

Psychologische interventies

Peter Verhaak, Marieke Zwaanswijk en Judy ten Have

Inleiding

Psychische problemen komen veel voor in de algemene bevolking. Meer dan een vijfde van de volwassen Nederlandse bevolking ervaart in een periode van één jaar voldoende symptomen om in aanmerking te komen voor de diagnose van een psychische stoornis. De meest voorkomende aandoeningen zijn angststoornissen, depressie en afhankelijkheid van of verslaving aan alcohol, drugs of medicijnen.¹

Ongeveer de helft van de mensen met een psychische stoornis heeft daarvoor contact met een professionele hulpverlener. In veel gevallen (41% van alle mensen met angst of depressie) is dat de huisarts.² Deze wordt dan ook veelvuldig met klachten en hulpvragen van psychische aard geconfronteerd: in de top 20 van meest voorkomende contactdiagnoses staan drie psychische diagnoses en symptomen: depressie, slaapstoornis en het gevoel angstig/gespannen/nervus te zijn. In 2008 had 12,4% van alle bij een huisarts ingeschreven patiënten ten minste één contact voor een psychisch probleem.³

Binnen het Nederlandse zorgstelsel raadplegen de meeste mensen met psychische problemen eerst, en vaak ook uitsluitend, de huisarts. De huisarts is immers de poortwachter. Het is zijn taak om de hulpvraag te verhelderen en te beoordelen of meer specialistisch onderzoek nodig is. Ook moet hij samen met de patiënt tot een oordeel komen over het gewenste vervolg: afwachten, behandeling binnen de huisartsenvoorziening of verwijzing. De behandeling van psychische problemen is voor de gemiddelde

huisarts geen vanzelfsprekende zaak. Tachtig procent van de huisartsen rekent weliswaar de diagnostiek van veelvoorkomende psychische problemen als werkgerelateerde stress, depressie, slaapstoornissen en angststoornissen tot hun takenpakket, maar al in 2001 vond minder dan de helft van de Nederlandse huisartsen dat ook de behandeling daartoe behoorde. Voor minder vaak voorkomende stoornissen als psychoses, jeugdpsychiatrische problematiek en eetstoornissen lag dit percentage nog lager.⁴ Huisartsen tonen zich terughoudend in de behandeling van psychische stoornissen omdat ze onvoldoende tijd hebben om psychologische interventies uit te voeren.⁵

Patiënten met psychische problemen willen echter bij voorkeur binnen de huisartsenvoorziening behandeld worden. Ze hebben daarbij een voorkeur voor een psychologische behandeling, zoals counseling of cognitieve gedragstherapie,⁶ terwijl de behandeling die huisartsen bieden voornamelijk uit farmacotherapie bestaat.³ In principe kan de huisarts hulp inschakelen binnen de eerste lijn. Hij kan taken delegeren aan een praktijkondersteuner ggz (POH-ggz) of een gedelegeerd sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV) in zijn praktijk. Verder kan hij verwijzen naar de eerstelijnspsycholoog en het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW). Psychische stoornissen die specialistische diagnostiek of behandeling vereisen kan hij naar de specialistische tweedelijns Geestelijke Gezondheidszorg (ggz) verwijzen. Dit alles gebeurt op basis van de principes van de *stepped care*: beginnen met de lichtste behandeling die verantwoord is en zo nodig

Samenvatting

Verhaak PFM, Zwaanswijk M, Ten Have JJM. Psychologische interventies. Huisarts Wet 2011;54(1):23-8.

Huisartsen krijgen veel hulpvragen met een psychische achtergrond, maar lopen bij de behandeling tegen barrières aan. Veel huisartsen zien behandeling van andere psychische stoornissen dan depressie en slaapstoornissen niet als hun taak, en wanneer ze behandelen doen ze dit veelal met psychofarmaca. Patiënten worden echter het liefst binnen de huisartsenpraktijk behandeld voor psychische problemen en geven de voorkeur aan een gesprekstherapie. We hebben daarom onderzocht welke signaleringsinstrumenten en psychologische interventies men kan toepassen in de huisartsenpraktijk en welke zorgverleners deze het beste kunnen gebruiken. We verzamelden mogelijke interventies aan de hand van een systematisch literatuuronderzoek. Deze hebben we vervolgens tweemaal voorgelegd aan een panel van hulpverleners en experts, met de vraag welke zorgverleners de interventies het beste kunnen uitvoeren. We hebben 14 signaleringsinstrumenten en 21 interventies opgespoord, die in 6

hoofdgroepen kunnen worden ingedeeld. Voor veel psychische aandoeningen in de huisartsenpraktijk bestaan instrumenten of interventies. In de meeste gevallen komt een praktijkondersteuner of een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige het meest in aanmerking als uitvoerder. Soms ligt het voor de hand dat de huisarts de behandeling zelf uitvoert. Maatschappelijk werkers of eerstelijnspsychologen komen pas na verwijzing in aanmerking. De gevonden interventies en de uitvoering ervan passen goed in een schema van getrapte zorg binnen de eerste lijn.

NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht: prof.dr. P.F.M. Verhaak, programmaleider GGZ en eerste lijn; dr. M. Zwaanswijk, onderzoeker. Landelijke Vereniging voor de Georganiseerde eerste lijn (LVG): J.J.I.M. ten Have, beleidsmedewerker. UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde: prof. dr. P.F.M. Verhaak, buitengewoon hoogleraar.

Correspondentie: p.verhaak@nivel.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: het project is mogelijk gemaakt door ZonMw.

De kern

- ▶ Er zijn veel psychologische interventies effectief gebleken voor opsporing en behandeling van psychische problemen.
- ▶ Een aanzienlijk deel van die interventies leent zich qua intensiteit, benodigde tijd en vereiste expertise goed voor toepassing in de huisartsenpraktijk.
- ▶ Volgens de ondervraagde eerstelijns hulpverleners en deskundigen kan een praktijkondersteuner of sociaal-psychiatrisch verpleegkundige deze interventies goed uitvoeren als deze onder regie van de huisarts werkt.

een volgende, meer gespecialiseerde stap zetten.⁷

Gegeven deze situatie hebben we onderzocht welke signaleringsinstrumenten en psychologische interventies in principe toepasbaar zijn in de huisartsenvoorziening en welke uitvoerders daarvoor in aanmerking komen. Daarnaast keken we of we die uitvoerders binnen de huisartsenvoorziening of elders in de eerste lijn moeten zoeken.

Methode

Om deze vragen te beantwoorden hebben we een literatuuronderzoek uitgevoerd, waarbij we op zoek gingen naar effectieve en veelbelovende signaleringsinstrumenten en interventies, die gezien hun kortdurende en niet-specialistische karakter bruikbaar zijn in de huisartsenvoorziening. De interventies hebben we vervolgens in een schriftelijke paneldiscussie voorgelegd aan hulpverleners (huisartsen, eerstelijnspsychologen, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, AMW'ers), vertegenwoordigers van patiënten- en hulpverlenersorganisaties, en experts vanuit opleidingen en kennisinstituten. Deze respondenten hebben zich uitgesproken over het type hulpverlener dat het meest in aanmerking komt om het signaleringsinstrument of de interventie te gebruiken.

Literatuuronderzoek

We zochten naar publicaties die sinds 2000 verschenen zijn, waarin onderzoekers rapporteren over effectieve of veelbelovende interventies (inclusief online-interventies) die:

- zijn gericht op preventie, diagnostiek of kortdurende behandeling van psychische stoornissen;
- zijn onderzocht op effectiviteit, met ten minste vijftig personen in de interventiegroep en vijftig personen in de controlegroep;
- zodanig zijn geprotocolleerd dat de interventie gemakkelijk overdraagbaar is;
- geen specialistische psychotherapeutische kennis of ervaring vereisen;
- in beperkte tijd uitvoerbaar zijn.

We zochten in Nederlandse databanken (ZonMw ggz-projecten bank, Narcis, de onderzoeksdata bank van het Nivel, websites van het Trimbos-instituut, RIVM, NHG, College voor Zorgverzekeringen en Movisie) en in de internationale literatuurzoeksystemen

PubMed, Psycinfo, Embase, Cochrane en de US National Institute of Health database. (Zie Zwaanswijk en Verhaak voor meer informatie over de gehanteerde zoekstrategie en bronnen.⁸)

Onze zoektocht leverde 1395 publicaties op, waaruit we op basis van de titel en samenvatting 109 publicaties selecteerden die we nader op de inhoud hebben bestudeerd. Op basis hiervan hebben we 21 interventies en 14 signaleringsinstrumenten geselecteerd die aan bovengenoemde inclusiecriteria voldeden. Redenen om interventies niet te selecteren waren onder andere: te kleine onderzoeksgroepen, te lange duur van de interventie of het ontbreken van een duidelijk afgebakende interventie (de publicatie betrof bijvoorbeeld organisatieprincipes als stepped care of *collaborative care*).

We hebben korte beschrijvingen gemaakt van de kenmerken van de geselecteerde interventies en signaleringsinstrumenten, waarin we aandacht besteedden aan de inhoud, de duur, het doel en de doelgroep van de interventie. Ook beschreven we volgens welk achterliggend principe de interventie werkte, door wie de interventie tijdens de ontwikkeling ervan werd uitgevoerd, welke aanvullende eisen men stelde aan de uitvoerder van de interventie en wat er over de effectiviteit en de aanvaardbaarheid van de interventie bekend is.

Schriftelijke paneldiscussie

Vervolgens legden we de beschrijvingen van de interventies voor aan aselect gekozen hulpverleners uit diverse landelijke bestanden, gericht benaderde vertegenwoordigers van patiënten- en hulpverlenersorganisaties (NHG, Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, Maatschappelijke Ondernemersgroep, Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkenden, Vereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland) en andere experts (zorgverzekeraars, ggz-coördinatoren van ROSSen, aselect gekozen huisartsenopleiders, de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn, kennisinstituten). In totaal zijn de interventies in twee ronden schriftelijk becommentarieerd door 36 hulpverleners (15 huisartsen, 9 eerstelijnspsychologen, 10 maatschappelijk werkers en 1 sociaal-psychiatrisch verpleegkundige), 5 vertegenwoordigers van belangenorganisaties voor patiënten en hulpverleners en 14 andere experts. Zij beantwoordden in de eerste ronde voor iedere interventie de vraag welke hulpverleners binnen de eerste lijn (huisarts, POH-ggz, SPV, AMW'er, eerstelijnspsycholoog) de betreffende interventies zouden kunnen uitvoeren. In de tweede ronde legden we de interventies met mogelijke uitvoerders opnieuw voor aan de experts, nu met de vraag de mogelijke uitvoerders te ordenen in volgorde van preferentie.

Resultaten

Signaleringslijsten

Er is een groot aantal vragenlijsten beschikbaar, waarmee men psychische problemen kan signaleren. Hiermee kan men specifieke problemen als eetstoornissen of alcoholproblematiek, of algemenere gevoelens van psychisch onbehagen opsporen. De signa-

Tabel 1 Geselecteerde effectieve interventies en korte omschrijving

Interventie (n interventies van dit type)	Omschrijving	Doel	Tijdsbeslag	Aanvullende eisen
Signaleringslijsten (14)	Korte screeningslijsten (4-17 items, eenmaal 50 items) waarmee men symptomen van angst/depressie (6), eetstoornissen (2), problematisch alcoholgebruik (2) of dementie (4) signaleert.	Opsporen of bespreekbaar maken van psychische problemen	Afname: 1 à 10 minuten Bespreking: dubbel consult	
Reattributie (2)	Men stimuleert deelnemers om klachten toe te schrijven aan andere oorzaken dan een lichamelijke ziekte. Aspecten zijn: zich serieus genomen voelen, verbreding van de agenda van lichamelijk naar ook psychische kanten van de klacht en het leggen van een verband tussen klacht en leefsituatie. De interventie is geïndividualiseerd: welke aspecten aan bod komen is afhankelijk van de persoonlijke situatie van de deelnemer. De interventie wordt toegevoegd aan de gebruikelijke eerstelijnszorg.	Preventie en behandeling van somatisatieklachten en lichamelijk onverklaarde klachten	3-6 sessies van 20 minuten	Training (15-20 uur)
Motiverende gespreksvoering (1)	Methode die gericht is op de intrinsieke motivatie van deelnemers tot het doorvoeren van een gedragsverandering. Met behulp van technieken als het gebruik van empathie en actief luisteren probeert men deelnemers te overtuigen van de noodzaak van een gedragsverandering en om een eventuele ambivalente houding te doorbreken.	Ondersteuning bij gedragsverandering	1-2 gesprekken met eventueel telefonische follow-up	Training
Begeleide zelfhulp (5)	Deelnemers krijgen uitleg over de stoornis en leren eenvoudige zelfhulptechnieken. Met behulp van de handleiding brengen zij het geleerde zelf in praktijk. In vervolgsessies worden zij ondersteund en gemotiveerd in het gebruik van de handleiding.	Preventie en behandeling van diverse angst- en depressieve stoornissen	3-8 sessies van 15-50 minuten	In een aantal gevallen beveelt men een training (± 3 uur) aan
Problem-solving treatment (5)	Deelnemers leren om actief en gestructureerd aan de slag te gaan met hun alledaagse problemen. De achterliggende gedachte is dat als de patiënt greep op de problemen krijgt, psychische klachten afnemen en de kwaliteit van leven verbetert. De nadruk ligt niet zozeer op het oplossen van de problemen, maar op het feit dat deelnemers actief met de problemen aan de slag gaan.	Preventie en behandeling van depressie en angst	3-6 sessies van 30 minuten	Training van een of enkele dagen
Gezondheidsvoorlichting (4)	Voorlichting over gezondheid en gezond gedrag of de risico's van ongezond gedrag. Soms formuleert de patiënt in overleg met een hulpverlener ook doelen voor gedragsverandering. Een veel gebruikte techniek is in dat geval motiverende gespreksvoering.	Behandeling van alledaagse klachten Preventie van ongezonde levensstijl	Geschiedt tijdens (eventueel dubbel) consult of schriftelijk	Eventueel training
Online-interventies (4)	De deelnemer voert deze zelf uit, eventueel met steun van een hulpverlener. Veelal een combinatie van screening en technieken ontleend aan motiverende gespreksvoering, problem-solving treatment of cognitieve gedragstherapie.	Gericht op problematisch alcoholgebruik, depressie, angst en stress		

leringslijsten zijn in het algemeen in enkele minuten in te vullen en moet men vooral zien als een hulpmiddel om een gesprek over mogelijke psychische problemen te beginnen.

Interventies

De interventies op het gebied van preventie en/of kortdurende behandeling kan men in vijf hoofdgroepen indelen (tabel 1):

- reattributie;
- motiverende gespreksvoering;
- begeleide zelfhulp;
- problem-solving treatment (PST);
- gezondheidsvoorlichting.

Met behulp van reattributietechnieken kan men proberen de patiënt een cognitieve *switch* te laten maken, waardoor hij symptomen binnen een psychische context kan interpreteren en aanvaarden. Motiverende gespreksvoering is erop gericht de patiënt de zin te laten inzien van belangrijke gedragsveranderingen.

Begeleide zelfhulp laat de patiënt het werk doen. Er is wel gerichte begeleiding nodig, maar deze kan men 'op afstand' geven, via

de telefoon, e-mail of internet. Bij PST gaat men in op de mechanismen achter de problemen die patiënten ervaren, om deze problemen vervolgens samen met de patiënt op te lossen. Gezondheidsvoorlichting reikt de patiënt argumenten aan om negatieve gewoonten te vermijden en positief gedrag te ontwikkelen.

Voor sommige van deze interventies en signaleringsinstrumenten bestaan ook effectieve onlinevarianten, al dan niet onder supervisie van een hulpverlener.

Een aantal algemeen bekende effectieve interventies komt in tabel 1 niet aan de orde. Dat geldt bijvoorbeeld voor de traditionele vormen van cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke therapie. Hoewel men de effectiviteit van deze interventies voldoende heeft aangetoond,⁹⁻¹¹ vergen ze in het algemeen te veel tijd en vragen ze te zeer gespecialiseerde kennis en vaardigheden voor toepassing in de huisartsenzorg. Voor dergelijke therapieën ligt een verwijzing binnen de eerste lijn, bijvoorbeeld naar een eerstelijnspsycholoog, meer voor de hand.

Ook counseling laten we buiten beschouwing. Hiermee doelen we op een heterogene groep behandelstrategieën die niet altijd even goed geprotocolleerd zijn.^{12,13} Voor zover men deze toch onder-

Tabel 2 Psychische klachten, problemen en stoornissen en de interventies die men daarbij kan inzetten

Klacht, probleem of stoornis	Leeftijdsgroep	Interventie
Angst	Volwassenen	Signaleringsinstrument Begeleide zelfhulp PST Online-interventie
Paniekstoornis of gegeneraliseerde angststoornis	Volwassenen	Begeleide zelfhulp
Depressie	Volwassenen	Signaleringsinstrument Begeleide zelfhulp PST Online-interventie
Depressie bij chronisch zieken	Ouderen	PST
Dysthymie	Ouderen	PST
Postnatale depressie als gevolg van slaapproblemen van kind	Volwassenen	Begeleide zelfhulp
Spanningsklachten	Volwassenen	Signaleringsinstrument
Eetstoornis	Volwassenen	Signaleringsinstrument
Dementie	Ouderen	Signaleringsinstrument
Werkstress	Volwassenen	Online-interventie
Psychische klachten	Volwassenen	PST
Somatisatieklachten/lichamelijk onverklaarde klachten	Volwassenen	Signaleringsinstrument Reattributie
Overbelasting bij mantelzorgers	Volwassenen	Motiverende gespreksvoering
Chronisch benzodiazepinegebruik	Volwassenen	Gezondheidsvoorlichting
Allerdaagse klachten bij frequente bezoekers van de huisarts	Volwassenen	Gezondheidsvoorlichting
Ongezonde levensstijl	Jongeren	Gezondheidsvoorlichting
Overmatig alcoholgebruik	Volwassenen	Signaleringsinstrument Gezondheidsvoorlichting Online-interventie

Alle respondenten geven de huisarts een belangrijke rol bij gezondheidsvoorlichting. Ook bij motiverende gespreksvoering is hij een van degenen die als eerste in aanmerking komt om de interventie toe te passen. In beide gevallen ziet men de praktijkondersteuner op ggz-gebied ook als mogelijke uitvoerder. Een minder prominente rol krijgt de huisarts bij begeleide zelfhulp en PST. Hier zijn de POH-ggz en de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige de meest gewenste uitvoerders. Aangaande reattributie merkte men op dat POH-ggz of SPV daarvoor de eerst aangewezenen zouden zijn, maar dat het gezien de aard van de

zocht heeft, blijken de effecten van counseling gering, zeker op de lange termijn.¹²⁻¹⁴

De verschillende signaleringsinstrumenten en interventies zijn vaak van toepassing op specifieke psychische stoornissen. In *tabel 2* hebben we per psychische stoornis de mogelijke signaleringsinstrumenten en interventies op een rij gezet.

Vooraf voor de diverse vormen van angst en depressie is een keur aan interventies en signaleringsinstrumenten voorhanden, die in de huisartsenvoorziening toepasbaar zijn. Maar ook voor algemene vormen van spanning, zoals werkstress en lichamelijke onverklaarde klachten bestaan er kortdurende behandelmogelijkheden die in de huisartsenpraktijk bewezen effectief zijn gebleken. Zie het onderzoeksrapport voor een volledige literatuurlijst van effectieve interventies.⁸

Uitvoerders

In *tabel 3* is zichtbaar gemaakt welke hulpverleners volgens de deelnemers aan de schriftelijke paneldiscussie de interventies het beste kunnen uitvoeren. Een lager rangordnummer duidt op een grotere voorkeur. Zou een hulpverlencategorie bij een bepaalde interventie een '1' scoren, dan betekent dit dat alle respondenten deze hulpverlener op de eerste plaats van hun voorkeurslijstje hebben gezet. Een '5' geeft daarentegen aan dat de hulpverlener in kwestie unaniem op de laatste plaats is gezet.

problematiek (meestal moet men aan een lichamenlijk signaal een nieuwe betekenis toekennen) voor de hand ligt dat de huisarts daartoe de eerste aanzet geeft, om vervolgens een praktijkondersteuner in te schakelen.

De algemeen maatschappelijk werker en de eerstelijnspsycholoog zouden de verschillende interventies in het algemeen ook voor hun rekening kunnen nemen, maar liggen in de ogen van de deelnemers aan de schriftelijke paneldiscussie als uitvoerders minder voor de hand dan de eerder genoemde hulpverleners.

Wat betreft online-interventies vindt 85% van de deelnemers aan de paneldiscussie dat de eerstelijnszorgverleners daar ook een functie in hebben. Ze kunnen fungeren als wegwijzer door patiënten te verwijzen naar betrouwbare sites of ze kunnen patiënten vragen om hun vorderingen online met hen (de reguliere hulpverleners) te bespreken.

Discussie

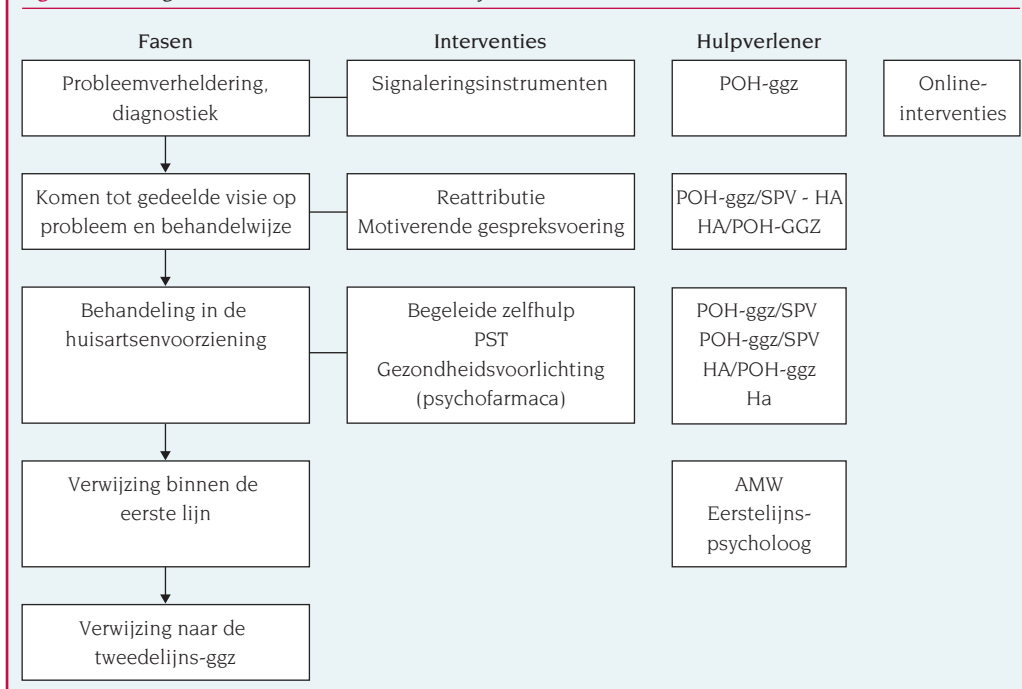
Verschiedende effectieve signaleringsinstrumenten en psychologische interventies zijn binnen de huisartsenvoorziening goed toe te passen. Juist op de terreinen waar huisartsen ook voor zichzelf een behandeltaak zien (depressie, stress, angst, slaapproblemen)⁴ bestaat er een relatief uitgebreid aanbod aan signaleringsinstrumenten en interventies. De interventies vergen per zitting niet veel meer tijd dan een (dubbel)consult en men kan in het

Tabel 3 Voorkeuren voor de uitvoerders van interventies

Interventie	Huisarts	POH-ggz	Sociaal- psychiatrisch verpleegkundige	AMW'er	Eerstelijnspsycholoog
Motiverende gespreksvoering	1,8	1,8	2,4	3,0	4,0
Reattributie	2,7	1,9	2,2	3,7	2,9
Begeleide zelfhulp	3,6	1,6	1,8	3,4	3,4
Problem-solving treatment	3,9	1,9	1,8	3,4	2,9
Gezondheidsvoorlichting	1,3	1,5	2,6	3,8	4,3

De tabel geeft gemiddelde scores, op een schaal van 1 (meest gewenste uitvoerder) tot 5 (minst gewenste uitvoerder).

Figuur Ordening van interventies binnen de eerste lijn



algemeen met drie tot zes zittingen volstaan. Sommige interventies kan de huisarts het best zelf uitvoeren, terwijl hij andere interventies beter aan een POH-ggz of sociaal-psychiatrisch verpleegkundige kan overdragen.

Met betrekking tot de praktijkondersteuning is de volgende kanttekening te maken. De term 'praktijkondersteuner-ggz' duidt, in tegenstelling tot AMW'er, SPV en eerstelijnspsycholoog, niet op een specifieke beroepsgroep, maar op de plaats waar het beroep wordt uitgeoefend. Iedereen die op hbo-niveau in de ggz of op het snijvlak van zorg en welzijn is opgeleid en die kennis heeft van psychische problemen en de behandeling daarvan kan de functie POH-ggz uitvoeren. Essentieel zijn de positionering en de inhoud van de functie. De POH-ggz werkt per definitie binnen de huisartsenpraktijk, waar hij of zij ervoor zorgt dat patiënten met psychische problemen snel op de juiste plek terechtkomen. De functie bestaat uit vraagverheldering, advisering, processturing, begeleiding, casemanagement en kortdurende behandeling.¹⁵ In het onderzoek zagen we dan ook dat juist interventies die dicht tegen de vraagverhelderende en diagnostische taken van de huisarts aan liggen (reattributie, motiverende gespreksvoering) liever aan de POH-ggz, dan aan de SPV worden toebedeeld. Dit betekent niet dat de SPV deze interventies niet kan uitvoeren, maar dat de positie van de POH-ggz, als verlengde arm van de huisarts, zich daartoe beter leent. De POH-ggz is momenteel echter voor niet meer dan 10% van de huisartsen beschikbaar, hoewel het aantal aan het toenemen is.¹⁶

De interventies die naar voren zijn gekomen, noemt men ook geregeld als een mogelijke eerste stap van bijvoorbeeld een stepped care-depressieprogramma. Het zijn eerste, relatief lichte ingrepen om de 'gewone psychische problemen in de huisartsenpraktijk' – zoals angst en depressie – aan te pakken. Ze sluiten goed aan bij

de wens van veel patiënten om zo mogelijk psychofarmaca te vermijden en eerst over de problemen te 'praten'.⁷

Ons onderzoek kent een aantal beperkingen. Aangezien we in de literatuur die sinds 2000 verschenen is naar interventies hebben gezocht, zullen effectieve interventies waarover men eerder heeft gepubliceerd aan onze aandacht ontsnapt zijn. Datzelfde geldt voor interventies die niet in de door ons geraadpleegde databanken zijn opgenomen.

De hulpverleners die deelnamen aan de paneldiscussie waren weliswaar aselekt gekozen, maar vormen toch een kleine en niet-representatieve afspiegeling van de beroepsgroep. Zo nam slechts één SPV deel. Dit kan zijn weer-

slag hebben in de gerapporteerde voorkeuren van uitvoerders van de interventies. Daar staat tegenover dat de meeste respondenten het erover eens waren dat POH-ggz en SPV in veel opzichten de meest aangewezen personen zijn om psychologische interventies uit te voeren. Het grootste deel van deze respondenten had geen specifieke expertise op het gebied van de voorgelegde interventies, maar beschikte over ervaringsdeskundigheid als hulpverlener op grond waarvan ze konden uitmaken wie in de praktijk het beste een bepaalde interventie kon uitvoeren.

We denken dat het onderzoek ondanks deze beperkingen en kanttekeningen een nuttige inventarisatie van beschikbare mogelijkheden voor een eerstelijns-ggz heeft opgeleverd. De verschillende interventies laten zich binnen het proces van het huisartsgeneeskundig handelen positioneren zoals weergegeven in de *figuur*. Deze toont hoe patiënten in een eerste fase, waarin de patiënt of de huisarts een psychische stoornis vermoedt, door een POH-ggz met behulp van een signaleringsinstrument onderzocht kunnen worden. Gewapend met deze informatie kan de huisarts met de patiënt in gesprek gaan (fase 2). Als ze samen tot een verdere verkenning van de psychische symptomen besluiten, kan een POH-ggz het eventueel weer overnemen. Komt men tot een keuze voor kortdurende behandeling binnen de huisartsenvoorziening (fase 3), dan kan de POH-ggz deze in veel gevallen uitvoeren. Er zijn uiteraard ook gevallen waarbij de huisarts zelf het voortouw neemt. In het geval van gezondheidsvoorlichting is de huisarts vaak een eerste keus.

Als de hier aangegeven psychologische behandelmogelijkheden niet aanslaan, zal de tweede keus vaak op psychofarmaca vallen, waarbij de huisarts weer het voortouw zal nemen. Besluit men al in een vroeg stadium tot een langer durende behandeling, bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie, counseling of interper-

soonlijke therapie, dan ligt een verwijzing binnen de eerste lijn naar een eerstelijnspsycholoog of het AMW voor de hand. Wanneer ook dergelijke uitgebreidere opties geen effect sorteren, is een verwijzing naar de tweedelijns-ggz op zijn plaats.

Parallel aan alle fasen kan de patiënt ook het advies krijgen om zijn toevlucht te nemen tot online-alternatieven. Online zijn signaleringsinstrumenten voorhanden en vindt men mogelijkheden tot motiverende gespreksvoering, PST, cognitieve gedragstherapie en begeleide zelfhulp.

Hiermee hebben we de organisatie van de eerste lijn beschreven aan de hand waarvan men een stepped care-benadering in praktijk kan brengen. Binnen zorgprogramma's voor alledaagse psychische stoornissen zijn, naast *watchful waiting*, de begeleide zelfhulp, PST en gezondheidsvoorlichting de eerste middelen waarmee men een psychisch probleem tegemoet treedt. In een volgend stadium kan men een medicinale aanpak of iets langduriger psychotherapeutische behandeling overwegen. Blijft succes nog steeds uit, dan is een verwijzing naar de tweede lijn geboden. Dit laat onverlet dat er gevallen zullen zijn waarin men medicatie of een verwijzing naar de tweede lijn als eerste stap moet overwegen. Te denken valt aan recidives, dreigende suïcidaliteit of psychoses. Het blijft een professionele inschatting van de huisarts om te beslissen op welke trede hij zijn eerste stap wil zetten.

Uit bovenstaand schema blijkt dat de huisarts de eerste stappen goed binnen de huisartsenpraktijk kan zetten, mits hij taken kan delegeren aan ondersteunende krachten en hij, in tweede instantie, over een eerstelijnsnetwerk beschikt waarheen hij kan verwijzen. Met de totstandkoming van een geïntegreerde, wijkgerichte eerste lijn zullen de mogelijkheden toenemen om psychische problematiek binnen de eerste lijn te behandelen.

Dankbetuiging

Tijdens de uitvoering werden de onderzoekers (PV, MZ) geadviseerd door een begeleidingscommissie onder voorzitterschap van N. Gruijters (huisarts) en verder bestaande uit N. Blankenstein (huisarts), M. Boumans (Zorgverzekeraars Nederland), D. Dreesens (ZonMW), T. Drenthen (NHG), J. ten Have (LHV), A. Haverkort (huisarts), R. Starmans (huisarts) en S. Tersmette (ZonMW).

Literatuur

- 1 Bijl RV, Van Zessen G, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek II: Prevalentie van psychische stoornissen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141:2453-60.
- 2 Verhaak PFM, Prins MA, Spreeuwenberg P, Draisma S, Van Balkom AJLM, Bensing JM, et al. Receiving treatment for common mental disorders. *Gen Hosp Psychiatry* 2009;31:46-55.
- 3 Verhaak PFM, Van Beljouw I, Van Dijk C. Beleidsonderzoek curatieve GGZ. Ondersteunende analyses. Utrecht: Nivel, 2010.
- 4 Heideman JMC. Improving primary mental health care [Proefschrift]. Nijmegen: UMC St Radboud, 2006.
- 5 Meijer SA, Zantinge EM, Verhaak PFM. Evaluatie versterking eerstelijns GGZ. Eindrapportage landelijk onderzoek. Utrecht: Nivel, 2004.
- 6 Prins MA, Verhaak PF, Van der Meer K, Penninx BW, Bensing JM. Primary care patients with anxiety and depression: Need for care from the patient's perspective. *J Affect Disord* 2009;119:163-71.
- 7 NHG. NHG-standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg. 'GGZ in de

Abstract

Verhaak PFM, Zwaanswijk M, Ten Have JJM. Psychological interventions. *Huisarts Wet* 2011;54(1):23-8.

GPs see many patients with psychological symptoms but they feel restricted in their therapeutic possibilities. Treatment of psychological disorder, other than depression and sleep disorder are not perceived as a task assignment by many GPs, and if they treat psychological disorders it is limited to psychopharmaceutical therapy. Patients, however, prefer counselling to drugs. Therefore, we made an inventory of psychological screening tools and interventions that can be applied in general practice and of the providers who should carry out such interventions. Possible interventions were collected by a systematic literature review. The results of the review have been presented twice to a panel of providers and experts, asking which providers were best suited to carry out the interventions.

14 screening instruments and 21 interventions were found, that could be categorized in 6 major groups. Those instruments and interventions covered a vast array of psychological disorders. In most cases a practice nurse or a social psychiatric nurse was considered most suited to carry out the interventions. In some cases, the GP was the most obvious provider. Social workers or primary care psychologists only can be considered after referral. The interventions and their application fit well in a stepped care approach.

huisartsenzorg'. Utrecht: NHG, 2008.

- 8 Zwaanswijk M, Verhaak PFM. Effectieve kortdurende interventies voor psychische problemen. Utrecht: Nivel, 2009.
- 9 Cuijpers P, Dekker J. Psychologische behandeling van depressie; een systematisch overzicht van meta-analysen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:1892-7.
- 10 Cuijpers P, Van Straten A, Van Schaik A, Andersson G. Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2009;59:e51-60.
- 11 Churchill R, Hunot V, Corney R, Knapp M, McGuire H, Tylee A, et al. A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technol Assess* 2001;5:1-173.
- 12 Bower P, Rowland N, Hardy R. The clinical effectiveness of counseling in primary care: Systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2003;33:203-15.
- 13 Wolf NJ, Hopko DR. Psychosocial and pharmacological interventions for depressed adults in primary care: a critical review. *Clin Psychol Rev* 2008;28:131-61.
- 14 Bower P, Rowland N, Mellor C, Heywood P, Godfrey C, Hardy R. Effectiveness and cost effectiveness of counseling in primary care (review). *Cochrane Database Syst Rev* 2002; Issue 1. Art. No.: CD001025.
- 15 Leene I, Verberk F. Functieprofiel (startprofiel) Praktijk Ondersteuner Huisartsenzorg (POH) GGZ. Utrecht: Nederlandse Vereniging Maatschappelijk Werkers en Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland/Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen, 2008.
- 16 Verhaak PFM, Van Beljouw IMJ, Ten Have J. De opmars van de POH-GGZ. *Tijdschr Praktijkonderst* 2010;5:130-4.