



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

Deel 3: Geestelijke gezondheidszorg

Geestelijke gezondheids- zorg

Mevrouw drs. A.C.J. Rijkschroeff-van der Meer

Achtergrondstudie uitgebracht bij het advies Regie aan de poort door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, 2012

Inhoud

1	Ontwikkelingen in de GGZ	4
1.1	Inleiding	4
1.2	Beleidsinspanningen, kosten en baten.	4
1.3	Onderzoeksvraag, focus en opbouw	6
2	De vraagzijde	9
2.1	Inleiding	9
2.2	Typering van psychische problematiek	9
2.3	Omvang psychische problematiek	11
2.4	Hulp zoeken	12
2.5	Zorgvraag: uiteindelijk terug naar eigen regie	14
2.6	Conclusie	15
3	Het zorgaanbod en de knelpunten	17
3.1	Inleiding	17
3.2	De toegang	17
3.3	Probleemverheldering en triage	19
3.4	De behandeling	22
3.5	Signalering	24
3.6	Conclusie	25
4	Nieuwe zorgmodellen	27
4.1	Inleiding	27
4.2	Welzijn op recept	27
4.3	Stepped Care	28
4.4	Colaborative care	29
4.5	Coöperatie eerstelijnssteuning GGZ	30
4.6	Initiatieven via het internet	30
4.7	Zelfmanagement	31
4.8	Conclusie	33

1 Ontwikkelingen in de GGZ

1.1 Inleiding

De beroemde econoom Richard Layard stelt in zijn boek 'Happiness': 'We moeten meer besteden aan de aanpak van geestesziekten. Dit is de grootste bron van leed in het Westen. En zij die de dans ontsprongen zijn, zouden zich sterk moeten maken voor hen die lijden. De psychiatrie heeft recht op een veel prestigieuzere plek in het medische veld dan ze tot nu toe heeft ingenomen'¹. Psychische gezondheid levert de maatschappij iets op, aldus de academische wereld. Investeren is de moeite waard.

In deze deelstudie wordt ingegaan op de geestelijke gezondheidszorg. In 2011 steeg volgens de zorgscan van de NZA² het aantal cliënten in de zorg met psychisch problemen met 10 procent. Meer dan 40% van de Nederlanders krijgt ooit in zijn leven te maken met een psychische aandoening en/of psychische klachten. Ongeveer 1 op 4 Nederlanders heeft last van één of meerdere psychische stoornissen³. Één op de vijf Nederlanders lijdt aan een stoornis die valt binnen de drie belangrijkste groepen van aandoeningen: depressie, angststoornissen en alcoholmisbruik. Tot slot wordt de latente vraag in de GGZ geschat op 2,5 %⁴. Het is daarom waarschijnlijk dat de vraag naar psychische hulp in de toekomst eerder toeneemt dan afneemt.

1.2 Beleidsinspanningen, kosten en baten.

Vanuit het zorgaanbod is er de afgelopen jaren fors geïnvesteerd in een geestelijke gezondheidszorg die de toenemende behoefte aan zorg aan kan. De huisarts heeft de mogelijkheid gekregen gebruik te maken van een POH GGZ en in de tweedelijns GGZ is veel zorg geambulanteerd. Via E-health toepassingen probeert men hulpvragers te ondersteunen en terugval te voorkomen.

Bestuurlijk akkoord

Het GGZ-veld en de overheid hebben dit voorjaar in aanvulling op bovengenoemde inspanningen in een bestuurlijk akkoord⁵ afspraken gemaakt om meer mensen met psychische problemen op te kunnen vangen in de eerste lijn door versterking van de huisartspraktijken en het vormgeven van een basis GGZ. Zij schetsen de toekomstige GGZ zorg als een zorgcontinuüm waarbij de eenvoudige zorg onder de huisartsenzorg

valt en de meest complexe zorg bij de gespecialiseerde GGZ terecht komt.



Mensen met licht psychische klachten en sociale problemen kunnen gebruik maken van huisartsenzorg en de ondersteuning GGZ; vervolgens kan de zwaardere problematiek naar de generalistische basis GGZ of uiteindelijk naar de gespecialiseerde GGZ.

Kosten en baten van psychische gezondheid

'Mentaal kapitaal' is van steeds groter belang voor de samenleving. Psychische gezondheid is een grondstof waar onze kenniseconomie op draait. De correlatie tussen geestelijke gezondheidszorg en participatie blijkt uit het feit 20% van de mensen die in 2009 onder behandeling staat van de curatieve geestelijke zorg tevens een arbeidsongeschiktheidsuitkering of een bijstandsuitkering ontvangt. Zij hebben daarnaast gemiddeld hogere zorgkosten dan zij die werkzaam zijn. Tot slot is de verdien capaciteit van mensen met een psychische aandoening zo'n 25% lager dan van anderen⁶. Denk allereerst aan de arbeidsproductiviteit: Mensen die volledig herstellen of leren omgaan met hun psychische aandoening kunnen (deels) weer meedraaien in het arbeidsproces. Een tentatieve berekening van het Trimbosinstituut komt erop uit dat de indirecte opbrengsten zelfs twee keer zo hoog zijn als de extra gezondheidswinst⁷.

Ook de directe gezondheidswinst is niet te onderschatten. Ziekten als schizofrenie, zware depressies en bipolaire stoornissen hebben een zeer hoge ziektelast⁸ in dezelfde orde van grote als kankersoorten met een slechte prognose. Indien deze ziekten onder controle kunnen worden gehouden, is veel gezondheidswinst te boeken, ondanks dat cliënten meestal niet overlijden aan hun aandoening⁹.

Tot slot hebben veel mensen met een psychische stoornis een marginale positie binnen de maatschappij. Uit onderzoek blijkt dat hulpverlening het isolement verminderde en een verdere

achterstandpositie kan voorkomen¹⁰. Geconcludeerd kan worden dat investeren in psychische gezondheid zin heeft. Of het nu gaat om milde, matige of ernstige psychische problematiek.

Baten ontstaan niet vanzelf, maar brengen kosten met zich mee. De geestelijke gezondheidszorg kost circa € 5,5 miljard, 6,5% van alle zorgkosten (2009). De (financiële) diversiteit van geestelijke gezondheidszorg is in het afgelopen decennium toegenomen en wordt voornamelijk gefinancierd uit: 1) de Zvw (65-70%); 2) de AWBZ (25-30%); 3) de Wmo (2-3%); en 4) Justitie (3-5%).

De meeste kosten voor geestelijke gezondheidszorg worden gemaakt binnen een sterk tot zeer sterk stedelijke omgeving. Onderstaande tabel maakt duidelijk dat 45% van de inwoners ongeveer 57% van de kosten genereert.

Stedelijkheid	Verzekerden (%)	Totale kosten (x € 1 mln.)
Zeer sterk stedelijk	20	942
Sterk stedelijk	25	833
Matig stedelijk	20	543
Weinig stedelijk	19	455
Niet stedelijk	17	313
Totaal	100	3.086

Tabel: Kosten van geneeskundige GGZ naar stedelijkheid 2009¹¹

Niet alleen is er geografisch een scheve verdeling van kosten, maar ook bij het type aangeboden zorg. Het grootste deel van de kosten zit bij de gespecialiseerde en langdurige functies en - minder - bij basisfuncties en geprotocolleerde ambulante zorg¹². Een kleine groep cliënten met ernstige psychische stoornissen die meestal niet volledig is te genezen draagt de hoogste kosten en zijn daarin ook constant. De 1% duurste cliënten uit 2009 (€ 1,4 mrd.) zijn ook de duurste cliënten in 2008 (€ 1,2 mrd.). Ter vergelijking: 94% van de cliënten die in 2009 curatieve geestelijke gezondheidszorg kregen (€ 1.1 mrd.), had helemaal geen kosten in 2008¹³.

1.3 Onderzoeksvraag, focus en opbouw

Onderzoeksvraag

Een stijgende vraag naar psychische zorg met als gevolg een toenemende druk op het GGZ zorgaanbod; belangrijke individuele en maatschappelijke baten, maar ook toenemende kosten

vragen van het beleid stevige inspanningen om te kunnen voldoen aan de behoefte naar geestelijke gezondheidszorg. Zijn de lopende inspanningen voldoende of is er meer nodig? In hoeverre is het mogelijk de geestelijke gezondheidszorg aan de poort te versterken zodat burgers met hun psychische problemen op de juiste plaats passende hulp krijgen?

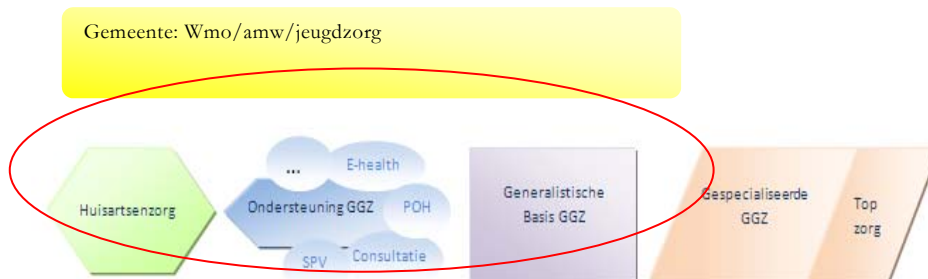
Deelvragen

De volgende deelvragen komen aan de orde.

1. Hoe ziet de vraag naar GGZ zorg aan de poort eruit?
2. Op welke manier beantwoordt het zorgaanbod aan de vraag?
3. Welke knelpunten ontstaan er tussen vraag en aanbod?
4. Welke nieuwe zorgmodellen zijn er en in hoeverre dragen deze bij aan passende zorg op de juiste plaats?

Focus

Veel psychische problematiek heeft een relatie met problemen op het gebied van arbeid, participatie, schuld en criminaliteit. Deze problemen leiden vaak ook tot problemen in de relationele sfeer (sociale problemen). Deze achtergrondstudie benaderd de GGZ in de eerste lijn integraal: naast het zorgveld wordt de gemeentelijke zorg erbij betrokken. De gemeente heeft al een zorgtaak voor de geestelijke gezondheid via de GGD en de WMO en die zorgtaak neemt toe met het voor-nemen de jeugdGGZ in 2015 naar de gemeenten over te heve-len¹⁴.



Het type problemen dat in het continuüm wordt behandeld kan grofweg worden ingedeeld in drie cirkels waarbij de kleur van de cirkel de plaats van handelen in continuüm aangeeft. De drie terreinen overlappen elkaar. De focus van



deze studie is rood omlijnd:

Sociale problemen behoren grotendeels tot het gemeentelijk domein; lichamelijke aandoeningen of beperkingen liggen veelal op het terrein van de huisartsenzorg. En psychische klachten, aandoeningen of beperkingen worden door de huisarts met ondersteuning opgepakt of indien zij matig tot ernstig van aard zijn, door generalistische basis GGZ.

Opbouw

Hoofdstuk 2 gaat in op de vraagzijde. Vragen die beantwoord worden zijn:

Wat wordt onder psychische problematiek verstaan? Wat is de omvang van de problematiek? Wanneer zoekt men eigenlijk hulp en welke zorgbehoefte en hulpvragen heeft men dan?

Hoofdstuk 3 gaat in op het zorgaanbod en de knelpunten. Waar kan men terecht voor psychische zorg en wat kan er dan geboden worden. In welke mate wordt gebruik gemaakt van het aanbod? Hoe gaat het aanbod om met comorbiditeit? En welke rol vervult zelfmanagement als aanbod?

Hoofdstuk 4 schetst enkele goede voorbeelden en geeft suggesties voor een nog sterkere eerstelijns GGZ in de toekomst.

2 De vraagzijde

2.1 Inleiding

De term psychische problematiek is een containerbegrip. Afhankelijk van het type professional wordt er een ander definiëring aan gegeven. Ook patiënten zelf kijken heel divers aan tegen psychische problematiek. Door de één wordt stress voortkomend uit sociale problemen ervaren als psychische problematiek en voor de ander begint dat pas bij een bezoek aan de psychiater. In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op wat zoal onder psychische problematiek wordt verstaan en wat de omvang van de problematiek is. Wanneer zoekt men eigenlijk hulp en welke zorgbehoefte en hulpvragen heeft men dan?

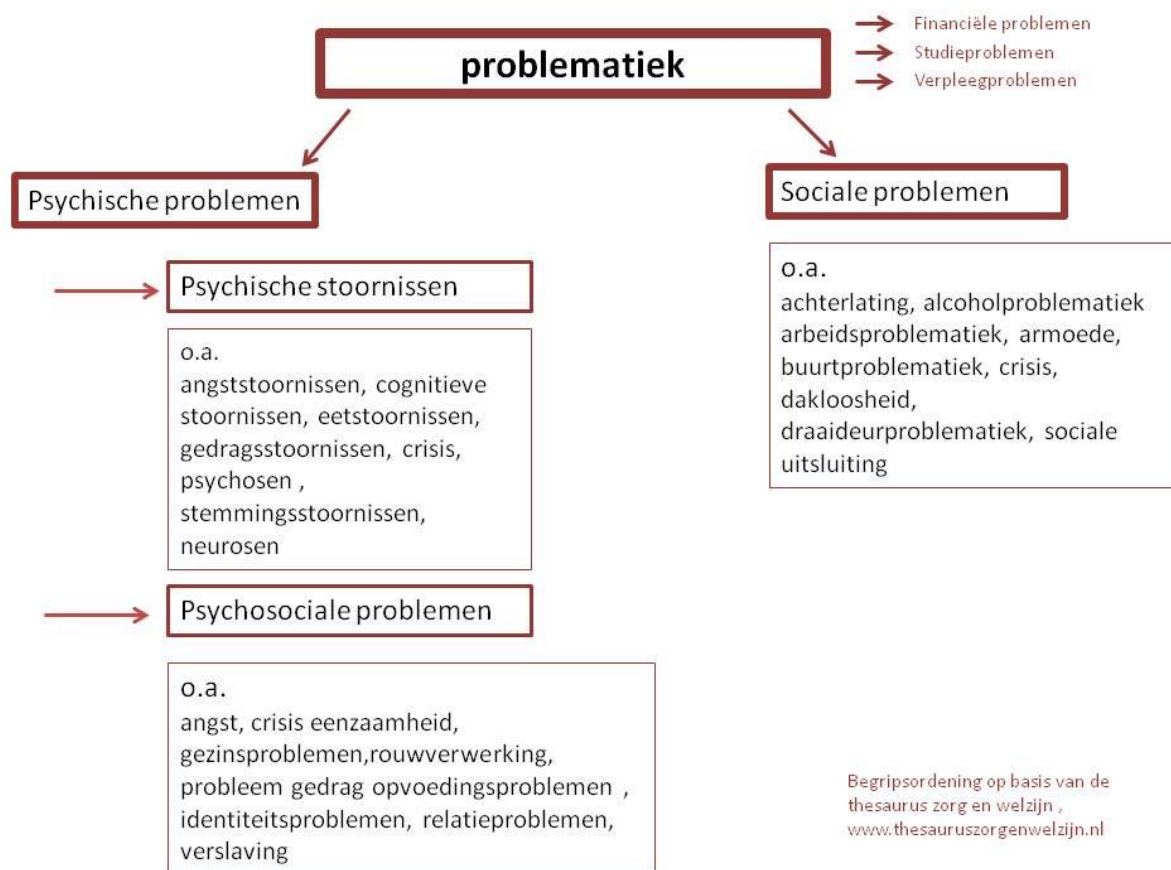
2.2 Typering van psychische problematiek

De definities van wat onder psychische problematiek wordt verstaan zijn divers en niet eenduidig. Met behulp van de thesaurus zorg en welzijn¹⁵ kan aan de hand van trefwoorden en hun betekenis een beeld gevormd worden. De veel gebruikte term psychische problematiek is een verzamelnaam voor psychische problemen, psychische stoornissen, sociale problemen en combinaties van deze problemen. Psychische problematiek kan samen met lichamelijke klachten voorkomen. Dan wordt er gesproken over psychosomatische problemen. Daarnaast kunnen sociale en/of leefstijlgerelateerde componenten een rol spelen. Dan spreken we eerder over psychosociale problemen of sociale problemen. En een psychische stoornis is de overkoepelende term voor ziekelijke stoornissen van het denken, voelen, willen oordelen en/of doelgericht handelen. Een gemeenschappelijk kenmerk van al deze vormen van psychische problematiek is de samenhang met het dagelijks functioneren van de burger.

De aanwezigheid van een psychisch probleem betekent niet dat er automatisch sprake is van een psychische stoornis¹⁶. Het onderscheid tussen ziek en gezond is bij psychische problematiek niet altijd even scherp. Dat komt doordat de effecten niet direct zichtbaar zijn in fysieke beperkingen maar vooral in

bependingen in het maatschappelijke functioneren en de sociale context.

Hieronder staat de typering in schema weergegeven.



Om psychische problematiek te kunnen duiden, wordt ook wel een koppeling gemaakt tussen de soort problemen en patiëntprofielen. Een patiëntprofiel geeft aan welk type problematiek op de voorgrond staat. Deze beschrijvingen geven tevens een richting van mogelijk zorgaanbod aan.

Een veel gebruikte indeling¹⁷ is de volgende waarbij de patiëntprofielen kunnen worden onderscheiden op een schaal van mild naar ernstig:

1. Cliënten met voornamelijk sociaal maatschappelijke problemen
2. Cliënten met voornamelijk psychosociale problemen
3. Cliënten met voornamelijk psychische problemen
4. Cliënten met een combinatie van somatische problemen met psychische problematiek.
5. Cliënten met ernstige psychiatrische- en/of verslavingsproblematiek.

2.3 Omvang psychische problematiek

In hoeverre mensen met milde sociale problemen die tevens symptomen van psychische aard vertonen daadwerkelijk een psychisch probleem hebben is onduidelijk. Uit onderzoeksgegevens uit 2006¹⁸ blijkt dat ongeveer een half miljoen mensen, 3,1 % van de totale bevolking, te kampen heeft met psychosociale of materiële problemen. Dit is afgeleid van het aantal mensen dat gebruik maakt van het algemeen maatschappelijk werk (AMW).

Bij een behoorlijke groep patiënten is sprake van een combinatie van somatische problemen en psychische problematiek. De volgende groepen kunnen worden onderscheiden:

1. De chronisch zieken. Het patiëntenpanel Chronisch zieken heeft onderzoek gedaan naar de psychosociale problematiek onder chronisch zieken. Dit onderzoek laat zien dat 38% kampt met psychosociale problemen¹⁹.
2. Patiënten met Somatisch Onverklaarbare Lichamelijke Klachten (SOLK): deze groep heeft klachten die niet vanuit de somatiek te verklaren zijn.
3. Patiënten met psychosomatiek. De somatische en psychische problemen hebben dezelfde oorzaak. Bijvoorbeeld een combinatie van hart en vaatproblemen en depressieve klachten.

Psychische stoornissen komen frequent voor. In totaal heeft 41,2 procent van de Nederlandse bevolking ooit in het leven een psychische stoornis gehad. In de leeftijd van 18 tot en met 24 jaar heeft 46,5 procent ooit in het leven een of andere psychische stoornis gehad. Psychische problematiek komt relatief vaak voor bij mensen met een laag opleidingsniveau, mensen

die in de stad wonen, mensen die alleen wonen, alleenstaande ouders, mensen die bij ouders of bij anderen wonen, mensen die één of meer lichamelijke aandoeningen hebben of die ouders hebben met een verleden van psychische stoornissen²⁰. Vrouwen hebben vaker last van een stemmingsprobleem, mannen hebben vaker middelen probleem²¹.

2.4 Hulp zoeken

Niet iedereen die een probleem ervaart, gaat ook op zoek naar hulp. Vergeleken met 10 jaar geleden zoekt men tegenwoordig wel sneller hulp²². In vergelijking met andere landen is in Nederland is de drempel om hulp te zoeken voor psychische of emotionele problemen relatief laag: 7,7 procent van de volwassen Nederlanders zoekt op jaarbasis wel enige vorm van steun of hulp bij een traditionele genezer, alternatieve therapeut, dominee, pastoor of bij een psychiater, psycholoog of huisarts voor emotionele of psychische problemen, zonder dat er bij deze mensen een psychische stoornis is gemeten in onderzoek²³.

De snelheid van het zoeken naar hulp wordt niet bepaald door opleidingsniveau, maar beïnvloed door het ziektegedrag. Ziektegedrag wordt onder meer bepaald door de ernst, de duur en de aard van de psychische problematiek. Daarnaast kunnen culturele factoren en omstandigheden zoals de verzekeringsvorm en de mate waarin men op de hoogte is van de mogelijkheid van hulp het gebruik van voorzieningen beïnvloeden. Zo gaan mannen minder snel met psychische klachten naar de huisarts dan vrouwen. Ook mensen bij wie de psychische aandoening voor het 13de levensjaar ontstond, jongvolwassenen, ouderen en mensen met cognitieve stoornissen of met stoornissen in middelengebruik (alcohol, drugs) gaan minder gemakkelijk met een psychische klacht naar de huisarts²⁴. Tot slot zoeken mensen met specifieke angststoornissen (zoals hoogtevrees, vlieg angst of een fobie voor spinnen) minder snel hulp.

Mensen die geen hulp zoeken hebben daarvoor verschillende redenen die gebaseerd zijn op hun opvattingen en op hun ervaringen over de zorg. In de volgende tabel staan ze genoemd²⁵.

	% mensen
	(n=261)
Attituden / opvatting	
Wil het probleem zelf oplossen	63
Klachten worden vanzelf beter	51
Hulp levert niets goeds op	47
Ontevreden over hulpverlening	42
Probleem lost vanzelf op zonder hulp	25
Angst voor mening anderen	12
Angst voor onvrijwillige opname	7
Structurele barrières, ervaringen	
Niet weten waar hulp te zoeken	28
Te veel tijd kwijt	23
Financiële middelen	10
Geen afspraak kunnen maken	9

De groep die niet weet waar te hulp te zoeken, heeft wel behoefte aan zorg (onvervulde zorgbehoefte). De volgende tabel geeft aan hoeveel volwassenen met een psychische stoornis behoefte aan professionele hulp hebben gehad, maar niet naar een hulpverlener zijn gegaan. Wat opvalt, is dat volwassenen met twee of meer stoornissen een grotere onvervulde zorgbehoefte hebben dan volwassenen met een enkelvoudige psychische aandoening.

Tabel 2.5 Onvervulde zorgbehoefte op jaarbasis (in procenten van het aantal volwassen Nederlanders van 18-64 jaar met een psychische stoornis) (Bron: NEMESIS-2; meetperiode 2007-2009)

	% totaal
Stemmingsstoornis	8,7
Angststoornis	5,9
Middelenstoornis	5,3
ADHD	5,1
Enigerlei stoornis	5,6
Comorbiditeit:	
Een enkele stoornis	3,8
Twee of meer stoornissen	9,2

Bron: De Graaf et al. 2010.

2.5 Zorgvraag: uiteindelijk terug naar eigen regie

De vraag naar zorg is voor iedereen anders en afhankelijk van de oorzaken van de problematiek. Soms is hulp bij het zoeken naar werk of huisvesting of feedback op opvoedingsvraagstukken voldoende om het leven weer op te kunnen pakken en psychische klachten te laten verdwijnen. Maar er kan ook meer nodig zijn, zoals bij de chronische zieke met psychische klachten of de ernstige psychiatrisch patiënt. In de praktijk wordt vraaggestuurde zorg nog wel eens uitgelegd als ‘de patiënt in de driverseat’²⁶. Het betekent dan dat de vraag van de patiënt het aanbod stuurt en dat de patiënt een actieve rol vervult. Hij vertelt de zorgaanbieder of hulpverlener zijn klacht en welk aanbod hij nodig heeft. De hulpverlener biedt een behandeling aan die aansluit bij de wensen van de patiënt.

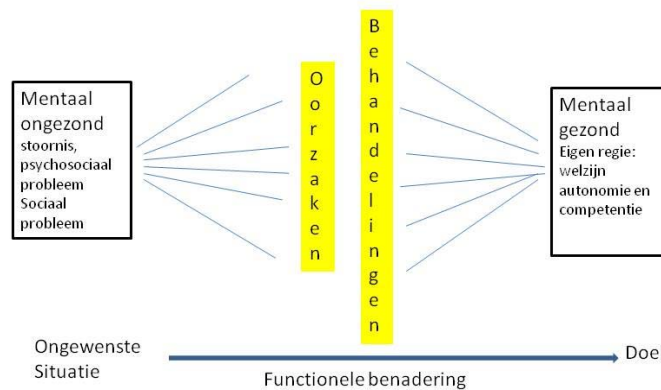
Burgers met psychische klachten ontberen juist in de beginfase van hun problematiek het overzicht en inzicht. Deze benadering bij het uitvragen van de zorgvraag is daarom minder behulpzaam naarmate de oorzaak van de klachten complexer is. Het is zinvoller om bij het beantwoorden van de zorgvraag te redeneren van een functionele benadering: wat is de functie van de hulp voor iets of voor iemand? Uiteindelijk is dat eigen regie kunnen voeren.

Psychisch gezonde mensen ervaren welzijn, autonomie en competentie²⁷. Het is een subjectieve beleving. Bij een optimale psychische gezondheid is er sprake van succesvol functioneren wat resulteert in productieve activiteiten, bevredigende relaties met anderen en de mogelijkheid tot aanpassen en omgaan met tegenslagen²⁸. Men heeft eigen regie: het vermogen om zelfstandig te bepalen hoe zijn leven op verschillende levensgebieden zoals wonen, werken, sociale contacten, eruit moet zien.

Psychisch ongezonde mensen hebben last van psychische klachten zoals angst, depressie, slaapverstoring en stress. Deze gevoelens verstoren het gevoel van welzijn, autonomie en competentie met als gevolg disfunctioneren en een verhoogd risico op sterfte, pijn en beperkingen. Men ervaart verlies aan eigen regie.

De ontstaansgeschiedenis van psychische klachten tot een psychische stoornis varieert. Het kan zijn oorsprong vinden in het verleden waarbij het complex van gedrag, persoonlijke kenmerken omstandigheden en fysiologische kenmerken kunnen leiden tot klachten²⁹ die zorgen voor moeizame coping met levensproblemen of zelfs tot daadwerkelijke verstoring van het hersenorgaan. Het kan zijn dat een chronische aandoening leidt tot psychische problemen of dat problemen op sociaal terrein tot klachten leidt. De oorzaak en de mate van

ernst van de psychische problemen bepalen niet of er sprake is van verlies aan eigen regie maar in welke mate er sprake is van verlies aan eigen regie. Mensen met psychische problematiek hebben uiteindelijk de behoefte om weer psychisch gezond te worden en daarmee weer eigen regie te krijgen. In het traject naar (gedeeltelijk) herstel is het belangrijk daar steeds op te focussen.



2.6 Conclusie

Psychische problematiek varieert van milde sociale problemen tot zware psychiatrie. Via het gebruik van patiëntprofielen wordt enige ordening aangebracht. Aard en omvang van mensen met psychische problemen zijn zeer divers. Lang niet alle problemen vragen om zorg. Een forse groep heeft een combinatie van somatiek en psychische problemen. Chronisch ziek, SOLK of psychiatrisch. Nederlanders zoeken relatief snel hulp maar weten voor ongeveer een derde niet waar ze moeten zijn. Bij comorbiditeit is de onvervulde zorgbehoefte groter dan bij een enkelvoudige vraag. Vraaggestuurde zorg waarbij er van wordt uitgegaan dat de mens aangeeft wat zijn klacht is en waar hij behoefte aan heeft is aan het begin van een hulptraject weinig realistisch, omdat dat inzicht in de ziekte ontbreekt en hij daarvoor juist hulp zoekt.

De vraag naar GGZ zorg aan de poort divers is en afhankelijk van de ernst en oorzaak van de problematiek. Een probleemoverstijgende zorgvraag is de behoefte aan hulp bij herstel van de eigen regie.

3 Het zorgaanbod en de knelpunten

3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk werd duidelijk dat psychische problematiek en de onderliggende oorzaken zeer uiteenlopend zijn. Van milde tot ernstige problemen; van sociale problematiek tot zware psychiatrie. Het zorgaanbod probeert daarop in te spelen met een breed palet aan professionals en interventies. Bij het samenkomen van de zorgvraag en het zorgaanbod ontstaan desondanks knelpunten. Deze zijn organisatorisch van aard of manifesteren zich bij de aangeboden interventies. Knelpunten ontstaan bij de toegang van het zorgaanbod, bij probleemverheldering en triage en bij de inzet van zelfmanagement en preventie. In dit hoofdstuk gaan we daar op in.

3.2 De toegang

Typerend voor de geestelijke gezondheidszorg is dat de toegang tot het zorgaanbod niet alleen via de huisarts kan verlopen maar tevens via de eerstelijnspsycholoog, de bedrijfsarts, het algemeen maatschappelijk werk en de crisisdienst. Toch komen de meeste mensen met hun problematiek vooral eerst bij de huisarts terecht. Daarvoor zijn meerdere redenen te noemen.

Gebrek aan kennis over het gebodene

De eerste reden is dat men niet weet waar men anders terecht kan met lichte en matige psychische klachten. De diversiteit aan poorten leidt eerder tot onoverzichtelijkheid dan tot toegang. De zorgvrager die zelf nauwelijks zicht heeft op zijn primaire probleem is niet in staat direct de juiste poort te vinden. Hoe complexer de problematiek, hoe moeilijker het is de juiste toegangspoort te vinden. Niet voor niets vinden mensen met enkelvoudige problemen sneller de weg naar de juiste zorg dan mensen met complexe comorbiditeit. De huisarts als algemeen zorgprofessional waarmee de burger een vertrouwensrelatie heeft is dan een logische toegangspoort tot de zorg.

Medicalisering problematiek

De tweede reden voor bezoek aan de huisarts is dat de burger anders tegen (psycho) sociale problemen is gaan aankijken en vindne dat er een medisch geschoolde professional bij betrokken moet worden. Psychische- en ontwikkelingsstoornissen

komen niet meer voor dan vroeger, maar er is sprake van ziekmakende factoren in de maatschappij³⁰. Afwijkend gedrag wordt steeds minder getolereerd, en steeds vaker gepsychopathologiseerd. Hoge maatschappelijke eisen en gedragsnormen leiden tot sociaal disfunctioneren waardoor bijvoorbeeld ouders bij opvoedproblemen eerder een beroep doen op professionals, te beginnen bij de huisarts.

Laagdrempelige zorg niet direct toegankelijk

Om de druk op de huisarts te verlichten is de praktijkondersteuner GGZ (POH GGZ) in het leven geroepen. Praktijkondersteuners GGZ komen de meest gangbare psychische en psychosociale problemen tegen³¹. Bovenaan de top 5 van aangeboden problematiek staat stress of gespannenheid (41%), relatieproblemen (32%), een depressief gevoel (24%), angst of nervositeit (19%) en werkproblemen (16%). Een POH-GGZ bepaalt aan de hand van onduidelijke symptomen via probleemverheldering of er sprake is van een sociaal probleem, een tijdelijke inzinking die van zelf overgaat of een psychische stoornis die nadere aandacht behoeft. De primaire taak van de praktijkondersteuner GGZ is de patiënt met psychische problemen te geleiden naar de juiste setting voor behandeling, zonder dat de praktijkondersteuner GGZ zelf die behandeltaak op zich neemt. De POH GGZ is meestal een SPV'er of een AMW'er. De problemen die bij de POH GGZ komen zijn grotendeels hetzelfde zijn als bij patiënten met psychische problemen die bij de huisarts worden behandeld. De POH GGZ blijkt in de praktijk ook te behandelen.

Naar mijn opvatting is het vreemd dat de POH GGZ, die zeer capabel is om lichte en matige problematiek te diagnostiseren en tevens bedoeld is als laagdrempelige zorg slechts toegankelijk is na verwijzing van de huisarts. Dit is opvallend omdat de eerstelijnspsycholoog, die valt in de generalistische basis GGZ en dus voor meer ingewikkelde problemen is bedoeld, direct toegankelijk is.

Gemeentelijke zorg onzichtbaar en versnipperd

Tot slot is het zorgaanbod ten behoeve van sociale problemen met milde psychische klachten versnipperd tussen het domein van de zorg en het domein van de gemeente. Het algemeen maatschappelijk werk (AMW), aangeboden vanuit gemeenten, is van oudsher geschikt voor lichte problematiek die vooral voortkomt uit sociale problemen. Het AMW biedt hulp bij materiële en immateriële problemen en richt zich op het verbeteren van psychosociale zelfredzaamheid: lichamelijke, psychologische en sociale factoren worden meegenomen bij het op-

lossen van problemen. Algemeen staat voor: aspecifiek, gratis, laagdrempelig, toegankelijk zonder verwijzing, onafhankelijk en lokaal gericht. Het AMW heeft zich echter in de loop der jaren op verschillende doelgroepen gespecialiseerd en is ook als zodanig geïnstitutionaliseerd. Het “algemene” is hiermee onder druk komen te staan. De versnippering van het AMW over doelgroep gerichte instellingen heeft daarnaast tot gevolg dat de zichtbaarheid van het AMW onder druk is komen te staan.

3.3 Probleemverheldering en triage

De gevolgen van het gebrek aan zichtbaarheid, duidelijkheid en laagdrempelige toegang worden zichtbaar bij de probleemverheldering en triage. De zorgvrager heeft in eerste instantie behoefte aan probleemverheldering. Echter bij de huidige organisatie van de GGZ zorg is adequate probleemverheldering niet direct beschikbaar. Het AMW heeft de competenties voor probleemverheldering, maar is voor de burger moeilijk vindbaar. De POH GGZ, die in de praktijk in meer dan 90% van de gevallen aan probleemverheldering in het eerste contact doet en zowel oog heeft voor de medische als de sociale problematiek, is slechts toegankelijk via de huisarts.

Geen tijd

De huisarts die bij somatische problemen bij uitstek als probleemverhelderaar optreedt, lijkt op dit moment niet voldoende toegerust deze taak voor psychische problematiek te vervullen. De huisarts heeft een consult tijd van 10 minuten, wat voor meer complexe problemen te weinig is om tot een goede analyse te komen. Als de huisarts geen POH GGZ in dienst heeft verwijst hij al snel door naar een eerstelijnspsycholoog (elp.) of andere eerstelijns GGZ-instantie. De POH GGZ en de elp. hebben dan ook een sterk gelijkend probleemaanbod. De eerstelijnspsycholoog is ingesteld op diagnostiek en behandeling en heeft een cliënt gemiddeld zeven sessies onder zijn hoede. POH GGZ heeft gemiddeld drie tot vijf contacten per patiënt.

Patiënten die een verwijzing krijgen naar een elp. hebben vaak angst- en stressgerelateerde problemen, psychosomatische problemen en aanpassingsproblemen. Vanuit de eerstelijnspsychologenpraktijk bezien namen mensen met relatieproblemen vaker zelf het initiatief om een afspraak te maken. Ze zijn hoog opgeleid en functioneren relatief goed. Zij worstelen

vaak met interpersoonlijke problemen en zij vinden dat bij de elp. meer aandacht is voor de context waarbinnen klachten zich ontwikkelen.

Nauwe blik

De huisarts is bij uitstek een generalist, opgeleid vanuit een medisch model waardoor er onvoldoende of te eenzijdige kennis, ervaring en/of affiniteit met GGZ kan zijn. Het medisch model gaat er namelijk vanuit dat stoornissen, beperkingen en participatieproblemen rechtstreeks worden veroorzaakt door een ziekte, trauma of andere aandoening. Medische zorg wordt gezien als de hoofdzaak. Hierdoor kan - interactie met - bijvoorbeeld sociale problematiek gemist worden (nauwe blik). De nauwe blik is ook relevant wanneer het om somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) gaat. Er is sprake van SOLK wanneer na adequate diagnostiek geen ziekte-oorzaak wordt gevonden of wanneer er wel een somatische oorzaak is gevonden maar de klachten het functioneren sterker beperken dan op grond van de aandoening te verwachten is. Naast hun somatische klachten geven patiënten met SOLK in 95% van de consulten één of meer psychosociale hints³². Daarbij suggereren patiënten zelf dat problemen onderdeel zouden kunnen zijn van hun klachten. Huisartsen sluiten toch veelal eerst de somatische oorzaken uit. Daarnaast blijkt dat huisartsen de behandeling en begeleiding van patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) vaak ingewikkeld vinden doordat ze problemen ervaren op het vlak van de communicatie en de arts-patiëntrelatie. Veel huisartsen hebben een verkeerd beeld van patiënten met SOLK. Ze gaan er ten onrechte van uit dat deze patiënten op zoek zijn naar somatische interventies en niet willen praten over psychosociale problemen. Diepere exploratie van deze problemen vindt dan niet plaats³³. En dat terwijl een goede arts-patiëntcommunicatie op zichzelf al een sterk positief effect heeft op gezondheidsuitkomsten. Aangetoond is dat bij patiënten met SOLK 64% van de klachten genas na een positief consult (duidelijke uitleg en vertrouwen in een goede prognose), en slechts 39% na een niet-positief consult (vage uitleg en onduidelijke prognose).

Onvoldoende adequaat diagnostisch instrumentarium

Huisartsen beschikken voor het vaststellen van psychische problematiek niet over hetzelfde objectieve diagnostische instrumentarium dat zij voor de somatische zorg wel voorhanden hebben. De professional die hun dat kan bieden - de psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog, etc. - is in de

regel niet direct beschikbaar binnen de basiszorg, maar enkel via een verwijzing naar de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Uit verwijscijfers blijkt dat huisartsen veel meer zijn gaan doorverwijzen naar de gespecialiseerde GGZ en naar de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg. Tussen 2002 en 2009 ging het om meer dan een verdubbeling van de patiënten die de huisarts bezochten, van 11 naar 23 verwijzingen per 1.000 consulten. Daarnaast is het eerder regel dan uitzondering dat de aanbieder (vaak eerstelijnspsycholoog of instelling in de tweede lijn) naar wie de cliënt voor diagnostiek wordt verwezen, ook ‘automatisch’ overgaat op behandeling, indien dit door die aanbieder noodzakelijk wordt gevonden. De huisarts ervaart dit als wordt hij buitenspel gezet.

(Onterechte) scheiding van lichaam en geest

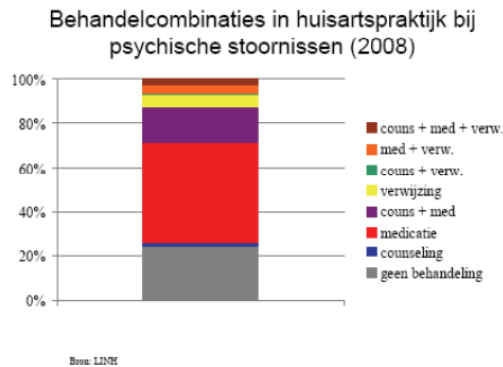
Psychosociale problemen, zoals depressie, angst, boosheid en problemen met werkhervatting komen vaak voor bij mensen met een chronisch lichamelijke ziekte. Geschat wordt dat circa 30% van de chronisch lichamelijke zieken ook psychosociale problemen ervaart. Hetzelfde geldt andersom: mensen met psychische problemen hebben vaak last van somatische klachten. GGZ-gebruikers hebben circa 90% hogere somatische kosten³⁴. Zo komen spijsverteringsproblemen, chronische rugpijn en reuma vaak voor in combinatie met stemmings-, angst- en middelenstoornissen. Mensen met hoge bloeddruk hebben meer kans op angststoornissen³⁵ en voor mensen met depressie werd in een meta-analyse een 80% verhoogd risico gevonden om cardiovasculaire ziekten te ontwikkelen³⁶. Uit onderzoek³⁷ blijkt dat er - nog steeds - een organisatorische en institutionele scheiding is tussen de lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg. Indien er sprake is van comorbiditeit van chronische ziekte en psychische klachten wordt de psychische problematiek in de huisartsenpraktijk matig herkend. Bij bijna driekwart van de patiënten met een chronische lichamelijke ziekte en een psychische stoornis werd deze laatste niet door de huisarts herkend³⁸. Uit onderzoek onder diabetesverpleegkundigen blijkt dat slechts 20-29% van de patiënten met angstklachten en depressieve klachten wordt herkend. Dat beïnvloedt de kwaliteit van de zorg voor zowel de somatische patiënt met psychische problemen als de psychiatrische patiënt met somatische problemen.

3.4 De behandeling

Problemen bij de toegang, vraagverheldering en triage heeft tot gevolg dat patiënten niet altijd de juiste en meest adequate behandeling krijgen.

Overbehandeling

Patiënten krijgen vooral medicatie, counseling en verwijzing³⁹.



80% Van de antidepressiva wordt voorgeschreven door huisartsen⁴⁰. Vooral laagopgeleiden krijgen relatief veel medicijnen⁴¹. Dit doet vermoeden dat volwassenen met lichtere vormen van depressie en angst, die er in de huisartsenpraktijk veel zijn, overbehandeld worden met antidepressiva en kalmeringsmiddelen en te weinig profiteren van minder intensieve, eerste-stap interventies.

Patiënten die zich met psychische klachten melden bij de huisarts verschillen in fysiologische kenmerken en in functioneren van patiënten met dezelfde klachten in de tweedelijnszorg. Niet voor niets zijn de richtlijnen voor psychische problematiek in de eerste lijn anders dan in de tweede lijn. 30% Van het aanbod in de tweede lijn is lichte problematiek aldus het IBO onderzoek. Zij worden onnodig behandeld vanuit een optiek voor ernstige psychische problemen. Het gevaar van overbehandeling wordt versterkt door de ontwikkeling naar meer ambulantisering waarbij tweedelijns GGZ-instellingen zorg leveren in de eerste lijn. Naast overbehandeling leidt deze ontwikkeling tot een te eenzijdige focus aan het begin van het behandelproces omdat specialisten geneigd zijn de patiënt

vanuit het specialisme te beoordelen en niet vanuit de brede context van de patiëntsituatie.

De richtlijnen

Uit de NESDA studie bleek dat maar een beperkt deel van de patiënten met angst en depressie door de huisarts conform de NHG richtlijnen worden behandeld: ongeveer een kwart van de patiënten met een angststoornis, iets meer dan 40% van de mensen met een depressie en de helft van de mensen die zowel een angst als depressiestoornis hebben⁴². Laagopgeleiden hebben minder kans op passende behandeling. Patiënten die zelf aangaven behoefte te hebben aan medicatie, counseling of een verwijzing krijgen eerder hulp volgens de richtlijn⁴³.

Bij comorbiditeit van somatiek en psychische problematiek houden de richtlijnen maar matig rekening met elkaar. Vooral bij chronische ziekten zijn psychische zorg en somatische zorg gescheiden trajecten. Er wordt nog lang niet in alle richtlijnen en zorgstandaarden van de grote chronische aandoeningen aandacht besteed aan de psychosociale problemen. Samenwerkingsrichtlijnen bij chronische aandoeningen zijn vooral gericht op samenwerking met paramedici en medisch specialisten en niet met andere disciplines. Psychosociale aspecten van zelfmanagement worden in zorgstandaarden en richtlijnen divers ingevuld. In de standaard voor diabetes 2 wordt zelfmanagement smal opgevat tot alleen medische aspecten. Ervaren klachten en functionele beperkingen (aspecten die o.a. de ernst van psychische problemen indiceren) worden nog niet in alle richtlijnen meegenomen.

Inzet van zelfmanagement

Van patiënten wordt verwacht dat zij steeds meer zelf oppakken. Zij moeten zelf afspraken maken, zich melden op de juiste momenten en de juiste papieren meenemen. Juist mensen met psychische problematiek missen inzicht en overzicht. Als hen niet geleerd wordt hoe zij de regie weer moeten oppakken versterkt de nadruk op zelfmanagement juist het gevoel van er alleen voor staan; breekt geloof in eigen kunnen af en daalt de motivatie. Dikwijls is er sprake van (ervaren en geanticiperde) sociale afwijzing en discriminatie, werkloosheid, en sociaal isolement. Het blijkt dat rehabilitatiedoelen als het (her)vinden van werk en het opbouwen van een sociaal leven nog vaak onvoldoende benut worden. De ondersteuning van mensen is meestal niet gericht op hun behoeften aan inzicht in de eigen problematiek en mogelijkheden om hierop invloed uit te oefenen (zelfmanagement) en sluit te weinig aan bij herstelprocessen van cliënten. Herstel gaat verder dan al-

leen herstel van gezondheid. Het omvat ook herstel van persoonlijke identiteit en herstel van maatschappelijke rollen. Dat lukt niet alleen door het zich eigen maken van de nodige competenties, maar men moet ook het in de gelegenheid gesteld worden en de mogelijkheid krijgen om die competenties uit te oefenen⁴⁴. Dat vraagt tijd en inzet van de hulpverlener in het onderzoeken welke zelfmanagementstijl bij de persoon past en mag voor de hulpvrager niet vrijblijvend zijn. De hulpvrager moet gemotiveerd zijn of worden.

3.5 Signalering

De percentages volwassenen bij wie de huisarts een psychisch probleem gediagnosticeerd heeft liggen beduidend lager dan de prevalenties die gevonden worden onder volwassenen in de algemene bevolking. Deze duidelijke verschillen tussen de frequentie waarmee psychische diagnoses gesteld worden in de huisartsenpraktijk en het vóórkomen van psychische stoornissen in de algemene bevolking geven aan dat een substantieel deel van de volwassenen met een psychische aandoening niet als zodanig herkend of gediagnosticeerd wordt door de huisarts. Dit kan komen doordat een deel van de volwassenen geen hulpbehoefte vanwege een psychisch probleem ervaart. Een ander deel van de volwassenen zal wel een hulpbehoefte hebben, maar toch geen hulp vragen tijdens een huisartsenconsult, omdat ze bijvoorbeeld weinig vertrouwen hebben in de huisarts waar het gaat om zorg voor psychische problemen, zich schamen, of psychische klachten vooral toeschrijven aan lichamelijke problemen. Ook huisartsgebonden factoren zouden een rol kunnen spelen bij de onderdiagnostiek van psychische problemen, zoals de beperkte tijd die per consult beschikbaar is, of het ervaren van onvoldoende kennis en vaardigheden omtrent het diagnosticeren en behandelen van psychische problematiek⁴⁵.

Onderdiagnostiek bij psychische problemen door de huisarts is vooral onderzocht bij depressie, en wordt geschat op tenminste 21%⁴⁶. Personen die een WIA-uitkering aanvragen hebben vaak chronische en ernstige psychiatrische problematiek die niet eerder is gediagnosticeerd en ook onderbehandeld is⁴⁷. Andere aandachtsgroepen zijn jongeren die niet snel met hun problemen naar een huisarts gaan en mensen met een zwak netwerk; zorgwekkende zorgmijders die geen overlast geven, personen met meerdere psychische stoornissen. Deze vragen minder vaak formele hulp bij opvoedproblemen en rapporte-

ren vaker een onvervulde zorgbehoefte bij psychische problemen.

De gescheiden werelden van gemeente en zorg werken onderdiagnostiek in de hand. De huisarts heeft geen zicht op wat er zich precies in een gezin afspeelt. De overgang van de jeugd GGZ naar de gemeente heeft het risico dat niet het hele gezin meer in beeld is, terwijl veel jeugdproblematiek te maken heeft met de omgeving van het kind.

3.6 Conclusie

Er is voldoende zorgaanbod. Toch zijn er knelpunten waardoor burgers niet altijd op de juiste plaats de meest passende hulp ontvangen. De toegang wordt belemmerd of te eenzijdig benut uit onwetendheid van burgers zelf. Druk op de huisarts ontstaat door toenemende medicalisering waardoor behoefte is aan gespecialiseerde hulp die alleen via de huisarts te bereiken is. Tot slot zijn de professionals die bij uitstek geschikt zijn voor lichte problematiek moeilijk vindbaar of niet direct toegankelijk.

De focus van de huisarts wordt door zijn opleiding vanuit het medisch model teveel op de somatiek gelegd. Daarnaast heeft hij nauwelijks tijd en instrumentarium voor een optimale probleemanalyse en zijn er te weinig mogelijkheden om gespecialiseerde hulp te consulteren. Dit draagt bij aan onderbehandeling. Ook het feit dat huisartsen de communicatie met SOLK-patiënten lastig vinden kan leiden tot het missen van psychische problematiek.

Passende behandeling wordt onvoldoende ondersteund door het beperkte gebruik van richtlijnen en het feit dat richtlijnen divers omgaan met psychische problematiek.

Er is gevaar op overbehandeling bij te snelle doorverwijzing en ambulantisering van de tweede naar de eerste lijn als er geen aandacht is voor het andere type problematiek in de eerste lijn.

Zelfmanagement als interventie is nog teveel gericht op medisch zelfmanagement (bv. eigen gezondheidsgegevens meten) en nog te weinig gericht op herstel van het dagelijks functioneren.

Tot slot wordt effectieve signalering bemoeilijkt door de scheiding van gemeentelijke zorg en medische zorg. Daarnaast zijn er groepen mensen die wellicht zorg nodig hebben maar zelf niet die behoefte ervaren of te weinig vertrouwen in hulpverleners hebben. Zonder voldoende informatie over buurt en sociale situatie van potentiële patiënten is het voor zorgprofessionals moeilijk actie ondernemen.

4 Nieuwe zorgmodellen

4.1 Inleiding

De afgelopen jaren is er veel gedaan om de psychische gezondheid te bevorderen en de toename van psychische ongezondheid op te vangen. In dit hoofdstuk worden een aantal nieuwe zorgmodellen besproken en gezien in hoeverre deze bijdragen aan het oplossen van de knelpunten.

4.2 Welzijn op recept

Zoals uit het vorige hoofdstuk blijkt, is een van de grote problemen dat veel zorgvragen voldoende hebben aan een licht laagdrempelig hulpaanbod. Dit hulp aanbod bleek moeilijk vindbaar of er is eerst een verwijzing nodig. Het project "Welzijn op recept" biedt uitkomst.

Welzijn op recept is een methode waarbij mensen met psychosociale klachten door de huisarts, of een andere zorgverlener in de huisartsvoorziening, naar een zogenaamd 'welzijnsarrangement' van de welzijnsorganisatie. Deze arrangementen bestaan uit interventies die het welbevinden van mensen kunnen verhogen, zoals creatieve activiteiten, vrijwilligerswerk, sport en bewegen of een combinatie hiervan. Welzijn op recept wil met haar aanpak burgers die klachten hebben en hier geen medische of psychologische behandeling voor nodig hebben, ondersteunen zodat zij zelf hun welzijn en gezondheid kunnen verbeteren. De cliënt maakt zelf, of samen met de medewerker van de welzijnsstichting, een keuze voor een arrangement. Omdat de interventies kunnen worden ingebed in het dagelijks leven, kunnen zij een duurzaam effect hebben op de kwaliteit van leven.

Welzijn op recept past bij de vernieuwing van het welzijnswerk en de samenwerking met de eerstelijns gezondheidszorg. In Nieuwegein worden nu met name mensen met psychosociale klachten (1/3 van alle consulten van de huisarts!) verwezen naar het welzijnswerk. Momenteel wordt er cliëntonderzoek gedaan naar de effecten van Welzijn op recept.

Welzijn op recept draagt bij aan het vergroten van de vindbaarheid herkenbaarheid van het welzijnswerk. Doordat de verwijzing via de zorgprofessional loopt zal vooral het zorgaanbod beter op de hoogte raken van de welzijnsmog-

lijkheden. Het wordt daarmee helaas nog niet een instantie waar de burger zelf direct naar toe zal gaan.

Het draagt bij aan een beter samenwerking tussen het welzijnswerk en de zorgprofessionals. Doordat het projecten zijn is het de vraag of het uiteindelijk ook op bestuurlijk niveau tot een betere samenwerking van gemeente en zorg zal komen.

Ten aanzien van vroege signalering waardoor hulp voor de zorg al kan worden aangeboden, biedt het “welzijn op recept” project nog te weinig mogelijkheden. Daarvoor is tevens inzicht in de wijk situaties nodig door middel van wijkscans en zou er veel meer informatie tussen gemeente en zorg gedeeld moeten worden. Het bereik van zowel gestandaardiseerde interventies als niet-gestandaardiseerde interventies is lager ten opzichte van het afgelopen jaar, aldus de preventiemonitor van het Trimbos Instituut⁴⁸. Uit onderzoek blijkt dat samenwerking om tot een integrale aanpak te komen met andere partijen zoals eerstelijnszorg, onderwijs, GGD, gemeente, Centra voor Jeugd en Gezin, welzijn en sport de komende jaren meer aandacht nodig heeft en dat er meer aandacht komt voor de settings internet en gezondheidscentrum/huisartspraktijk⁴⁹. Van belang is hier oog voor te houden.

Een ander knelpunt dat hiermee niet is opgelost, is de medicalisering van problemen.

4.3 Stepped Care

Een tweede methode om patiënten een behandeling te geven die niet zwaarder is dan strikt noodzakelijk, is behandeling volgens het stepped care principe. Dat betekent: eerst afwachten; bij geen spontaan herstel begeleide zelfhulp; daarna probleemgerichte therapie (PST) en als laatste doorverwijzen naar gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg en/of medicatie. De effectiviteit van deze methode is nog niet aangetoond. Het blijkt dat veel huisartsen direct medicatie voorschrijven. De implementatie van het stepped care principe vraagt aandacht die het niet altijd krijgt⁵⁰. Het principe van ‘teach what you preach’ blijkt in de praktijk niet eenvoudig.

Daarnaast is het zinvol om te onderzoeken of een beoordeling langs meerdere dimensies zoals ziektelast, functioneren, inhoudelijke indicatie voor psychologische behandeling, risicotaxatie op recidive en verergering meer gezondheid kan opleveren.

4.4 Colaborative care

Een veelbelovende aanpak voor bijvoorbeeld depressie is collaborative care. Collaborative care is de organisatie van effectief bewezen zorg in een samenwerkingsmodel. Een belangrijk kenmerk van het model is de introductie van een nieuwe rol: de care manager. De care manager voert eerstelijnsinterventies uit, monitort de voortgang van de behandeling en coördineert de behandeling en samenwerking met de huisarts en andere zorgprofessionals. Op basis van de monitoring van klachten wordt op vaste evaluatiemomenten bepaald of de behandeling aangepast dient te worden volgens een stepped care algoritme. Ook een consulent-psychiater is betrokken in het model, die bijvoorbeeld geconsulteerd kan worden bij optredende suïcidaliteit of bij stagnatie in de behandeling.

Er blijken essentiële factoren te zijn die de werkzaamheid van collaborative care bevorderen, waaronder trouw aan het originele model waarin een huisarts, care manager en consulent-psychiater samenwerken; intensieve supervisie van care managers, en structurele beschikbaarheid van een consulent-psychiater. Collaborative care heeft een enorme potentie daar waar het gaat om de juiste zorg door de juiste professional aan te laten bieden.

Richtlijnen

De potentie van collaborative care versterkt worden door meer aandacht te besteden aan de richtlijnen.

Een monodisciplinaire richtlijn, zoals een huisartsenstandaard (NHG-standaard), voldoet uitstekend als de taken van de betreffende beroepsgroep goed af te bakenen zijn en niet direct samenhangen met die van andere beroepsgroepen. Als men echter meerdere of alle elementen van een zorgproces in samenhang wil uitvoeren, zoals in de GGZ geregeld aan de orde is, volstaat een monodisciplinaire richtlijn niet. Dan moeten monodisciplinaire visies op het zorgproces worden samengevoegd tot een multidisciplinaire richtlijn of moederrichtlijn die toewerkt naar samenhang, afstemming en uniformiteit van begrippen. Het gaat dus niet alleen op toepassing van richtlijnen, maar ook met case management, multidisciplinaire teams en met patiënt educatie.

4.5 Coöperatie eerstelijnsondersteuning GGZ

De huisarts is op dit moment niet voldoende toegerust op de GGZ zorg. De komst van de POH GGZ biedt uitkomst, naar veel huisartsen schrikken nog terug voor de financiële risico's. GGZ rivierduinen en negenhuisartsenpraktijken in de regio Zuid Holland Noord hebben een coöperatie opgericht om gezamenlijk de inhoud, kwaliteit en het aanbod van de eerstelijns GGZ vast te stellen. Het moet de samenwerking bevorderen tussen huisarts en praktijkondersteuner waardoor de patiënten meer in de eerstelijns blijven. Professionals van Rivierduinen gaan op locatie van de huisartsen ondersteuning bieden. Rivierduinen draagt hierdoor het ondernemersrisico van de POH GGZ. Waardoor het voor huisartsen aantrekkelijk wordt een POH GGZ in de praktijk op te nemen. Overigens verwijzen POH GGZ'ers die in dienst zijn van een GGZ-instelling niet vaker naar een eerste- of tweedelijns GGZ-instelling, en zijn ook niet meer op behandeling georiënteerd dan hun collega's die in dienst zijn van een huisarts⁵¹.

4.6 Initiatieven via het internet

Een vorm van behandeling geïntegreerd met zelfmanagement is de internethulpverlening. Het werkt meestal als een korte cursus waarbij men leert de problemen systematisch aan te pakken. Daarbij krijgt men persoonlijk advies van een hulpverlener. Behandelmodules, vragenlijsten, dagboeken en het eigen gezondheidsdossier worden via internettechnieken ontsloten en vormen een geïntegreerd onderdeel van de behandeling. Deze mengvorm van online en offline interventies, 'blended care' genoemd, lijkt de toekomst te hebben. Internetherapie is medisch effectief gebleken bij milde psychische klachten. Zo leidt internettherapie tot een afname van 25% in zorggebruik bij mensen met een milde depressie.

De portal Eigen Regie (ER)

Het doel van de portal Eigen Regie is cliënten met psychotische kwetsbaarheid met behulp van de portal meer de regie te laten voeren over hun eigen leven, en hen te stimuleren eigen keuzes te maken en minder afhankelijk te laten zijn van hulpverlening. Dat is goed voor de patiënt en goed voor de behandeling. De verwachting was dat Eigen Regie zou kunnen bijdragen aan meer autonomie en zelfsturing van de cliënten. Over het algemeen wordt ER als een goed initiatief beoordeeld door cliënten, hulpverleners en mantelzorgers. Het draagt bij

aan het maatschappelijk functioneren van cliënten. Voorwaarde is wel dat cliënten reeds in evenwicht zijn. Ook moeten patiënten al beschikken over zelfmanagement vaardigheden en dat is lang niet altijd het geval. Het is de taak van de GGZ om patiënten daarin toe te rusten.

TelePsy: hulp bij diagnostiek

Nog voordat huisartsen verwijzen kunnen zij via het internet specialistische diagnostiek aanvragen via Telepsy. Huisartsen kunnen beter bepalen wanneer een patiënt verwezen moet worden en welke behandelmethode en behandelaar het meest geschikt is. De huisarts wordt in zijn regiefunctie versterkt. De kwaliteit van de praktijkvoering neemt hierdoor toe. Uit de eerste tussenevaluatie van het project Telepsy blijkt dat het bijdraagt aan een afname van het aantal doorverwijzingen naar de tweedelijns GGZ. Wanneer gebruik wordt gemaakt van de online diagnostiek, ligt het aantal op iets minder dan 50 procent. Gemiddeld wordt landelijk circa 74 procent van de patiënten met een GGZ-indicatie naar de tweedelijns GGZ doorverwezen. Opvallend is dat het grootste deel van de patiënten neutraal staat ten opzichte van het digitaal uitvragen van klachten, 16% heeft zelfs liever een computer, 32% spreekt de voorkeur uit voor een psycholoog van vlees en bloed. Op de vraag of de computer de klachten heeft uitgevraagd antwoord 89% neutraal tot zeer volledig. Van de 11% die aangeeft dat de klachten onvolledig zijn uitgevraagd door de computer, geeft het merendeel aan dat de psycholoog dat in het telefoongesprek alsnog heeft gedaan. Patiënten waarderen TelePsy met een rapportcijfer van 7,4.

4.7 Zelfmanagement

Over het algemeen zijn zelfmanagementtools nog vooral gericht op herstel van gezondheid en niet op herstel van identiteit en maatschappelijke rollen. Zelfmanagement dient te gaan over zelfstandigheid, zelf kunnen kiezen, naast zelfredzaamheid. Het dient ook strategieën te omvatten die zelf- en (geanticipeerde) sociale afwijzing tegengaan, die isolement doorbreken en die maatschappelijk participatie bevorderen⁵². Bij het ontwikkelen van zelfmanagementtools zou daarom meer aansluiting gezocht moeten worden bij inzichten en ervaringen met herstelinitiatieven en rehabilitatieprogramma's (best practices). Twee concrete veelbelovende rehabilitatieprogramma's die zich op zelfmanagement richten zijn *Illness management*

and Recovery (IMR) en Wellness Recovery Action Plan (WRAP).

Uit onderzoek blijkt dat 74% van de patiënten het leren van vaardigheden in het accepteren van of omgaan met de problemen belangrijker vindt dan het oplossen van problemen (34%)⁵³. Het is daarom van belang dat er meer aandacht komt voor methodieken die inzicht geven in de leermogelijkheden van patiënten en de daarbij behorende interventies. Sjaak Bloem heeft hiervoor een model ontwikkeld dat uitgaat van de mate van acceptatie en de mate van controle. Deze variabelen bepalen gezamenlijk het type ondersteuning ter bevordering van zelfmanagement dat iemand nodig heeft.

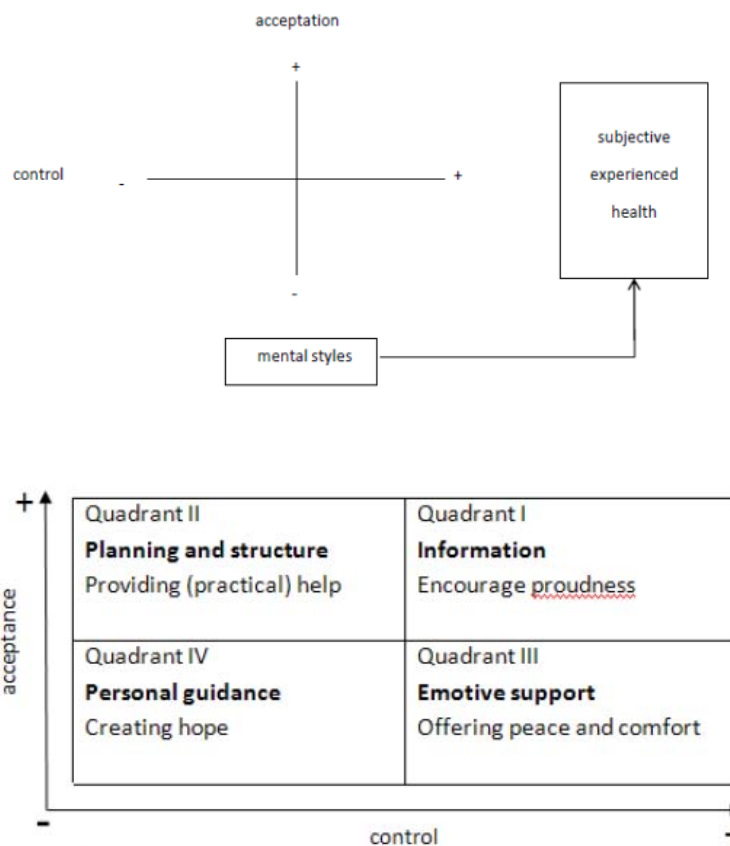


Figure 2. Mental styles for dealing with health and disease

4.8 Conclusie

De besproken zorgmodellen dragen bij aan het oplossen van een deel van de knelpunten tussen de vraag en het aanbod van de GGZ in de eerste lijn. Er zijn daarnaast meer structurele inspanningen nodig om er voor te zorgen dat de burger op de juiste plaats de voor hem passende zorg krijgt.

Gemeenten en eerstelijnszorg moeten veel meer structureel gaan samenwerken en gegevens delen zodat professionals inzicht krijgen in de integrale problematiek waar burgers mee kampen. Daarvoor is het tevens nodig dat een beoordeling van de problematiek van burgers langs meerdere dimensies plaatsvindt, zoals ziektelast, functioneren en risicotaxatie op recidive en verergering van de klachten. De richtlijnen moeten hierop worden onderzocht. Veel sociale problematiek wordt door opéénstapeling van problemen psychosociale problematiek. Een meer integrale blik van gemeente en zorg kan bijdragen aan het voorkomen van deze opéénstapeling.

De POH-GGZ is een waardevolle aanvulling op het zorgaanbod. Een snelle toegang zou dit nog kunnen versterken.

Patiënten blijken nauwelijks bezwaren te hebben tegen diagnostiek via het internet. Het is zinvol deze ontwikkeling verder te exploreren.

Tot slot is het van groot belang om zelfmanagementtools te verbreden tot tools die de patiënt helpt met herstel in zijn dagelijks functioneren. Daarbij dient aangesloten te worden bij het leervermogen van de patiënt.

Noten

- ¹ Richard Layard, Happiness (Waarom zijn we niet gelukkig?), Atlas, Amsterdam/Antwerpen, 3^e druk 2006, p. 230.
- ² Monitor curatieve GGZ 2010, NZA, februari 2011, Utrecht.
- ³ P. van Ginniken en C. Schoemaker, GGZ in tabellen, Trimbosinstituut 2005, Utrecht.
- ⁴ Zorgthermometer GGZ in beeld, Vektis jaargang 17, juli 2012.
- ⁵ Landelijk Platform GGZ; GGZ- Nederland; Zorgverzekeraars Nederland; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie; Nederlands Instituut van Psychologen; Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn; Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen; Meer GGZ; Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- ⁶ R.G. Frank, en Th. G. McGuire, Economics and Mental Health, NBER, Working paper 7052, 1999, p. 8.
- ⁷ Smit F., Opbrengsten van de ggz, presentatie Trimbosinstituut, Utrecht 2011.
- ⁸ Het RIVM geeft schizofrenie een ziektelast van 0,66; direct na dementie is dit de hoogste ziektelast. Alcoholverslaving heeft een ziektelast van 0,55; Depressie heeft een ziektelast van 0,42 maar kent een hoge spreiding – binnen de aandoening (bipolair versus dysthymie), maar bijvoorbeeld ook tussen landen. De gemiddelde ziektelast van angststoornissen is 0,17. Uit: www.nationaalkompas.nl.
- ⁹ Suïcides zijn uiteraard een uitzondering; veel patiënten met psychiatrische stoornissen overlijden wel voortijdig, o.a. door een hogere prevalentie van somatische aandoeningen zoals hart- en vaatziekten.
- ¹⁰ Steadman et. Al., Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods, Archives of General Psychiatry, 55, 1998.
- ¹¹ Tabellenboek geneeskundige GGZ 2009, APE, Den Haag 2011, p. 16.
- ¹² Van instituten naar ondernemingen in de GGZ, Boer en Croon, oktober 2011.
- ¹³ Tabellenboek geneeskundige GGZ 2009, APE, Den Haag 2011, p. 20.
- ¹⁴ Beleidsbrief stelselwijziging Geen kind buiten spel, Den Haag, 8 november 2011.
- ¹⁵ De Thesaurus Zorg en Welzijn is een gezamenlijk product van drie kennisinstellingen: [MOVISIE](http://www.movisie.nl), het [Nederlands Jeugdinstituut / NJi](http://www.nji.nl) en [Vilans](http://www.vilans.nl).
- ¹⁶ In de VS, 38% van de patiënten en 25% van de consulten (Frank R, McGuire T. "Economics and Mental Health" In: Culyer A J, Newhouse J P, editors. Handbook of Health Economics. New York: North-Holland; 2000. pp. 893–954.)
- ¹⁷ WWW.Movisie.nl, Vraagverheldering voor de eerstelijns-GGZ: van hulpvraag naar hulpaanbod, *PsyDirect*: gestructureerd verwijzen en monitoren in de eerstelijns GGZ, Zorgimpuls, Rotterdam.
- ¹⁸ Uit 'Aard en omvang Wmo-doelgroep' SGB0 juni 2006, pag. 4.
- ¹⁹ Rijken P.M. en Spreuwenberg P., Patiënten panel chronisch zieken, kerngegevens Zorg, Utrecht 2003.
- ²⁰ Van Dorsselaer S. NEMESIS-1 publicaties Trimbos instituut , Utrecht 2006.
- ²¹ Dijk van S., Knispel A., Nuijen J., GGZ in tabellen 2010, Trimbosinstituut , Utrecht 2011, p 11
- ²² Graaf de R., Have ten M., Dorsselaer van S., Nemesis 2: de psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking, Utrecht 2010.
- ²³ Zie noot 22
- ²⁴ Giel R., Over het voorkomen van psychische stoornissen, Amsterdam University Press 1996
- ²⁵ www.nationaalkompas.nl, vraag en behoefte.
- ²⁶ Lineke Verkooijen, Ondersteuning eigen regievoering en vraaggestuurde zorg, proefschrift, Jutrijp 2006.
- ²⁷ World Health report 2001, Mental Health: new understanding, new hope, Geneva WHO 2001f .

-
- ²⁸ Mental health: A report of the Surgeon General, www.surgeongeneral.gov.
- ²⁹ Kahn R., *De appel en de boom*, Amsterdam 2011.
- ³⁰ Van der Gaag R.J., *Ziek makende factoren in onze maatschappij*, Zorgvisie, april 2012.
- ³¹, Peter Verhaak, Douwinda van de Zee, Marc Conrandi en Roelinda Bos, *Praktijkondersteuner-GGZ maakt verwachtingen waar*, TvPO april 2012 nr. 2.
- ³² Onverklaarde lichamelijke klachten, *Huisarts en Wetenschap*, jaargang 2012, nummer 7:301-305
- ³³ Cegala DJ. A study of doctors' and patients' communication during a primary care consultation: Implications for communication training. *J Health Commun* 1997;2:169-94.
- ³⁵ Salmon P, Dowrick CF, Ring A, Humphris GM. Voiced but unheard agendas: Qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. *Br J Gen Pract* 2004;54:171-6.
- ³⁴ Jeurissen P.P.T. e.a., *Beleids thema's in het hier en nu voor een doelmatige curatieve geestelijke gezondheidszorg in de toekomst*, discussienota Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2012.
- ³⁵ J. Verdurmen, M. ten Have, S. van Dorsselaer, H. van 't Land, W. Vollebergh, R. de Graaf, *Psychische stoornissen bij mensen met een lichamelijke aandoening – Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' (NEMESIS)*, Trimbos-instituut 2006.
- ³⁶ Nicholson A, Kuper H, Hemingway H. Depression as an aetiological and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. *Eur Heart J*. 2006;27:2763-74.
- ³⁷ Naar een integrale aanpak, het bieden van psychosociale zorg aan chronisch lichamelijke ziekten, *tendrapportage GGZ 2011* Trimbos instituut.
- ³⁸ Nuyen J, Volkens A.C., Verhaak P.F.M., Schellevis F.G., Groenewegen P.P., Van den Bos G.A.M. (2005). Accuracy of diagnosing depression in primary care: the impact of chronic somatic and psychiatric co-morbidity. *Psychological Medicine*, 35, 1185–1195.
- ³⁹ *De Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA)*.
- ⁴⁰ Dit is in overeenstemming met eerdere studies: Verhaak e.a., 2002; Spies e.a., 2004; Volkens e.a., Trimbos instituut 2005
- ⁴¹ Zie noot 22.
- ⁴² Smolders M et al. Adherence to evidence-based guidelines for depression and anxiety disorders is associated with recording of the diagnosis. *Gen Hosp Psychiatry* 2009+ 31 460/469.
- ⁴³ Prins MA, Verhaak PFM, Smolders M, Laurant MGH, Meer Kvd, Spreeuwenberg P et al. Patient factors associated with guidelineconcordant treatment of anxiety and depression in primary care. *J Gen Intern Med* 2010; 25(7):648-655.
- ⁴⁴ dr. Jaap van Weeghel, directeur van Kenniscentrum Phrenos en bijzonder hoogleraar Rehabilitatie en maatschappelijke participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen aan de Universiteit van Tilburg. Hij hield een voordracht op het congres 'Zelfmanagement van patiënten met psychische problemen'
- ⁴⁵ Nivel 2011
- ⁴⁶ *Trendcijfers GGZ 2010*, Trimbos instituut, Utrecht 2011.
- ⁴⁷ van Houwelingen C. *Studies into train suicide. The contribution of psychopathology, railway parameters and environmental factors*, Proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam, mei 2011.

⁴⁸ Dijkstra M., Ruiters M., van der Poel A., Boon B., De monitor Aard en Omvang GGZ preventie 2011, Trimbos Instituut, Utrecht, 2012.

⁴⁹ Zie noot 46.

⁵⁰ Seekles W., Stepped Care Treatment for Depression and Anxiety in Primary Care, proefschrift, Universiteit van Amsterdam, December 2011.

⁵¹ TvPO april 2012 nr. 2 Praktijkondersteuner-GGZ maakt verwachtingen waar, Peter Verhaak, Douwinda van de Zee, Marc Conrandi en Roelinda Bos

⁵² Zie noot 45.

⁵³ W. Melief, M. Flikweert, N. Broenink, SATER 2002, verwey Jonker Utrecht, 2002.