

# Factsheet Gevolgen invoering Basis GGZ voor de psychische en sociale hulpvraag in de huisartspraktijk

Peter FM Verhaak, Tessa Magnée, Mariëtte Hooiveld, Petra ten Veen, Dinny de Bakker

Per 1 januari 2014 is in Nederland de basis GGZ ingevoerd. Het percentage patiënten uit een huisartspraktijk dat de huisarts geraadpleegd heeft vanwege psychische *symptomen* is in de eerste helft van 2014 toegenomen met 15% ten opzichte van de eerste helft van 2013. Vanwege psychische *diagnoses* heeft er in die periode een toename van 21% plaatsgevonden in het aantal contacten, en vanwege *sociale problemen* bedraagt de toename in die periode 19%

## Achtergronden

### *Invoering basis GGZ.*

Per 1 januari 2014 is in Nederland de basis GGZ ingevoerd. Met deze verandering wordt gestreefd naar een verschuiving van de behandeling van psychische hulpvragen van de gespecialiseerde GGZ-instellingen naar kortdurende en begrensde GGZ die door de zogenaamde generalistische basis GGZ geleverd wordt en naar de huisartspraktijk.

Deze verschuivingen zouden moeten bijdragen aan een betere beheersing van de kosten voor GGZ. De huisarts wordt daarvoor beter in staat gesteld om ondersteuning in dienst te nemen. Deze ondersteuning krijgt gestalte in de vorm van de Praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ), mogelijkheden voor e-mental health en mogelijkheden om psychologen of psychiaters te consulteren.

Men wil een verschuiving van GGZ problemen naar de huisartspraktijk onder meer bevorderen door verzekeringstechnisch alleen nog maar psychiatrische stoornissen in aanmerking te laten komen voor behandeling binnen de generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ. Deze stoornissen moeten voldoen aan de criteria die zijn vastgelegd in de Diagnostic Statistical Manual (DSM)-IV. Veel voorkomende stoornissen in de huisartspraktijk zijn depressieve stoornis (Major Depressive Disorder) en angststoornis (Anxiety Disorder).

Mensen met “alleen” psychische symptomen (“ik voel me angstig of nerveus”) of psychosociale problemen als een relatieprobleem, komen dus niet meer in aanmerking voor verwijzing naar of behandeling in de GGZ, of dit nu generalistische basis GGZ is of gespecialiseerde GGZ.

Een van de vragen die men zich daarbij kan stellen is, in hoeverre deze verscherpte verwijscriteria van invloed zijn op de vraag naar psychische hulp in de huisartspraktijk.

In deze factsheet staan we stil bij de vraag of er sinds 1 januari 2014 sprake is van een toegenomen psychische of sociale hulpvraag bij de huisarts. We maken daarbij onderscheid tussen mensen die zich melden met een psychisch symptoom, met een psychische stoornis of met een sociaal probleem.

### *Gebruikte gegevens<sup>1</sup>*

Voor NIVEL Zorgregistraties eerste lijn worden gegevens verzameld ten behoeve van beleidsgericht en wetenschappelijk onderzoek. De gepresenteerde gegevens zijn afkomstig uit de computers van huisartsen die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties eerste lijn.

Binnen het Surveillance-deel van NIVEL Zorgregistraties worden wekelijks – geanonimiseerde – gegevens uit de elektronisch medische dossiers van patiënten verzameld. Het doel van Surveillance is om acute veranderingen in ziektepatronen te signaleren.

De cijfers die we in deze factsheet over 2014 presenteren zijn gebaseerd op deze wekelijkse data van

<sup>1</sup> Tekst is ontleend aan “NIVEL zorgregistraties eerste lijn – Surveillance”. Factsheet door dr.ir. M. Hooiveld, drs. P.M.H. ten Veen, dr.ir. J.P. Zock, prof.dr. F.G. Schellevis en aan [www.nivel.nl/NZR/zorgregistraties\\_1elijn/](http://www.nivel.nl/NZR/zorgregistraties_1elijn/)

Surveillance. Echter, niet ieder huisarts informatie systeem (HIS) dat in NIVEL Zorgregistraties participeert, levert data aan Surveillance. Medio 2014 leverden 226 praktijken wekelijks data aan. De cijfers die we over 2014 presenteren zijn afkomstig van deze Surveillance database  
Één keer per jaar worden van alle praktijken (N = 386) meer in detail alle relevante gegevens uitgelezen. Hieruit kunnen dezelfde weekcijfers afgeleid worden. Ze zijn afkomstig van een groter aantal praktijken dan de Surveillance cijfers die actueel per week worden geleverd. De cijfers die we over 2013 presenteren zijn afkomstig van deze database

#### *Psychische symptomen/stoornissen/sociale problemen per week*

In Nederland gebruiken huisartsen de International Classification of Primary Care (ICPC) voor het vastleggen van klachten, symptomen en aandoeningen in elektronische patiëntendossiers.

De ICPC kent 29 verschillende codes voor psychische symptomen (P01 t/m P29), 30 codes voor psychische diagnoses (= aandoening of stoornis; P70 t/m P99) en 29 codes voor sociale problemen (Z01 t/m Z29).

Het NIVEL ontvangt wekelijks bestanden met deze codes. De surveillance cijfers worden berekend als het aantal personen dat de huisarts heeft geraadpleegd voor verschillende klachten of aandoeningen, gedeeld door het totaal aantal ingeschreven patiënten in de praktijk. Een patiënt telt maar één keer mee in een week, ook als hij meerdere keren contact met de huisarts heeft gehad voor hetzelfde gezondheidsprobleem. Als een praktijk een week dicht is, wordt deze niet meegenomen in de berekeningen. We nemen aan dat een praktijk open was als er op minimaal 3 dagen gegevens zijn vastgelegd van minimaal 20 verschillende patiënten. Weken lopen van maandag tot en met zondag. Gegevens worden in de nacht van maandag op dinsdag via beveiligde verbindingen naar het NIVEL gestuurd, op dinsdagochtend verwerkt en op dinsdagmiddag gepubliceerd.

De populatie at risk is het aantal ingeschreven patiënten in de gegevens leverende praktijken. Dit aantal wordt jaarlijks vastgesteld.

#### *Statistische bewerking*

Voor een berekening per half jaar worden de aantallen specifieke meldingen van week 1 t/m week 26, respectievelijk week 27 t/m week 52 bij elkaar opgeteld.

Voor een berekening voor het aantal psychisch symptomen worden specifieke meldingen per week voor P01 t/m P29 bij elkaar opgeteld; voor psychische diagnoses (P070-P99) en sociale problemen (Z01 – Z29) geldt mutatis mutandis hetzelfde.

Om te toetsen of er verschillen tussen de drie halve jaren zijn, is een univariate variantie analyse uitgevoerd, met weekgegevens als afhankelijke variabele en halve jaar als factor variabele.

De verschillen tussen eerste helft 2013 en 1<sup>e</sup> helft 2014 zijn getoetst met een t-test, opnieuw met weekgegevens als afhankelijke variabele en halve jaar als factor variabele.

#### *Representativiteit*

Met 226 huisartsenpraktijken heeft de NIVEL surveillance momenteel een dekingsgraad van ruim 5% van de bevolking. Hiermee kunnen betrouwbare cijfers geleverd worden voor kleinere geografische regio's of subgroepen, bijvoorbeeld naar leeftijd. In Figuur 1 staan de locaties van de praktijken.



Figuur 1: spreiding van surveillance praktijken over Nederland

*Privacy*

De deelnemende huisartsen informeren hun patiënten over de deelname aan dit netwerk. NIVEL Zorgregistraties besteedt veel zorg aan de bescherming van de privacy van patiënten en deelnemende zorgverleners. De gegevens worden bij het NIVEL vertrouwelijk behandeld volgens de Wet bescherming persoonsgegevens.

**Toename psychische en sociale hulpvraag bij de huisarts**

Periode	Populatie at risk	consulten psychische symptomen		consulten psychische stoornissen		consulten sociale problemen	
		N	%	N	%	N	%
1: jan-jun 2013	1.536.937	131.647	8,57%	79.208	5,15%	43.588	2,84%
2: jul-dec 2013	1.491.089	124.245	8,33%	76.625	5,14%	42.135	2,83%
3: jan- jun 2014	742.511	73.396	9,88%	46.427	6,25%	25.140	3,39%
Stijging 3 t.o.v. 1			15,40%		21,33%		19,39%

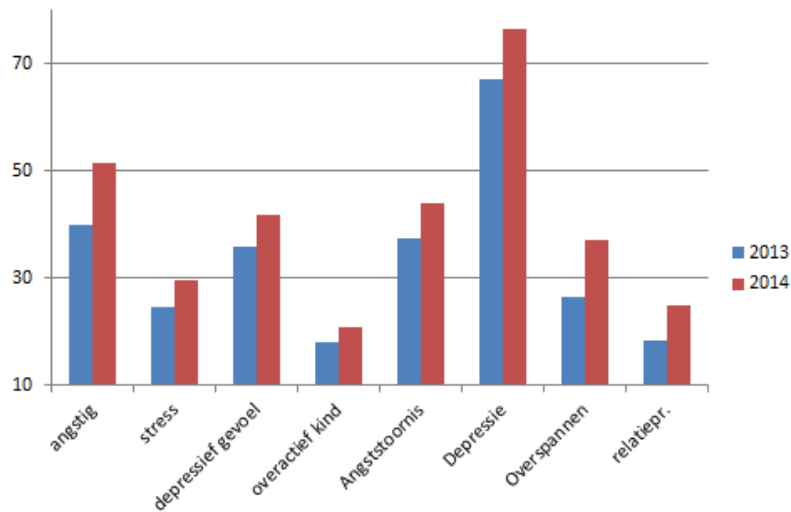
Tabel 1: Percentage van alle consulten, waarbij sprake was van een psychisch symptoom, een psychische stoornis of een sociaal probleem.

Tabel 1 laat zien dat er sprake was van een stijging van psychische en sociale hulpvraag in alle opzichten.

Over een half jaar gerekend zijn de percentages patiënten bij wie in de eerste helft 2014 psychische symptomen, psychische diagnoses of sociale problemen gemeld werden significant hoger dan de percentage patiënten bij wie in de eerste of tweede helft 2013 dat het geval was. Er zijn geen significante verschillen tussen de eerste en tweede helft van 2013 onderling, in één van die drie opzichten. (F = respectievelijk voor symptomen 5.59 (df =77; p = .0054), voor diagnoses 10.61 (df = 77, p < .0001) en voor sociale problemen 10.93 (df = 77; p < .0001).

In onderstaande figuur 2 zijn deze gegevens voor een aantal veel voorkomende ICPC-codes apart weergegeven.

Figuur 2: N patiënten/100.000 pt per week voor diverse psychosociale symptomen en diagnoses in de 1e helft 2013 en 1e helft 2014



Voor ieder afzonderlijk symptoom, diagnose of sociaal probleem geldt dat het verschil tussen de eerste helft 2013 en de eerste helft 2014 significant is ( $p < .05$ ; t-waarden variëren van  $-2.12$  – overactief kind - tot  $-.62$  – overspannenheid - ).

### Conclusie

De vraag of er sprake is van een toename van het aantal geconstateerde psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk kan met een onomwonden “ja” beantwoord worden. Zowel psychische symptomen als psychische diagnoses als sociale problemen worden in de eerste helft van 2014 meer gemeld dan in 2013 het geval was.

Daarbij moet aangetekend worden dat de toename bij de psychische diagnoses die (met uitzondering van de typische huisarts-“diagnose” overspannenheid) ook voor behandeling in de generalistische basis GGZ in aanmerking komen, nog groter is dan de toename van psychische symptomen of sociale problemen (die exclusief op de huisartspraktijk zijn aangewezen, na invoering van de basis GGZ). Mogelijkerwijs speelt de aanwezigheid van de POH-GGZ in veel praktijken hierbij een rol. Dit zullen we in de nabije toekomst nader kunnen analyseren.