

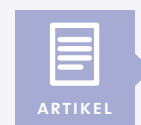
# De huisarts als primaire behandelaar van patiënten met een bipolaire stoornis: een exploratief onderzoek

W.G. TER MEULEN, H.M. VISSER, P.J.M. ELDERS, R.W. KUPKA

- ACHTERGROND** Er is discussie over de rol van de huisartsenzorg bij de behandeling van ernstige psychiatrische aandoeningen, waaronder de bipolaire stoornis.
- DOEL** Onderzoeken hoeveel patiënten met een als zodanig herkende bipolaire stoornis voor deze aandoening uitsluitend in de huisartspraktijk behandeld worden. Secundaire vraag was hoeveel patiënten met deze aandoening bekend zijn bij de huisarts.
- METHODE** Oriënterend, exploratief onderzoek in een huisartsendatabase van 14.254 volwassen Nederlandse patiënten in de regio Amsterdam over een periode van 3,5 jaar (2010-2013).
- RESULTATEN** Bij minder dan één patiënt per normpraktijk is de huisarts aantoonbaar de primaire behandelaar voor een bipolaire stoornis. Het percentage patiënten met een als zodanig herkende bipolaire stoornis in de door ons onderzochte huisartsendatabase was met 0,15% duidelijk lager dan de Nederlandse populatieprevalentie. Er zijn diverse mogelijke verklaringen voor deze discrepantie.
- CONCLUSIE** Met dergelijke lage aantallen is het niet aannemelijk dat huisartsen voldoende ervaring kunnen opdoen om patiënten met bipolaire stoornissen conform de laatste inzichten te behandelen. Bij een toenemende rol van de huisartsenpraktijk bij de behandeling van bipolaire stoornissen zijn goede samenwerking met de specialistische ggz en een lage drempel voor consultatie en terugverwijzing noodzakelijk.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)3, 190-197

**TREFWOORDEN** behandeling, bipolaire stoornis, huisarts



ARTIKEL



In de Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen (MDR-BS; Kupka e.a. 2015) wordt aanbevolen dat diagnostiek en behandeling van patiënten met een bipolaire stoornis in eerste instantie dienen te gebeuren binnen de specialistische ggz. Redenen hiervoor zijn dat de bipolaire stoornis een sterk recidiverend karakter heeft waarbij er bovendien vaak sprake is van comorbiditeit, met name angststoornissen, middelenmisbruik, persoonlijkheidsstoornissen en somatische aandoeningen. Veel patiënten gebruiken medicatie die regelmatige controle vereist, zoals lithium, of combinaties van verschillende psychofarmaca zoals

lithium, anticonvulsiva, antipsychotica, antidepressiva en benzodiazepinen. Bovendien gaat de aandoening gepaard met een sterk verhoogd suïciderisico en met hoge gezondheidszorgkosten (Kilbourne e.a. 2012).

De MDR-BS stelt dat de huisarts eventueel de behandeling kan overnemen indien voldaan is aan meerdere voorwaarden, waaronder: 1. de stoornis is langdurig stabiel; 2. de patiënt gebruikt geen complexe medicatie; en 3. de huisarts is akkoord met overname van de behandeling. Overigens kan eigen voorkeur van patiënten een reden zijn om alleen door de huisarts behandeld te willen worden, en kunnen

ook financiële overwegingen doorslaggevend zijn, zoals bleek toen in 2012 (tijdelijk) een eigen bijdrage werd ingevoerd in de ggz (Visser e.a. 2013).

Vanaf 2014 is door beslissingen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) de keten van de specialistische ggz anders georganiseerd. Delen van de specialistische ggz worden overgeheveld naar de huisartsenzorg, die kan worden versterkt door aanstelling van onder andere een praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz (POH-GGZ). Een ander deel van de specialistische ggz wordt overgeheveld naar de nader in te richten generalistische basis-ggz. Een deel van de patiënten uit de specialistische ggz, onder wie degenen met een bipolaire stoornis, zal dus naar verwachting worden overgedragen aan de huisarts en de POH-GGZ of de basis-ggz. Behandeling in de huisartspraktijk zou, zoals we in het voorgaande stelden, al regelmatig moeten voorkomen. Meer kennis hierover is dan ook relevant om tot een goede afweging en uitwerking te komen van hoe in de verschillende fasen van de bipolaire stoornis de zorg verantwoord vormgegeven kan worden, zoals de MDR-BS aanbeveelt.

Omdat hierover nog weinig bekend is, geven wij een beknopt overzicht van de actuele literatuur over behandeling van bipolaire stoornissen in de huisartsenpraktijk, en beschrijven wij de resultaten van een onderzoek naar deze groep patiënten in een Nederlandse huisartsendatabase.

### Prevalentie in de huisartsenpraktijk en patiëntkenmerken

Geschat wordt dat internationaal ongeveer 10-38% van de patiënten met een bipolaire stoornis uitsluitend in de eerste lijn (*primary care*) wordt behandeld (Kilbourne e.a. 2012). In een longitudinaal Amerikaans onderzoek werd gevonden dat, ondanks de aanwezigheid van aanzienlijke symptomen, over een periode van 4 jaar slechts 26% van de patiënten met een bipolaire stoornis vanuit de eerste lijn naar gespecialiseerde zorg werd verwezen (Cerimele e.a. 2014).

In een incidentiestudie naar als zodanig geregistreerde bipolaire stoornissen in de Nederlandse huisartsenpraktijk werd over een periode van 10 jaar een prevalentie van 0,16% gevonden (Kroon e.a. 2013). Dit is aanmerkelijk lager dan de Nederlandse *lifetime*- en jaarprevalentie van respectievelijk 1,3% en 0,8% (De Graaf e.a. 2012). Het onderzoek van Kroon e.a. richtte zich overigens niet op de vraag of de primaire behandeling bij de huisarts of elders is.

In de NEMESIS-1 studie (Ten Have e.a. 2002) werd gevonden dat van alle patiënten met een *lifetime* bipolaire stoornis 72,1% ooit een huisarts had geconsulteerd vanwege emotionele problemen en/of middelengebruik, dat 25,5% nooit ergens enige vorm van hulp hiervoor had gezocht en

### AUTEURS

**WENDELA TER MEULEN**, tijdens het schrijven van dit artikel arts in opleiding tot psychiater; thans psychiater, GGZ inGeest, Academische Werkplaats Bipolaire Stoornissen, Hoofddorp.

**HETTY VISSER**, psychiater, GGZ inGeest, Academische Werkplaats Bipolaire Stoornissen, Hoofddorp.

**PETRA ELDERS**, huisarts, Academische Netwerk Huisartsgeneeskunde, afd. Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde, VU Medisch Centrum, Amsterdam.

**RALPH KUPKA**, hoogleeraar Bipolaire stoornissen, GGZ inGeest, Academische Werkplaats Bipolaire Stoornissen, Hoofddorp; VU Medisch Centrum, afd. Psychiatrie, Amsterdam.

### CORRESPONDENTIEADRES

Wendela ter Meulen, GGZ inGeest, Academische Werkplaats Bipolaire Stoornissen, Spaarnepoort 1, 2134 TM Hoofddorp.

E-mail: w.termeulen@ggzingeest.nl

Strijdige belangen: dr. Kupka meldde honoraria van Lundbeck, AstraZeneca en Bristol-Myers Squibb.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 31-8-2015.

dat 56,6% ooit enige vorm van ggz-hulp had gezocht voor dergelijke problemen. De groep patiënten die nooit ggz-hulp had gezocht, had minder vaak een bipolaire I-stoornis, had minder comorbiditeit, minder werkverzuim en minder problemen in het dagelijks leven. Het is echter onzeker of dit ook een minder ernstige groep betreft; 75% had één of meer comorbide psychiatrische diagnoses en 1 op de 3 had wel eens suicide overwogen (Ten Have e.a. 2002). Ook internationaal werd gevonden dat in de eerste lijn patiënten met een bipolaire stoornis hoog scoorden op angst- en depressiematen, en veel psychosociale problemen hadden (Cerimele e.a. 2014). In een grote Amerikaanse database van 14.643 veteranen met een als zodanig geregistreerde bipolaire stoornis (Kilbourne e.a. 2010) hadden patiënten die uitsluitend eerstelijnszorg kregen, vergeleken met patiënten die (ook) gespecialiseerde zorg ontvingen, meer somatische en minder psychiatrische comorbiditeit. Ook waren er minder psychiatrische opnames, maar de auteurs laten nadrukkelijk in het midden of deze eerstelijnspatiëntenpopulatie een groep met minder ernstige psychiatrische aandoeningen betreft. Zij stellen dat het evenzeer mogelijk is dat juist deze groep wellicht niet adequaat gediagnosticeerd is en/of dat het hun juist ontbreekt aan toegang tot gespecialiseerde zorg.

## Diagnostiek en behandeling huisartsenpraktijk versus gespecialiseerde ggz

Aangenomen wordt dat huisartsen beperkt de tijd hebben om de diagnose bipolaire stoornis te stellen. Volgens de internationale literatuur wordt de diagnose bipolaire stoornis in de eerste lijn relatief vaker ten onrechte niet gesteld dan bij de psychiater, die overigens ook de diagnose in eerste instantie niet altijd direct stelt (Rogers e.a. 2012). Kilbourne e.a. (2010) vonden in hun databaseonderzoek dat patiënten met een bipolaire I-stoornis in de eerste lijn, vergeleken met de gespecialiseerde zorg, minder vaak farmacotherapie volgens een richtlijn kregen, ook na correctie voor sociodemografische en klinische factoren. Van de Beek e.a. (2010) beschreven dat Nederlandse huisartsen significant minder vaak de lithiumspiegel controleren dan psychiaters.

Er is al met al weinig wetenschappelijke literatuur over de behandeling van patiënten met een bipolaire stoornis in de huisartsenpraktijk. De primaire vraagstelling van ons exploratieve onderzoek was dan ook hoeveel patiënten met een bipolaire stoornis uitsluitend door de huisarts voor deze aandoening behandeld worden. Een secundaire vraag was hoeveel patiënten met een bipolaire stoornis als zodanig bekend zijn bij de huisarts.

## PATIËNTEN EN METHODEN

### Studieopzet

Er werd een oriënterend, exploratief onderzoek in 14.254 patiëntendossiers van een huisartsendatabase uitgevoerd. De volledigste data konden over een periode van de laatste 3,5 jaar worden verkregen, van januari 2010 tot en met juni 2013.

### Database en patiënten

Data werden verkregen via de elektronische database van het Academisch Netwerk Huisartsgeneeskunde (ANH) van de afdeling Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde van het VU Medisch Centrum (VUMC) te Amsterdam. In deze database wordt de contactregistratie van het huisartsinformatiesysteem (HIS) van de bij het ANH aangesloten huisartsenpraktijken centraal geanonimiseerd opgeslagen. Zo bevat deze database de in het HIS volgens de SOEP-systematiek gerubriceerd opgeslagen vrijetekstregistratie van de contacten (S = subjectief = anamnese; O = objectief = waarneming van de huisarts; E = Evaluatie = werkhypothese of diagnose; P = plan = beleidsplan) en een overzichtlijst van actuele problemen en belangrijke diagnoses in het verleden (probleem- of episodelijst).

Intercollegiale correspondentie is in deze database niet inzichtelijk, maar het is gebruikelijk dat diagnoses uit deze brieven worden opgenomen in de probleem- of episode-

lijst. Tevens wordt de evaluatie van het consult gecodeerd volgens de International Classification for Primary Care (ICPC)-codering, wordt de voorgeschreven medicatie (inclusief Anatomical Therapeutic Chemical (ATC)-classificatiecode) geregistreerd zoals aanbevolen door de Wereldgezondheidsorganisatie, alsook eventuele externe verwijzingen. Indicatiestelling en voorschrijver van medicatie worden in deze systematiek niet standaard geëxpliciteerd. Meer details over deze database zijn te vinden op de website van het ANH ([http://www.anh-vumc.nl/de\\_anh\\_database.htm](http://www.anh-vumc.nl/de_anh_database.htm)).

### Praktijken

Voor het onderzoek werden de longitudinale registratiegegevens gebruikt van 14.254 volwassen Nederlandse patiënten uit 4 groepspraktijken in de regio van het VUMC (Amsterdam-Zuid en Amsterdam-West) waar in totaal 24 huisartsen werkzaam zijn. Dit komt overeen met 10,7 normpraktijken van 2350 patiënten.

### Case-definitie en zoekstrategie

In de ANH-database werd met ruime zoekcriteria en codes in alle beschikbare dossiers digitaal gescreend op patiënten die mogelijk een bipolaire stoornis hebben. Deze zoekcriteria werden vastgesteld in nauw overleg tussen alle vier auteurs. Eerst werd gescreend op de aanwezigheid van deze zoekcriteria (zie **TABEL 1** voor een gedetailleerde beschrijving). Daarna werd een verdere selectie van deze zoekcriteria toegepast (zie **TABEL 2**).

Na deze eerste digitale screening (**FIGUUR 1**, stap 1) werden door een medewerker van het ANH alle positief bevonden journaalepisodes beschikbaar gesteld, nadat de informatie in de vrije tekst was ontdaan van eventuele tot de persoon herleidbare gegevens. Deze journaalepisodes werden door de eerste auteur (WtM) inhoudelijk beoordeeld. De dossiers werden vervolgens in drie categorieën ingedeeld (**FIGUUR 1**, stap 2):

- Groep I. Zeker een als zodanig geregistreeerde bipolaire stoornis. Hiervan was sprake als de diagnose was gesteld door een psychiatrisch hulpverlener; of als de diagnose door de huisarts duidelijk als zodanig omschreven was, dan wel aannemelijk was bijvoorbeeld blijkend uit een omschreven evaluatieverslag.
- Groep III. Zeker geen als zodanig geregistreeerde bipolaire stoornis, oftewel alle dossiers waarin deze diagnose niet aan de orde was. Onder andere waren dit dossiers waarbij de geïdentificeerde SOEP-term een duidelijk andere betekenis had, bijvoorbeeld: ‘partner is weer manisch’.
- Groep II. Alle resterende dossiers werden ingedeeld in de categorie ‘onduidelijk’, bijvoorbeeld de O/E/P-term ‘is druk’ in combinatie met de codering P73 (affectieve

**TABEL 1** zoekcriteria waarmee in dossiers gescreend werd

- a S-term: hypom\*, manisch, hyperactief, overactief
- b O/E/P-term: hypom\*, manisch, manie, bipolaire stoornis, manisch-depressief, manisch-depressieve stoornis, manisch depressief syndroom, manische psychose, druk, overactief, ontremming, ontremd
- c één of meerdere ICPC-codes: P73 affectieve psychose, P73.02 bipolaire stoornis, P76.01 postpartumdepressie, P98 andere/niet gespecificeerde psychose(n), P99 andere psychische stoornis
- d voorschrift van lithium
- e voorschrift van pimozide, olanzapine, quetiapine, risperidon en/of clozapine
- f voorschrift van klassieke antipsychotica en/of anticonvulsiva alleen in combinatie met ICPC-code P76 depressie

**TABEL 2** verdere selectie van zoekcriteria

- a Code P73.02 bipolaire stoornis
- b S-term(en) i.c.m. ICPC-codes P76 depressie – P73 affectieve psychose – P76.01 postpartumdepressie – P98 andere/niet gespecificeerde psychose – P99 andere psychische ziekte – P29 andere psychische symptomen/klachten
- c O/E/P-term(en)
- d voorschrift van lithium
- e voorschrift van klassieke antipsychotica in combinatie met ICPC-code P76 depressie
- f voorschrift van anticonvulsiva (carbamazepine, depakine, lamotrigine) in combinatie met ICPC code P76 depressie
- g voorschrift van overige antipsychotica i.c.m. ICPC-codes P76 depressie – P73 affectieve psychose – P76.01 postpartumdepressie – P98 andere/niet gespecificeerde psychose – P99 andere psychische ziekte
- h P76.01 postpartumdepressie

psychose), zonder verdere toelichting in journaal of beloop.

Van alle dossiers uit categorie I werd aan de hand van de tekst uit de journaals vervolgens gekeken of een uitspraak kon worden gedaan over de vraag door wie de behandeling van de bipolaire stoornis werd uitgevoerd.

### Statistische analyses

Omdat het een oriënterend, exploratief onderzoek betrof werd beschrijvende statistiek gebruikt. Voor het beschrijven van de diagnostische categorie ('wel, geen, of onduidelijke bipolaire stoornis') en van het primaire behandelarschap werden absolute getallen weergegeven.

### Ethische aspecten

Dit onderzoek werd als niet-wmo-plichtig beoordeeld door de medisch-ethische toetsingscommissie van het vumc.

## RESULTATEN

### Aantal patiënten met bipolaire stoornis bekend bij de huisarts

In **FIGUUR 1** is te zien dat na de eerste twee digitale zoekstappen (**TABEL 1** en **2**) in de 14.254 dossiers over de zoekperiode

van 3,5 jaar er bij 224 patiënten mogelijk sprake was van een bipolaire stoornis.

Na inhoudelijke beoordeling van deze dossiers bleek bij 21 (0,15% van 14.254) sprake van een als zodanig geregistreerde bipolaire stoornis. Dit komt overeen met 2,0 patiënten per normpraktijk en met 0,9 patiënt per huisarts.

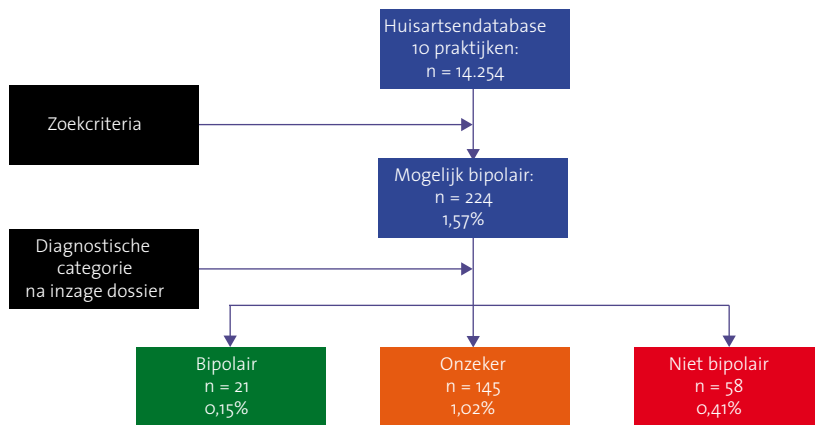
Bij 57 patiënten bleek bij beoordeling zeker geen sprake van een geregistreerde bipolaire stoornis.

In de categorie 'onduidelijk' vielen 145 patiënten. Voorbeelden van journaalteksten in deze 145 dossiers waren: 'Druk, in de war, gooit alles op straat, wanen' bij een patiënt die later valproaat en een atypisch antipsychoticum voorgeschreven kreeg, en in een ander dossier: 'Had in het verleden lithium waarvan was gezegd dat ze er nooit meer mee zou moeten stoppen.' Bij 15 van deze 145 patiënten stond lithium voorgeschreven, soms in combinatie met andere middelen die bij bipolaire stoornissen eveneens vaker worden voorgeschreven, zoals lamotrigine.

### Primaire behandelaar

Wij gingen ervan uit dat als de huisarts de primaire behandelaar van de bipolaire stoornis was, in al deze gevallen deze diagnose eenduidig uit het dossier naar voren zou moeten komen. Bovendien, omdat de MDR-BS stelt dat pati-

FIGUUR 1 Zoekstappen in digitale en papieren dossiers en resultaten



enten regelmatig gecontroleerd moeten worden, was aanname bij de term ‘behandeling in de huisartsenpraktijk’ dat een dergelijke controle minimaal 1 x gevonden zou moeten worden in het huisartsendossier over de studieperiode van 3,5 jaar.

Van de 21 patiënten die in de ANH-database stonden geregistreerd met een duidelijk omschreven bipolaire stoornis, was op basis van onze zoekcriteria bij 1 patiënt herleidbaar dat de huisarts de primaire behandelaar was. Dit kwam overeen met minder dan één (0,1) patiënt per normpraktijk. Er waren 8 patiënten in behandeling bij de ggz, 3 patiënten werden in de loop van de 3,5 jaar naar de ggz verwezen, en 2 patiënten verbleven in een instelling. De precieze aard van de ggz-behandeling was in de meeste gevallen niet duidelijk herleidbaar. Bij 2 patiënten was zowel de huisarts als de ggz bij de behandeling betrokken, maar het was niet inzichtelijk wie de primaire behandelaar was. Bij 5 patiënten was niet goed herleidbaar wie de primaire behandelaar was. Als zou worden aangenomen dat van deze laatste twee categorieën de huisarts de primaire behandelaar was, dan zou dit overeenkomen met in totaal 8 patiënten (1 + 2 + 5) die vanwege de bipolaire stoornis bij de huisartsenpraktijk in behandeling waren. Deze minder stringente berekening komt nog steeds overeen met minder dan 1 (0,8) patiënt per normpraktijk, en 0,3 patiënt per huisarts.

## DISCUSSIE

Ons primaire doel was te onderzoeken hoeveel patiënten met een als zodanig herkende bipolaire stoornis voor deze aandoening uitsluitend in de huisartspraktijk behandeld worden. Uit dit oriënterende onderzoek komt naar voren dat dit slechts weinig patiënten zijn, namelijk minder dan één (0,1-0,8) patiënt per normpraktijk.

Dit lage aantal hebben wij voorgelegd aan enkele huisartsen die zijn aangesloten bij het ANH. Zij gaven aan dat naar

hun indruk het werkelijke aantal patiënten van wie zij primaire behandelaar zijn wat hoger ligt. De meest voor de hand liggende verklaring voor deze discrepantie is dat periodieke controles, waaronder medicatiecontroles en laboratoriumonderzoek, niet regelmatig conform de richtlijnen worden uitgevoerd en niet expliciet in het dossier genoteerd worden. Dit is ook eerder beschreven (Van de Beek e.a. 2010). In dergelijke gevallen zullen deze patiënten met onze zoekstrategie ook niet herkend worden. Het zou dan bijvoorbeeld patiënten kunnen betreffen bij wie de behandeling uitsluitend bestaat uit medicatieverstreking door de huisarts, en een dergelijke casus zou dan volgens onze criteria als categorie II aangemerkt zijn. Bij het ontbreken van een periodieke controle in een tijdsbestek van 3,5 jaar is het overigens de vraag of men nog van ‘behandeling van de bipolaire stoornis’ kan spreken zoals omschreven in de MDR-BS.

## Discrepantie jaar- en lifetimeprevalentie

Daarnaast kan een aantal verklaringen gevonden worden in de secundaire vraagstelling van ons onderzoek, namelijk hoeveel patiënten met een bipolaire stoornis als zodanig bekend zijn bij de huisarts. Er is een opvallende discrepantie tussen de Nederlandse jaar- en lifetimeprevalentie van bipolaire stoornissen van respectievelijk 0,8 en 1,3% (De Graaf e.a. 2012) versus het percentage patiënten bij wie een bipolaire stoornis geregistreerd staat in het huisartsendossier (0,15% van het totaal aantal patiënten) dat wij vonden. Dit lage aantal komt overigens wel overeen met een prevalentie van 0,16% over 10 jaar in een huisartsendatabase uit eerder onderzoek (Kroon e.a. 2013).

Allereerst kan deze discrepantie verklaard worden door onderdiagnostiek van de bipolaire stoornis door psychiater en huisarts (Rogers e.a. 2012). Verder kunnen methodologische beperkingen van ons onderzoek een rol spelen. Zo gaven de geraadpleegde huisartsen aan dat een enkele

patiënt weleens gebruikmaakt van de mogelijkheid om data over hun psychiatrische aandoening in het dossier te laten afschermen. Op die wijze afgeschermd data zijn niet beschikbaar voor onderzoek in de database. Hoewel het niet bekend is hoeveel patiënten van deze mogelijkheid gebruik maken, was de inschatting van deze huisartsen dat slechts weinig patiënten dat doen.

Ook zou een diagnose gesteld en geregistreerd vóór 2010 met onze zoekstrategie in sommige gevallen niet als categorie I ('zeker een als zodanig geregistreeerde bipolaire stoornis') herkend kunnen worden, bijvoorbeeld indien deze ooit als affectieve psychose was aangemerkt, de behandeling de hele onderzoeksperiode in de ggz plaatsvond, en er in die periode geen terugkoppeling vanuit de ggz aan de huisarts plaatsvond. Dit geldt ook voor patiënten bij wie gedurende de studieperiode de diagnose elders gesteld is, maar over wie (nog) geen overleg met de huisarts heeft plaatsgevonden. Een tekortschietende of onvolledige berichtgeving vanuit de ggz aan de huisarts zou het lage percentage ten opzichte van de werkelijke prevalentie van de bipolaire stoornis dus mede kunnen verklaren.

Tot slot is uit epidemiologische studies in de algemene populatie gebleken dat een aanzienlijk deel (25,5%) van de patiënten met een bipolaire stoornis nooit ergens hulp zoekt voor psychische klachten (Ten Have e.a. 2002). Weliswaar had in dit NEMESIS-I-onderzoek 55,3% van de mensen met een bipolaire stoornis in de voorgaande 12 maanden enigerlei vorm van hulp had gezocht vanwege psychische problemen, alcohol- of drugsproblemen, van wie 45,5% bij de huisarts, maar dat betekent niet dat zij vanwege de bipolaire stoornis hulp hadden gezocht, of dat de stoornis op dat moment al als zodanig bekend was bij de huisarts.

## Aanbevelingen

Onze resultaten onderschrijven de noodzaak van goede afstemming en samenwerking tussen huisarts en ggz bij de behandeling van ernstige psychiatrische aandoeningen, waaronder de bipolaire stoornis. Voor een goede informatie-uitwisseling tussen huisarts en de (tweedelijns) ggz, en zo het verbeteren van continuïteit van zorg voor psychiatrische patiënten, bestaat al sinds 2011 de NHG-richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts-tweedelijns ggz (Buiting e.a. 2011). Echter, indien in de nabije toekomst patiënten met een bipolaire stoornis van de specialistische ggz naar de basis-ggz en de huisarts worden overgedragen, is er veel meer nodig dan alleen een goede overdracht tussen deze echelons. Huisartsen worden in dat kader al betrokken bij de ontwikkeling van een zorgstandaard Bipolaire stoornissen, die onder andere beoogt de kwaliteit, afstemming en

doelmatigheid te verbeteren van de zorg voor mensen met een bipolaire stoornis (zie <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl>).

Wij zijn van mening dat voor de condities waaronder een dergelijke overheveling naar de huisarts zou kunnen plaatsvinden, onverminderd van de voorwaarden zoals beschreven in de MDR-BS moet worden uitgegaan, waaronder langdurige stabiliteit van de stoornis en akkoord van de huisarts met overname van de behandeling (voor alle voorwaarden: zie MDR-BS, Kupka e.a. 2015).

Desalniettemin vragen wij ons af of gegeven de huidige (re)organisatie van de ggz zoals door vws besloten, waaronder de inzet van de POH-GGZ, de huisartsenpraktijk wel voldoende geoutilleerd kan zijn voor de behandeling van de bipolaire stoornis. Immers, ook als de eerdergenoemde beperkingen van ons onderzoek in acht worden genomen, gaat het nog steeds om een zeer klein aantal patiënten bij wie de huisarts primair de behandeling van de bipolaire stoornis uitvoert. Gegeven de complexiteit en de heterogeniteit van de aandoening is het niet aannemelijk dat huisartsen met deze lage aantallen voldoende ervaring zullen opdoen om patiënten met bipolaire stoornissen conform de laatste inzichten te behandelen. Daarnaast kunnen ook patiënten die langere tijd een stabiele stemming hebben binnen korte tijd een recidief krijgen, wat tijdige herkenning en interventie vergt. Risico's zoals onderbehandeling en het niet (tijdig) herkennen van complicaties zijn dan ook reëel.

Specifieke scholing over diagnostiek en behandeling van bipolaire stoornissen aan huisartsen en de POH-GGZ zou derhalve essentieel zijn. Wij betwijfelen echter of dit met de lage prevalentiecijfers wel efficiënt en kosteneffectief is voor de huisartsenpraktijk. Bovendien is scholing weinig zinvol als er maar een beperkt aantal patiënten is om praktijkervaring mee op te doen. Om de zorg vanuit de huisartsenpraktijk te verbeteren, zou laagdrempelige specialistische consultatie vanuit de ggz aan de huisarts een andere mogelijkheid zijn, bijvoorbeeld voor het met regelmaat kunnen doorspreken van lithiumgebruikers met een op dit vlak deskundig psychiater (Hoekstra e.a. 2014) of in geval van dreigende psychiatrische ontregeling. Het is echter de vraag of dit voor elke huisarts en in de huidige ggz-structuur praktisch en financieel haalbaar is. Dit geldt overigens ook voor andere relatief zeldzame chronische psychiatrische stoornissen.

We concluderen dan ook dat het maar zeer de vraag is of de (re)organisatie van de ggz, en in het bijzonder de overheveling van de specialistische ggz naar de huisarts, wel van toepassing moet zijn voor de populatie patiënten met


een bipolaire stemmingsstoornis. Waar overheveling toch plaatsvindt, bevelen wij – gegeven de potentiële risico's daarvan – monitoring via onderzoek sterk aan.

### Beperkingen van het onderzoek

De representativiteit van de steekproef werd niet getoetst. De patiëntendossiers waren alleen afkomstig uit de regio Amsterdam-Zuid en -West, wat de generaliseerbaarheid voor andere regio's in Nederland kan beperken. Zoals beschreven, zijn mogelijk enkele patiënten met een gediagnosticeerde bipolaire stoornis in ons onderzoek gemist doordat zij gegevens hierover alleen in een afgeschermd deel van het dossier laten rapporteren. Daarnaast is de dataverzameling slechts door één onderzoeker gedaan (WtM) en niet door een onafhankelijke tweede. Desondanks is het aannemelijk dat als een patiënt met een bipolaire stoornis door de huisarts voor deze aandoening wordt behandeld, dit in een periode van 3,5 jaar in het medisch dossier terug te vinden moet zijn met de door ons gebruikte zoekstrategie.

### CONCLUSIE

De bipolaire stemmingsstoornis wordt slechts in zeer weinig gevallen uitsluitend in de huisartspraktijk behandeld. Het is dan ook niet aannemelijk dat huisartsen voldoende ervaring kunnen opdoen om patiënten met een bipolaire stoornis conform de laatste inzichten te behandelen. Indien in de nabije toekomst toch een deel van de patiënten met een bipolaire stoornis van de specialistische ggz naar de basis-ggz en de huisarts wordt overgedragen, zijn een goede samenwerking met de specialistische ggz en een lage drempel voor consultatie en terugverwijzing noodzakelijk om voor de patiënt vermijdbare risico's te voorkomen.

 De medewerkers van het Academisch Netwerk Huisartsgeneeskunde waren behulpzaam bij het verzamelen van de gegevens, en prof. dr. Jan H. Smit, hoogleraar Methodologie van longitudinale cohortstudies, verbonden aan de dienst onderzoek van GGZ inGeest, bij het analyseren van de resultaten.

### LITERATUUR

- Beek LM van de, Ouwens MA, de Vries PL, Hummelen JW. Controles bij de behandeling met lithium : de richtlijn en de klinische praktijk. Tijdschr Psychiatr 2010; 52: 367-73.
- Buiting C, Rijniere P, Oosterkamp M. NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts – tweedelijns GGZ. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap; 2011.
- Cerimele JM, Chan Y, Chwastiak LA, Avery M, Katon W, Unützer J. Bipolar disorder in primary care: clinical characteristics of 740 primary care patients with bipolar disorder. Psychiatr Serv 2014; 65: 1041-6.
- Graaf R de, ten Have M, van Gool C, van Dorsselaer S. Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2012; 47: 203-13.
- Have ten M, Vollebergh W, Bijl R, Nolen WA. Bipolar disorder in the general population in The Netherlands (prevalence, consequences and care utilisation): results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). J Affect Disord 2002; 68: 203-13.
- Hoekstra R, van Alphen AM, Bosch TM. Klinische les: lithium, alleen verantwoord met zorgvuldige controle. Ned Tijdschr Geneesk 2014; 158: A7207.
- Kilbourne AM, Goodrich DE, Miklowitz DJ, Austin K, Post EP, Bauer MS. Characteristics of patients with bipolar disorder managed in VA primary care or specialty mental health care settings. Psychiatr Serv 2010; 61: 500-7.
- Kilbourne AM, Goodrich DE, O'Donnell AN, Miller CJ. Integrating bipolar disorder management in primary care. Curr Psychiatry Rep 2012; 14: 687-95.
- Kroon JS, Wohlfarth TD, Dieleman J, Sutherland AL, Storosum JG, Denys D, e.a. Incidence rates and risk factors of bipolar disorder in the general population: a population-based cohort study. Bipolar disord 2013; 15: 306-13.
- Kupka RW, Goossens P, van Bendegem M, Daemen P, Daggenvoorde T, Daniels M, e.a. Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen. 3de, herz. versie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2015.
- Rogers J, Agius M, Zaman R. Diagnosis of mental illness in primary and secondary care with a focus on bipolar disorder. Psychiatr Danub 2012; 24: S86-90.
- Visser HM, Renes JW, Koninkx D, Kupka RW. Vraaguitval bij poliklinische patiënten met een bipolaire stoornis als gevolg van de eigen bijdrage in de tweedelijns-ggz. Tijdschr Psychiatr 2013; 55: 655-64.

## SUMMARY

# The general practitioner in charge of treatment of patients with bipolar disorder: an exploratory study

W.G. TER MEULEN, H.M. VISSER, P.J.M. ELDERS, R.W. KUPKA

- BACKGROUND** The role of the general practitioner (GP) in the treatment of severe psychiatric disorders, including bipolar disorder (BD), is under discussion.
- AIM** To investigate how many patients with a recognised BD are being treated for their illness exclusively in the setting of primary care and to find out how many patients are registered as having BD on their GP's file.
- METHOD** We made an exploratory study in a GP's database containing data for 14,254 Dutch adult patients in the Amsterdam over a period of 3.5 years (2010-2013).
- RESULTS** We found that the GP was in charge of the treatment of BD in less than one patient per practice. The percentage of patients officially recognised as having BD in the database we studied was 0.15%, a percentage that is much lower than the percentage of BD in the Dutch population as a whole. There are several possible explanations for this discrepancy.
- CONCLUSION** Given these low numbers, it is unlikely that the GPs can have adequate experience of giving their BD patients the latest type of treatment. In view of the increasing role played by GPs in the treatment of BD, it is important that there is strong collaboration with specialised mental health care, and that a low threshold prevails for consultation and referral.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)3, 190-197

**KEY WORDS** bipolar disorder, general practitioner, primary care, treatment