

Strategische verkenning eerstelijns geestelijke gezondheidszorg

Eerstelijns geestelijke gezondheidszorg

De eerstelijnszorg is volop in beweging. Door de toenemende hulpbehoefte, het dreigende personeelstekort, de snel oplopende kosten en de bezuinigingen is het nodig de zorg nog efficiënter en effectiever in te richten. Het gezondheidszorgbeleid van de regering is gericht op kwalitatief hoogstaande, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg. Beleidsdoelstellingen zijn gericht op de versterking van bereikbare goede basiszorg dicht bij huis, in de wijk.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) onderscheidt in de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ) twee hoofdfuncties, GGZ-basiszorg en Generalistische GGZ, ook wel 'Basis GGZ' genoemd [1].

Terugdringen van ziektelast en kosten door versterking eerste lijn

De uitdaging is om de prevalentie, ziektelast en kosten van veelvoorkomende psychische problemen terug te dringen. De ziektelast is namelijk hoog: depressie en angststoornissen staan beide in de top 5 van meest belastende ziekten, tussen hart- en vaatziekten, beroertes en diabetes in. Extra kosten van psychische problemen zijn hoog en het grootste gedeelte van deze kosten wordt veroorzaakt door productiviteitsverliezen. De last van psychische problemen kan verminderd worden door:

- Bevorderen van mentale gezondheid en de preventie van psychische problemen
- Tijdig signaleren en verrichten van juiste diagnostiek, in samenspraak met de zorgvrager en met goede keuze-informatie voor behandeling
- Aanbieden van (kosten)effectieve (e-health) interventies
- Goede samenwerking en ketenzorg realiseren

De eerstelijnszorg speelt hierin, als eerste contactpunt voor mensen met een hulpbehoefte, een belangrijke rol. Gebleken is dat de eerste lijn, mits hiervoor uitgerust, psychische problemen en lichte tot matig ernstige aandoeningen goed kan behandelen.

Wat is eerstelijnszorg?

Belangrijke elementen van eerstelijnszorg zijn [2]:

- generalistische zorgverlening,
- laagdrempelige toegang, zowel financieel als geografisch,
- gericht op de mens in zijn omgeving,
- continuïteit van zorg,
- coördinatie van zorg rond cliënten.

Prevalentie, ziektelast, zorggebruik en kosten van angststoornissen, depressie, alcohol en drugs

	12-maands prevalentie*	Rangordening ziektelast**	Gebruik huisartsenzorg*	Kosten van ziekte**** (in miljoenen)	Kosten van ziekte in de eerstelijnszorg**** (in miljoenen)
Angststoornis	10,1%	3	23%	349,3	64,8
Depressie	5,2%	4	41,1%	648,8	88,3
Alcohol en drugs	5,6%	20***	21,7%	800,5	5,9

* In de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar, 2007-2009 [3]; ** Rangordening ziektelast, 2007 [4];

*** Alleen gegevens over alcoholafhankelijkheid bekend;**** In de Nederlandse bevolking van 20-64 jaar, 2007 [5]

Speerpunten voor de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg

Het Trimbos-instituut heeft een agenda voor innovatie opgesteld voor de periode 2011-2015, om een toegankelijke, kosteneffectieve 'Basis GGZ' te realiseren. Een agenda die een aantal oplossingen bevat voor de aanpak van psychische problemen in de eerste lijn en die een leidraad kunnen zijn voor de substitutie van tweede naar eerste lijn. Oplossingen die voortkomen uit de wetenschappelijke literatuur of die nog volop in onderzoek zijn als het gaat om de kosteneffectiviteit. Met partijen zoals eerstelijnszorgverleners en hun verenigingen, cliëntverenigingen, zorgverzekeraars, geestelijke gezondheidszorgorganisaties en VWS werken we de speerpunten graag verder uit.

1. Bevorderen van mentale gezondheid en preventie van psychische problemen

Veel mensen hebben psychische problemen die samenhangen met sociale omstandigheden, leefstijl,

een chronische ziekte of werkomstandigheden. (E-health) zelfmanagement cursussen en sociale, niet-medische interventies ('social prescribing') zoals creatieve- en fysieke activiteiten kunnen helpen de mentale gezondheid en veerkracht te vergroten [6]. Preventieve, laagdrempelige interventies kunnen psychische stoornissen en zorggebruik voorkómen.

2. Tijdige signalering, juiste diagnostiek in samenspraak met de zorgvrager en met goede keuze-informatie

In de eerstelijns GGZ speelt de huisartsvoorziening een centrale rol. Van de huisarts wordt verwacht dat deze psychosociale en psychische problemen tijdig herkent en van elkaar onderscheidt voor een juiste toeleiding naar zelfhulp, welzijnsorganisaties, eerstelijns- of tweedelijnszorg.

Voor het bevorderen van tijdige herkenning, juiste diagnostiek en toeleiding naar zorg is verdere ontwikkeling nodig van:



Welzijn op recept

In 'Welzijn op recept' verwijzen eerstelijns zorgverleners mensen met psychosociale klachten door naar activiteiten van een welzijnsorganisatie, die het welbevinden van mensen kunnen verhogen. Dit kunnen creatieve activiteiten zijn, maar ook bewegen, of gezond koken. Zo worden mensen met klachten die bijvoorbeeld veel te maken hebben met eenzaamheid, op een laagdrempelige manier ondersteund.

Samenwerkende organisaties: Gezondheidscentrum De Roerdomp en welzijnsorganisatie MOvector

Financiers: de provincie Utrecht en Bestuur Regio Utrecht, de gemeente Nieuwegein en ZonMw.

Contact: Henny Sinnema, hsinnema@trimbos.nl



- De functie praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ). Op dit moment is de functie van POH-GGZ nog in ontwikkeling en dit is de uitgelezen mogelijkheid om ervoor te zorgen dat deze functie waarde toevoegt in herkenning, diagnostiek en toeleiding naar zorg.
- Digitale beslisondersteunende instrumenten [7] waarin vragenlijsten voor screening, ernstvaststelling, zorgtoewijzing en routine outcome monitoring zijn opgenomen en die toegankelijk zijn voor zowel burgers, cliënten als zorgverleners.
- Teleconsulten, bij complexe diagnostiek, waarin de eerstelijnszorgverlener digitaal advies van specialisten uit de tweede lijn krijgt [8]. Onderzoek naar de kosteneffectiviteit van teleconsulten bij twijfel over diagnostiek in de eerstelijns GGZ wordt sterk aanbevolen. Waarbij belangrijke vragen zijn of teleconsulten leiden tot: sneller hulp, tevredenheid, minder verwijzingen naar de tweedelijns GGZ; en afname van de zorgkosten.
- Shared decision making, waarbij de zorgverlener en cliënt samen bespreken wat er aan de hand kan zijn, wat dit betekent voor de cliënt en wat de opties zijn voor het reduceren of leren omgaan met de klachten. Er zijn aanwijzingen dat deze gezamenlijke besluitvorming leidt tot kwaliteit verbetering, patiënttevredenheid en therapietrouw [9-11].

Ontwikkelen van een perinatale depressie preventie interventie (online en groep) voor zwangere Turkse en Marokkaanse vrouwen

In dit project wordt een cultuursensitieve variant van de 'Mothers and Babies Course' ontwikkeld voor zwangere / net bevallen Turkse en Marokkaanse vrouwen ter voorkoming van depressie. De 'Mothers and Babies Course' bestaat uit 8 sessies en kan zowel online als in een groep aangeboden worden. In dit project vergelijken wij de kosten/baten van een online en een groep versie onder zwangere Turkse en Marokkaanse vrouwen.

Samenwerkende organisatie: 1ste Lijn Amsterdam
Financier: ZonMW
Contact: Hedda van 't Land,
hland@trimbos.nl

Doorbraakprojecten

De doorbraakmethode is een veel gebruikte strategie om richtlijn- en standaard aanbevelingen toe te gaan passen in de praktijk. Eerste- en tweedelijns zorgverleners werken samen in een team en worden gestimuleerd verbeteringen in hun eigen praktijksituatie toe te passen. Teams registreren zoveel mogelijk hun eigen veranderproces en worden daarbij begeleid door experts. In de regio's waar de doorbraakprojecten zijn uitgevoerd is men stepped care gaan behandelen. Resultaten laten zien dat er minder medicatie voorgeschreven wordt bij lichte klachten.

Samenwerkende organisaties: Regionale Ondersteuningsstructuren.
Financiers landelijke Doorbraakprojecten: het College voor Zorgverzekeringen (Depressie I); het Innovatiefonds Zorgverzekeraars (Depressie II); VWS en door ZonMw gecoördineerd (Angststoornissen).
Contact: Gerdien Franx, gfranx@trimbos.nl

Mentaal Vitaal

Mentaal Vitaal (www.mentaalvitaal.nl) is een laagdrempelige internetportal over geestelijke gezondheid. De portal stimuleert zelfmanagement vaardigheden: mensen kunnen zelf actief hun eigen mentale gezondheid onderhouden of verbeteren met behulp van de aangeboden informatie en tips, oefeningen en online interventies zoals Psyfit.nl. Zo nodig verwijst Mentaal Vitaal door naar het face-to-face behandelaanbod (stepped care).

Samenwerkende organisatie: Fonds psychische gezondheid

Financier: Ministerie van VWS.

Contact: Linda Bolier, lbolier@trimbos.nl

Veerkracht

Om ouderen te ondersteunen bij het behouden en verbeteren van controle over het leven ontwikkelt het Trimbos-instituut een internetinterventie om welbevinden te verbeteren door vergroting van zelfmanagementvaardigheden. Uit onderzoek blijkt dat de vergroting van zelfmanagementvaardigheden leidt tot een verbetering van het welbevinden bij ouderen. Daarnaast lijken gevoelens van eenzaamheid af te nemen. Deze interventie wordt in samenwerking met drie gemeenten, verschillende welzijnsorganisaties en een eerstelijnsorganisatie in de provincie Overijssel ontwikkeld.

Financier: Provincie Overijssel

Contact: Anne Margriet Pot, apot@trimbos.nl

3. Aanbieden van (kosten) effectieve (e-health) interventies

Internetinterventies zijn nodig om zo veel mogelijk zorgvragers betaalbare zorg te kunnen bieden. Meer inzet van e-health interventies kan tot forse besparingen leiden [12]. Het op tijd inzetten van geïndiceerde preventieve interventies in de vorm van begeleide (e-health) zelfhulp levert vaak gezondheidswinst op en bespaart kosten. Er bestaan verschillende begeleide (e-health) zelfhulpinterventies [13]. Het bereik is echter laag om diverse redenen. Bijvoorbeeld doordat cliënten denken dat de interventie niet effectief is; geïndiceerde preventieve interventies vaak aangeboden worden door gespecialiseerde GGZ instellingen; en door de toename van het e-health aanbod via verschillende portals en websites waardoor het overzicht zoek raakt. Voor cliënten en zorgverleners is het vaak niet bekend wanneer ze welke e-health interventie kunnen gebruiken. De huisarts, POH-GGZ en eerstelijns-

psycholoog kunnen meer cliënten verwijzen naar dit soort interventies en zij kunnen de cliënt hierin zonnodig begeleiden met face-to-face contacten (blended e-health). Om het bereik te vergroten is informatie nodig voor burgers, cliënten en zorgverleners over de kosteneffectiviteit van interventies en waar deze interventies gevolgd kunnen worden. Ook zijn passende zorggerelateerde (preventieve) (e-health) interventies nodig voor kwetsbare groepen, zoals mensen met chronische psychische problemen; chronische lichamelijke problemen en psychosociale problemen en mensen met een lage sociaal economische status.

De ontwikkeling van een 'Software as a Service' portal, een soort marktplaats, waar iedereen op eenvoudige wijze toegang kan krijgen tot zelfmanagement tools en interventies die de mentale gezondheid kunnen versterken, kan opschaling van e-health versnellen.



Signaleren en verwijzen bij depressieve klachten

Het Partnership Depressiepreventie heeft een kort traject ontworpen voor medewerkers van thuiszorginstellingen, gezondheidscentra en jeugdgezondheidszorg ter ondersteuning van: signaleren van depressieve klachten bij hun cliënten, bespreken, adviseren over te ondernemen actie en verwijzen naar preventief (en zo nodig curatief) aanbod. Uitgangspunt hierbij is de regionale context: depressiepreventie is een schakel in de keten tussen preventie en zorg.

Financier: Ministerie van VWS.
Contact: Marijke Ruiters, mruijter@trimbos.nl



4. Goede samenwerking en ketenzorg

Ketenzorg kan bijdragen aan verbetering van de zorg en kostenbeheersing wanneer professionals onderling beter afstemmen. Ketenzorg is bedoeld om de zorg voor het gehele beloop van een klacht of stoornis soepel te laten verlopen. Zo ontstaat er een keten van preventie van een volwaardige psychische stoornis tot en met nazorg aan mensen met een chronisch psychisch probleem om terugval te voorkomen. Gemeenten, waaronder de GGD en welzijnsorganisaties, huisartsen en eerste- en tweedelijns zorgaanbieders werken hierin samen. Zorgstandaarden vormen de basis voor de inhoud van zorg. Zo beschrijft de in ontwikkeling zijnde zorgstandaard Depressie de norm waaraan goede depressiezorg moet voldoen: welke hulp en begeleiding, op welke wijze, wanneer geboden moet worden [14].

Voor mensen met een complexe zorgvraag als gevolg van een (chronisch) psychisch probleem is collaborative care effectief in de eerste lijn [15-17]. Bij collaborative care wordt de huisarts ondersteund door een GGZ zorgverlener, die de zorg coördineert en waarin (e-health) zelfmanagement, routine outcome monitoring en terugvalpreventie belangrijke interventies zijn. Voor advies kan een psychiater geraadpleegd worden. De POH-GGZ lijkt bij uitstek geschikt om de zorg te coördineren. Zo kunnen cliënten met chronische problemen vanuit de tweede lijn worden (terug)verwezen naar de eerste lijn. Voorwaarde is wel dat de huidige POH-GGZ financieringsregeling structureel en flexibel wordt ingevoerd, zodat meer huisartsen gebruik kunnen maken van deze regeling.

Collaborative care bij depressie en angst

In het collaborative care model wordt de huisarts ondersteund door een care manager (bijvoorbeeld de POH-GGZ) die de zorg voor de cliënt coördineert, in overleg met de huisarts. Zelfmanagement, kortdurende evidence based interventies, monitoren van klachten en terugvalpreventie zijn belangrijke onderdelen van het model. Tijdens de behandeling kan een psychiater geraadpleegd worden. Uit onderzoek blijkt dat collaborative care effectiever is dan de gebruikelijke zorg bij de behandeling van angst en depressie in de eerste lijn.

Financiers: Innovatiefonds zorgverzekeraars (collaborative care bij depressie); ZonMw, Agentschap NL, Rivierduinen (collaborative stepped care bij angst)
Contact: Christina van der Feltz, cfeltz@trimbos.nl

Wat het Trimbos-instituut aan de 'Basis GGZ' te bieden heeft

Het Trimbos-instituut onderzoekt in samenwerking met andere partijen:

- Vóórkomen en zorggebruik van psychische problemen

Het Trimbos-instituut ontwikkelt, implementeert en doet onderzoek naar:

- Kosteneffectieve (preventieve) e-health interventies en zorgmodellen
- Methoden voor implementatie van richtlijnaanbevelingen
- Beleid gericht op versterking van de eerstelijns GGZ

Het Trimbos-instituut begeleidt:

- Implementatie van zorginnovaties
- Deskundigheidsbevordering
- Ontwikkeling van zorgpaden
- Aanvragen van subsidies

Het Trimbos-instituut maakt:

- Stakeholder-analyses en kennissyntheses

Het Trimbos-instituut adviseert verzekeraars, overheid, gemeentes, eerstelijnspraktijken en GGZ-aanbieders over de eerstelijns GGZ. Medewerkers van het Trimbos-instituut gaan graag met u in gesprek over wat wij voor u kunnen betekenen. In de kaders vindt u informatie over enkele projecten die we in de eerste lijn uitvoeren.

Literatuur

1. Nederlandse Zorgautoriteit. Advies Basis GGZ. 2011.
2. Wiegers T, Hopman P, Kringos D, de Bakker D. Overzichtstudie de eerste lijn. 2011. Utrecht, Nivel.
3. de Graaf R, ten Have M, VAN Dorsselaer S. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. 2010.
4. Gommer AM, Hoeymans N, Poos MJJC. Wat is de ziektelast in Nederland? In: Volksgezondheid Toekomstverkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2010.
5. Slobbe LCJ, Smit JM, Groen J, Poos MJJC, Kommer GJ. Kosten van ziekten in Nederland 2007. Trends in de Nederlandse zorguitgaven 1999-2010. 2011. RIVM.
6. Friedli L, Jackson C, Abernethy H, Stansfield J. Social prescribing for mental health. A guide to commissioning and delivery. 2008.
7. Garg AX, Adhikari NK, McDonald H, Rosas-Arellano MP, Devereaux PJ, Beyene J et al. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review. *Jama* 2005; 293(10):1223-1238.
8. van der Heijden JP, de Keizer NF, Bos JD, Spuls PI, Witkamp L. Teledermatology applied following patient selection by general practitioners in daily practice improves efficiency and quality of care at lower cost. *Br J Dermatol* 2011; 165(5):1058-1065.
9. Clever SL, Ford DE, Rubenstein LV, Rost KM, Meredith LS, Sherbourne CD et al. Primary care patients' involvement in decision-making is associated with improvement in depression. *Med Care* 2006; 44(5):398-405.
10. Loh A, Simon D, Wills CE, Kriston L, Niebling W, Harter M. The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: a cluster-randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2007; 67(3):324-332.
11. Joosten EA, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CP, de Jong CA. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychother Psychosom* 2008; 77(4):219-226.
12. Smit F, Lokkerbol J, Riper H, Majo MC, Boon B, Blankers M. Modeling the cost-effectiveness of health care systems for alcohol use disorders: how implementation of eHealth interventions improves cost-effectiveness. *J Med Internet Res* 2011; 13(3):e56.
13. Berg M van den, Schoemaker CG. Effecten van preventie. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM, 2010.
14. Van de Lindt S, Volker D, Franx G. Conceptversie Zorgstandaard Depressie. Versie 5.0.
15. Huijbregts KM, de Jong FJ, Marwijk HWJv, Beekman ATF, Adèr H, Hakkaart-Roijen L et al. Effectiveness of collaborative care for Major Depressive Disorder in primary care in the Netherlands. A (cluster)randomised trial with a preference arm. *Bmj* 2011.
16. Muntingh ADT, van der Feltz-Cornelis CM, Van Marwijk HWJ, Spinhoven P, Assendelft WJJ, de Waal MW et al. Collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: aims and design of a randomized controlled trial. *BMC Health Services Research* 2009; 9(1):159.
17. Feltz-Cornelis CMvd. The depression initiative. Description of a collaborative care model for depression in the primary care setting in the Netherlands. *Clinical Neuropsychiatry* 2011; 8(4):260-267.

Colofon

In opdracht / met financiering van
Trimbos-instituut

Auteurs

Anna Muntingh
Henny Sinnema

Advies

Linda Bolier
Brigitte Boon
Els Bransen
Christina van der Feltz-Cornelis
Gerdien Franx
Hans Kroon
Hedda van 't Land
Jasper Nuyen
Filip Smit
Peter van Splunteren
Jan Walburg
Bernadette Willems

Productie

Ladenius Communicatie BV Houten

Beeld

www.istockphoto.com

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030-297 11 00
F: 030-297 11 11

Deze uitgave is te downloaden via
www.trimbos.nl/webwinkel met
artikelnummer AF1123

© 2012, Trimbos-instituut, Utrecht.
Alle rechten voorbehouden.
Niets uit deze uitgave mag worden
verveelvoudigd en/of openbaar
gemaakt, in enige vorm of op
enige wijze, zonder voorafgaande
toestemming van het Trimbos-instituut.