

Leren van stepped care doorbraakprojecten in de depressiezorg

Een verschuiving van 300 duizend patiënten uit de gespecialiseerde ggz naar de eerste lijn. Dat is het gevolg van het *Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014*. Positieve ervaringen met stepped care in doorbraakprojecten leren huisartsen goede zorg te bieden aan patiënten met psychische problemen. En om hun poortwachtersrol verder aan te scherpen.

Het *Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013–2014* moet leiden tot een verschuiving van twintig tot dertig procent van de patiënten uit de gespecialiseerde ggz naar de goedkopere huisartsenzorg en generalistische basis-ggz. Oftewel zo'n 300 duizend patiënten erbij. Het akkoord is verantwoordelijk voor een nieuwe indeling, namelijk huisartsenzorg voor patiënten met problemen, generalistische basis-ggz voor patiënten met matige tot ernstig gediagnosticeerde aandoeningen én gespecialiseerde ggz voor patiënten met (zeer) complexe aandoeningen. De taak als poortwachter in de ggz wordt door het akkoord nog belangrijker. Ze moeten patiënten met psychische problematiek adequaat herkennen, behandelen, of op basis van objectieve criteria verwijzen naar de generalistische basis-ggz of de gespecialiseerde ggz. In dit artikel bekijken we achtereenvolgens recente cijfers over psychische hulpverlening in de huisartsenzorg (afkomstig uit het Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg, LINH) en de mogelijkheden voor huisartsen om met stepped care de rol van poortwachter goed te vervullen¹.

De top-drie

In 2010 diagnosticeerden huisartsen bij 12 procent van de volwassenen en 16 procent van de ouderen (> 65 jaar) een psychisch probleem. Vergeleken met de voorgaande periode (2002 - 2010) is dit percentage stabiel gebleven. We zien dat depressie, angst en overspannenheid, de top-drie bij psychische problemen, relatief het meest gediagnosticeerd worden bij volwassenen en ouderen. Daarnaast wordt bij ouderen vaak dementie vastgesteld.

TABEL 1:

Prevalentie van gediagnosticeerde psychische problemen bij volwassenen (18-64 jaar) en ouderen (65 jaar en ouder) in de huisartsenpraktijk in 2010 (aantal diagnoses per 1000 patiënten), en de aanwezigheid van een lineaire toe- of afname hierin in de periode 2002-2010 (gebaseerd op multilevel analyses)

Leeftijdscategorie	Diagnose	2010	Lineaire toe- of afname in de periode 2002-2010?
18-64 jaar	Enigerlei psychische problematiek	120,7	Nee
	Depressie/depressieve klachten	30,1	Afname
	Overspannenheid	17,0	Nee
	Angst/angstklachten	14,6	Nee
	Problematisch alcoholgebruik	3,9	Nee
	Psychotische stoornis	2,7	Nee
≥65 jaar	Enigerlei psychische problematiek	161,3	Nee
	Depressie/depressieve klachten	37,5	Nee
	Angst/angstklachten	22,6	Afname*
	Overspannenheid	13,6	Afname*
	Dementie	10,5	Toename
	Problematisch alcoholgebruik	2,8	Toename
	Psychotische stoornis	4,1	Nee

Bron: LINH

*Variabel, niet consistent

De taak als poortwachter in de ggz wordt door het *Bestuurlijk Akkoord* nog belangrijker

De cijfers laten verder zien dat depressie of angst vaak samengaat met een chronische lichamelijke aandoening. Zo had in 2010 ruim een vijfde van de volwassenen met een diagnose depressie of angst daarnaast ook een chronische lichamelijke ziekte, zoals diabetes, astma of een aandoening van rug of nek. Bij ouderen lag dit percentage nog hoger: circa 60 procent.

TABEL 2:

Aantal bijkomende chronische lichamelijke ziekten bij depressie en angst in de huisartsenpraktijk in 2010, uitgesplitst naar volwassenen (18-64 jaar) en ouderen (65 jaar en ouder)

Leeftijdscategorie	Diagnose	Aantal gediagnosticeerde chronische lichamelijke ziekten (%)			
		≥1	1	2	≥3
18-64 jaar	Depressie	24,9	20,1	3,8	1,0
	Angst	19,7	16,3	2,8	0,6
≥65 jaar	Depressie	61,4	35,4	17,4	8,6
	Angst	60,2	34,8	19,1	6,3

Bron: LINH

Het relatief vaak voorkomen van een psychisch probleem én een chronische aandoening is belangrijk, omdat onderzoek aantoonde dat comorbiditeit nadelig is voor het herstel van de patiënt, de kwaliteit van leven en therapietrouw. Bovendien leidt het tot meer zorggebruik.

Daarnaast zien we dat er in 2010 nog relatief weinig contact is met een praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk (POH), omdat deze functie op dat moment nieuw was. In 2012 maakt inmiddels 43 procent van de huisartsen gebruik van de POH-ggz.

Verwijzingen nemen toe

Huisartsen verwijzen in 2010 16 procent van de volwassenen met een psychisch probleem, en 7 procent van de ouderen. Volwassenen werden vaker binnen de eerste lijn verwezen (11 procent) dan naar de gespecialiseerde ggz (6 procent). Ouderen werden vaker doorverwezen naar de gespecialiseerde ggz (4 procent) dan naar de eerstelijns-ggz (3 procent).

Er is een opvallende stijging van het verwijspercentage over de jaren 2002 – 2010. Binnen de eerste lijn verdrievoudigde bijvoorbeeld het verwijspercentage naar de eerstelijns psycholoog. En ook de verwijzingen naar de tweedeelijns ggz namen in die periode met 71 procent toe.

We zien in de cijfers zowel een paar onverwachte als verwachte resultaten. Onverwacht is dat het aandeel patiën-

ten met psychische problemen in de huisartsenzorg niet is gestegen. Terwijl het aantal patiënten in de ggz in ongeveer dezelfde periode met zo'n 40 procent is toegenomen. Pogingen om de eerstelijns psychische zorg te versterken, hebben kennelijk niet tot het gewenste resultaat geleid. Ook de toename van het aantal verwijzingen naar de ggz bevestigt dit. Zoals verwacht zijn de soorten psychische problemen die de huisarts vaak ziet, over de jaren niet veranderd.

Verbetering van huisartsenzorg en poortwachtersrol

De huisartsenzorg moet beter ondersteund worden om de afspraken in het akkoord te kunnen realiseren. Aanknopingspunten voor verbetering vinden we in trendrapportage studies voor implementatie van depressiezorg. Deze werkwijze is ook goed bruikbaar voor de overige psychische aandoeningen uit de top-drie.

De depressiezorg staat centraal in een keten met een stepped care-werkwijze. Stepped care houdt in: werken vol-

gens richtlijnen, beginnen met minst ingrijpende behandeling, geregeld monitoren van de voortgang en multidisciplinair samenwerken. Nederland kent de afgelopen jaren in de depressiezorg diverse verbeterprojecten, zogenoemde doorbraakprojecten. Evaluatie toont positieve resultaten, patiënten krijgen vaker de juiste – minst ingrijpende – behandeling en antidepressiva worden vaker op het juiste moment voorgeschreven². De gezondheidswinst bestaat uit verbeterde signalering en vermindering van over- en onderbehandeling. De aanpak in de doorbraakprojecten is daarna goed opgepakt in vele regio's in het land, vaak met ondersteuning van regionale ondersteuners (ROS-groepen).

Uit de resultaten van ander trendonderzoek blijkt dat verschillende aanbevelingen uit de multidisciplinaire richtlijn en de standaard voor de huisartsen hun weg in de praktijk hebben gevonden³. Huisartsen letten bij hun patiënten op signalen van depressie en werken volgens de hoofdlijnen van het stepped care-model. Belangrijke onderdelen waarop nog verbeteringen mogelijk zijn: het vaststellen van de ernst van de problemen met een instrument, het aanbieden van e-mental health, blijvende monitoring van mate van herstel met een vragenlijst en samenwerking in diagnostiek en behandeling met de ggz.

Kansen in de keten

Het *Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013 - 2014* biedt huisartsen kansen om mensen met psychische proble-

Huisartsen letten bij patiënten op signalen van depressie en werken volgens het stepped care-model



Noyal Wiebes!

men multidisciplinair goede zorg dicht bij huis te bieden. Hiervoor is inmiddels aan voorwaarden voldaan door met ingang van 2014 de huisartsenzorg te versterken (meer uren POH, budget voor inschakelen diagnostiek en consultatie). Die versterking biedt huisartsen meer armslag voor opvang en verwijzing van patiënten met psychische problemen. Goede vervulling van de poortwachtersrol hangt volgens het Trimbos-instituut in hoge mate af van in hoeverre huisartsen (en de POH'ers) goed samenwerken in de diagnostiek en behandeling met verpleegkundigen en psychologen in de generalistische basis-ggz en meer gespecialiseerde hulpverleners in de ggz.

Inmiddels zijn er bouwstenen voor zorgpaden beschikbaar, gebaseerd op bestaande richtlijnen en standaarden. Hierin staat het zorgproces en multidisciplinaire samenwerking voor verschillende psychische problemen beschreven (zie www.eerstelijns-ggz.nl). Door implementatie van deze zorgpaden samen met beslismodellen en het gebruik van instrumenten voor herkenning van psychische problemen en voor verwijzing van patiënten, kunnen huisartsen meer patiënten naar de juiste zorg leiden.

Eerste positieve resultaten

De eerste onderzoeken naar ketenzorg en stepped care wijzen op voorzichtig positieve resultaten in gezondheidswinst⁴. Nader onderzoek moet aantonen of het ook leidt tot kostenvermindering. Begin 2015 krijgen we de resultaten van drie regionale pilots over ketenzorg depressie, die naast gezondheidswinst ook naar de kosten kijken.

De wijze waarop huisartsen in samenwerking met zorgprofessionals er in slagen om patiënten met depressieve klachten te herkennen, te behandelen en te verwijzen, is een goed voorbeeld voor de zorg bij andere veelvoorkomende psychische problemen.

Peter van Splunteren, Jasper Nuijen en Hedda van 't Land



Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

- 1 Nuijen J. (eindredactie) Trendrapportage GGZ 2012. Deel 2A Toegang en zorggebruik. GGZ in de eerste lijn. De rol van de huisarts en de eerstelijnspsycholoog Trimbos-instituut 2012.
- 2 Van Splunteren, P. De implementatie van kennis. De impact van doorbraakprojecten in de GGZ. In: Nuijen J. (eindredactie) Trendrapportage GGZ 2010. Deel 3 Kwaliteit en Effecten, Trimbos-instituut 2010.
- 3 Nuijen J. (eindredactie), Trendrapportage GGZ 2012. Deel 3B Kwaliteit en Effectiviteit. Werkelijke en wenselijke eerstelijns depressiezorg, Trimbos-instituut 2012.
- 4 Muntingh Anna. Transforming care for anxiety disorders. The collaborative steppe care model, 2013. Dissertatie, Tranzo / Katholieke Universiteit Brabant. Franx Gerdien. Quality Improvement in mental health care. The transfer of knowledge into practice, 2013. Dissertatie, Institute for Quality of Healthcare (IQ) Radboud UMC, Nijmegen

Een crisismanager die de parkeerproblemen en de ICT-chaos in de Amsterdam heeft opgelost wordt de nieuwe staatssecretaris van financiën. Met als persoonlijk adagium: meer doen met minder geld! Een onbekende zonder landelijke politieke ervaring. Dat wordt vaak als risico gezien, maar ik zie het als een enorme kans. Een frisse bedrijfsmatige wind die de problemen bij de belastingdienst gaat opruimen: mooi! Toeslagen op tijd, geen fraudeproblemen en lagere belastingen. Dan is de politieke carrière van deze nieuwe bewindspersoon wel duidelijk. In de komende twee jaar laten zien wat hij kan.

Intussen gaan minister Schippers en staatssecretaris Van Rijn gewoon door met het herstructureren van de zorg. Dat schiet natuurlijk niet genoeg op. De veldpartijen hebben zorgakkoorden, maar die moeten nu worden uitgevoerd in de praktijk en die is weerbarstig. De eerste stappen zijn gezet. Edith heeft niet genoeg geduld en te veel ambities om een derde termijn als minister van VWS te ambiëren.

Daarnaast wil ze nu oogsten en eer krijgen, de eerste minister van VWS zijn die echt het mes heeft gezet in de stijging van de zorgkosten. Premier Rutten komt niet meer terug in een volgend kabinet. Als de VVD bij de landelijke verkiezingen in 2017 de grootste wordt en een nieuwe premier mag leveren, dan wordt dat natuurlijk Edith Schippers.

Dan moet de vastgelopen implementatie van de herstructurering van het zorg- en sociale domein worden opgelost en is er behoefte aan een politicus die een *proven track record* heeft op gebied van crisismanagement. De ervaring met ICT en digitale oplossingen en als credo "meer met minder geld" past dan precies.

Dus wie wordt in 2017 de nieuwe minister van VWS. Noyal Wiebes!

Jan Erik de Wildt
Directeur De Eerstelijns

Reageren? Je.dewildt@de-eerstlijns.nl