

Ontwikkelingen ggz in de huisartsenzorg 2010-2015

# Steeds belangrijker rol huisartsenpraktijk bij psychische problemen

Tessa Magnée, Derek de Beurs, François Schellevis, Peter Verhaak

De invoering van de basis-ggz had een grote invloed op de zorg voor patiënten met psychische problemen in de huisartsenpraktijk. In de periode 2010-2014 kregen zowel huisartsen als praktijkondersteuners-ggz steeds meer patiënten met psychische problemen op consult. Poh's-ggz namen geen patiënten over van de huisarts, maar leverden vooral aanvullende zorg aan patiënten die voorheen waarschijnlijk geen hulp zouden hebben gekregen of die verwezen zouden zijn. Huisartsen schreven tussen 2011 en 2015 niet minder, maar iets meer antidepressiva voor bij angst of depressie, hoewel zij met de komst van de poh-ggz meer behandelopties hebben. Huisartsen komen door de recente ontwikkelingen voor extra uitdagingen te staan.

## DE BASIS-GGZ

Om de geestelijke gezondheidszorg betaalbaar te houden werd op 1 januari 2014 in Nederland een hervorming ingevoerd: de basis-ggz.<sup>1</sup> De overheid wil dat zo veel mogelijk patiënten met psychische problemen binnen de eerstelijnszorg worden behandeld, vanwege de goede toegankelijkheid voor patiënten en omdat dat goedkoper is dan gespecialiseerde zorg. Een belangrijk onderdeel van de basis-ggz is een nieuw verwijfsmodel, dat aanbevelingen bevat voor het verwijzen van patiënten met psychische problemen.<sup>2</sup> Volgens de regels van het nieuwe verwijfsmodel kunnen huisartsen alleen nog patiënten met een (vermoedelijke) psychiatrische stoornis verwijzen. Zij verwijzen patiënten met eenvoudige problematiek naar de genera-



Poh-ggz Jan Jacobs in gesprek met een patiënt.

Foto: Margot Scheerder

## DE KERN

- Sinds de invoering van de basis-ggz in 2014 speelt de huisartsenpraktijk een nog belangrijkere rol in de geestelijke gezondheidszorg dan daarvoor.
- In bijna alle huisartsenpraktijken is inmiddels minimaal één poh-ggz werkzaam.
- Zowel huisartsen als poh's-ggz hebben tussen 2010 en 2014 meer patiënten met psychische problemen behandeld.
- Er vond in deze periode geen taakverschuiving plaats van huisarts naar poh-ggz; poh-ggz leverden vooral aanvullende zorg aan patiënten die voorheen waarschijnlijk geen hulp zouden hebben ontvangen of die verwezen zouden zijn.
- Huisartsen schreven tussen 2011 en 2015 niet minder antidepressiva voor aan patiënten met angst of depressie, hoewel zij met de komst van de poh-ggz meer behandelopties hebben.

listische basis-ggz (voorheen: eerstelijnspsychologen) voor een relatief korte behandeling. Patiënten met complexe problematiek, of een hoog risico op bijvoorbeeld ernstige zelfverwaarlozing of suïcide, verwijzen ze naar de gespecialiseerde ggz. Alle andere patiënten met psychische problemen mogen ze niet (meer) verwijzen, maar moeten een behandeling in de huisartsenpraktijk krijgen. Huisartsen kunnen hiervoor sinds 2008 ondersteuning krijgen van een professional met ggz-expertise: de poh-ggz.

Omdat het recente beleid vermoedelijk een grote impact zou hebben heeft een van de auteurs (TM) de zorg voor mensen met psychische problemen in Nederlandse huisartsenpraktijken tussen 2010 en 2015 gemonitord en beschreven in een proefschrift.<sup>3</sup> Hiervoor heeft ze gegevens afkomstig uit NIVEL-zorgregistraties en een case study geanalyseerd. Het doel van het onderzoek was het monitoren van de huisartsenzorg voor psychische problemen sinds de introductie van de poh-ggz en rondom de invoering van de basis-ggz. Dit artikel is een samenvatting van de resultaten van het onderzoek.

## Doordat huisartsen steeds meer patiënten met psychische problemen zien, neemt de werkdruk toe

### NIVEL-ZORGREGISTRATIES

We hebben gegevens gebruikt uit huisartsenpraktijken die in de periode 2010-2015 deelnamen aan NIVEL-zorgregistraties.<sup>4</sup> De praktijken vertegenwoordigden in 2010 in totaal ruim een half miljoen patiënten, en in 2015 ruim 1,5 miljoen. De patiënten die zijn ingeschreven in deze huisartsenpraktijken zijn representatief voor de Nederlandse bevolking wat betreft leeftijd en geslacht. Groepspraktijken zijn licht oververtegenwoordigd.

Huisartsen en poh's-ggz registreren consulten en huisvisites in het medisch dossier om zorg te declareren. Zij maken hierbij gebruik van CTG-codes (College gezondheidszorg tarieven). Bij elk consult wordt een diagnose geregistreerd op basis van de International Classification of Primary Care (ICPC). Voor dit onderzoek hebben we gegevens geanalyseerd over consulten en visites die betrekking hadden op een diagnose uit hoofdstuk P (psychische problemen) of Z (sociale problemen) van de ICPC. Ook hebben we antidepressivavoorschriften geanalyseerd, die zijn geregistreerd met het Anatomical Therapeutic Chemical Classification (ATC) systeem. Verder hebben we de registraties gebruikt van 534 eerstelijnspsychologen die in 2012 deelnamen aan NIVEL-zorgregistraties. Zij leverden zorg aan 45.947 patiënten (15% van alle patiënten behandeld door eerstelijnspsychologen in Nederland).

Gegevens over de gespecialiseerde ggz in 2012 kwamen uit een nationaal gegevensbestand met gegevens over diagnose-behandelcombinaties (DBC's).<sup>5</sup> Dit gegevensbestand bevat de registraties van alle zorgverleners, zoals psychiaters en psychologen, die in Nederland in de gespecialiseerde zorg werken, zowel bij ggz-instellingen als zelfstandig gevestigd. Deze professionals zijn volgens de wet verplicht alle zorg die zij vergoed krijgen door verzekeraars te registreren. Daarom bevat het gegevensbestand de gegevens van zo goed als alle patiënten in de gespecialiseerde ggz.

### CASE STUDY

Voor het onderzoeken van het verwijzingsmodel hebben we in 2014 een case study uitgevoerd in een groot gezondheidscentrum. Hier waren acht huisartsen en twee poh's-ggz werkzaam. Het gezondheidscentrum voerde een actief beleid op het gebied van de ggz. In 2014 werd bij alle patiënten met psychische problemen (n = 408) de Vierdimensionele Klachtenlijst (4DKL) afgenomen. Verder brachten de huisartsen de complexiteit van de klachten, het risico op bijvoorbeeld suïcide en het verloop van de symptomen in kaart. Ze wezen de patiënt toe aan een van vier behandelopties: huisarts, poh-ggz, generalistische basis-ggz of gespecialiseerde ggz. Op basis van de resultaten van de 4DKL en de evaluatie van de huisartsen bepaalden we wat volgens het verwijzingsmodel de aangewezen behandeloptie zou zijn. Vervolgens hebben we deze vergeleken met de daadwerkelijk toegewezen behandeloptie.

### ONTWIKKELINGEN TUSSEN 2010 EN 2015

Het onderzoek leverde de volgende resultaten op:

- Voor de invoering van de basis-ggz waren er mogelijkheden voor substitutie van gespecialiseerde zorg naar eerstelijnszorg. In 2012 had ongeveer een derde van de patiënten onder behandeling van eerstelijnspsychologen en een vijfde van de patiënten in de tweede lijn geen DSM-IV-diagnose van een psychiatrische stoornis. Ook had in 2012 ongeveer de helft van de patiënten met psychische problemen die de huisarts verwees (nog) geen diagnose van een psychiatrische stoornis.<sup>5</sup>

- In 2015 was in de meeste huisartsenpraktijken (88%) minimaal één poh-ggz werkzaam.<sup>6</sup> Zowel huisartsen als poh's-ggz behandelden tussen 2010 en 2014 steeds meer patiënten met psychische problemen.<sup>7</sup> Het aantal patiënten en consulten voor psychische problemen nam bij alle huisartsen toe met ongeveer 15%, ongeacht of zij een poh-ggz in dienst hadden of niet. In 2014 kwamen ongeveer twee keer zoveel patiënten als in 2010 bij een poh-ggz terecht. De poh-ggz nam geen taken over van de huisarts, maar bood aanvullende zorg aan mensen die voorheen waarschijnlijk geen hulp zouden hebben gekregen of die verwezen zouden zijn.
- Huisartsen schreven tussen 2011 en 2015 niet minder antidepressiva voor aan patiënten met angst of depressie,<sup>6</sup> hoewel zij met de komst van de poh-ggz meer behandelopties hebben. Het aantal antidepressivavoorschriften steeg juist licht. Wel schreven huisartsen minder antidepressiva voor in de eerste week na een nieuwe diagnose bij patiënten die ook contact met een poh-ggz hadden. Dit wijst op een mogelijk 'uitsteleffect', al maakt het observationele onderzoeksontwerp het niet mogelijk een causaal verband aan te tonen.
- Huisartsen werkzaam in een gezondheidscentrum met voldoende ggz-verwijs- en behandel mogelijkheden waren in staat het nieuwe verwijsmodel vaak (bij 87% van de patiënten) toe te passen.<sup>8</sup> Het grootste gedeelte, ongeveer driekwart, van de patiënten met psychische problemen kreeg een behandeling binnen de huisartsenpraktijk.

## DE ROL VAN DE HUISARTS

De recente ontwikkelingen sluiten aan bij de versterkte rol van de huisarts in de zorg voor mensen met psychische problemen die de overheid beoogt. Wel komen huisartsen voor uitdagingen te staan.

### Nog hogere werkdruk

De werkdruk van huisartsen, die toch al hoog was, neemt mogelijk verder toe.<sup>9</sup> Steeds meer patiënten met psychische problemen bezoeken de huisarts en de poh-ggz neemt vooralsnog geen patiënten over van de huisarts, maar levert vooral aanvullende zorg. Bovendien kosten ook supervisie van en overleg met de poh-ggz tijd. Overigens laten recente cijfers zien dat de stijgende trend in het aantal patiënten met psychische problemen dat de huisarts bezoekt lijkt te stabiliseren.<sup>10</sup>

### Scholing

Met het in dienst nemen van een professional met ggz-expertise is de huisarts er nog niet. Integendeel, omdat de huisarts geacht wordt de poh-ggz te superviseren is het belangrijk dat de eigen kennis ook op peil is. Veel huisartsen vinden dat zij te weinig ggz-kennis hebben.<sup>11</sup> De zorg voor psychische problemen is op dit moment nog slechts een beperkt onderdeel van het Landelijke Opleidingsplan.<sup>12</sup> Zowel diagnostiek en behandeling van psychische problemen, als supervisie van de

poh-ggz zouden een belangrijker onderdeel van de huisartsenopleiding, na- en/of bijscholing moeten zijn.

### Generalistisch blijven werken

Een andere uitdaging ligt in het bewaken van de generalistische benadering die in de huisartsenpraktijk centraal staat.<sup>13</sup> Voor veel patiënten – zeker voor patiënten die voorheen verwezen zouden zijn – is behandeling in de huisartsenpraktijk normaliserend, omdat wordt uitgegaan van gezondheid en kracht, en niet van ziekte. Maar er is ook een risico op medicalisering van psychische problemen. In het nieuwe verwijsmodel staat het al dan niet vaststellen van een DSM-diagnose bijvoorbeeld centraal. Dit gegeven, maar ook de expertise van

## Huisartsen hebben behoefte aan meer aandacht voor ggz in de opleiding en nascholing

de poh-ggz (meestal sociaal-psychiatrisch verpleegkundige of psycholoog)<sup>11</sup> en de (financiële) toegankelijkheid van de huisartsenzorg verhogen het risico op medicalisering, omdat men geneigd zou kunnen zijn veel patiënten met alledaagse problemen of juist met te complexe problematiek in de huisartsenpraktijk te behandelen. Om huisartsen in staat te stellen de poortwachtersrol goed te blijven vervullen zouden zij vaker een langer consult moeten kunnen inplannen. Dit biedt de ruimte om een beter beeld te krijgen van de klachten, omstandigheden en copingvaardigheden van patiënten. Zo kunnen huisartsen beter onderscheid maken tussen patiënten die een vervolgbehandeling nodig hebben (bijvoorbeeld bij de poh-ggz) en patiënten die waarschijnlijk op eigen kracht zullen herstellen.

### Verminderen van antidepressivavoorschriften

Huisartsen schrijven antidepressiva niet altijd volgens de NHG-Standaarden voor. Zo schrijven ze bijvoorbeeld te snel voor, te lang, of bij milde depressieve klachten, terwijl antidepressiva alleen bij ernstige depressie effectief zijn.<sup>14</sup> De komst van de poh-ggz lijkt hier vooralsnog geen effect op te hebben gehad. De NHG-Standaard Depressie, die momenteel in revisie is, zal een grotere terughoudendheid adviseren bij het voorschrijven van antidepressiva en meer aandacht besteden aan bijwerkingen en ondersteuning bij afbouwen.<sup>15</sup> Poh's-ggz zouden een rol kunnen spelen bij het ondersteunen van patiënten die met antidepressiva willen stoppen. Een pilotonderzoek liet zien dat poh's-ggz – na een training in motiverende gespreksvoering – patiënten die chronisch benzodiazepines gebruikten konden helpen met afbouwen.<sup>16</sup>

### Vervolgonderzoek

Er is nog weinig bekend over de effectiviteit van poh-ggz-behandeling. Deze zou verergering van psychische problemen





Zowel huisartsen als poh's-ggz hebben tussen 2010 en 2014 meer patiënten met psychische problemen behandeld.

Foto: iStock

kunnen voorkomen en daarmee in het gehele systeem tot een kostenbesparing kunnen leiden. Dit is echter nog niet bewezen. Ook andere aspecten van poh-ggz-behandeling zouden moeten worden onderzocht, zoals de kwaliteit van leven onder behandelde patiënten.

De gevolgen van de invoering van de basis-ggz en de komst van de poh-ggz zouden over een langere periode moeten worden gemonitord. Het is mogelijk dat er op termijn alsnog een taakverschuiving van huisarts naar poh-ggz zal plaatsvinden, of een afname in het aantal antidepressiva-voorschriften. Ook moet worden gemonitord hoe het aantal patiënten met psychische problemen dat de huisarts bezoekt zich verder ontwikkelt.

## CONCLUSIE

De huisartsenpraktijk levert steeds meer zorg aan patiënten met psychische problemen en speelt daarmee een steeds belangrijkere rol in de geestelijke gezondheidszorg. ■

## LITERATUUR

1. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Advies Basis GGZ. Utrecht: NZa, 2011.
2. Bakker P, Jansen P. Generalistische Basis GGZ: verwijzingsmodel en productbeschrijvingen. Enschede: Bureau HHM, 2013.

3. Magnée, T. Mental health care in general practice in the context of a system reform [proefschrift]. Groningen University: Groningen, 2017.
4. NIVEL Zorgregistraties. Beschikbaar via: [www.nivel.nl/NZR/zorgregistraties-eerstelijns](http://www.nivel.nl/NZR/zorgregistraties-eerstelijns).
5. 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* 2017;18:10.
6. 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* 2018;36:47-55.
7. 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.
8. 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* 2018;35:186-92.
9. Schäfer WLA, Van den Berg MJ, Groenewegen PP. De werkdruk van huisartsen in internationaal perspectief. *Huisarts Wet* 2016;59:94-101.
10. Verhaak, FM, Nielen M, De Beurs D. Factsheet 1: Hulpvraag – aanbod vanwege psychische en sociale problematiek in de huisartspraktijk 2011-2016. NIVEL: Utrecht, 2017.
11. Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). LHV-peiling GGZ 2017. Beschikbaar via: <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/huisartsen-problemen-de-ggz-groter-dan-ooit>.
12. Huisartsopleiding Nederland. Landelijk Opleidingsplan voor de opleiding tot huisarts. Utrecht: Huisartsopleiding Nederland, 2016.
13. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)/Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). NHG/LHV Standpunt: geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenzorg. Utrecht: NHG/LHV, 2015.
14. Fournier, JC, DeRubeis, RJ, Hollon, SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA* 2010;303:47-53.
15. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Beschikbaar via: <https://www.nhg.org/actueel/nieuws/antidepressiva-behoren-tot-therapeutisch-arsenaal-van-huisarts>.
16. 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.

Magnée T, De Beurs DP, Schellevis FG, Verhaak PFM. Ontwikkelingen in de huisartsenzorg voor psychische problemen in 2010-2015. *Huisarts Wet* 2018;61:DOI:10.1007/s-12445-018-0286-x.

Nederlands Instituut voor Onderzoek naar de Gezondheidszorg (NIVEL), Utrecht: dr. T. Magnée, senior onderzoeker en poh-ggz bij de FortaGroep, [t.magnee@nivel.nl](mailto:t.magnee@nivel.nl); dr. D.P. de Beurs, senior onderzoeker; prof. dr. F.G. Schellevis, senior onderzoeker en hoogleraar; prof. dr. P.F.M. Verhaak, senior onderzoeker en hoogleraar. Afdeling Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde, Amsterdam Public Health Research Institute, VUmc, Amsterdam; prof. dr. F.G. Schellevis, senior onderzoeker en hoogleraar. Afdeling Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen; prof. dr. P.F.M. Verhaak, senior onderzoeker en hoogleraar.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.