelijk geen classificatie van een psychiatrische stoornis volgens de DSM-IV-criteria. Bij de eerstelijnspsychologen was dit bij 33% van de patiënten het geval. Van de patiënten met psychische problemen die de huisarts verwees, had ruim de helft (nog) geen classificatie van een psychiatrische stoornis, geregistreerd met de ICPG. Een deel van deze patiënten zou naar verwachting na de invoering van het nieuwe verwijsmodel in de huisartsenpraktijk behandeld kunnen worden. Dit geeft aan dat er ruimte is voor substitutie van zorg voor patiënten naar de huisartsenpraktijk.

Verwijsmodel op te volgen

In een gezondheidscentrum met voldoende ggz-mogelijkheden waren de huisartsen in staat het nieuwe verwijsmodel bij 87% van de patiënten met psychische problemen die hen in 2014 consulteerden op te volgen (Magnée e.a. 2018a). Bij ongeveer de helft van deze patiënten (42%) sloot de gekozen behandeloptie (huisarts, POH-GGZ, generalistische basis-ggz of gespecialiseerde ggz) precies aan op het verwijsmodel; bij de andere helft (45%) werd een setting 'lager' ingeschaald dan volgens het verwijsmodel geïndiceerd was: patiënten werden bijvoorbeeld door de POH-GGZ behandeld, terwijl behandeling in de generalistische basis-ggz volgens het verwijsmodel ook mogelijk zou zijn geweest. Een klein deel van de patiënten (13%) kreeg een vervolghandeling toegewezen die te gespecialiseerd was volgens het verwijsmodel.

Ongeveer driekwart van alle patiënten met psychische problemen werd (in eerste instantie) in de huisartsenpraktijk behandeld, door huisarts of POH-GGZ. De 4DKL-scores van alle patiënten die de follow-upvragenlijst ingevuld hadden, waren gemiddeld verbeterd na drie maanden, ongeacht in welke setting zij werden behandeld en of de toege-

wezen behandeloptie aansloot op het verwijsmodel of niet. Dit wijst erop dat het verwijsbeleid van de deelnemende huisartsen over het algemeen goed uitpakte voor patiënten.

DISCUSSIE

Deze vier studies laten zien dat de huisartsenzorg voor psychische problemen in recente jaren veranderde in een aantal opzichten (meer geleverde zorg en veranderde triage), maar in andere opzichten niet (geen taakverschuiving van huisarts naar POH-GGZ en geen afname in het aantal antidepressivavoorschriften).

Meer psychische zorg in de huisartsenpraktijk: substitutie?

Er wordt de laatste jaren steeds meer zorg aan patiënten met psychische problemen geleverd in de huisartsenpraktijk. De komst van de POH-GGZ voldoet aan een zorgvraag en de gesprekken hebben mogelijk een heilzaam effect. Onduidelijk is nog in hoeverre sprake is van behandeling in de eerstelijnszorg *in plaats van* in de gespecialiseerde ggz. Substitutie was één van de belangrijkste doelen van de invoering van de basis-ggz.

Eerder onderzoek naar substitutie-initiatieven laat gemengde resultaten zien. Nederlandse onderzoekers evalueerden de implementatie van een *stepped collaborative care* programma voor patiënten met angst en depressie (Gidding e.a. 2014; 2015). Hierin werd samengewerkt tussen huisartsen, POH's-GGZ en (eerstelijns)psychologen. Er was een toename in het aantal verwijzingen naar de ggz. Uit ander onderzoek bleek juist dat behandeling door een POH-GGZ wel het (langetermijn)zorggebruik in de gespecialiseerde ggz onder patiënten verminderde (Van Orden e.a. 2015).

De huidige wachttijden voor de ggz lijken niet te wijzen op substitutie. De overheid heeft de laatste jaren bezuinigd op de gespecialiseerde ggz. Het aantal patiënten onder behandeling in de gespecialiseerde ggz daalde tussen 2012 en 2015 van 1,1 miljoen naar 0,9 miljoen (KPMG 2017). Tegelijkertijd overschrijden de wachttijden voor de ggz al langere tijd de treeknormen (maximaal vier weken tussen aanmelding en intake en maximaal tien weken tussen aanmelding en start van de behandeling). Verbetering is begin 2018 nog niet in zicht (Nza 2018).

Het is dus nog onduidelijk of er sinds de invoering van de basis-ggz daadwerkelijk substitutie vanuit gespecialiseerde zorg naar eerstelijnszorg heeft plaatsgevonden, of dat er slechts sprake is van uitstel van behandeling. Dit laatste zou onwenselijk zijn, omdat het niet tijdig starten van de juiste behandeling ervoor kan zorgen dat psychische problemen verergeren. Bovendien belasten de wachttijden voor de ggz de zorgverleners in de huisartsen-

praktijk, omdat van hen verwacht wordt dat zij de tijd tot de start van de behandeling overbruggen en patiënten in die periode blijven begeleiden. De werkbelasting van de huisarts is traditioneel gezien al hoog (Schäfer e.a. 2016). Ook bij de POH-GGZ lijkt de werkdruk steeds verder toe te nemen, want voor een consult bij de POH-GGZ ontstonden in 2016 wachttijden (Magnée e.a. 2017a). Dit is strijdig met het laagdrempelige karakter van de huisartsenzorg.

Meer psychische zorg in de huisartsenpraktijk: alternatieve verklaringen

Naast substitutie zijn er andere verklaringen mogelijk voor de toename in de omvang van de psychische zorg in huisartsenpraktijken, zoals een toegenomen prevalentie of een bredere definitie van psychische problemen en/of een grotere zorgvraag. Deze alternatieve verklaringen lijken in ieder geval gedeeltelijk ten grondslag te liggen aan de toename van het aantal patiënten met psychische problemen in de huisartsenpraktijk, naast of in plaats van substitutie. Er was immers al vóór de invoering van de basis-ggz in 2014 sprake van een stijgende trend.

Nationale prevalentiecijfers wijzen niet op een toename van het aantal psychiatrische stoornissen in de algemene bevolking in de laatste decennia (De Graaf e.a. 2012; Veerbeek e.a. 2015). Tegelijkertijd lijkt wat men maatschappelijk gezien als een psychisch probleem beschouwt wel degelijk aan verandering onderhevig (Greenberg 2010; Dehue 2015). Ook de definitie van psychiatrische stoornissen van professionals wordt steeds breder, bijvoorbeeld met de komst van de DSM-5 (Batstra & Frances 2012). Verder zoeken mensen met psychische problemen de laatste jaren mogelijk sneller professionele hulp. Hierbij kan de komst van de POH-GGZ een aantrekkende werking hebben (gehad) op het zorggebruik. Bovendien is er in de nationale media in toenemende mate aandacht voor psychische problemen, bijvoorbeeld depressie. Ook dit kan ertoe hebben geleid dat mensen steeds sneller de huisarts bezoeken bij psychische problemen.

Samenwerking

Een belangrijk gevolg van meer psychische zorg in de huisartsenpraktijk is dat de samenwerking tussen de huisarts, POH-GGZ en zorgverleners uit de ggz steeds belangrijker wordt. Omdat de behandeling van patiënten met psychische problemen vaak, volgens het stepped-careprincipe, start bij de POH-GGZ, waarna eventuele verwijzing plaatsvindt, is het belangrijk dat er voldoende afstemming plaatsvindt tussen de verschillende zorgverleners. Communicatie is ook belangrijk wanneer patiënten met stabiele chronische psychische problematiek vanuit de ggz worden terugverwezen naar de huisartsenpraktijk voor verdere monitoring.

Generalistische versus gespecialiseerde zorg

Dit onderzoek laat zien dat huisartsen geneigd zijn veel patiënten met psychische problemen binnen de huisartsenpraktijk te behandelen. Dit sluit aan bij hun poortwachtersrol, het stepped-careprincipe en de beoogde doelen van de invoering van de basis-ggz. Tegelijkertijd moeten zorgverleners ervoor waken om geen gespecialiseerde zorg in de huisartsenpraktijk te leveren, omdat dit niet past bij het generalistische karakter van de huisartsenzorg (NHG/LHV 2015). De POH-GGZ zou vanwege zijn of haar achtergrond - vaak sociaalpsychiatrisch verpleegkundige of psycholoog - en het gebrek aan ggz-expertise bij veel huisartsen geneigd kunnen zijn patiënten met complexe problematiek te (blijven) behandelen. Financiële drempels (het eigen risico dat moet worden aangesproken bij behandeling in de ggz) en de wachttijden verhogen dit risico nog eens.

De traditionele verschillen in de manier waarop huisartsen en specialisten (psychiaters) psychische problemen diagnosticeren en behandelen, zijn functioneel, omdat zij een andere rol hebben in de gezondheidszorg (Hutsche-maekers e.a. 2015). Onduidelijk is nog wat de invloed zal zijn van meer psychische zorg in de huisartsenpraktijk op de manier waarop huisartsen met patiënten met psychische problemen omgaan. Waarschijnlijk zien zorgverleners in de ggz alleen nog de patiënten met de meest complexe problematiek, omdat de patiënten met lichtere klachten veelal in de huisartsenpraktijk zullen worden behandeld.

Wat (nog) niet veranderde in de huisartsenpraktijk

De komst van de POH-GGZ had in recente jaren weinig invloed op de psychische zorg die huisartsen zelf leveren. Zo namen POH's-GGZ geen patiënten of consulten over van de huisarts. Zij leverden vooral aanvullende zorg. Ook het aantal antidepressiva-voorschriften bij angst of depressie nam niet af. In eerder onderzoek werden zulke 'bijeffecten' van de integratie van ggz-professionals in de eerstelijnszorg wel gevonden (Harkness & Bower 2009).

Een mogelijke verklaring voor het ontbreken van veranderingen in dit onderzoek is dat het tijd kost voor de POH-GGZ om te integreren in de huisartsenpraktijk. De volledige gevolgen van de komst van deze nieuwe functie worden waarschijnlijk pas na langere tijd zichtbaar. Er was bovendien in recente jaren nog weinig ruimte voor taakverschuiving van huisarts naar POH-GGZ, omdat huisartsen zelf ook steeds meer patiënten met psychische problemen op consult kregen.

Het voorschrijven van antidepressiva bij depressie of angst door huisartsen gebeurt nog niet altijd volgens de NHG-richtlijnen (Hassink-Franke e.a. 2012; Van Weel-Baumgarten e.a. 2012), maar gebeurt bijvoorbeeld te snel, bij lichte klachten of te lang. Voor het verminderen van het aantal

patiënten dat onnodig of langdurig antidepressiva gebruikt, lijkt een actievere aanpak nodig. De POH-GGZ kan in de toekomst mogelijk een rol spelen bij het ondersteunen van patiënten die hun antidepressivagebruik willen stoppen. Eerder onderzoek liet zien dat POH's-GGZ ondersteuning konden bieden tijdens het afbouwen aan patiënten die langdurig slaapmedicatie (benzodiazepines) gebruikten (Barendregt e.a. 2017).

Methodologische overwegingen

In dit onderzoek werden routinematig geregistreerde gegevens van zorgverleners geanalyseerd. Dit had als voordeel dat de geleverde zorg op grote schaal over opvolgende jaren in kaart kon worden gebracht. Omdat POH's-GGZ hun eigen consulten registreren, konden we de gevolgen van hun aanstelling in de huisartsenpraktijk evalueren, als in een natuurlijk experiment.

Een nadeel van het gebruik van zorgregistraties is dat ze soms onvolledig zijn. We maakten voor dit onderzoek alleen gebruik van de gegevens van huisartsenpraktijken met de meest complete registraties.

Verwijscijfers worden nog niet door alle huisartsen op gestandaardiseerde wijze geregistreerd en konden daarom niet worden geanalyseerd. Verder waren we qua inhoud afhankelijk van de gegevens die routinematig geregistreerd worden. Zorgverleners in zowel de eerstelijnszorg als de gespecialiseerde ggz registreren bijvoorbeeld niet routinematig wat het suïciderisico van een patiënt is, terwijl dit wel een relevante variabele is binnen het nieuwe verwijsmodel en dus voor dit onderzoek.

Ten slotte wordt de zorg in de gespecialiseerde ggz alleen vergoed als er sprake is van een DSM-classificatie, wat de registraties kan 'vervuilen'. In dit onderzoek waren we echter juist geïnteresseerd in patiënten zónder DSM-classificatie. Dat dezen er waren, ondanks de financiële prikkel om een classificatie te registreren, zou erop kunnen wijzen dat het potentieel voor substitutie nog groter is dan nu lijkt.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). Washington: APA; 2000.
- Bakker P, Jansen P. Generalistische basis GGZ: Verwijsmodel en productbeschrijvingen. Enschede: Bureau HHM; 2013.
- Barendregt C, de Wit N, van Straaten B, Rodenburg G. Motiverend aan de slag met benzoreductie: een pilotstudie naar de toepasbaarheid van een samengestelde interventie ter vermindering van chronisch benzodiazepinegebruik in de huisartsenpraktijk. Rotterdam: IVO, 2017.
- Batstra L, Frances A. Diagnostic inflation: causes and a suggested cure. J Nerv Ment Dis 2012; 200: 474-9.
- Bower P, Knowles S, Coventry PA, Rowland N. Counselling for mental health and psychosocial problems in primary care. Cochrane Database Syst Rev 2011; 9: CD001025.
- Bruffaerts R, Posada-Villa J, Al-Hamzawi AO, Gureje O, Huang Y, Hu C, e.a. Proportion of patients without mental disorders being treated in mental health services worldwide. Br J Psychiatry 2015; 206: 101-9.

Via een casestudy konden we op een zorgvuldige manier in kaart brengen in hoeverre de huisartsen in een goed voorbereid gezondheidscentrum in staat waren het nieuwe verwijsmodel op te volgen. Hierbij was het een beperking dat het om een enkel gezondheidscentrum ging. Verder werden de patiënten niet gerandomiseerd en was de uitval na drie maanden hoog. Hierdoor zijn onze bevindingen exploratief van aard.

Vervolgonderzoek

Vervolgonderzoek is nodig naar de effectiviteit van behandeling door POH's-GGZ en het totale aantal patiënten dat behandeld wordt in de huisartsenpraktijk, generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz. Behandeling door een POH-GGZ zou een preventieve werking kunnen hebben en kan voorkomen dat psychische klachten verergeren. In dat geval zouden huisartsen uiteindelijk minder patiënten met psychische problemen verwijzen. Daar staat tegenover dat het ook mogelijk is dat de laagdrempelige behandeling van psychische problemen in de huisartsenpraktijk ertoe leidt dat op de lange termijn juist meer mensen in de ggz terechtkomen, of dat sommige patiënten met complexe problematiek (te) lang binnen de huisartsenpraktijk worden behandeld.

Daarom is het belangrijk de gevolgen van de invoering van de basis-ggz en de komst van de POH-GGZ de komende jaren te blijven monitoren, bijvoorbeeld door de verwijscijfers van huisartsen in kaart te brengen. Ook van belang is het om meer zicht te krijgen op factoren die voorspellend kunnen zijn voor succesvolle behandeling in de huisartsenpraktijk, generalistische basis-ggz of gespecialiseerde ggz, zodat patiënten zo veel en zo snel mogelijk op de juiste plek behandeld kunnen worden.

CONCLUSIE

Huisartsenpraktijken leveren de laatste jaren meer zorg aan mensen met psychische problemen en nemen daarmee een steeds belangrijkere rol in de ggz in.

- Cape J, Whittington C, Buszewicz M, Wallace P, Underwood L. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Med* 2010; 8: 38.
- Dehue T. De depressie-epidemie. Amsterdam: Atlas Contact; 2015.
- Gidding LG, Spigt MG, Dinant GJ. Stepped collaborative depression care: primary care results before and after implementation of a stepped collaborative depression programme. *Fam Pract* 2014; 31: 180-92.
- Gidding LG, Spigt MG, Maris JG, Herijgers O, Dinant GJ. Shifts in the care for patients presenting in primary care with anxiety; stepped collaborative care parameters from more than a decade. *Eur Psychiatry* 2015; 30: 770-7.
- Graaf R de, ten Have M, van Gool C, van Dorsselaer S. Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van NEMESIS-2. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 27-38.
- Greenberg G. Manufacturing depression: the secret history of a modern disease. Londen: Bloomsbury; 2010.
- Harkness EF, Bower PJ. On-site mental health workers delivering psychological therapy and psychosocial interventions to patients in primary care: effects on the professional practice of primary care providers. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 1: CD000532.
- Hassink-Franke L, Terluin B, van Heest F, Hekman J, van Marwijk H, van Avendonk M. NHG-standaard Angst (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2012; 55: 68-77.
- Hutschemaekers GJ, Witteman CL, Rutjes J, Claes L, Lucassen P, Kaasenbrood A. Huisarts versus psychiater bij depressieve klachten. *Huisarts Wet* 2015; 58: 126-9.
- Kendrick T, Simons L, Mynors-Wallis L, Gray A, Lathlean J, Pickering R, e.a. Cost-effectiveness of referral for generic care or problem-solving treatment from community mental health nurses, compared with usual general practitioner care for common mental disorders: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006; 189: 50-9.
- Kloos MW, Tiemens BG, Hutschemaekers GJM. Patiënten zonder DSM-IV-diagnose en/of met subklinische klachten in de generalistische en specialistische ggz. *Tijdschr Psychiatr* 2016; 58: 565-73.
- KPMG. Monitor generalistische basis GGZ. Verslagperiode: 2011-2015. Utrecht: KPMG; 2017.
- Landelijke Huisartsen Vereniging. Functie- en competentieprofiel POH-GGZ. Utrecht: LHV; 2014.
- Landelijke Huisartsen Vereniging. LHV-peiling GGZ 2017. Utrecht: LHV; 2017. <http://www.lhv.nl/actueel/nieuws/huisartsen-problemen-de-ggz-groter-dan-ooit>
- Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 2: CD001271.
- Magnée T. Mental health care in general practice in the context of a system reform [proefschrift]. Groningen University: Groningen, 2017.
- Magnée T, de Beurs DP, de Bakker DH, Verhaak PF. Consultations in general practices with and without mental health nurses: an observational study from 2010 to 2014. *BMJ Open* 2016; 7: e011579.
- Magnée T, de Beurs D, Verhaak P. Wachtlijden voor de poh-ggz. *Huisarts Wet* 2017a; 60: 205.
- Magnée T, de Beurs DP, Boxem R, de Bakker DH, Verhaak PF. Potential for substitution of mental health care towards family practices: an observational study. *BMC Fam Pract* 2017b; 18: 10.
- Magnée T, de Beurs DP, Kok T, Verhaak PF. Exploring the feasibility of new Dutch mental health policy within a large primary health care center. *Fam Pract* 2018a; 35: 186-92.
- Magnée T, de Beurs DP, Schellevis F, Verhaak PF. Antidepressant prescriptions and mental health nurses: an observational study in Dutch general practice from 2011 to 2015. *Scand J Prim Health Care* 2018b; 36: 37-55.
- Meijer SV, Verhaak PFM. De eerstelijns GGZ in beweging. Utrecht: NIVEL; 2004.
- Nederlandse Zorgautoriteit. Advies basis GGZ. Utrecht: NZa, 2011.
- Nederlands Huisartsen Genootschap/Landelijke Huisartsen Vereniging. NHG/LHV Standpunt: Geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenzorg. Utrecht: NHG/LHV, 2015.
- Nederlandse Zorgautoriteit. Wachtlijden in de GGZ: voortgangsrapportage. Utrecht: NZa; 2018.
- Orden M van, Hoffman T, Haffmans J, Spinhoven P, Hoencamp E. Collaborative mental health care versus care as usual in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Psychiatr Serv* 2009; 60: 74-9.
- Orden ML van, Deen ML, Spinhoven P, Haffmans J, Hoencamp E. Five-year mental health care use by patients referred to collaborative care or to specialized care. *Psychiatr Serv* 2015; 66: 840-4.
- Schäfer WLA, van den Berg MJ, Groenewegen PP. De werkbelasting van huisartsen in internationaal perspectief. *Huisarts Wet* 2016; 59: 94-101.
- Terluin B, van Marwijk HW, Ader HJ, de Vet HC, Penninx BW, Hermens ML, e.a. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry* 2006; 6: 34.
- Trimbos-instituut. Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk: terugblik, stand van zaken en vooruitblik. Utrecht: Trimbos-instituut; 2014.
- Twomey C, O'Reilly G, Byrne M. Effectiveness of cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: a meta-analysis. *Fam Pract* 2015; 32: 3-15.
- Veerbeek M, Knispel A, Nuijen J. GGZ in tabellen 2013-2014. Utrecht: Trimbos-instituut; 2015.
- Verhaak PFM, Nielen M, de Beurs D. Factsheet 1: Hulpvraag - aanbod vanwege psychische en sociale problematiek in de huisartspraktijk 2011 - 2016. NIVEL: Utrecht; 2017.

- Weel-Baumgarten EM van, van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, e.a. NHG-standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012; 55: 252-9.
- World Health Organization. Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva: WHO Publishing; 2008. http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf
- World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Geneva: WHO Publishing; 2013. http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/

SUMMARY

Developments in mental health care in Dutch general practices: an overview of recent studies

T. MAGNÉE, D.P. DE BEURS, F.G. SCHELLEVIS, P.F. VERHAAK

- BACKGROUND** Dutch policy aims to strengthen mental health care in general practices, to keep health care affordable. Recently, a new function (mental health nurses) and a new referral model for patients with mental health problems were introduced.
- AIM** To explore to what extent the volume of mental health care in Dutch general practices has increased and to what extent the content changed in the period 2010-2015.
- METHOD** This study employed: 1. analyses of medical records, and 2. a case study in a primary health care centre.
- RESULTS** The number of general practices with at least one mental health nurse increased from 20% in 2010 to almost 90% in 2015. In the period 2010-2014, general practitioners (GPs) and mental health nurses treated increasing numbers of patients with mental health problems. No task shifting from GPs to mental health nurses was observed. In the period 2011-2015, the number of antidepressant prescriptions increased slightly. In 2014, GPs in a well-prepared primary care centre allocated 87% of their patients with mental health problems to a treatment setting in line with the referral model.
- CONCLUSION** Dutch general practices have recently provided more mental health care, thereby emphasising their important role in the mental health care system.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)2, 126-134

KEY WORDS general practice, mental health care, primary care, reform, substitution