

# Verwijzing van gestabiliseerde patiënt met psychotische stoornis naar huisarts: kan dat? Een vooronderzoek

W.B. Brouwers, J.P.A.M. Bogers, E. Barkhof, F. Termorshuizen, J.P. Selten

- Achtergrond** In diverse landen spelen huisartsen een belangrijke rol in de behandeling van mensen met een non-affectieve psychotische stoornis (NAPS). Het is onduidelijk hoe het deze patiënten vergaat.
- Doel** Vergelijken van het psychiatrisch beloop van patiënten met NAPS die de ggz verwijst naar de huisarts met dat van patiënten die in behandeling blijven bij de ggz.
- Methode** In een retrospectieve, vergelijkende cohortstudie werden 20 door de ggz naar de huisarts verwezen patiënten (HA-cohort) vergeleken met 20 op leeftijd en geslacht gemaakte patiënten die bij de ggz in behandeling bleven (ggz-cohort). Het klinisch beloop werd met de huisarts respectievelijk de ggz-behandelaar geëvalueerd. Daarnaast werden medicatietrouw en redenen voor (terug)verwijzing naar de huisarts en de ggz geregistreerd.
- Resultaten** In het HA-cohort verslechterden meer patiënten (70%) dan in het ggz-cohort (5%) ( $p < 0,001$ ). In het ggz-cohort waren meer patiënten medicatietrouw (90%) dan in het HA-cohort (67%) ( $p = 0,078$ ). Na ongeveer vier jaar was 65% van de patiënten van het HA-cohort weer in zorg bij de ggz. Van de 13 patiënten die bij stabiel functioneren naar de huisarts werden verwezen, verslechterden meer patiënten (54%) dan van de aan hen gemaakte patiënten in het ggz-cohort (8%) ( $p = 0,034$ ).
- Conclusie** De resultaten ondersteunen terughoudendheid bij verwijzing naar de huisarts van patiënten die wegens een NAPS in zorg zijn bij de ggz.

In diverse landen spelen huisartsen een belangrijke rol in de behandeling van mensen met een non-affectieve psychotische stoornis (NAPS) (Carr e.a. 2004; Hetlevik e.a. 2015). Ook in Nederland verwijst de ggz een deel van deze patiënten voor hun behandeling naar de huisarts. In de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie (Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ 2012) staan geen criteria waaraan deze patiënten zouden moeten voldoen. Onze ervaring is dat stabiele patiënten er soms zelf om vragen, maar helaas merken wij ook dat sommigen van hen in een sterk verslechterde toestand terugkeren, soms met een juridische maatregel. Voor zover ons bekend is er in Nederland of daarbuiten niet eerder onderzoek gedaan naar het psychiatrisch beloop van patiënten met een NAPS die de ggz voor nazorg naar de huisarts verwijst. In deze tijd van toenemend ambulante werken in de ggz en een centrale positie

van de huisarts in de keten van zorg is het van belang zicht te hebben op de effectiviteit van deze nazorg. Tevens willen we de redenen van deze verwijzing naar de huisarts in kaart brengen, alsmede de kans op terugverwijzing door de huisarts naar de ggz en de lengte van het interval waarna deze terugverwijzing plaatsvindt. Daartoe vergeleken we in dit onderzoek het beloop binnen twee cohorten: patiënten met een NAPS die door de ggz naar de huisarts zijn verwezen (HA-cohort), en patiënten die bij de ggz in behandeling bleven (ggz-cohort). Uit de literatuur is bekend dat een aanzienlijk percentage van de patiënten met een NAPS weinig of geen ziektebesef heeft (ongeveer 40%) en voortdurend gestimuleerd moet worden om antipsychotische medicatie te blijven gebruiken (Amador e.a. 1994; Barkhof e.a. 2012; Ramachandran e.a. 2016; Pousa e.a. 2017). Als bijwerkingen worden ervaren die moeilijk te couperen zijn,

## AUTEURS

**Wiepkje Brouwers**, psychiater, Brijder verslavingszorg, Parnassia Groep, Haarlem.

**Jan Bogers**, A-opleider en psychiater, kliniek intensieve zorg, GGZ Rivierduinen Leiden.

**Emile Barkhof**, geneesheer-directeur, Arkin, Amsterdam.

**Fabian Termorshuizen**, senior onderzoeker, onderzoekslijn psychose, GGZ Rivierduinen, Leiden.

**Jean-Paul Selten**, psychiater, FACT-team, GGZ Rivierduinen, Leiden, en hoogleraar Sociale uitsluiting en psychische stoornissen, Universiteit Maastricht.

### Correspondentieadres

Jan Bogers, Kliniek Intensieve Zorg GGZ Rivierduinen, Valklaan 3, 2342EB Oegstgeest.  
E-mail: j.bogers@rivierduinen.nl

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 24-12-2020.

### Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(9):623-629

is blijvend motiveren voor de medicamenteuze behandeling extra belangrijk. Dit is moeilijk uitvoerbaar voor huisartsen.

Onze hypothese is dat patiënten die bij de huisarts in zorg komen psychiatrisch vaker verslechteren dan patiënten die in zorg blijven bij de ggz. Geringe medicatietrouw zou daarbij een uitlokkende rol kunnen spelen, mede omdat de huisarts hier mogelijk onvoldoende zicht op heeft.

## METHODE

### Studieopzet en deelnemers

Wij verrichtten een retrospectief vergelijkend cohortonderzoek. We baseerden ons op het bestand van alle patiënten van GGZ Rivierduinen (1) met als DSM-IV-diagnose een NAPS (schizofrenie, psychotische stoornis NAO, schizoaffectieve stoornis, schizofreniforme stoornis of een waanstoornis) en (2) in behandeling bij een van de FACT-teams van de regio's Leiden en Duin- en Bollenstreek. Daaruit selecteerden we de patiënten die in de jaren 2012 en 2013 voor nazorg waren verwezen naar de huisarts, evenals de patiënten die in diezelfde periode bij de ggz in zorg zijn gebleven.

Omdat veel van de verwezen patiënten niet op te sporen of te bereiken waren, herhaalden we deze procedure met patiënten die in de jaren 2014 en 2015 werden verwezen. De genoemde jaren werden gekozen om aansluitend het beloop van de geselecteerde patiënten over een aantal jaren te kunnen evalueren.

We benaderden de patiënten die verwezen waren naar de huisarts op alfabetische volgorde om te worden geïncludeerd in het HA-cohort. Omdat leeftijd en geslacht de resultaten zouden kunnen vertekenen, vergeleken we

hen met patiënten die bij de ggz in behandeling waren gebleven en die van hetzelfde geslacht waren en ongeveer dezelfde leeftijd (+/- 5 jaar). We selecteerden op alfabetische volgorde totdat 20 gematchte paren (duo's van in leeftijd en geslacht op elkaar lijkende patiënten) geïncludeerd waren.

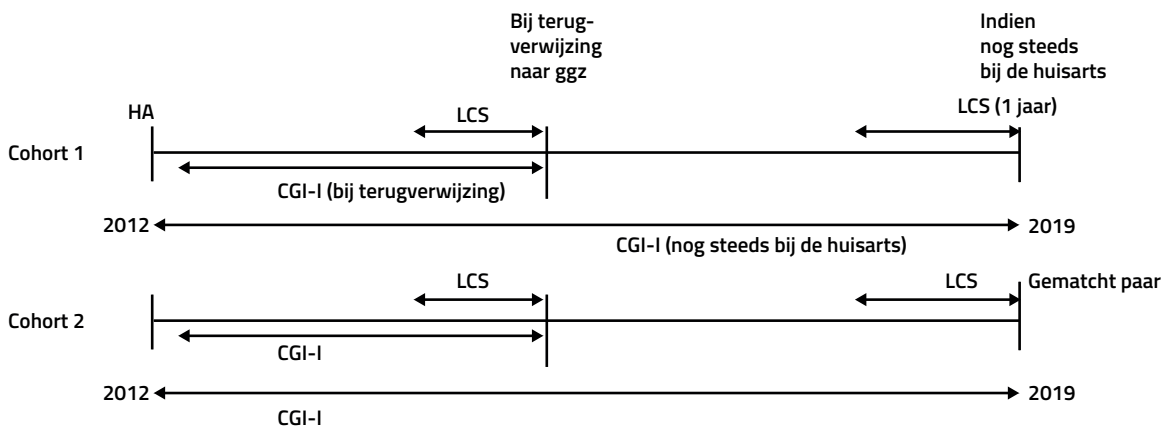
Omdat te verwachten was dat patiënten die naar de huisarts werden verwezen op een hoger niveau functioneerden dan zij die in zorg bij de ggz bleven, selecteerden we voor het ggz-cohort aanvankelijk patiënten met een score op de *Global Assessment of Functioning* scale (GAF; APA 2000) van minimaal 50. Omdat we aldus te weinig passende patiënten (matching) voor het ggz-cohort konden selecteren, werden vervolgens ook patiënten geselecteerd met lagere GAF-scores.

De start van de follow-upperiode was de datum van verwijzing naar de huisarts (HA-cohort) en dezelfde datum voor de gekoppelde patiënt (ggz-cohort). Het einde van de follow-up was de datum waarop de eerste auteur een interview had gehad met de huisarts (HA-cohort) of met de huidige ggz-behandelaar (ggz-cohort). Beide patiënten van het gematchte paar werden zodoende even lang gevolgd (figuur 1).

De voormalige behandelaar benaderde patiënten uit het HA-cohort en vroeg of de eerste auteur de huisarts telefonisch mocht interviewen over het beloop van de behandeling. Van de patiënten in het ggz-cohort had in de meeste gevallen de huidige behandelaar de patiënt om toestemming gevraagd om de eerste auteur telefonisch te informeren over het beloop van de behandeling.

Alle geïncludeerde patiënten gaven mondelinge toestemming voor het telefonische interview door de onderzoeker met de huisarts en/of de huidige behandelaar. Vervolgens interviewde de eerste auteur de huisarts

**Figuur 1. Procedure met gematchte paren van HA- en ggz-cohorten**



Vergelijking van de metingen en meetmomenten van het HA- en ggz-cohort. De medicatietrouw, gemeten met de LCS, werd beoordeeld over het jaar voorafgaand aan de periode tot terug verwijzing naar de ggz, of over het afgelopen jaar (indien niet terug verwezen). Voor de patiënt uit het ggz-cohort werd dezelfde periode geëvalueerd. Het beloop van de ernst van de ziekte, gemeten met de CGI-I, werd beoordeeld vanaf het moment van verwijzing naar de huisarts tot terug verwijzing naar de ggz, of tot het einde van het onderzoek (indien niet terugverwezen). Voor de patiënt in het ggz-cohort werd dezelfde periode geëvalueerd. De GAF-scores en de diagnoses aan het begin van het beloop (2012) werden nagegaan en de ernst van de ziekte, gemeten met de CGI-S, werd ten tijde van het interview bepaald aan het einde van het onderzoek (2019).

van de patiënten in het HA-cohort telefonisch. Indien de patiënten inmiddels weer terugverwezen waren naar de ggz nam de eerste auteur behalve bij de huisarts ook een telefonisch interview af bij de huidige behandelaar. Betreffende de patiënten in het ggz-cohort interviewde de eerste auteur de huidige behandelaar telefonisch. Aan de hand van de interviews vulde de eerste auteur de vragenlijsten in en kende scores toe op meetinstrumenten.

De Commissie Medische Ethiek van het Leids Universitair Medisch Centrum verklaarde dat het onderzoek niet viel onder de reikwijdte van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) en dat er geen formele medisch-ethische toetsing noodzakelijk was.

### Meetinstrumenten

Ons voornaamste instrument was de *Clinical Global Impression-Improvement* (CGI-I; Guy 1976). Dit is een 7-puntsschaal over de globale verandering in de tijd, van 'zeer veel verbeterd' (score 1) tot 'zeer veel verslechterd' (score 7). Het interval betrof het moment van verwijzing naar de huisarts tot het moment van interview of tot het moment van terugverwijzen naar de ggz. Voor de patiënt in het ggz-cohort werd dezelfde periode geëvalueerd. De scores op de CGI-I werden verdeeld in 3 clusters: verbeterd (score 1 t/m 3), onveranderd (score 4) en verslechterd (score 5 t/m 7).

De *Clinical Global Impression-Severity* (CGI-S; Guy 1976) is een 7-puntsschaal van de globale ernst van de aandoening van 'normaal, niet ziek' (score 1) tot 'zeer ernstig ziek' (score 7). Hierbij maakten we een onderverdeling in 2 clusters: 'normaal' tot 'licht ziek' (CGI-score 1 t/m 3)

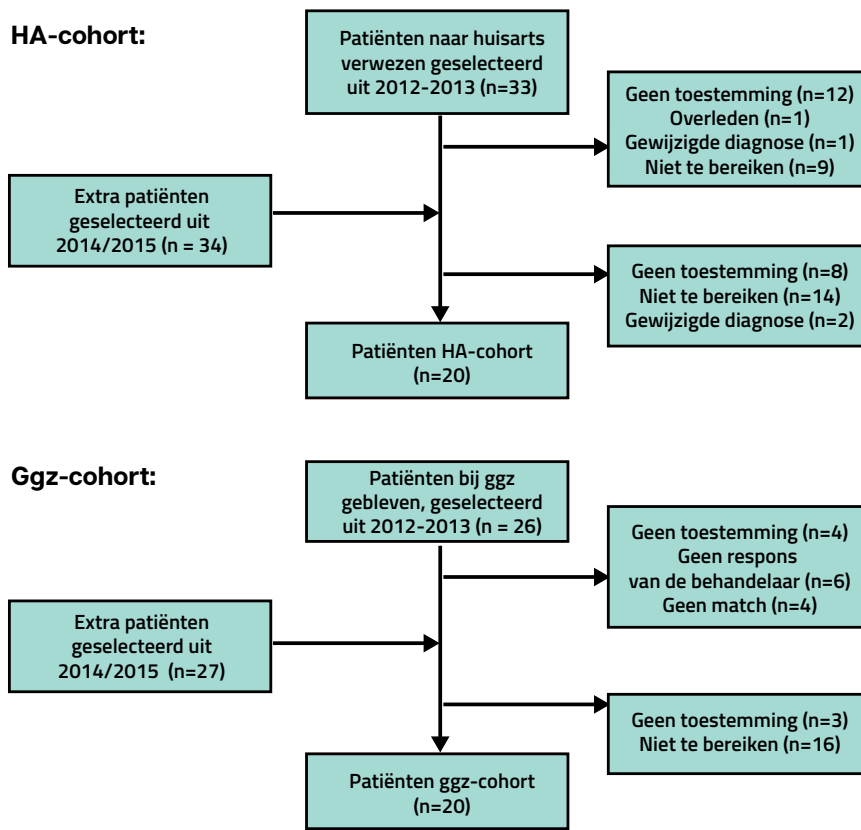
en 'matig ziek' tot 'zeer ernstig ziek' (CGI-score 4 t/m 7). De score op de CGI-S betrof de toestand van de patiënt ten tijde van het interview, aan het einde van het beloop. De *Life Chart Schedule* (LCS) (Susser e.a. 2000) is een 5-puntsschaal waarop de medicatietrouw over het afgelopen jaar wordt gescoord, van 'voorgeschreven maar nooit ingenomen' (score 1), tot 'medicatie altijd ingenomen' (score 5). Medicatieontrouw definieerden we als een score 1 of 2 op de LCS (medicatie 'nooit ingenomen' of 'in minder dan de helft van de gevallen ingenomen'). Medicatietrouw definieerden we als een score 3 t/m 5 op de LCS (medicatie 'in meer dan de helft van de gevallen ingenomen' tot 'altijd ingenomen'). De LCS werd beoordeeld over het jaar voorafgaand aan de periode tot terugverwijzen naar de ggz, of over het laatste jaar (indien niet terugverwezen). Voor de patiënt in het ggz-cohort werd dezelfde periode geëvalueerd (zie [figuur 1](#)).

De *Global Assessment of Functioning* (GAF; APA, 2000) is een instrument waarmee de behandelaar het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren scoort, met scores tussen 0 en 100. Hoge scores staan voor een beter algemeen functioneren. Als GAF-score werd een beginwaarde geregistreerd van het begin van de onderzoeksperiode.

### Data-analyse

Voor de verschillen tussen cohorten bij aanvang werd de t-toets gebruikt (leeftijd en GAF-score). Verschillen in categoriale variabelen werden getoetst met een  $\chi^2$ -toets of Fishers exacte toets. Voor de uitkomst duur-tot-terugverwijzing-naar-de-ggz werd een survivalanalyse met een kaplan-meiercurve uitgevoerd. Alle data werden geanalyseerd met SPSS 22.0.

**Figuur 2. Flowdiagram van de inclusie van de patiënten in huisartscohort (HA) en ggz-cohort**



## RESULTATEN

### Patiënten

Van de 67 voor het HA-cohort geselecteerde patiënten konden er 20 worden geïncludeerd (figuur 2). Veel patiënten van de oorspronkelijke selectie waren niet op te sporen of gaven geen toestemming. Eén patiënt was overleden (geen suicide). Om 20 gematchte paren te verkrijgen, werden voor het ggz-cohort 53 patiënten geselecteerd.

**Tabel 1. Demografische en klinische kenmerken van HA- en ggz-cohorten**

	HA-cohort (n = 20)	ggz-cohort (n = 20)
Geslacht % vrouw	40%	40%
Gem leeftijd (SD)	49,7 (12,5)	50,9 (11,6)
GAF (SD)	57,5 (11,6)	50,5 (8,6)
Diagnoses: n (%)		
Schizofrenie	10 (50%)	13 (65%)
Psychotische stoornis NAO	5 (25%)	2 (10%)
Schizoaffectieve stoornis	5 (25%)	5 (25%)
Schizofreniforme stoornis	0	0
Waanstoornis	0	0

Bij de beginmeting waren er geen significante verschillen tussen de cohorten in leeftijd, geslacht en type NAPS. Op het moment van verwijzing naar de huisarts was de gemiddelde GAF-score van het HA-cohort niet significant hoger dan van het ggz-cohort (tabel 1).

### Redenen van verwijzing naar huisarts

De voornaamste reden van verwijzing naar de huisarts was een stabiel goed functioneren (n = 13; 65%). 4 patiënten (20%) werden verwezen omdat ze bij de ggz niet op afspraken verschenen. 3 Patiënten (15%) waren ondanks een indicatie voor voortgezette ggz-behandeling verwezen naar de huisarts omdat ze het eigen risico niet wilden betalen.

### Vergelijking beloop beide cohorten

In het HA-cohort verslechterden meer patiënten (n = 14; 70%) dan in het ggz-cohort (n = 1; 5%;  $\chi^2 = 18,0$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,001$ ). Van de 14 patiënten die verslechterden in het HA-cohort werden 13 opnieuw ingeschreven bij de ggz en 4 van deze 14 patiënten werden heropgenomen (tabel 3). Na ongeveer 4 jaar tijd was 65% van de patiënten in het HA-cohort weer in zorg bij de ggz (figuur 3). In het HA-cohort bleken meer patiënten medicatieontrouw (n = 6; 33%) dan in het ggz-cohort (n = 2; 10%), maar het verschil was niet significant ( $\chi^2 = 3,1$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,078$ ) (tabel 2). De patiënten in het HA-cohort die medicatieontrouw waren, werden allen door de huisarts

**Tabel 2. Huidige functioneren (CGI-S), beloop van het klinisch functioneren (CGI-I), medicatietrouw (LCS) en aantal opnames in HA- en ggz-cohort**

	N	HA-cohort (n = 20)	ggz-cohort (n = 20)	P
<b>CGI-S (SD)</b>	40	3,8 (1,4)	4,3 (1,21)	
Normaal-licht ziek (score 1-3)		11 (55%)	5 (25%)	0,053
Matig-zeer ernstig ziek (score 4-7)		9 (45%)	15 (75%)	
<b>CGI-I (SD)</b>	40	5,1 (1,3)	3,2 (1,1)	
Verbeterd (score 1-3)		2 (10%)	12 (60%)	<0,001
Onveranderd (score 4)		4 (20%)	7 (35%)	
Verslechterd (score 5-7)		14 (70%)	1 (5%)	
<b>LCS</b>	38*	3,89 (1,49)	4,56 (0,86)	
Medicatietrouw (score 3-5)		12 (67%)	18 (90%)	0,078
Medicatieontrouw (score 1,2)		6 (33%)	2 (10%)	
<b>Opnames</b>	40	4 (20%)	4 (20%)	0,653

\*Twee patiënten gebruikten geen medicatie.

**Tabel 3. Gegevens over 20 patiënten die zijn verwezen naar de huisarts (HA-cohort)**

HA-cohort (n = 20)	N (%)	Opnieuw ingeschreven ggz n = 13 (65%)	P	Opnames	P
<b>Medicatiegebruik bij follow-up</b>					
Geen medicatiegebruik	2 (10%)	2 (100%)	0,025	1 (50%)	0,025
Medicatietrouw (LCS-score 3-5)	12 (60%)	5 (42%)		0 (0%)	
Medicatieontrouw (LCS-score 1,2)	6 (30%)	6 (100%)		3 (50%)	
<b>Kennis HA</b>					
HA op de hoogte	11 (55%)	7 (64%)	0,63	3 (27%)	0,375
HA niet op de hoogte	9 (45%)	6 (67%)		1 (11%)	
<b>Beloop (CGI-I)</b>					
Verbeterd (score 1-3)	2 (10%)	0 (0%)	<0,001	0 (0%)	0,343
Onveranderd (score 4)	4 (20%)	0 (0%)		0 (0%)	
Verslechterd (score 5-7)	14 (70%)	13 (93%)		4 (29%)	
<b>Reden van verwijzing naar HA</b>					
Stabiel goed functioneren*	13 (65%)	6 (46%)	0,055	1 (8%)	0,008
Eigen bijdrage	3 (15%)	3 (100%)		0 (0%)	
Komt afspraken niet na	4 (20%)	4 (100%)		3 (75%)	

\*Van de 13 patiënten die verwezen waren naar de huisarts omdat ze stabiel goed functioneerden, verslechterden meer patiënten (54%) dan in het ggz-cohort (8%) (p = 0,034), ondanks vergelijkbare medicatietrouw (p = 0,490).

terugverwezen naar de ggz. De helft van de patiënten in het HA-cohort die medicatieontrouw waren, werd opgenomen; de patiënten die medicatietrouw waren, werden niet opgenomen.

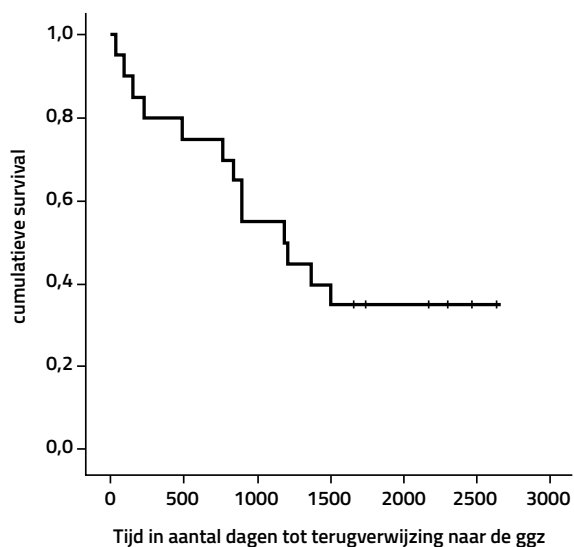
Van de 13 patiënten die verwezen waren naar de huisarts omdat ze stabiel goed functioneerden, verslechterden meer patiënten (n = 7; 54%) dan van de 13 gekoppelde patiënten in het ggz-cohort (n = 1; 8%) ( $\chi^2 = 4,5$ ; df = 1; p = 0,034). Er was geen verschil in de mate van medicatietrouw tussen deze twee groepen ( $\chi^2 = 0,5$ ; df = 1; p = 0,490). 6 van de 13 patiënten (46%) die aanvankelijk stabiel functioneerden, werden weer opnieuw ingeschreven bij de ggz (tabel 3).

De patiënten die verwezen werden naar de huisarts

omdat ze het eigen risico niet wilden betalen of omdat ze niet op afspraken verschenen, werden allen weer terugverwezen naar de ggz. Van de groep die naar de huisarts verwezen werd omdat ze niet op afspraken verschenen, werden 3 van de 4 patiënten (75%) opgenomen (tabel 3).

De ernst van de ziekte ten tijde van het onderzoek bepaald met de CGI-S was in het ggz-cohort gemiddeld hoger (4,3) dan in het HA-cohort (3,8). Als het klinisch functioneren dichotoom werd onderverdeeld in 'normaal tot licht ziek' en 'matig ziek tot zeer ernstig ziek', werd dat verschil verhelderd: matig tot ernstig ziek was 75% in het ggz-cohort versus 45% van de patiënten in het HA-cohort (tabel 2).

**Figuur 3. Duur tot terugverwijzing naar de ggz in het HA-cohort**



### Kennis van de huisarts

De huisarts bleek niet op de hoogte van het beloop en de actuele psychische toestand van negen patiënten. 6 Van deze 9 patiënten (67%) werden opnieuw ingeschreven bij de ggz en 1 van de 9 (11%) werd opgenomen (tabel 3). Van 11 patiënten was de huisarts goed op de hoogte van de psychische toestand van de patiënt. Bij 4 van hen was de praktijkondersteuner van de huisarts (POH) intensief betrokken.

## DISCUSSIE

Dit onderzoek is voor zover ons bekend wereldwijd het eerste onderzoek naar het beloop van patiënten met een NAPS in de ggz die voor nazorg verwezen worden naar de huisarts. Het grootste deel verslechterde, terwijl dit minder vaak het geval was bij patiënten die bij de ggz in zorg bleven. Van bijna de helft van de verwezen patiënten was de huisarts niet op de hoogte van de psychische toestand van de patiënt.

Een aantal factoren lijkt een rol te spelen bij verslechtering, zoals medicatietrouw. Patiënten die bij de ggz bleven, waren meer medicatietrouw, verslechterden veel minder vaak en verbeterden zelfs vaak. Patiënten die naar de huisarts werden verwezen en niet medicatietrouw waren, werden in vergelijking met patiënten die wel medicatietrouw waren vaker terugverwezen naar de ggz (allemaal) en vaker opgenomen.

Bijzondere patiënten, zoals degenen die verwezen werden naar de huisarts omdat ze het eigen risico niet wilden betalen of omdat ze niet op afspraken verschenen, zijn allemaal weer terugverwezen naar de ggz. Een groot aantal van hen werd opgenomen.

Een zeer relevante groep binnen het HA-cohort zijn de 13 patiënten die naar de huisarts werden verwezen

vanwege hun stabiel functioneren. Dit is immers herkenbaar in de dagelijkse praktijk. Van deze 13 patiënten verslechterden meer patiënten dan van de 13 gekoppelde patiënten in het ggz-cohort, ondanks vergelijkbare medicatietrouw. Uit deze analyse blijkt dat ook stabiele patiënten psychiatrisch verslechterden na verwijzing naar de huisarts.

Het HA-cohort leek bij aanvang van de follow-up beter te functioneren dan het ggz-cohort. Hoewel het HA-cohort meer is verslechterd dan het ggz-cohort, was het klinisch functioneren ten tijde van het onderzoek in het HA-cohort nog steeds beter dan in het ggz-cohort. Dus de verslechtering was niet zo ernstig dat het verschil met het ggz-cohort volledig teniet werd gedaan.

Van patiënten die naar de huisarts gaan, is 65% na ongeveer 4 jaar weer terug bij de ggz. Dit impliceert dat 35% na vier jaar nog in behandeling bij de huisarts is. Deze groep lijkt in die periode stabiel te blijven. Wij denken dat schaamte over de stoornis en/of loochening van de ernst van de stoornis een rol speelt bij de wens van de patiënt om te worden verwezen naar de huisarts (zie ook Rogausch e.a. 2008). Terwijl patiënten bij de huisarts in zorg meer psychiatrisch ontregeld raken, is er dus ook een substantiële groep patiënten die met zorg door de huisarts goed functioneert en deze zorg mogelijk positiever beleeft dan ggz-zorg.

Wat huisartsen van verwijzing van deze patiënten naar hen vinden, hebben wij niet onderzocht. In Zwitsers onderzoek bleek dat huisartsen meer behoefte hebben aan de mogelijkheid om patiënten laagdrempelig te verwijzen naar de ggz dan aan vermeerdering van hun kennis (Simon e.a. 2005).

### Sterke punten en beperkingen

De studie is een eerste onderzoek naar het beloop van patiënten met NAPS die na een behandeling bij de ggz voor zorg naar de huisarts worden verwezen.

Selectiebias is een mogelijke beperking. Tussen het identificeren van patiënten die in aanmerking kwamen voor dit onderzoek en het includeren in de studie vielen veel patiënten af: 70% van de patiënten die uitgenodigd waren voor het HA-cohort gaf geen toestemming voor het interview of was niet bereikbaar. Wij weten niet of dit onze resultaten beïnvloed heeft. Patiënten die beter functioneerden en minder achterdochtig waren, gaven mogelijk sneller toestemming dan patiënten die slechter functioneerden en/of psychotisch waren. Het aantal weigeraars was in het HA-cohort aanzienlijk groter dan in het ggz-cohort ( $n = 20$  resp.  $n = 7$ ). Dat is opvallend omdat er aanwijzingen zijn dat patiënten in het HA-cohort beter functioneerden.

Aangezien het verzoek om een interview is gedaan toen deze patiënten reeds langere tijd bij de ggz uit zorg waren, zijn deze weigeraars mogelijk verslechterd, maar zeker weten we dit niet.

Het zou ook kunnen betekenen dat we de verslechtering in het HA-cohort nog onderschat hebben. Daarbij moet men zich realiseren dat een relatief goed functionerende

groep patiënten een grotere kans heeft te verslechteren dan een slecht functionerende groep.

Tevens betreft het een studie met een klein aantal patiënten. De patiënten zijn weliswaar gematcht op leeftijd en geslacht, maar dan blijft het mogelijk dat andere, de uitkomst beïnvloedende kenmerken de groepen ongelijk maken. Gezien het explorerend karakter van deze studie hebben we geen poweranalyse uitgevoerd.

Een andere beperking is dat behandelaars mogelijk het beloop van patiënten in het ggz-cohort te gunstig inschatten, omdat ze het resultaat van hun eigen inspanningen graag positief beoordelen.

### Relevantie voor de praktijk

Het is aannemelijk dat patiënten meer verslechteren bij de huisarts omdat de patiënten zich aan de zorg onttrekken, hun medicatie niet nemen en niet op het spreekuur bij de huisarts verschijnen. Gezien de hoge werkdruk onder huisartsen lijkt het moeilijk haalbaar om van hen een actieve benadering van deze patiënten te vragen. Bij de uitvoering van deze studie zijn er wel aanwijzingen dat de POH bij patiënten met NAPS een gunstige bijdrage kan leveren aan de behandeling bij de huisarts. Deze functie is in 2007 ontstaan, en vanaf 2011 nam het aantal huisartsenpraktijken met een POH flink in aantal toe.

Wat betreft de medicatietrouw zijn er verschillende praktische ondersteunende interventies onderzocht die ook in de eerste lijn toepasbaar zijn, bijv. het gebruik van sms-berichten (Wald e.a. 2015). Voor de zorg door de huisarts zou ook een apotheekwaarschuwingssysteem een positieve bijdrage kunnen leveren aan de controle op medicatiegebruik (zie SMANON-EPA systeem 2017: [www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl) > projectdetail > verslagen). De apotheek waarschuwt dan de huisarts als de patiënt niet meer verschijnt om medicatie op te halen, wat een teken kan zijn van (komende) psychiatrische ontregeling.

Voordelen van zorg door de huisarts kunnen zijn dat de zorg dichterbij huis plaatsvindt, dat de huisarts de gezinssituatie vaak veel beter kent, dat het minder stigmatiserend is en dat doorgaans de behandelaar minder frequent wisselt dan in de ggz.

## CONCLUSIE

Terughoudendheid is geboden bij verwijzing van patiënten met een NAPS naar de huisarts, omdat de kans dat zij verslechteren groot is. Daarbij kan afgenomen medicatietrouw een destabiliserende factor zijn.

## LITERATUUR

Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss NH, Yale SA, Clark SC, e.a. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 826-36.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). DSM-IV-TR. Washington: APA; 2000.

Barkhof E, Meijer CJ, de Sonnevile LM, Linszen DH, De Haan L. Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia - a review of the past decade. *Eur Psychiatry* 2012; 27: 9-18.

Carr VJ, Lewin TJ, Barnard RE, Walton JM, Allen JL, Constable PM, e.a. Attitudes and roles of general practitioners in the treatment of schizophrenia compared with community mental health staff and patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 78-84.

Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Rockville: U.S. Department of Health, Education, and Welfare; 1976.

Hetlevik Ø, Solheim M, Gjesdal S. Use of GP services by patients with schizophrenia: a national cross-sectional register-based study. *BMC Health Serv Res* 2015; 18: 15-66.

Pousa E, Ochoa S, Cobo J, Nieto L, Usall J, Gonzalez B, e.a. A deeper view of insight in schizophrenia: Insight dimensions, unawareness and misattribution of particular symptoms and its relation with psychopathological factors. *Schizophr Res* 2017; 189: 61-8.

Ramachandran AS, Ramanathan R, Praharaj SK, Kanradi H, Sharma PSVN. A cross-sectional, comparative study of insight in schizophrenia and bipolar patients in remission. *Indian J Psychol Med* 2016; 38: 207-12.

Rogausch A, Kapmeyer A, Tenbrieg A, Himmel W. Role of the general practitioner in outpatient care for schizophrenic patients from the patients' perspective. *Psychiatr Prax* 2008; 35: 194-7.

Simon AE, Lauber C, Ludewig K, Braun-Scharm H, Umbricht DS, Swiss Early Psychosis Project. General practitioners and schizophrenia: results from a Swiss survey. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 274-81.

Susser E, Finnerty M, Mojtabei R, Yale S, Conover S, Goetz R, e.a. Reliability of the Life Chart Schedule for assessment of the long-term course of schizophrenia. *Schizophr Res* 2000; 42: 67-77.

Wald DS, Butt S, Bestwick JP. One-way versus two-way text messaging on improving medication adherence: Meta-analysis of randomised trials. *Am J Medicine* 2015; j.amjmed.2015.05.035

Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ. Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie 2012 Versie 2.0. Utrecht: Trimbos-instituut; 2012.

---

## SUMMARY

# Referral of a stabilized patient with psychotic disorder to the general practitioner: a pilot study

W.B. Brouwers, J.P.A.M. Bogers, E. Barkhof, F. Termorshuizen, J.P. Selten

- Background** In various countries, general practitioners (GPs) play an important role after treatment for non-affective psychotic disorder (NAPD) in mental health care. It is unclear how these patients fare.
- Aim** To compare the clinical course of patients largely recovered from NAPD and referred to the GP with the course of patients who remain in treatment at mental healthcare.
- Method** In a retrospective cohort study, 20 patients referred to GPs by mental healthcare (GP cohort) were compared to 20 patients who remained in treatment at mental healthcare (MH cohort), matched by age and gender. The clinical course was evaluated with the GPs and the mental healthcare practitioner, respectively. In addition, medication adherence and reasons for referral to the GP and mental healthcare were registered.
- Results** In the GP cohort more patients (70%) deteriorated than in the MH cohort (5%) ( $p < 0.001$ ). In the MH cohort more patients showed therapeutic compliance (90%) than in the GP cohort (67%) ( $p = 0.078$ ). After about four years, 65% of the patients in the GP cohort were back in treatment at mental healthcare. Among the 13 patients who were referred to the GP while functioning stably, more patients (54%) deteriorated than their matched counterparts in the MH cohort (8%) ( $p = 0.034$ ).
- Conclusion** The results confirm that caution is needed in referring patients recovered from non-affective psychotic disorder to the GP.