



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met
bronvermelding.

Effectieve kortdurende interventies voor psychische Problemen

Een kennissynthese over hun toepasbaarheid in de huisartsenvoorziening

M. Zwaanswijk
P.F.M. Verhaak

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

Dit project is mogelijk gemaakt door:



ISBN 978-90-6905-987-7

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2009 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Samenvatting	5
1 Inleiding	9
1.1 Achtergrond van het onderzoek	9
1.1.1 Ontwikkelingen in de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg	9
1.1.2 Interventies voor psychische problemen in de huisartsenvoorziening	11
1.2 Doel en vraagstellingen van het onderzoek	11
2 Methode	13
2.1 Literatuurstudie	13
2.1.1 Zoekstrategie en reikwijdte	13
2.1.2 Geraadpleegde Nederlandse bronnen	15
2.1.3 Geraadpleegde internationale bronnen	16
2.2 Interviews met ervaringsdeskundigen	16
2.3 Schriftelijke paneldiscussie	17
3 Resultaten van de literatuurstudie	21
4 Resultaten van de interviews met deskundigen	25
4.1 De plaats van de interventies in de huisartsenvoorziening	25
4.1.1 Signaleringsinstrumenten	25
4.1.2 Interventies op het gebied van preventie en kortdurende behandeling	25
4.1.3 Online interventies	26
4.2 Essentiële elementen van de interventies	27
4.3 Factoren die van invloed zijn op de implementatie	28
4.3.1 Kenmerken van hulpverleners	28
4.3.2 Kenmerken van deelnemers	29
4.3.3 Kenmerken van de interventie	29
4.3.4 Organisatorische factoren	30
5 Resultaten van de schriftelijke paneldiscussie	31
5.1 Resultaten van de eerste ronde	32
5.1.1 Signaleringsinstrumenten	32
5.1.2 Begeleide zelfhulp	33
5.1.3 Problem-solving treatment	34
5.1.4 Motiverende gespreksvoering	35
5.1.5 Reattributie	35
5.1.6 Gezondheidsvoorlichting	36
5.1.7 Online interventies	37
5.2 Resultaten van de tweede ronde	38

6 Conclusies	41
6.1 Selectie van effectieve en veelbelovende interventies	41
6.2 Algemene methodieken	41
6.3 De plaats van kortdurende interventies in de huisartsenzorg	42
6.4 Consequenties voor de taakverdeling in de eerstelijns GGZ	44
6.5 Implementatie van kortdurende interventies in de huisartsenzorg	45
6.6 Methodologische beschouwing	46
6.7 Aanbevelingen	47
Literatuur	49
Bijlage 1: Begeleidingscommissie	57
Bijlage 2: Afkortingenlijst	59
Bijlage 3: Signaleringsinstrumenten, geordend naar type problemen	61
Bijlage 4. Interventies op het gebied van preventie en kortdurende behandeling, geordend naar type interventie	71
Bijlage 5. Online interventies	87

Samenvatting

Achtergrond

De zorg voor personen met psychische problemen begint meestal in de huisartsenzorg. De huisarts kan bij de uitvoering van deze zorg ondersteund worden door andere eerstelijns zorgverleners, zoals gedetacheerde sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPVen) of praktijkondersteuners huisartsenzorg GGZ (POHs-GGZ). Ook kan hij verwijzen naar eerstelijns psychologen (ELPen) of algemeen maatschappelijk werkers (AMWers). Omdat de huisartsenzorg een belangrijke plaats inneemt in de zorg voor personen met psychische problemen, hebben hulpverleners in deze setting instrumenten nodig om deze problemen adequaat te signaleren en te behandelen. In de afgelopen jaren zijn er verscheidene kortdurende interventies ontwikkeld voor de diagnostiek, preventie en behandeling van psychische problemen, die nuttig kunnen zijn in de zorg voor mensen met dergelijke problemen binnen de huisartsenzorg. Een overzicht van de kenmerken en effectiviteit van deze interventies ontbreekt echter. Ook is onduidelijk in hoeverre de interventies toepasbaar zijn in de huisartsenzorg.

Doel van het onderzoek

Dit onderzoek heeft tot doel om meer inzicht te bieden in de beschikbaarheid en uitvoerbaarheid van recentelijk beschreven effectieve kortdurende interventies voor de diagnostiek (signaleringsinstrumenten), preventie en behandeling van psychische problemen in de huisartsenzorg.

Methode

Op grond van een literatuuronderzoek zijn effectieve en veelbelovende interventies geselecteerd, die gezien hun kortdurende en niet-specialistische karakter ingezet kunnen worden in de huisartsenzorg. De geselecteerde interventies zijn vervolgens voorgelegd aan deskundigen in interviews en een schriftelijke paneldiscussie om na te gaan door welke zorgverlener binnen de huisartsenzorg of de omringende eerstelijnszorg deze het beste uitgevoerd kunnen worden en onder welke voorwaarden dit het beste kan gebeuren. Hiernaast is nagegaan welke factoren bevorderend of belemmerend kunnen werken bij de implementatie van de interventies in de huisartsenzorg.

Resultaten

Het literatuuronderzoek leverde signaleringsinstrumenten op op het gebied van angst en depressie, eetstoornissen, problematisch alcoholgebruik en dementie. Binnen de geselecteerde interventies op het gebied van preventie en/of kortdurende behandeling kunnen vijf hoofdgroepen onderscheiden worden:

- Begeleide zelfhulp: interventies waarin deelnemers uitleg krijgen over een psychische stoornis en eenvoudige zelfhulptechnieken leren,

- Problem-solving treatment (PST): interventies waarin deelnemers leren om actief en gestructureerd aan de slag te gaan met hun alledaagse problemen,
- Motiverende gespreksvoering: interventies waarin deelnemers worden overtuigd van de noodzaak van een gedragsverandering,
- Reattributie: interventies waarin deelnemers worden gestimuleerd om klachten toe te schrijven aan andere oorzaken dan een lichamelijke ziekte,
- Gezondheidsvoorlichting: voorlichting over gezondheid en gezond gedrag of de risico's van ongezond gedrag.

Ook werd een aantal online interventies geselecteerd.

Signaleringsinstrumenten kunnen in principe door alle eerstelijns zorgverleners gebruikt worden. De instrumenten kunnen ingezet worden ter ondersteuning van het diagnostisch proces, om het bestaan van psychische problemen bespreekbaar te maken met de patiënt, of om de ernst van de klachten van patiënten in de gaten te houden. In de praktijk worden signaleringsinstrumenten vooral gebruikt bij indicaties van depressie, angst en dementie.

Voor de geselecteerde interventies op het gebied van preventie en/of behandeling komen vooral de POH-GGZ en de SPV als de meest aangewezen uitvoerders naar voren. Een aanvullende training is de belangrijkste voorwaarde voor uitvoering van de interventies door deze zorgverleners. Motiverende gespreksvoering en gezondheidsvoorlichting kunnen niet alleen door de POH-GGZ en de SPV, maar ook door de huisarts uitgevoerd worden. Reattributie kan, gezien de aard van de klachten van de doelgroep, het beste uitgevoerd worden door huisartsen. Tijdgebrek en een gebrek aan kennis of vaardigheden worden gezien als de belangrijkste obstakels voor uitvoering van de interventies door huisartsen. AMWers zijn minder vaak genoemd als mogelijke uitvoerders van de geselecteerde interventies. Hierbij verwezen de respondenten vooral naar een gebrek aan tijd, kennis en vaardigheden van deze beroepsgroep en naar het feit dat de geselecteerde interventies niet tot het takenpakket van het AMW behoren. ELPen worden vooral gezien als zorgverleners die ingezet kunnen worden bij zwaardere psychische problematiek of als de uitvoering van interventies in de huisartsenvoorziening niet het gewenste effect heeft.

Online interventies kunnen op verschillende manieren ingezet worden in de huisartsenvoorziening. Eerstelijns zorgverleners kunnen fungeren als wegwijzer op Internet door patiënten te wijzen op betrouwbare websites of zij kunnen de vorderingen van deelnemers met betrekking tot online interventies bespreken. Over de wenselijkheid om via Internet begeleiding of behandeling aan te bieden, lopen de meningen uiteen.

Discussie en aanbevelingen

De voorkeur voor de POH-GGZ en de SPV als uitvoerders van kortdurende interventies voor psychische problemen vraagt om een versterking van de rol van deze zorgverleners. Lang niet alle huisartsen kunnen namelijk een beroep doen op de ondersteuning van deze zorgverleners. Bovendien is de functie van de POH-GGZ nog volop in ontwikkeling en bestaat er nog veel onduidelijkheid over de frequentie van voorkomen van POHs-GGZ in de huisartsenvoorziening, over hun achtergrond en over de afbakening van deze functie ten opzichte van andere eerstelijns disciplines. De resultaten van dit onderzoek kunnen

gebruikt worden om de taken van de POH-GGZ verder te specificeren.

De factoren die genoemd zijn als bevorderend of belemmerend voor de implementatie van de interventies in de huisartsenzorg bieden aanknopingspunten voor manieren waarop deze implementatie gestimuleerd kan worden. Ten eerste kan worden bijgedragen aan een brede implementatie door de bekendheid van interventies te vergroten, zowel onder eerstelijns zorgverleners als onder potentiële deelnemers aan de interventies. Verder is het belangrijk om bij de ontwikkeling van interventies expliciet aandacht te besteden aan bevolkingsgroepen die nu slechts in beperkte mate bereikt worden, zoals allochtonen, laagopgeleiden, jongeren en ouderen. De implementatie van interventies in de huisartsenzorg kan wellicht ook gestimuleerd worden door eerstelijns zorgverleners in financiële zin te compenseren voor de extra tijd die zij besteden aan de uitvoering van interventies. Omdat een efficiënte inzet van kortdurende interventies voor psychische problemen in de eerstelijnszorg een goede samenwerking tussen de verschillende eerstelijns disciplines vereist, is het tot slot van belang om deze samenwerking te optimaliseren.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond van het onderzoek

1.1.1 *Ontwikkelingen in de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg*

Psychische problemen komen veelvuldig voor in de algemene bevolking. Ongeveer één op de vier Nederlanders heeft last van een of meerdere psychische stoornissen (Van Ginneken & Schoemaker, 2005). Angst, depressie en afhankelijkheid van of verslaving aan alcohol, drugs en medicijnen komen het meest voor (Bijl & Ravelli, 2000). Angst en depressie manifesteren zich vaak als medisch onverklaarde lichamelijke klachten. Geschat wordt dat 10% van de bevolking chronisch last heeft van klachten die zich in medische zin niet laten verklaren, met name van pijn (Verhaak, 2004).

Het zoeken van hulp voor psychische problemen is in de afgelopen decennia sterk toegenomen. Deze toename leidde eind negentiger jaren tot grote wachtlijstproblemen in de ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg adviseerde de minister om de geestelijke gezondheidszorg op dezelfde wijze te structureren als de somatische gezondheidszorg, en de ambulante GGZ te beschouwen als specialistische zorg waartoe uitsluitend via de huisarts toegang verkregen zou kunnen worden (RVZ, 1998). In het algemeen zouden psychische problemen, zolang dit verantwoord was, in de eerste lijn behandeld moeten worden en zouden alleen problemen waarvoor specialistische zorg nodig was, doorverwezen mogen worden. De verwijzing zou via de huisarts moeten plaatsvinden.

Dit advies werd door de minister in een beleidsvisie overgenomen (Ministerie van VWS, 1999). In dezelfde beleidsvisie werden ook maatregelen in het vooruitzicht gesteld die de positie van de huisarts als poortwachter moesten ondersteunen en die de positie van de eerstelijns partijen als hulpverleners bij psychische problemen zouden versterken (zie ook Meijer & Verhaak, 2004). De samenwerking tussen huisartsen, Algemeen Maatschappelijk Werkers (AMWers) en eerstelijns psychologen (ELPen) werd gestimuleerd.

De samenwerking tussen huisartsen en ambulante GGZ werd gestimuleerd door middel van de zogenaamde consultatieregeling. Met behulp van deze regeling werden instellingen voor ambulante GGZ en vrijgevestigde psychiaters in staat gesteld om consultatieve diensten in de huisartspraktijk aan te bieden. Dit kreeg de gestalte van een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV) – al dan niet met een psychiater als achterban – die gedurende enige dagdelen per week in de huisartspraktijk aanwezig is en daar een aantal contacten met door de huisarts voorgedragen patiënten heeft.

Per 1 januari 2008 werd de GGZ opgenomen in het basispakket van de zorgverzekering. Eerstelijns psychologische zorg werd vanaf die datum vergoed (tot acht zittingen) en is daarmee voor iedere patiënt toegankelijk geworden.

Naast de komst van de SPV in de huisartspraktijk heeft de laatste jaren ook de praktijkondersteuner (POH) haar intrede gedaan in de huisartspraktijk. In eerste instantie werd deze met name ingezet voor de routinematige behandeling van chronisch zieken als mensen met diabetes en astma/COPD. Momenteel wordt de zogenaamde praktijkondersteuner GGZ in de huisartspraktijk (POH-GGZ) ingezet ter ondersteuning van de huisarts bij de zorg voor patiënten met psychische problemen. In een recent geformuleerd functieprofiel wordt beschreven welke kerntaken een POH-GGZ kan uitvoeren. Ten eerste kan de POH-GGZ ingezet worden om de klachten van patiënten te inventariseren en in samenspraak met de patiënt te beoordelen welk type zorgverlening nodig is en door welke eerste- of tweedelijns zorgverlener deze zorg geboden kan worden. Hiernaast kan de POH-GGZ voorlichting of kortdurende begeleiding bieden ter ondersteuning van de huisarts (Leene & Verberk, 2008).

In het kader van de toegenomen aandacht voor de eerstelijnszorg bij psychische problemen wees de Landelijke Commissie Geestelijke Gezondheidszorg in haar advies 'Zorg van velen' op het principe van getrapte zorg of 'stepped care' (LCGZ, 2002). Hiermee wordt bedoeld dat in beginsel altijd gestart dient te worden met de lichtst mogelijke zorg die aanvaardbaar geacht wordt. Hiermee begint de meeste zorg voor patiënten met psychische problemen bij de huisarts. Deze kan hierbij gebruik maken van de diensten van een gedetacheerde SPV of een POH-GGZ. Wanneer deze hulp in specifieke gevallen niet geschikt geacht wordt, of wanneer de hulp niet blijkt aan te slaan, kan een volgende stap in overweging genomen worden. Binnen de eerste lijn kunnen huisartsen in dergelijke gevallen doorverwijzen naar het AMW of naar een ELP. Als deze zorg ook niet het gewenste effect heeft, kan een verwijzing naar de tweedelijns GGZ plaatsvinden. We kunnen in deze terminologie verschillende niveaus van zorg onderscheiden:

1. zelfzorg en niet-professionele begeleiding,
2. huisartsenzorg, eventueel uit handen gegeven aan een POH-GGZ of SPV,
3. zorg van het AMW of een ELP,
4. tweedelijns GGZ.

Deze niveaus hoeven niet noodzakelijkerwijs allemaal doorlopen te worden. Alleen als zorg op een lager niveau niet het gewenste effect heeft, kan overgegaan worden naar een volgend niveau. De huisarts fungeert in dit geval als poortwachter naar andere vormen van geestelijke gezondheidszorg.

In het vervolg van dit rapport wordt de term 'huisartsenvoorziening' gebruikt als aanduiding van de organisatievorm waarin huisartsgeneeskundige zorg geboden wordt door huisartsen en ondersteunend personeel zoals de praktijkassistente, de POH, de POH-GGZ en de gedetacheerde SPV. ELPen en AMWers maken geen onderdeel uit van de huisartsenvoorziening. Zij kunnen wel psychische ondersteuning bieden aan patiënten die zijn doorverwezen vanuit de huisartsenvoorziening.

1.1.2 Interventies voor psychische problemen in de huisartsenzorg

Als gevolg van de poortwachtersfunctie van de huisarts vindt de zorg voor personen met psychische problemen grotendeels binnen de huisartsenzorg plaats. Zorgverleners in deze setting hebben daarom instrumenten nodig om psychische problemen adequaat te kunnen signaleren en/of behandelen. In de afgelopen jaren zijn er (o.a. binnen het ZonMw-programma Alledaagse Ziekten) verscheidene kortdurende interventies ontwikkeld voor de diagnostiek, preventie en behandeling van psychische problemen, die nuttig kunnen zijn in de zorg voor mensen met psychische problemen binnen de huisartsenzorg. Een overzicht van de kenmerken en effectiviteit van dergelijke interventies ontbreekt echter. Ook bestaat er onvoldoende zicht op de uitvoerbaarheid van deze interventies in de setting van de huisartsenzorg. Hierbij moet gedacht worden aan de (organisatorische) randvoorwaarden waaraan voldaan moet worden om interventies te implementeren in de huisartsenzorg en de belemmerende en bevorderende factoren die een rol kunnen spelen bij toepassing van interventies in de praktijk. Dergelijke inzichten vormen een eerste voorwaarde om te komen tot een bredere inzet van effectieve kortdurende interventies voor psychische problemen binnen de huisartsenzorg.

1.2 Doel en vraagstellingen van het onderzoek

Dit onderzoek heeft tot doel om meer inzicht te bieden in de beschikbaarheid en uitvoerbaarheid van recentelijk beschreven effectieve kortdurende interventies voor psychische problemen in de huisartsenzorg. Met de term ‘interventie’ doelen wij zowel op kortdurende behandelingen voor psychische problemen als op maatregelen en methoden ter preventie en diagnostiek van dergelijke problemen. Uit de resultaten van dit onderzoek kan afgeleid worden hoe verschillende kortdurende interventies een plaats kunnen krijgen binnen de huisartsenzorg of de omringende eerstelijns GGZ en hoe taken die met die kortdurende interventies samenhangen, verdeeld kunnen worden tussen de diverse actoren binnen de eerstelijns GGZ.

De volgende vraagstellingen worden beantwoord:

1. Over welke effectieve interventies voor psychische problemen (preventie, diagnostiek en kortdurende behandeling), die in principe toepasbaar zijn in de huisartsenzorg, is sinds 2000 gepubliceerd?
2. Hoe kunnen de opgespoorde interventies gekarakteriseerd worden met betrekking tot hun:
 - effectiviteit,
 - praktische uitvoerbaarheid (zoals het aantal en de duur van contacten en de eisen die gesteld worden aan de uitvoerders van de interventie),
 - aanvaardbaarheid (zoals de meningen van uitvoerders en deelnemers)?
3. Vallen uit verschillende specifieke interventies algemenere methodieken af te leiden?

4. Aan welke voorwaarden dient voldaan te worden om de opgespoorde interventies binnen de huisartsenzorg toe te passen en welke plaats binnen de huisartsenzorg of de omringende eerstelijnszorg (zie niveaus van zorg, paragraaf 1.1.1) is hiervoor het meest geschikt?
5. Welke consequenties heeft dit voor de taakverdeling binnen de eerstelijns GGZ?
6. Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren om de verschillende interventies te implementeren binnen de huisartsenzorg?

In hoofdstuk 2 wordt de methode van het onderzoek beschreven. Hoofdstuk 3 beschrijft de resultaten van een literatuurstudie naar kortdurende interventies op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. De resultaten van de literatuurstudie zijn, volgens de methodiek van de kennissynthese (Bos & Van Kammen, 2007), voorgelegd aan belanghebbenden uit de praktijk. De bevindingen van deze kennissynthese worden beschreven in de hoofdstukken 4 en 5. In hoofdstuk 6 volgen tenslotte de conclusies en aanbevelingen die naar aanleiding van dit onderzoek geformuleerd kunnen worden. Bijlage 2 bevat een overzicht van de in het rapport gehanteerde afkortingen.

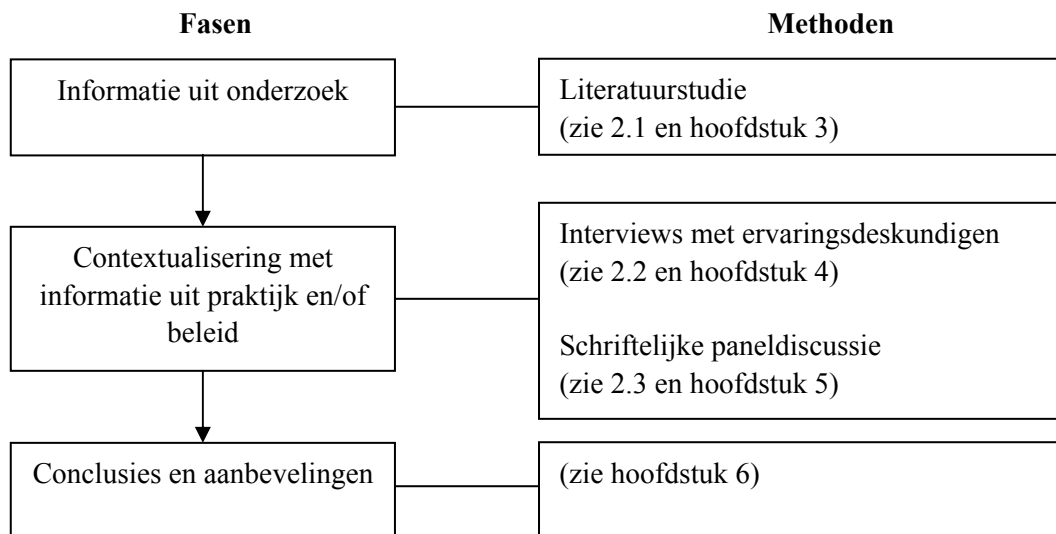
Dit project is mogelijk gemaakt met financiering van de Nederlandse Organisatie voor Gezondheidsonderzoek en Zorginnovatie (ZonMw), programma Alledaagse Ziekten. Een begeleidingscommissie (zie bijlage 1) is ingesteld om te adviseren bij inhoudelijke keuzes binnen het project.

2 Methode

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de methode van de kennissynthese. Dit is een benadering waarin informatie uit onderzoek op systematische en transparante wijze gecombineerd wordt met informatie uit beleid en/of praktijk om op die manier het gebruik van kennis door beleidsmakers en personen uit de praktijk te bevorderen (Bos & Van Kammen, 2007). Kennis die verzameld is uit onderzoek, beleid en praktijk wordt voorgelegd aan en beoordeeld door belanghebbenden. Dit heeft drie doelen:

1. het verbeteren van de kwaliteit van de verzamelde informatie,
2. het verspreiden van het ontwikkelde gedachtegoed,
3. het verkrijgen van draagvlak voor de inzichten uit de kennissynthese.

Conclusies en aanbevelingen zijn mede door de belanghebbenden geformuleerd en worden daardoor breed gedragen. In dit rapport wordt hierbij de volgende werkwijze gehanteerd (zie Bos & Van Kammen, 2007):



2.1 Literatuurstudie

2.1.1 Zoekstrategie en reikwijdte

Een literatuurstudie is uitgevoerd om antwoord te geven op de eerste twee vraagstellingen:

1. Over welke effectieve interventies voor psychische problemen (preventie, diagnostiek en kortdurende behandeling), die in principe toepasbaar zijn in de huisartsenzorg, is sinds 2000 gepubliceerd?

2. Hoe kunnen de opgespoorde interventies gekarakteriseerd worden met betrekking tot hun effectiviteit, praktische uitvoerbaarheid (zoals het aantal en de duur van contacten en de eisen die gesteld worden aan de uitvoerders van de interventie) en aanvaardbaarheid (zoals de meningen van uitvoerders en deelnemers)?

De zoekstrategie voor de literatuurstudie (in- en exclusiecriteria, te raadplegen bronnen) is vastgesteld in samenspraak met de begeleidingscommissie (bijlage 1). Het onderzoek richt zich op interventies die door gemotiveerde huisartsen of andere zorgverleners binnen de huisartsenzorg, zoals de SPV en de POH-GGZ, uitgevoerd kunnen worden. Interventies die alleen door geschoolde gedragstherapeuten kunnen worden uitgevoerd, zijn geen onderdeel van dit onderzoek. De volgende inclusiecriteria zijn gehanteerd:

- het betreft een interventie, gericht op preventie, diagnostiek of kortdurende behandeling van psychische problemen. Ook online interventies worden geïncludeerd.
- de interventie is zodanig geprotocolleerd dat derden de aanpak kunnen overnemen zonder dat deze wezenlijk van karakter verandert,
- de interventie vereist geen specialistische psychotherapeutische kennis of ervaring, maar is uitvoerbaar door een professional die geschoold is in basale gespreks- en communicatietechnieken,
- de interventie is in een beperkt aantal contacten uitvoerbaar,
- de interventie is in een beperkt aantal minuten per contact uitvoerbaar,
- uit onderzoek blijkt de effectiviteit of veelbelovendheid van de interventie,
- er is over de interventie in de wetenschappelijke literatuur gepubliceerd in de periode van 01-01-2000 tot en met 31-12-2008.

Het onderzoek is gericht op een breed scala aan psychische problemen. Hieronder vallen niet alleen psychiatrische stoornissen in enge zin, maar ook problemen als overbelasting, verminderd welbevinden en psychosomatische klachten.

Een interventie wordt gezien als effectief of veelbelovend als de vergelijking met een controlegroep heeft uitgewezen dat de interventie leidde tot een significante afname van psychische klachten of een significante verbetering van de (psychische) gezondheid van de deelnemers.

De volgende interventies worden niet meegenomen in dit onderzoek:

- interventies die betrekking hebben op enkelvoudige farmacotherapie. Medicamenteuze interventies worden alleen in ogenschouw genomen als zij onderdeel zijn van een andere niet-medicamenteuze interventie.
- interventies waarvan de effectiviteit onderzocht is in kleine onderzoeksgroepen. Als vuistregel is hier een minimum aantal van 50 deelnemers in de interventiegroep en 50 deelnemers in de controlegroep gehanteerd.
- interventies die betrekking hebben op collaborative care of stepped care. Dergelijke interventies betreffen namelijk meer de organisatie van de zorg.
- technieken die weliswaar veelvuldig worden toegepast tijdens consulten in de huisartsenzorg, maar die niet duidelijk geprotocolleerd zijn en daarom

moeilijk op hun effectiviteit onderzocht kunnen worden. Het gaat hier bijvoorbeeld om basale gespreksvaardigheden of technieken voor shared decision making.

2.1.2 *Geraadpleegde Nederlandse bronnen*

Om effectieve interventies in Nederland op het spoor te komen, zijn onderstaande bronnen geraadpleegd:

- de ZonMw databank van projecten over GGZ en verslaving. (www.zonmw.nl/geestkracht). Alle 368 projecten zijn gescreend op relevantie.
- Narcis, de databank van Nederlandse proefschriften. Er is gezocht binnen de onderdelen ‘actueel onderzoek’ en ‘publicaties’.
- de NIVEL onderzoeksdatabase (<http://nvl002.axila.nl/adlibweb/search.aspx>). Er is gezocht binnen het onderdeel ‘NIVEL projecten’.
- de website van het Trimbos-instituut (www.trimbos.nl). Er is gezocht in de diverse programmabeschrijvingen, op www.trimbospreventie.nl, in de publicaties van het Trimbos-instituut (<http://www.trimbos.nl/default68.html>) en in de multidisciplinaire richtlijnen voor ADHD, depressie, angststoornissen, eetstoornissen en schizofrenie (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2003; 2005a; b; c; 2006).
- de website van het RIVM (www.rivm.nl). Er is gezocht op de themasites ‘Preventie en zorg’ en ‘Gezondheid en ziekte’, waaronder de I-database – een database met leefstijlinterventies.
- de website van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG; <http://nhg.artsennet.nl>). Er is gezocht in informatie over de NHG-themamiddag over GGZ-interventies in de huisartspraktijk, in de NHG-standaarden voor angststoornissen, dementie, depressieve stoornis en problematisch alcoholgebruik, in de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's) voor psychosociale problematiek, angststoornissen, dementie, depressieve stoornis en overspanning (Boomsma et al., 2009; Romeijnders et al., 2005; 2006; Vriezen et al., 2007a; b), en in het NHG-standpunt over GGZ in de huisartspraktijk (NHG, 2008).
- de website van het College voor Zorgverzekeringen (www.cvz.nl). Er is gezocht in de richtlijn voor Alzheimer (CVZ, 2000).
- de website van Movisie (www.movisie.nl). Er is gezocht binnen de onderdelen ‘projecten’ en ‘publicaties’.

Binnen Narcis, de NIVEL onderzoeksdatabase en de publicaties van het Trimbos-instituut is gezocht naar een combinatie van de volgende zoektermen: (intervent* OR prevent* OR screening OR treatment OR diagnos* OR behandeling) AND ("primary care" OR "general pract*" OR "eerste lijn" OR huisarts) AND (psycholog* OR psychosoc* OR mental OR geestelijk).

Relevante interventies zijn alleen geïnccludeerd als hierover in de periode tussen 01-01-2000 tot en met 31-12-2008 in de wetenschappelijke literatuur gepubliceerd is.

Op basis van de titels van projecten is een eerste selectie gemaakt. Een verdere schifting heeft plaatsgevonden op grond van de projectbeschrijvingen. Waar nodig is aanvullende informatie over de projecten gezocht via Internet. Op grond van de geselecteerde bronnen is een korte beschrijving gemaakt van de opgespoorde interventies (o.a. ten aanzien van de effectiviteit, uitvoerbaarheid en aanvaardbaarheid).

2.1.3 Geraadpleegde internationale bronnen

Als aanvulling op bovenstaande zoekacties in Nederlandse bronnen is gezocht naar buitenlandse interventies die te vertalen zijn naar de Nederlandse situatie. Hiervoor zijn de volgende bronnen geraadpleegd:

- PubMed
- Psycinfo
- Embase
- Cochrane
- US National Institute of Health database (www.clinicaltrials.gov)

In deze internationale bronnen is gezocht naar Engels- en Nederlandstalige publicaties uit de periode 01-01-2000 tot en met 31-12-2008, met behulp van de volgende zoektermen in de titel of de samenvatting:

- (intervention OR interventie OR prevention OR preventie OR screening OR treatment OR diagnosis OR diagnose OR diagnostiek OR behandeling) AND
- ("primary care" OR "general practice" OR "general practitioner" OR huisarts OR huisartspraktijk OR "eerstelij*") AND
- (psychologi OR psychologic OR psychological OR psychologically OR psychologisch OR psychologische OR psychosociaal OR psychosocial OR mental OR geestelijk) AND
- (effect OR effective OR effectiveness OR efficacy OR efficacious)

In de database van het US National Institute of Health zijn als beperkingen ‘studies with results’ en ‘interventional studies’ gebruikt. In de Embase-database is de optie ‘search terms must be major focus of the article’ gebruikt. Dissertation abstracts zijn buiten beschouwing gelaten.

Op basis van titels is een eerste selectie van relevante publicaties uit bovenstaande bronnen gemaakt. Een verdere schifting heeft plaatsgevonden op grond van de samenvatting van het artikel en – zo nodig – de inhoud van het artikel. Met behulp van de sneeuwbalmethode is in de geselecteerde publicaties gezocht naar aanvullende relevante publicaties. Op grond van de geselecteerde bronnen is een korte beschrijving gemaakt van de opgespoorde interventies (o.a. ten aanzien van de effectiviteit, uitvoerbaarheid en aanvaardbaarheid).

2.2 Interviews met ervaringsdeskundigen

Om meer informatie te krijgen over de veelbelovende interventies die met behulp van de

literatuurstudie geïdentificeerd zijn, is een aantal ervaringsdeskundigen geïnterviewd. Voor elke geselecteerde interventie die in Nederland uitgevoerd is (N=13, zie bijlagen 3-5), is één expert benaderd voor deelname aan een interview. Deze experts zijn achterhaald via de bronnen die in de literatuurstudie gevonden zijn. Omdat voor sommige interventies dezelfde expert benaderd kon worden, zijn in totaal 12 experts benaderd. Elf van deze experts hebben daadwerkelijk deelgenomen aan een interview. Deze experts werkten met name als onderzoeker en/of zorgverlener. De interviews hebben plaatsgevonden in de maanden april en mei 2009 en zijn op geluidsband opgenomen.

Aan de deskundigen zijn ten eerste vragen gesteld over de kenmerken van de interventie waarbij zij betrokken geweest zijn, om op die manier de in de literatuurstudie verzamelde informatie aan te vullen en te corrigeren (zie vraagstelling 2, paragraaf 1.2). Naar aanleiding van de derde vraagstelling van dit onderzoek is de geïnterviewden gevraagd of er algemenere methodieken of essentiële elementen zijn af te leiden uit de interventies. Ook de plaats van de interventies in de huisartsenzorg of elders in de eerstelijnszorg, de voorwaarden waaraan voldaan moet worden om de interventies toe te passen in de huisartsenzorg en factoren die bevorderend of belemmerend kunnen werken bij de implementatie van de interventies, zijn besproken (vraagstellingen 4 en 6).

Op grond van de resultaten van de interviews zijn de beschrijvingen van de kenmerken van de interventies aangescherpt. De overige resultaten van de interviews staan beschreven in hoofdstuk 4.

2.3 Schriftelijke paneldiscussie

In de laatste fase van het project zijn de interventies die uit het literatuuronderzoek en uit de interviews met ervaringsdeskundigen naar voren zijn gekomen als veelbelovend en mogelijk toepasbaar in de huisartsenzorg schriftelijk voorgelegd aan belanghebbenden in het veld (zie tabel 2.1). Dit is gebeurd in de vorm van een schriftelijke paneldiscussie volgens de Delphi-methode. Deze methode is gericht op het verkrijgen van zoveel mogelijk consensus over een bepaald onderwerp. Door het structureren van het communicatieproces tussen verschillende betrokkenen wordt getracht om tot een gedeeld groepsstandpunt te komen (Bastiaensen & Robbroeckx, 1994).

In maart 2009 zijn uitnodigingsbrieven verstuurd naar de groepen belanghebbenden die vermeld staan in tabel 2.1. Deze brieven bevatten achtergrondinformatie over het onderzoek en de vraag om deelname. Door het terugsturen van een bijgevoegd aanmeldingsformulier konden de belanghebbenden hun deelname aan het onderzoek toezeggen. Vanwege een lage respons onder de hulpverleners zijn in april 2009 meer uitnodigingsbrieven verstuurd naar deze groepen.

De paneldiscussie bestond uit twee afzonderlijke ronden. In de eerste ronde, die plaatsvond in juni 2009, kregen alle personen die hun medewerking toegezegd hadden een overzicht van enkele veelbelovende interventies voorgelegd. Bij elke interventie werd een korte toelichting gegeven over de inhoud en duur, de achterliggende technieken, de

aanvullende eisen die gesteld worden aan de uitvoerder van de interventie en de effectiviteit. Vervolgens is voor elke interventie gevraagd of deze uitgevoerd zou kunnen worden een huisarts, POH-GGZ, SPV, AMWer of ELP en zo ja, onder welke voorwaarden dit zou kunnen gebeuren (zie vraagstelling 4, paragraaf 1.2). Hierbij is gebruik gemaakt van een aantal vaste antwoordcategorieën en de mogelijkheid tot het invullen van open antwoorden. Waar respondenten aangaven dat een bepaalde interventie niet door één van de genoemde eerstelijns zorgverleners uitgevoerd zou kunnen worden, werd hen gevraagd om welke redenen dit niet zou kunnen. Ook hierbij werd een aantal vaste antwoordcategorieën gebruikt, evenals de mogelijkheid om open antwoorden te geven. Ook is gevraagd op welke manier signaleringsinstrumenten en online interventies het beste ingezet kunnen worden in de huisartsenvoorziening. Tot slot is voor elk van de interventies gevraagd of het belangrijk is dat een dergelijke interventie op grote schaal geïmplementeerd wordt in de huisartsenvoorziening.

Tabel 2.1 Belanghebbenden die benaderd zijn voor deelname aan de paneldiscussie

	Selectiemethode en aantal
Hulpverleners	
Huisartsen ^a	400, aselect gekozen uit landelijk bestand ^b
Sociaal psychiatrisch verpleegkundigen ^a	40, aselect gekozen uit landelijk bestand
Maatschappelijk werkers ^a	40, aselect gekozen uit landelijk bestand
Eerstelijns psychologen ^a	70, aselect gekozen uit landelijk bestand
Patiënten- en belangenorganisaties	
Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie	1 vertegenwoordiger
Depressiecentrum	1 vertegenwoordiger
Angst, dwang en fobie stichting	1 vertegenwoordiger
Belangenorganisaties voor hulpverleners	
Nederlands Huisartsen Genootschap	1 vertegenwoordiger
Landelijke Vereniging Eerstelijns Psychologen	1 vertegenwoordiger
Maatschappelijke Ondernemersgroep	1 vertegenwoordiger
Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers	1 vertegenwoordiger
V&VN Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen	1 vertegenwoordiger
Overige experts	
Zorgverzekeraars Nederland	1 vertegenwoordiger
GGZ-coördinatoren v. Regionale Ondersteuningsstructuren ^a	alle 20, uit landelijk bestand
Huisartsenopleiders ^a	20, aselect gekozen uit landelijk bestand

- tabel 2.1 wordt vervolgd -

- vervolg tabel 2.1 -

	Selectiemethode en aantal
Partnership vroegsignalering alcohol	1 vertegenwoordiger
Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn	1 vertegenwoordiger
Trimbos-instituut	1 vertegenwoordiger
GGZ Preventie	1 vertegenwoordiger
Landelijk platform GGZ	1 vertegenwoordiger
RIVM	2 vertegenwoordigers
Leden van de begeleidingscommissie ^c	4

^a Om de respons te verhogen kregen deze belanghebbenden als dank voor hun deelname een attentie in het vooruitzicht gesteld.

^b Van de benaderde huisartsen zijn er 200 werkzaam met en 200 zonder aanvullende ondersteuning van een SPV, AMWer of ELP.

^c voor zover deze personen niet al benaderd zijn als vertegenwoordigers van bovenstaande organisaties.

Op basis van de reacties uit de eerste ronde is voor elke interventie beschreven door welke eerstelijns zorgverlener en onder welke omstandigheden de interventie het beste uitgevoerd kan worden. In de tweede ronde, die plaatsvond in juli 2009, is de respondenten gevraagd om op grond van deze beschrijving voor elke interventie aan te geven welke eerstelijns zorgverlener (huisarts, SPV, AMWer, POH-GGZ of ELP) hun voorkeur heeft als uitvoerder van de interventie. Respondenten kregen de instructie om de zorgverlener die de interventie naar hun mening bij voorkeur dient uit te voeren het cijfer 1 te geven, terwijl de minst wenselijke uitvoerder het cijfer 5 zou krijgen. Als respondenten van mening waren dat een interventie even goed door twee verschillende soorten zorgverleners uitgevoerd kon worden, konden zij aan beide zorgverleners hetzelfde cijfer geven.

Op grond van de resultaten van de eerste ronde van de paneldiscussie zijn ook korte beschrijvingen gemaakt van de meest geëigende plaats of functie van signaleringsinstrumenten en online interventies in de eerstelijnszorg. In de tweede ronde is aan de respondenten gevraagd of zij het met deze beschrijvingen eens waren.

Alle personen die hun medewerking aan het onderzoek toegezegd hadden, werden voor de tweede ronde benaderd, ongeacht of zij deelgenomen hadden aan de eerste ronde van de paneldiscussie. Door in de tweede ronde gebruik te maken van de resultaten van de eerste ronde, werden de respondenten in staat gesteld om op de antwoorden van de anderen te reageren, zich over alle visies uit te spreken en eerder gegeven antwoorden te nuanceren of te herzien.

De respons en de resultaten van de paneldiscussie staan beschreven in hoofdstuk 5.

3 Resultaten van de literatuurstudie

In dit hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd van de zoekacties in Nederlandse en internationale bronnen.

Er bestond veel overlap tussen de interventies die in de verschillende *Nederlandse bronnen* beschreven werden. Na het verwijderen van deze duplicaten werden op grond van titel en/of samenvatting in totaal 55 projecten of interventies als potentieel relevant voor dit onderzoek geselecteerd. Op grond van projectbeschrijvingen en aanvullende informatie heeft een verdere schifting plaatsgevonden om interventies op het spoor te komen die bruikbaar kunnen zijn binnen de Nederlandse huisartsenzorg.

De totale aantallen treffers die resulteerden uit de zoekacties in de *internationale bronnen* staan vermeld in tabel 3.1.

Tabel 3.1 Resultaten van zoekacties in internationale bronnen

Bron	Aantal treffers
Pubmed	723
Psycinfo	689
Embase	267
Cochrane	386
US National Institute of Health	0
Totaal	2065
Totaal na verwijderen van duplicaten	1395
Totaal na eerste selectie	109

In totaal werden 109 publicaties op grond van hun titel en/of samenvatting als potentieel relevant voor dit onderzoek geselecteerd. De inhoud van deze publicaties is nader bekeken om interventies op het spoor te komen die bruikbaar kunnen zijn binnen de Nederlandse huisartsenzorg.

De belangrijkste redenen om interventies en publicaties die in eerste instantie geselecteerd waren, bij nadere beschouwing alsnog buiten de selectie te houden, waren: (1) het effectonderzoek was uitgevoerd in een te kleine onderzoeksgroep, (2) de interventie kostte teveel tijd en (3) het betrof geen afgebakende interventie, maar een uitgebreider programma van collaborative of stepped care.

Uiteindelijk zijn 14 interventies op het gebied van diagnostiek en signalering (hierna

‘signaleringsinstrumenten’ genoemd) en 21 interventies op het gebied van preventie en/of kortdurende behandeling geselecteerd die mogelijk inzetbaar zijn binnen de Nederlandse huisartsenvoorziening. Ook werden 4 online interventies geselecteerd. Binnen de interventies op het gebied van preventie en/of kortdurende behandeling kunnen vijf hoofdgroepen onderscheiden worden:

- Begeleide zelfhulp: interventies waarin deelnemers uitleg krijgen over een psychische stoornis en eenvoudige zelfhulptechnieken leren,
- Problem-solving treatment (PST): interventies waarin deelnemers leren om actief en gestructureerd aan de slag te gaan met hun alledaagse problemen,
- Motiverende gespreksvoering: interventies waarin deelnemers worden overtuigd van de noodzaak van een gedragsverandering,
- Reattributie: interventies waarin deelnemers worden gestimuleerd om klachten toe te schrijven aan andere oorzaken dan een lichamelijke ziekte,
- Gezondheidsvoorlichting: voorlichting over gezondheid en gezond gedrag of de risico’s van ongezond gedrag.

De geselecteerde interventies worden uitgebreider beschreven in de bijlagen 3-5. In deze bijlagen wordt een oordeel over de gevonden resultaten weergegeven met behulp van plus- en mintekens. Een vraagteken geeft aan dat er nog onduidelijkheid is over het betreffende aspect. Voor sommige typen interventies, zoals PST en reattributie (bijlage 4), werden gemengde effecten gevonden. Om vertekening te voorkomen, zijn in dat geval ook onderzoeken die geen of minder effecten lieten zien in het overzicht opgenomen. De uitvoerders die in bijlage 4 vermeld staan, zijn de zorgverleners die in het betreffende onderzoek de interventie uitgevoerd hebben. Dit zijn niet noodzakelijkerwijs de enige eerstelijns zorgverleners die de interventie kunnen uitvoeren. Uit de resultaten van deze kennissynthese kan juist naar voren komen dat de betreffende interventie ook door andere eerstelijns zorgverleners uitgevoerd kan worden.

Enkele veel beschreven vormen van behandeling van psychische problemen zijn niet geselecteerd. Dit geldt ten eerste voor de traditionele vorm van cognitieve gedragstherapie en voor interpersoonlijke therapie. Hoewel de effectiviteit van deze therapieën voor de behandeling van depressie voldoende aangetoond is (Cuijpers, 2000; Churchill et al., 2001), kunnen over de kosteneffectiviteit nog geen uitspraken gedaan worden (Bosmans et al., 2008). Cognitieve gedragstherapie is ook effectief voor de behandeling van somatoforme stoornissen (Kroenke, 2007). Beide therapievormen zijn echter niet goed toepasbaar door huisartsen, omdat zij teveel tijd vergen (tien tot twintig sessies van een uur) en omdat de uitvoering specifieke deskundigheden vereist (Cuijpers, 2000; Wolf & Hopko, 2008). Cognitieve gedragstherapie kan wel uitgevoerd worden door andere eerstelijns zorgverleners, zoals ELPen. De achterliggende principes en technieken van cognitieve gedragstherapie worden gebruikt in verscheidene interventies, die vanwege hun aangepaste wijze van aanbieden wel toepasbaar zijn in de huisartsenvoorziening (zie bijlagen 4 en 5).

Een andere vorm van behandeling die niet is opgenomen in dit literatuuroverzicht, is counseling. Ten eerste wordt met de term ‘counseling’ een heterogene groep van behandelstrategieën en -technieken aangeduid, die niet altijd goed geprotocolleerd zijn

(Bower et al., 2003; Wolf & Hopko, 2008) en over het algemeen teveel tijd vergen om uitgevoerd te kunnen worden in de huisartsenzorg. Hiernaast is de effectiviteit van counseling voor de psychische gezondheid van deelnemers gering. De effecten blijken bovendien op de lange termijn te verdwijnen (Bower et al., 2003; Bower & Rowland, 2006). Over de kosteneffectiviteit van counseling in de behandeling voor depressie kunnen nog geen conclusies getrokken worden (Barrett et al., 2005; Bosmans et al., 2008).

Een interventie die binnen de huisartsenzorg gebruikt wordt voor de behandeling van overspanning, is de activerende begeleiding (Van der Klink & Terluin, 2005). Deze interventie kenmerkt zich door een gestructureerde en activerende aanpak in drie fasen. De behandeling beoogt de patiënt stapsgewijs weer controle te laten krijgen over zijn situatie door verbetering van het probleemoplossend vermogen in de werk- of privésituatie. Hoewel de effectiviteit van deze interventie is aangetoond in de bedrijfsgezondheidszorg (Van der Klink et al., 2002; Van Nieuwenhuijsen, 2004), bleek een vorm van de interventie die aangepast was voor gebruik in de huisartsenzorg niet effectiever dan de gebruikelijke zorg in het verminderen van ziekteverzuim en de ernst van de symptomen (Bakker et al., 2007). Ook toepassing van de interventie door maatschappelijk werkers liet geen effecten zien (Brouwers et al., 2006). Vanwege deze resultaten is deze interventie niet opgenomen in het overzicht.

Tabel 3.2 geeft een samenvattend overzicht van psychische klachten, problemen en stoornissen en de interventies die daarbij ingezet kunnen worden. Voor een uitgebreide beschrijving van de kenmerken van deze interventies wordt verwezen naar bijlagen 3-5.

Tabel 3.2 Psychische klachten, problemen en stoornissen en de interventies die daarbij ingezet kunnen worden

Klacht, probleem of stoornis	Leeftijdsgroep	Interventie	Bron/naam interventie
Angst	Volwassenen	Signaleringsinstrument	HADS; 4DKL; BAI-PC
		Begeleide zelfhulp	Richards et al., 2003; Beating the Blues
		PST	Kendrick et al., 2006
		Online interventie	Alles onder controle
Paniekstoornis of gegeneraliseerde angststoornis	Volwassenen	Begeleide zelfhulp	Van Boeijen et al., 2005b
Depressie	Volwassenen	Signaleringsinstrument	PHQ-9; HAMD-7; BDI-PC; HADS; 4DKL
		Begeleide zelfhulp	In de put, uit de put; Richards et al., 2003; Beating the Blues
		PST	Kendrick et al., 2006
		Online interventie	Kleur je leven; Alles onder controle
Depressie bij chronisch zieken	Ouderen	PST	Williams et al., 2000; Barrett et al., 2001
	Ouderen	PST	Minimale psychologische interventie
Dysthimie	Ouderen	PST	Williams et al., 2000; Barrett et al., 2001
Postnatale depressie a.g.v. slaapproblemen van kind	Volwassenen	Begeleide zelfhulp	Hiscock et al., 2008
Distress	Volwassenen	Signaleringsinstrument	4DKL
Eetstoornis	Volwassenen	Signaleringsinstrument	ESP; SCOFF
Dementie	Ouderen	Signaleringsinstrument	MMSE; Mini-Cog; GPCOG; MIS
Werkstress	Volwassenen	Online interventie	Alles onder controle
Psychische klachten	Volwassenen	PST	Schreuders et al., 2007
Somatisatieklachten/lichamelijk onverklaarde klachten	Volwassenen	Signaleringsinstrument	4DKL
		Reattributie	Blankenstein, 2001; Larisch et al., 2004
Overbelasting bij mantelzorgers	Volwassenen	Motiv. gespreksvoering	Preventie-op-maat
Chronisch benzodiazepinegebruik	Volwassenen	Gezondheidsvoorlichting	Brief van de huisarts
Alledaagse klachten bij frequente bezoekers v.d. huisarts	Volwassenen	Gezondheidsvoorlichting	Tips voor de thuisdokter
Ongezonde leefstijl	Jongeren	Gezondheidsvoorlichting	Walker et al., 2002
Overmatig alcoholgebruik	Volwassenen	Signaleringsinstrument	AUDIT-C; Five-shot test
		Gezondheidsvoorlichting	Fleming et al., 1997; 2002
		Online interventie	Drinktest; MinderDrinken

4 Resultaten van de interviews met deskundigen

Naar aanleiding van de zoektocht naar effectieve en veelbelovende interventies zijn semigestructureerde interviews afgenomen bij 11 experts. Op grond van de resultaten van de interviews zijn de beschrijvingen van de interventies (bijlagen 3-5) aangescherpt. De overige resultaten van de interviews worden in dit hoofdstuk beschreven.

4.1 De plaats van de interventies in de huisartsenzorg

4.1.1 Signaleringsinstrumenten

Signaleringsinstrumenten zijn in het algemeen goed inzetbaar in de huisartsenzorg, mits het gebruik ervan niet teveel tijd kost. Deze instrumenten kunnen nuttig zijn ter ondersteuning van de diagnostiek, als de hulpverlener al een vermoeden heeft van de aanwezigheid van psychische problemen. De instrumenten kunnen ook ingezet worden om het bestaan van psychische problemen bespreekbaar te maken met de patiënt. In het laatste geval wordt een signaleringslijst vaak tijdens een eerste consult meegegeven aan de patiënt, waarna de uitslag besproken wordt in een tweede consult. Bij personen die primair vanwege lichamelijke klachten in de huisartsenzorg komen, kan het bespreken van de testuitslag helpen om de patiënt bewust te maken van de aanwezigheid van psychische problemen. In dat geval is het wenselijk om het consult te laten uitvoeren door de huisarts, omdat een directe verwijzing naar een eerstelijns zorgverlener die primair gericht is op de geestelijke gezondheid waarschijnlijk teveel weerstand bij de patiënt zal oproepen. Bij patiënten die primair in verband met psychische klachten naar de huisartsenzorg komen, is het ook mogelijk om het tweede consult door een SPV, AMW of POH-GGZ te laten uitvoeren.

4.1.2 Interventies op het gebied van preventie en kortdurende behandeling

Uit de interviews over *begeleide zelfhulp* kwam naar voren dat deze interventie een plaats kan hebben in de huisartsenzorg. Een voordeel van begeleide zelfhulp is het psycho-educatieve karakter; er is geen gespecialiseerde therapeut nodig om de interventie uit te voeren. In principe kunnen begeleide zelfhulpinterventies uitgevoerd worden door huisartsen zelf, maar in de praktijk kost dit vaak (te)veel tijd en zal de huisarts patiënten eerder naar andere eerstelijns zorgverleners verwijzen voor deze vorm van hulp. In dat geval is het raadzaam om de deelnemer/patiënt na afloop van de interventie terug te laten komen bij de huisarts om na te gaan of de interventie voldoende effect teweeggebracht heeft.

Een voorwaarde voor het uitvoeren van *problem-solving treatment* (PST) is het feit dat

deelnemers/patiënten erkennen dat hun klachten psychisch van aard zijn. Bovendien moeten zij gemotiveerd zijn om met hun klachten aan de slag te gaan. Een van de geïnterviewden gaf aan dat de interventie om die redenen niet voor elke patiënt geschikt zijn.

In principe kan elke eerstelijns zorgverlener PST uitvoeren, mits de zorgverlener goed getraind is. Hoewel PST ook door huisartsen uitgevoerd kan worden, is de grote tijdsinvestering die PST van de uitvoerder vergt, niet altijd te combineren met de werkdruk van de huisarts. Bovendien houden huisartsen zich voornamelijk bezig met het inventariseren van klachten van hun patiënten, terwijl PST pas kan plaatsvinden als deze inventarisatiefase voorbij is en als de patiënt een duidelijk beeld heeft van de psychische kant van zijn klachten. PST gaat ten derde uit van een gelijkwaardige, coachende verhouding tussen begeleider en deelnemer. Deze relatie komt niet altijd overeen met de gangbare relatie tussen huisarts en patiënt, waarin de huisarts meer als expert optreedt. Om deze redenen zou PST volgens de geïnterviewde beter uitgevoerd kunnen worden door een andere eerstelijns zorgverlener dan de huisarts, zoals de SPV.

Motiverende gespreksvoering is een gesprekstechniek die veel gebruikt wordt binnen de huisartsenzorg, niet alleen als onderdeel van de interventie die beschreven is in bijlage 4. Elementen van motiverende gespreksvoering komen ook terug bij veel online interventies die gericht zijn op het veranderen van gedrag, zoals het verminderen van alcoholgebruik.

De eerste stappen van *reattributie* zijn gericht op het onderzoeken van de lichamelijke en psychische kanten van de klacht waarmee een patiënt naar de huisartsenzorg komt. Voor het onderzoeken van de lichamelijke kant van de klacht en een eventuele verwijzing voor verder onderzoek is de huisarts de meest aangewezen persoon. Daarom kunnen de eerste stappen van de interventie volgens de geïnterviewde het beste door de huisarts uitgevoerd worden. Als uit deze inventarisatie naar voren is gekomen dat de klacht van de patiënt een psychische component bevat en als daarover consensus bestaat tussen de huisarts en de patiënt, kan eventueel een andere eerstelijns zorgverlener ingezet worden om de interventie verder uit te voeren. Deze overstap naar een andere hulpverlener kan echter weerstand opwekken bij de patiënt. Ook vanuit efficiëntieoverwegingen kan het nuttig zijn om de gehele interventie door de huisarts te laten uitvoeren.

Gezondheidsvoorlichting kan in principe door elke eerstelijns zorgverlener gegeven worden. Essentieel is volgens de geïnterviewde dat de informatie aansluit bij de behoefte van de patiënt en relevant is voor de situatie waarin hij/zij verkeert. Verder is het belangrijk dat de patiënt het gevoel heeft dat de informatie afkomstig is van zijn eigen hulpverlener, in plaats van dat hij algemene informatie aangeboden krijgt.

4.1.3 Online interventies

Uit de interviews kwam naar voren dat online interventies op verschillende manieren ingezet kunnen worden in de huisartsenzorg.

Ten eerste kunnen huisartsen en andere eerstelijns zorgverleners fungeren als wegwijzer op Internet door patiënten te wijzen op betrouwbare websites en online interventies. Een geïnterviewde gaf aan dat personen die in de huisartsenvoorziening hulp zoeken voor hun psychische problemen wellicht ernstigere problemen hebben dan personen die zelf via Internet hulp zoeken. Als zorgverleners in de huisartsenvoorziening verwijzen naar online interventies zou daarmee een nieuwe groep gebruikers van dit type interventies bereikt kunnen worden.

Hiernaast kunnen eerstelijns hulpverleners een actievere functie vervullen met betrekking tot online interventies, door de vorderingen van deelnemers te bespreken. Verschillende experts gaven aan dat het nog onduidelijk is welke meerwaarde dit kan hebben en of deelnemers en hulpverleners hier behoefte aan hebben. Ook is niet bekend welke invloed dit heeft op de effectiviteit van online interventies. Een andere vraag is door wie de informatie over de vorderingen teruggekoppeld zou moeten worden. De deelnemer aan de interventie zou dit zelf kunnen doen, maar het is in bepaalde gevallen wellicht ook mogelijk om de terugkoppeling – na toestemming van de deelnemer – onderdeel te maken van de interventie, waardoor er objectievere informatie teruggekoppeld kan worden. Een probleem hiervan kan zijn dat de anonimiteit van de interventie verloren gaat, terwijl dit vaak juist gezien wordt als een voordeel en drempelverlagend kenmerk van online interventies.

Ten derde biedt het Internet eerstelijns zorgverleners de mogelijkheid om begeleiding te bieden buiten face-to-face afspraken om.

Online interventies kunnen ingezet worden naast de gangbare huisartsenzorg, maar ook als eerste vorm van zorg als er wachtlijsten zijn voor de reguliere geestelijke gezondheidszorg. Naast de eerder genoemde anonimiteit, hebben online interventies als voordeel dat zij 24 uur per dag bereikbaar zijn. Dit betekent dat personen toegang hebben tot de interventie direct op het moment dat zij hier behoefte aan hebben. Dit is vooral gunstig in het kader van een gedragsverandering (bijv. stoppen met drinken), omdat deelnemers kunnen starten met de interventie op het moment dat zij optimaal gemotiveerd zijn. Dit vergroot de slagingskans van de interventie.

Een geïnterviewde gaf aan dat een nadeel van de inzet van online interventies in de huisartsenvoorziening kan zijn dat patiënten zich afgescheept voelen als zij door een eerstelijns zorgverlener naar dit soort interventies verwezen worden. Momenteel voert het Trimbos-instituut een onderzoek uit naar de implementatie van een online interventie (Kleur je Leven) in de eerstelijnszorg. Hierbij wordt ook aandacht besteed aan de mening van patiënten en verschillende soorten eerstelijns zorgverleners over de inzet van online interventies in de eerstelijnszorg. De resultaten van dit onderzoek zullen dit jaar beschikbaar zijn.

4.2 Essentiële elementen van de interventies

Naar aanleiding van de derde vraagstelling van dit onderzoek (zie paragraaf 1.2) is de

geïnterviewden gevraagd of er algemenere methodieken of essentiële elementen zijn af te leiden uit de specifieke interventies. Vrijwel alle geïnterviewden gaven hierbij aan dat er niet één specifiek element van de interventie aangewezen kan worden dat de beschreven effecten teweeggebracht heeft. Zij benadrukten dat de interventies gezien moeten worden als een geheel, in plaats van als een verzameling van afzonderlijke elementen, die ook apart van elkaar ingezet kunnen worden.

Sommige geïnterviewden opperden dat de geselecteerde interventies wellicht in een logische volgorde gezet kunnen worden. Interventies als motiverende gespreksvoering en reattributie richten zich vooral op een inventarisatie van het probleem en de motivatie van de deelnemer of patiënt om iets aan het probleem te doen. Dit type interventies zou zich daarom bevinden aan het begin van een continuüm, terwijl interventies als begeleide zelfhulp en PST, die vereisen dat de deelnemer zijn/haar probleem onder ogen ziet en er iets aan wil doen, zich verderop in het continuüm bevinden. Een van de geïnterviewden merkte hierbij op dat er geen empirisch bewijs is voor het bestaan van een dergelijk continuüm. Hij benadrukte dat interventies beter geordend kunnen worden naar intensiteit. Zo kost begeleide zelfhulp de zorgverlener nauwelijks tijd. Een dergelijke interventie zou als eerste ingezet kunnen worden, terwijl gekozen kan worden voor een intensievere interventie als de minder intensieve interventies niet het gewenste effect hebben.

4.3 Factoren die van invloed zijn op de implementatie

Uit de interviews komt een aantal factoren naar voren die bevorderend of belemmerend kunnen werken bij een bredere implementatie van de interventies in de huisartsenvoorziening of elders in de eerstelijnszorg. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen kenmerken van hulpverleners die de interventie begeleiden of uitvoeren, kenmerken van deelnemers aan de interventie, kenmerken van de interventie, en organisatorische factoren.

4.3.1 Kenmerken van hulpverleners

De geïnterviewden noemden verscheidene kenmerken van hulpverleners die van invloed kunnen zijn op een succesvolle implementatie van kortdurende interventies voor psychische problemen in de huisartsenvoorziening of de omringende eerstelijnszorg:

- Motivatie tot het uitvoeren of begeleiden van de interventie. De motivatie van huisartsen kan samenhangen met de mate waarin zij de zorg voor psychische problemen tot hun taak rekenen.
- Kennis en vaardigheden van de hulpverleners. De interventies vragen specifieke vaardigheden van de uitvoerders, die niet altijd overeenkomen met hun gebruikelijke werkwijze. Bij het uitvoeren van begeleide zelfhulp en PST is het bijvoorbeeld essentieel dat hulpverleners – soms tegen hun gangbare werkwijze in – geen actieve therapeutische houding aannemen, maar vooral de deelnemer het werk laten doen. Aan de andere kant kunnen sommige interventies juist makkelijk geïmplementeerd en

verspreid worden, omdat zij inspelen op een behoefte van zorgverleners aan bepaalde vaardigheden. Zo beschreef een geïnterviewde dat SPVen vanuit hun achtergrond in de chronisch psychiatrische zorg onvoldoende instrumenten hadden om in de eerstelijns setting te gebruiken. Op basis van die behoefte kon PST makkelijk verspreid worden.

Verscheidene geïnterviewden wezen in dit verband op de grote variatie in achtergrondkennis en ervaring van de POH-GGZ, waardoor het moeilijk is om aan te geven of een interventie door een POH-GGZ uitgevoerd zou kunnen worden.

- Bekendheid en ervaring met de interventie. Enkele geïnterviewden merkten op dat hulpverleners de neiging hebben om vast te houden aan bekende interventies en methoden, zelfs als deze niet of beperkt effectief zijn gebleken. Het is daarom belangrijk om hulpverleners goed te informeren over alternatieve interventies. In dit kader is het ook van belang dat hulpverleners kunnen oefenen met voor hen onbekende interventies om daarmee de voordelen van de interventies direct te kunnen ervaren.

4.3.2 Kenmerken van deelnemers

Kenmerken van deelnemers die de implementatie van interventies kunnen bevorderen of belemmeren zijn:

- Motivatie tot het deelnemen aan de interventie. Dit speelt tijdens de gehele duur van een interventie een rol. Zo is bijvoorbeeld van online interventies bekend dat een aanzienlijk deel van de deelnemers voortijdig met de interventie stopt. Dit kan een succesvolle implementatie van interventies in de weg staan.
- Etniciteit van de deelnemers. Veel interventies zijn vooral onderzocht bij en gericht op autochtonen. Er is in de interventies vaak weinig aandacht voor de specifieke behoeften van allochtonen. Dit kan bijvoorbeeld gevolgen hebben voor de manier waarop gezondheidsvoorlichting wordt geïnterpreteerd door de doelgroep en daarmee op een succesvolle implementatie.
- Opleiding en sociaal-economische achtergrond van de deelnemers. Verscheidene geïnterviewden meldden dat de beschreven interventies vooral deelnemers met een relatief hoge opleiding en sociaal-economische status aantrekken. Voor een brede implementatie moeten daarom manieren gevonden worden om ook andere bevolkingsgroepen te bereiken.

4.3.3 Kenmerken van de interventie

De volgende kenmerken van interventies werden door de geïnterviewden genoemd als factoren die van invloed kunnen zijn op de implementatie:

- Bereikbaarheid, vindbaarheid of bekendheid van de interventie. Hulpverleners kunnen hieraan bijdragen door potentiële deelnemers te verwijzen naar geschikte interventies. Voor online interventies is de vindbaarheid van de website en een goede vermelding in zoekmachines essentieel.

- Bewijs van de effectiviteit van een interventie blijkt hulpverleners te stimuleren om de betreffende interventie te gaan gebruiken.
- Voor online interventies werd de technische kwaliteit van de website genoemd als factor die de implementatie kan bevorderen of belemmeren. De website moet zonder problemen draaien, de privacy van de deelnemers moet gewaarborgd zijn en deelnemers moeten de beschikking hebben over technische ondersteuning voor eenvoudige problemen met het gebruik van de website.

4.3.4 Organisatorische factoren

Als laatste werden organisatorische factoren genoemd die bevorderend of belemmerend kunnen werken bij een brede implementatie van interventies.

- Een belangrijke factor die door vrijwel alle geïnterviewden genoemd werd, betreft de financiële aspecten van de implementatie. Om de bekendheid van interventies te garanderen is het bijvoorbeeld belangrijk om hierover op regelmatige basis informatie te verspreiden door middel van folders, advertenties etc. Het is echter onduidelijk wie verantwoordelijk is voor de kosten van deze informatiecampagnes. Een ander financieel aspect dat naar voren kwam uit de interviews is het feit dat eerstelijns zorgverleners meer geneigd zullen zijn om een interventie toe te passen als zij in financiële zin gecompenseerd worden voor de extra tijd die zij hieraan besteden. Voor het bespreken en begeleiden van psychische problemen is vaak een langer consult nodig, terwijl de huidige financieringsstructuur daar niet voldoende in voorziet. Dit aspect staat in direct verband met de werkdruk en de beperkte hoeveelheid tijd die zorgverleners over het algemeen hebben.
- Verder is het belangrijk om duidelijkheid te hebben over de vraag wie er binnen een organisatie verantwoordelijk is voor de implementatie van een interventie. Deze persoon kan de randvoorwaarden en praktische aspecten die van belang zijn voor de uitvoering van de interventie bewaken (bijv. de aanwezigheid van voldoende handleidingen of het organiseren van trainingen).
- Sommige interventies zijn niet of minder geschikt om door huisartsen zelf uitgevoerd te worden. Deze interventies vereisen daarom de aanwezigheid van ondersteunende hulpverleners in de huisartsenvoorziening.
- Voor de implementatie van signaleringsinstrumenten is het van belang dat er voldoende mogelijkheden zijn voor verwijzing of behandeling. Het opsporen van personen met psychische problemen heeft namelijk geen zin als daarna een adequaat zorgaanbod ontbreekt.

5 Resultaten van de schriftelijke paneldiscussie

In totaal hebben 70 belanghebbenden hun medewerking aan de schriftelijke paneldiscussie toegezegd. Van deze personen hebben er 54 daadwerkelijk deelgenomen aan de eerste ronde van de paneldiscussie, terwijl 55 belanghebbenden deelnamen aan de tweede ronde (tabel 5.1). Tabel 5.2 toont enkele achtergrondkenmerken van de respondenten van beide ronden van de paneldiscussie.

Tabel 5.1 Schriftelijke paneldiscussie: respons

	Benaderd		Toegezegd		Respons 1 ^e ronde		Respons 2 ^e ronde	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hulpverleners	550		48	9	35	6	36	7
Vertegenw. patiënten- en belangenorganisaties	3		1	33	-	-	1	33
Vertegenw. belangenorganisaties hulpverleners	5		4	80	4	80	4	80
Overige experts	52		17	33	15	29	14	27
Totaal	610		70	12	54	9	55	9

Gerapporteerde percentages zijn bepaald ten opzichte van het aantal benaderde respondenten.

Tabel 5.2 Kenmerken van respondenten van de schriftelijke paneldiscussie

	1 ^e ronde N=54	2 ^e ronde N=55
Leeftijd (gemiddelde ± SD)	51 ± 10	52 ± 9
Geslacht: N (%)		
Man	21 (38,9)	22 (40,0)
Vrouw	33 (61,1)	33 (60,0)
Functie: N (%)		
Huisarts	15 (27,8) ^a	15 (27,3) ^b
SPV	1 (2,0)	1 (1,8)
AMWer	10 (18,5)	11 (20,0)
ELP	9 (16,7)	9 (16,4)
Vertegenwoordiger van patiënten- en belangenorganisaties	-	1 (1,8)

- tabel 5.2 wordt vervolgd -

- vervolg tabel 5.2 -

	1 ^e ronde N=54	2 ^e ronde N=55
Vertegenwoordiger van belangenorganisaties van hulpverleners	4 (7,4)	4 (7,3)
GGZ-coördinator van ROS	7 (13,0)	7 (12,7)
Huisartsenopleider	3 (5,6)	3 (5,5)
Anders	5 (9,3)	4 (7,3)

SD: standaarddeviatie

^a van wie 7 werkzaam met en 8 zonder aanvullende ondersteuning van een SPV, AMWer of ELP.

^b van wie 11 werkzaam met en 4 zonder aanvullende ondersteuning van een SPV, AMWer of ELP.

5.1 Resultaten van de eerste ronde

5.1.1 Signaleringsinstrumenten

Aan de respondenten is gevraagd op welke manier signaleringsinstrumenten het beste ingezet kunnen worden in de huisartsenvoorziening. De meerderheid (82%) van de respondenten gaf aan dat deze lijsten het beste gebruikt kunnen worden ter ondersteuning van de diagnostiek, als er al een vermoeden is van de aanwezigheid van een bepaalde aandoening. Ook kunnen signaleringsinstrumenten gebruikt worden om problemen bespreekbaar te maken (genoemd door 74% van de respondenten). Minder dan de helft van de respondenten (44%) gaf aan dat signaleringsinstrumenten gebruikt kunnen worden om problemen bij risicogroepen op te sporen. Slechts 7 respondenten vonden dat signaleringsinstrumenten gebruikt kunnen worden om problemen op te sporen bij een algemene groep patiënten.

Het aantal vragen dat een signaleringsinstrument bevat en de tijd die het kost om een instrument in te vullen, zijn volgens de meeste respondenten (76%) beslissend voor de toepasbaarheid van het instrument in de huisartsenvoorziening. Als patiënten een signaleringslijst thuis of in de wachtkamer kunnen invullen, kunnen lijsten langer zijn en mag het invullen meer tijd kosten dan als de lijsten tijdens het consult met de zorgverlener ingevuld moeten worden.

De meerderheid (57%) van de 35 hulpverleners die deelgenomen hebben aan de eerste ronde van de schriftelijke paneldiscussie, maakt in hun dagelijkse praktijk gebruik van signaleringsinstrumenten. Deze instrumenten worden vooral gebruikt bij indicaties van depressie, angst en dementie. Terwijl de meerderheid (89%, N=8) van de deelnemende ELPen signaleringsinstrumenten gebruikt, is het gebruik van deze instrumenten door huisartsen (47%, N=7) en AMWers (40%, N=4) minder gangbaar. Als belangrijkste redenen voor het niet gebruiken van de lijsten worden tijdgebrek en onbekendheid met of slechte beschikbaarheid van de lijsten genoemd.

5.1.2 Begeleide zelfhulp

De respondenten van de paneldiscussie zien de POH-GGZ en de SPV als de meest aangewezen eerstelijns zorgverleners om begeleide zelfhulp uit te voeren. In totaal vond 87% van de respondenten dat dit type interventies uitgevoerd kan worden door de SPV, terwijl 82% van mening was dat begeleide zelfhulp uitgevoerd kan worden door de POH-GGZ (tabel 5.3). Hierbij is opgemerkt dat een aanvullende training eventueel noodzakelijk is, afhankelijk van de kennis en achtergrond van de zorgverlener. Ook de ELP wordt gezien als mogelijke uitvoerder van begeleide zelfhulp, maar gezien de taakomschrijving en specialisatie van de ELP vinden de respondenten het wenselijk om de interventie eerst door andere eerstelijns zorgverleners te laten uitvoeren. Als er problemen optreden in de uitvoering van begeleide zelfhulp, kan verwezen worden naar een ELP.

Tabel 5.3 Mogelijke uitvoerders van begeleide zelfhulp

Functie van respondent	Mogelijke uitvoerder: N (% van functie)				
	Huisarts	POH-GGZ	SPV	AMWer	ELP
Huisarts (N=15)	11 (73,3)	13 (86,7)	12 (80,0)	10 (66,7)	12 (80,0)
SPV (N=1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	1 (100,0)
AMWer (N=10)	4 (40,0)	6 (60,0)	7 (70,0)	9 (90,0)	7 (70,0)
ELP (N=9)	1 (11,1)	7 (77,8)	8 (88,9)	5 (55,6)	7 (77,8)
Vertegenw. belangenorg. v. hulpverleners (N=4)	1 (25,0)	3 (75,0)	4 (100,0)	2 (50,0)	3 (75,0)
GGZ-coördinator van ROS (N=7)	4 (57,1)	7 (100,0)	7 (100,0)	6 (85,7)	7 (100,0)
Huisartsenopleider (N=3)	3 (100,0)	3 (100,0)	3 (100,0)	0 (0,0)	3 (100,0)
Anders (N=5)	4 (80,0)	5 (100,0)	5 (100,0)	1 (20,0)	5 (100,0)
Totaal (N=54)	28 (51,9)	44 (81,5)	47 (87,0)	34 (63,0)	45 (83,3)

Uit tabel 5.3 komt verder naar voren dat de meerderheid van de huisartsen (73%) van mening is dat zij begeleide zelfhulp kunnen uitvoeren, terwijl andere groepen respondenten de huisarts minder vaak noemden als mogelijke uitvoerder van deze interventie. Als obstakels voor uitvoering door de huisarts noemden zij vooral een gebrek aan tijd, kennis en vaardigheden van de huisarts.

Ook de meeste AMWers (90%, N=9) zijn zelf van mening dat zij begeleide zelfhulp kunnen uitvoeren. Andere groepen respondenten noemden AMWers minder vaak als mogelijke uitvoerders van begeleide zelfhulp. Hierbij werden vooral een gebrek aan tijd, kennis en vaardigheden genoemd als obstakels. Bovendien gaven respondenten aan dat dit type interventies niet tot het takenpakket van het AMW behoort.

Bijna drie kwart van de ondervraagden (74%) vindt het belangrijk dat begeleide zelfhulp op grote schaal geïmplementeerd wordt in de huisartsenvoorziening. Van de 35

hulpverleners die deelnamen aan de paneldiscussie werkt 59% in de dagelijkse praktijk met begeleide zelfhulp.

5.1.3 *Problem-solving treatment*

De POH-GGZ (76%), de SPV (87%) en de ELP (91%) zijn het meest genoemd als mogelijke uitvoerders van PST (tabel 5.4). Afhankelijk van de kennis en achtergrond van de POH-GGZ en de SPV wordt een aanvullende training als noodzakelijk gezien. De respondenten merkten – evenals bij begeleide zelfhulp – op dat het gezien de taakomschrijving en specialisatie van de ELP wenselijk is om PST eerst door andere eerstelijns zorgverleners te laten uitvoeren. Als er problemen optreden in de uitvoering van de interventie, kan verwezen worden naar een ELP.

Tabel 5.4 Mogelijke uitvoerders van PST

Functie van respondent	Mogelijke uitvoerder: N (% van functie)				
	Huisarts	POH-GGZ	SPV	AMWer	ELP
Huisarts (N=15)	9 (60,0)	14 (93,3)	13 (86,7)	6 (40,0)	14 (93,3)
SPV (N=1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	1 (100,0)
AMWer (N=10)	1 (10,0)	5 (50,0)	8 (80,0)	9 (90,0)	7 (70,0)
ELP (N=9)	0 (0,0)	4 (44,4)	8 (88,9)	5 (55,6)	9 (100,0)
Vertegenw. belangenorg. v. hulpverleners (N=4)	1 (25,0)	4 (100,0)	4 (100,0)	3 (75,0)	4 (100,0)
GGZ-coördinator van ROS (N=7)	2 (28,6)	7 (100,0)	6 (85,7)	7 (100,0)	6 (85,7)
Huisartsenopleider (N=3)	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100,0)	0 (0,0)	3 (100,0)
Anders (N=5)	2 (40,0)	5 (100,0)	4 (80,0)	0 (0,0)	5 (100,0)
Totaal (N=54)	16 (29,6)	41 (75,9)	47 (87,0)	31 (57,4)	49 (90,7)

Uit tabel 5.4 komt verder naar voren dat de meerderheid van de huisartsen (60%, N=9) van mening is dat zij PST kunnen uitvoeren. Als voorwaarde voor de uitvoering noemden deze huisartsen vooral financiële compensatie en aanvullende training. Andere groepen respondenten noemden huisartsen minder vaak als mogelijke uitvoerders van PST. Als obstakels voor uitvoering door de huisarts noemden zij vooral een gebrek aan tijd, kennis en vaardigheden van de huisarts.

Ook de meerderheid van de AMWers (90%, N=9) ziet de eigen beroepsgroep als mogelijke uitvoerder van PST, terwijl andere groepen respondenten AMWers minder vaak noemden. Zij zagen vooral een gebrek aan kennis en vaardigheden als obstakels voor uitvoering van PST door AMWers. Bovendien gaven respondenten aan dat dit type interventies niet tot het takenpakket van het AMW behoort.

Van de respondenten vindt 61% het belangrijk dat PST op grote schaal geïmplementeerd wordt in de huisartsenvoorziening. Van de 35 hulpverleners die deelnamen aan de paneldiscussie werkt 66% in de dagelijkse praktijk met PST.

5.1.4 *Motiverende gespreksvoering*

Motiverende gespreksvoering wordt gezien als een interventie die in principe door alle eerstelijns zorgverleners uitgevoerd kan worden (tabel 5.5). Eventueel is een aanvullende training hiervoor gewenst, afhankelijk van de kennis en achtergrond van de zorgverlener. Een respondent merkte hierbij op dat motiverende gespreksvoering deel zou moeten uitmaken van elke behandeling waarbij gedragsverandering beoogd wordt. De interventie kan ook gebruikt worden om patiënten te motiveren tot het volgen van een behandeling. Omdat patiënten vaak als eerste bij een huisarts komen, dient vooral in de huisartsenvoorziening veel aandacht voor deze interventie te zijn. De interventie wordt door de respondenten dan ook gezien als een algemene gesprekstechniek van de huisarts, die eventueel gedelegeerd kan worden naar de POH-GGZ. Uitvoering door een ELP is gezien de taakomschrijving en specialisatie minder wenselijk. De ELP kan volgens de respondenten beter ingezet worden voor intensievere interventies bij zwaardere problematiek.

Tabel 5.5 Mogelijke uitvoerders van motiverende gespreksvoering

Functie van respondent	Mogelijke uitvoerder: N (% van functie)				
	Huisarts	POH-GGZ	SPV	AMWer	ELP
Huisarts (N=15)	15 (100,0)	13 (86,7)	13 (86,7)	10 (66,7)	11 (73,3)
SPV (N=1)	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	1 (100,0)
AMWer (N=10)	6 (60,0)	8 (80,0)	8 (80,0)	9 (90,0)	6 (60,0)
ELP (N=9)	8 (88,9)	9 (100,0)	9 (100,0)	9 (100,0)	8 (88,9)
Vertegenw. belangenorg. v. hulpverleners (N=4)	2 (50,0)	4 (100,0)	4 (100,0)	4 (100,0)	4 (100,0)
GGZ-coördinator van ROS (N=7)	7 (100,0)	7 (100,0)	7 (100,0)	7 (100,0)	5 (71,4)
Huisartsenopleider (N=3)	3 (100,0)	3 (100,0)	3 (100,0)	1 (33,3)	3 (100,0)
Anders (N=5)	5 (100,0)	4 (80,0)	3 (60,0)	3 (60,0)	3 (60,0)
Totaal (N=54)	46 (85,2)	49 (90,7)	48 (88,9)	44 (81,5)	41 (75,9)

De meerderheid van de respondenten (87%) vindt het belangrijk dat motiverende gespreksvoering breed geïmplementeerd wordt in de huisartsenvoorziening. Van de 35 hulpverleners die deelnamen aan de paneldiscussie geeft 76% aan in de praktijk met dit type interventie te werken.

5.1.5 *Reattributie*

De respondenten zien de POH-GGZ en de SPV als mogelijke uitvoerders van reattributie. In totaal vindt 80% van de respondenten dat deze interventie uitgevoerd kan worden door

de SPV, terwijl 69% van mening is dat de interventie uitgevoerd kan worden door de POH-GGZ (tabel 5.6). Afhankelijk van de kennis en achtergrond van deze zorgverleners is een aanvullende training noodzakelijk. Een probleem bij de uitvoering van reattributie door een POH-GGZ of SPV is dat patiënten met somatisatieklachten of lichamelijk onverklaarde klachten vaak de huisarts zelf willen spreken. Om die reden is in de praktijk de huisarts de meest aangewezen persoon om de interventie uit te voeren. De meerderheid van de respondenten (89%) gaf aan dat reattributie qua techniek ook uitgevoerd kan worden door een ELP. Hier speelt echter ook het bovengenoemde probleem dat de doelgroep van de interventie vaak de huisarts zelf wil spreken.

De meerderheid van de huisartsen (67%, N=10) is van mening dat zij reattributie kunnen uitvoeren, na aanvullende training en met financiële compensatie. Als belangrijkste obstakels voor uitvoering van reattributie door huisartsen worden een gebrek aan tijd en kennis/vaardigheden van huisartsen genoemd.

In totaal vindt 62% van de respondenten het belangrijk dat reattributie breed geïmplementeerd wordt in de huisartsenvoorziening. Een vergelijkbaar percentage (61%) van de 35 deelnemende hulpverleners werkt in de dagelijkse praktijk met deze interventie.

Tabel 5.6 Mogelijke uitvoerders van reattributie

Functie van respondent	Mogelijke uitvoerder: N (% van functie)				
	Huisarts	POH-GGZ	SPV	AMWer	ELP
Huisarts (N=15)	10 (66,7)	12 (80,0)	12 (80,0)	1 (6,7)	13 (86,7)
SPV (N=1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (100,0)
AMWer (N=10)	5 (50,0)	6 (60,0)	7 (70,0)	9 (90,0)	7 (70,0)
ELP (N=9)	2 (22,2)	4 (44,4)	7 (77,8)	7 (77,8)	9 (100,0)
Vertegenw. belangenorg. v. hulpverleners (N=4)	3 (75,0)	3 (75,0)	4 (100,0)	2 (50,0)	4 (100,0)
GGZ-coördinator van ROS (N=7)	5 (71,4)	6 (85,7)	5 (71,4)	5 (71,4)	7 (100,0)
Huisartsenopleider (N=3)	2 (66,7)	2 (66,7)	3 (100,0)	0 (0,0)	3 (100,0)
Anders (N=5)	3 (60,0)	4 (80,0)	4 (80,0)	3 (60,0)	4 (80,0)
Totaal (N=54)	30 (55,6)	37 (68,5)	43 (79,6)	27 (50,0)	48 (88,9)

5.1.6 Gezondheidsvoorlichting

Gezondheidsvoorlichting kan in principe door alle eerstelijns zorgverleners gegeven worden, waarbij respondenten de voorkeur gaven aan de huisarts (91%), de POH-GGZ (89%) en de SPV (72%) (tabel 5.7). De respondenten gaven hierbij aan dat informatie over lichtere en somatische problemen het beste gegeven kan worden door de huisarts of de POH-GGZ. Als de gezondheidsvoorlichting ernstigere geestelijke

gezondheidsproblemen betreft en als deze voorlichting eventueel gekoppeld moet worden aan begeleiding, is de SPV de meest aangewezen persoon om de interventie uit te voeren.

Tabel 5.7 Mogelijke uitvoerders van gezondheidsvoorlichting

Functie van respondent	Mogelijke uitvoerder: N (% van functie)				
	Huisarts	POH-GGZ	SPV	AMWer	ELP
Huisarts (N=15)	14 (93,3)	12 (80,0)	9 (60,0)	7 (46,7)	7 (46,7)
SPV (N=1)	1 (100,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	1 (100,0)
AMWer (N=10)	9 (90,0)	9 (90,0)	5 (50,0)	5 (50,0)	4 (40,0)
ELP (N=9)	8 (88,9)	9 (100,0)	8 (88,9)	7 (77,8)	6 (66,7)
Vertegenw. belangenorg. v. hulpverleners (N=4)	4 (100,0)	4 (100,0)	4 (100,0)	2 (50,0)	4 (100,0)
GGZ-coördinator van ROS (N=7)	7 (100,0)	7 (100,0)	7 (100,0)	6 (85,7)	5 (71,4)
Huisartsenopleider (N=3)	1 (33,3)	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0,0)	1 (33,3)
Anders (N=5)	5 (100,0)	4 (80,0)	4 (80,0)	4 (80,0)	3 (60,0)
Totaal (N=54)	49 (90,7)	48 (88,9)	39 (72,2)	32 (59,3)	31 (57,4)

Bijna alle respondenten (93%) vinden het belangrijk om gezondheidsvoorlichting breed te implementeren in de huisartsenzorg. Minder dan de helft van de 35 deelnemende hulpverleners (42%) gebruikt dit type interventie ook daadwerkelijk in de dagelijkse praktijk.

5.1.7 Online interventies

De meerderheid van de respondenten (85%) gaf aan dat eerstelijns zorgverleners een taak hebben met betrekking tot online interventies. Zij kunnen fungeren als wegwijzer op Internet, door patiënten te verwijzen naar betrouwbare websites, of zij kunnen patiënten vragen om hun vorderingen met betrekking tot online interventies te komen bespreken. Verder biedt Internet de mogelijkheid om begeleiding of contactmogelijkheden tussen zorgverleners en patiënten te bieden buiten face-to-face afspraken om.

Vijftien procent van de respondenten (N=8) vond dat eerstelijns zorgverleners geen taak hebben met betrekking tot online interventies. Als belangrijkste redenen hiervoor gaven zij aan dat de anonimiteit bij dit type interventies cruciaal is (63%, N=5) en dat patiënten/cliënten zelf hun weg op Internet kunnen vinden (50%, N=4). Ook een gebrek aan tijd van eerstelijns zorgverleners werd genoemd (50%, N=4).

De helft van de respondenten vindt het belangrijk dat online interventies breed geïmplementeerd worden in de huisartsenzorg. Een minderheid (35%) maakt in de dagelijkse praktijk gebruik van dit type interventies.

5.2 Resultaten van de tweede ronde

Op basis van de reacties uit de eerste ronde is voor elke interventie beschreven door welke eerstelijns zorgverlener en onder welke voorwaarden de interventie het beste ingezet kan worden. Deze beschrijvingen, die grote lijnen overeenkomen met de beschrijvingen uit paragraaf 5.1, zijn in de tweede ronde van de paneldiscussie voorgelegd aan de respondenten. Bij elke interventie werd ook een korte toelichting gegeven over de inhoud, duur en effectiviteit. De respondenten is gevraagd om op grond van deze beschrijving voor elke interventie aan te geven welke eerstelijns zorgverlener (huisarts, POH-GGZ, SPV, AMWer of ELP) hun voorkeur heeft als uitvoerder van de interventie. Respondenten konden hun voorkeur aangeven met de cijfers 1 t/m 5. Als respondenten van mening waren dat een interventie even goed door twee verschillende soorten zorgverleners uitgevoerd kon worden, konden zij aan beide zorgverleners hetzelfde cijfer geven. Tabel 5.8 toont de voorkeuren van de respondenten (N=55).

Tabel 5.8 Voorkeuren wat betreft uitvoerders van interventies

Gewenste uitvoerder	Begeleide zelfhulp	PST	Motiverende gespreksvoering	Reattributie	Gezondheidsvoorlichting
Huisarts	3,6 (1,3)	3,9 (1,4)	1,8 (1,3)	2,7 (1,4)	1,3 (0,8)
POH-GGZ	1,6 (1,1)	1,9 (1,2)	1,8 (0,9)	1,9 (1,1)	1,5 (0,5)
SPV	1,8 (0,9)	1,8 (1,0)	2,4 (1,1)	2,2 (1,1)	2,6 (0,8)
AMWer	3,4 (1,3)	3,4 (1,4)	3,0 (1,3)	3,7 (1,5)	3,8 (1,1)
ELP	3,4 (1,2)	2,9 (1,2)	4,0 (1,2)	2,9 (1,4)	4,3 (1,0)

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

In het algemeen komen de resultaten van de tweede ronde overeen met die van de eerste ronde. Hieruit blijkt dat de respondenten de op grond van de eerste ronde geformuleerde beschrijvingen van de interventies aanvaardbaar vinden. Zo hebben respondenten van de tweede ronde, net als naar voren kwam uit de eerste ronde, een voorkeur voor de POH-GGZ en SPV als uitvoerders van begeleide zelfhulp en PST. Motiverende gespreksvoering en gezondheidsvoorlichting kunnen volgens de respondenten het beste uitgevoerd worden door een huisarts of een POH-GGZ, en eventueel door een SPV. Voor de uitvoering van reattributie komt geen duidelijke voorkeur voor een eerstelijns zorgverlener naar voren. Respondenten merkten hierbij op dat de doelgroep van reattributie, patiënten met somatisatieklachten of lichamelijk onverklaarde klachten, meestal de huisarts zelf willen spreken, zodat de huisarts de meest aangewezen persoon is om de interventie uit te voeren.

In de eerste ronde van de paneldiscussie is aan de respondenten gevraagd welk belang zij hechtten aan een brede implementatie van de beschreven interventies in de huisartsenvoorziening.

Naar aanleiding van de reacties in de eerste ronde zijn de interventies geordend naar het belang van brede implementatie:

1. Gezondheidsvoorlichting
2. Motiverende gespreksvoering
3. Begeleide zelfhulp
4. Reattributie
5. Problem-solving treatment
6. Online interventies

Gezondheidsvoorlichting werd in de eerste ronde gezien als het meest belangrijk om op grote schaal in te voeren in de huisartsenvoorziening, terwijl dit voor online interventies als het minst belangrijk gezien werd. Aan de respondenten van de tweede ronde is gevraagd of zij het eens zijn met deze volgorde. De meerderheid van de respondenten (72%) antwoordde hierop bevestigend. De personen die het niet eens waren met de beschreven volgorde (N=15), vonden vooral een brede implementatie van online interventies meer van belang. Zij plaatsten online interventies op plaats 4, gevolgd door reattributie en PST. De volgorde van de overige interventies bleef ongewijzigd.

Op grond van de resultaten uit de eerste ronde zijn ook korte beschrijvingen gemaakt van de meest geëigende plaats of functie van signaleringsinstrumenten en online interventies in de eerstelijnszorg. Deze beschrijvingen, die in grote lijnen overeenkomen met de paragrafen 5.1.1 en 5.1.7, zijn voorgelegd aan de respondenten van de tweede ronde. De meerderheid van de respondenten was het eens met het beschreven gebruik van signaleringsinstrumenten in de eerstelijnszorg (94%). Als aanvulling werd genoemd dat signaleringsinstrumenten ook gebruikt kunnen worden om de ernst van de klachten van patiënten in de gaten te houden tijdens een behandeling of tijdens ‘watchful waiting’.

De meerderheid van de respondenten (89%) was het eens met de beschreven functie van online interventies in de eerstelijnszorg. Respondenten die het niet eens waren met de beschrijving hadden vooral bedenkingen bij de mogelijkheid om via Internet begeleiding of behandeling te bieden en hadden een voorkeur voor face-to-face begeleiding.

6 Conclusies

Omdat de zorg voor personen met psychische problemen meestal in de huisartsenvoorziening begint, hebben hulpverleners in deze setting instrumenten nodig om psychische problemen adequaat te signaleren en te behandelen of te begeleiden. In de afgelopen jaren zijn verscheidene kortdurende interventies ontwikkeld voor de diagnostiek, preventie en behandeling van psychische problemen, die nuttig kunnen zijn in de zorg voor mensen met psychische problemen binnen de huisartsenvoorziening. Een overzicht van de kenmerken en effectiviteit van dergelijke interventies ontbreekt echter. Ook is onduidelijk in hoeverre de interventies toepasbaar zijn in de setting van de huisartsenvoorziening. In dit rapport is de methode van de kennissynthese gebruikt om meer inzicht te bieden in de beschikbaarheid en uitvoerbaarheid van recentelijk beschreven kortdurende interventies voor psychische problemen in de huisartsenvoorziening.

6.1 Selectie van effectieve en veelbelovende interventies

Op grond van een literatuuronderzoek zijn effectieve en veelbelovende interventies geselecteerd, die gezien hun kortdurende en niet-specialistische karakter ingezet kunnen worden in de huisartsenvoorziening (zie vraagstellingen 1 en 2, paragraaf 1.2). Dit betreft interventies op het gebied van diagnostiek en signalering (signaleringsinstrumenten), op het gebied van preventie en/of kortdurende behandeling en online interventies. Binnen de geselecteerde interventies op het gebied van preventie en/of kortdurende behandeling kunnen vijf hoofdgroepen onderscheiden worden:

- Begeleide zelfhulp
- Problem-solving treatment (PST)
- Motiverende gespreksvoering
- Reattributie
- Gezondheidsvoorlichting

6.2 Algemene methodieken

Ter beantwoording van de derde vraagstelling van het onderzoek (zie paragraaf 1.2) is nagegaan of er uit de geselecteerde interventies algemenere methodieken afgeleid kunnen worden die effectief zijn voor de signalering, preventie of behandeling van psychische problemen. Zijn er, met andere woorden, specifieke elementen van de geselecteerde interventies, waaraan de gevonden effecten toegeschreven kunnen worden?

Hoewel de meerderheid van de geïnterviewde deskundigen aangaf dat niet één specifiek

element van de interventie aangewezen kan worden als veroorzaker van de gevonden effecten, kunnen bij vergelijking van de geselecteerde interventies toch enkele gemeenschappelijke kenmerken aangewezen worden, die de effectiviteit van de interventies ten goede lijken te komen. Ten eerste komt in verschillende interventies het belang van een tussen zorgverlener en patiënt gedeelde visie op het probleem en op de meest geschikte behandelwijze naar voren. Als in overleg tussen zorgverlener en patiënt overeenstemming over deze aspecten is bereikt, zal dit de motivatie van de patiënt om deel te nemen aan een interventie positief beïnvloeden.

Een element dat met het vorige samenhangt, is het belang van een actieve rol van de deelnemers aan een interventie. In verschillende interventies worden deelnemers gestimuleerd om zelf doelen te formuleren, in plaats van te werken met door zorgverleners opgestelde doelen. Op die manier worden deelnemers meer betrokken bij de interventie en dit zal hun motivatie verbeteren. Ook wordt bij verscheidene interventies benadrukt dat de deelnemers zelf aan de slag moeten met hun problemen. De zorgverlener die de interventie begeleidt, is in zo'n geval vooral op de achtergrond aanwezig om te motiveren en ondersteuning te bieden.

Een derde element dat essentieel lijkt te zijn, is het moment waarop informatie over psychische problemen, gezondheid of de risico's van ongezond gedrag aan patiënten gegeven wordt. Dit dient niet op een willekeurig moment aangeboden te worden, maar op een moment waarop de informatie voor de patiënten relevant is. Dit aspect kan een rol spelen bij gezondheidsvoorlichting, maar ook bij de informatie die gegeven wordt in het kader van andere interventies, zoals begeleide zelfhulp of motiverende gespreksvoering.

6.3 De plaats van kortdurende interventies in de huisartsenzorg

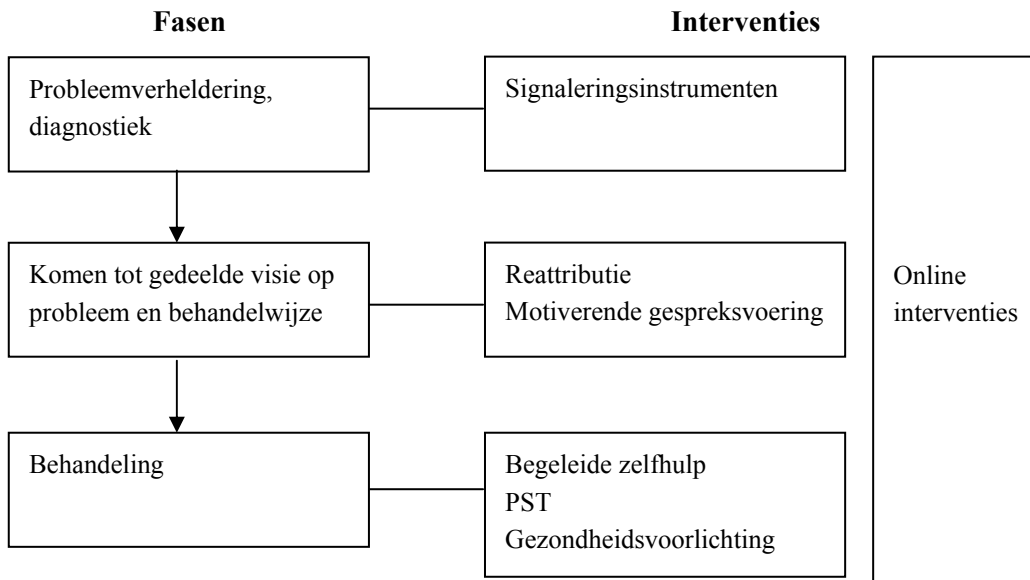
De interventies die uit het literatuuronderzoek naar voren gekomen zijn, zijn voorgelegd aan deskundigen in interviews en een schriftelijke paneldiscussie om na te gaan op welke plaats binnen de huisartsenzorg of de omringende eerstelijnszorg zij het beste uitgevoerd kunnen worden. Ook is nagegaan onder welke voorwaarden dit het beste kan gebeuren (vraagstelling 4, paragraaf 1.2).

Enkele geïnterviewden hebben geopperd dat de geselecteerde interventies in een continuüm geplaatst kunnen worden. Een uitwerking van dit idee levert een volgorde van interventies op, geordend naar fasen in het proces van diagnostiek en behandeling (figuur 6.1).

Als eerste stap kunnen signaleringsinstrumenten ingezet worden ter verheldering van het probleem en ter ondersteuning van de diagnostiek. Vervolgens moeten de zorgverlener en de patiënt komen tot een gedeelde visie op het probleem en op de meest geschikte behandelwijze. Technieken die hierbij ingezet kunnen worden zijn reattributie en motiverende gespreksvoering. Interventies als begeleide zelfhulp, PST en gezondheidsvoorlichting zijn meer gericht op de behandeling van het probleem en bevinden zich daarom aan de andere kant van het continuüm. Online interventies

bestrijken vaak het gehele proces. Zij bevatten ten eerste vaak een signaleringsinstrument, waarmee deelnemers de ernst van hun klachten kunnen inventariseren. Hiernaast worden in deze interventies vaak technieken uit de motiverende gespreksvoering ingezet om deelnemers te motiveren tot een gedragsverandering. Ten derde bevatten online interventies aspecten die meer gericht zijn op de behandeling van psychische problemen.

Figuur 6.1 Ordening van interventies



Volgens de geïnterviewde deskundigen en de respondenten van de paneldiscussie zijn signaleringsinstrumenten goed toepasbaar in de huisartsenvoorziening, mits het gebruik ervan niet teveel tijd kost. De instrumenten kunnen gebruikt worden ter ondersteuning van het diagnostisch proces, om het bestaan van psychische problemen bespreekbaar te maken met de patiënt, of om de ernst van de klachten van patiënten in de gaten te houden. Signaleringsinstrumenten kunnen in principe door alle eerstelijns zorgverleners gebruikt worden. In de praktijk worden signaleringsinstrumenten vooral gebruikt bij indicaties van depressie, angst en dementie.

Voor de geselecteerde interventies op het gebied van preventie en/of behandeling komen vooral de POH-GGZ en de SPV als de meest aangewezen uitvoerders naar voren. Een aanvullende training wordt hierbij als belangrijkste voorwaarde genoemd, maar de noodzaak hiervan is afhankelijk van de kennis en achtergrond van de betreffende zorgverlener. Tijdgebrek en een gebrek aan kennis of vaardigheden zijn genoemd als de belangrijkste obstakels voor uitvoering van de interventies door huisartsen. AMWers worden minder vaak genoemd als mogelijke uitvoerders van de geselecteerde interventies. Hierbij is vooral verwezen naar een gebrek aan tijd, kennis en vaardigheden van deze beroepsgroep en naar het feit dat de geselecteerde interventies niet tot het takenpakket van het AMW behoren. ELPen worden vooral gezien als zorgverleners die ingezet kunnen worden bij zwaardere psychische problematiek of als de uitvoering van interventies in de huisartsenvoorziening niet het gewenste effect heeft.

Online interventies kunnen op verschillende manieren ingezet worden in de huisartsenvoorziening. Eerstelijns zorgverleners kunnen fungeren als wegwijzer op Internet door patiënten te wijzen op betrouwbare websites of zij kunnen de vorderingen van deelnemers met betrekking tot online interventies bespreken. Over de wenselijkheid om via Internet begeleiding of behandeling aan te bieden, lopen de meningen uiteen.

Bij bovenstaande resultaten moet in ogenschouw gehouden worden dat in deze kennissynthese onderzocht is of een bepaalde *discipline* de betreffende interventies kan uitvoeren. Of interventies in de praktijk ook daadwerkelijk uitgevoerd kunnen worden door de genoemde zorgverlener is afhankelijk van factoren als de specifieke competenties van de persoon in kwestie, zijn/haar motivatie, de relatie met de patiënt/cliënt en de nadruk die plaatselijk gelegd wordt op de uitvoering van specifieke taken.

Op grond van bovenstaande resultaten kan geconcludeerd worden dat het mogelijk is om personen met psychische problemen op niet-medicamenteuze te behandelen in de huisartsenvoorziening of de omringende eerstelijnszorg. Dit resultaat is veelbelovend, aangezien uit een recent literatuuronderzoek (Prins et al., 2008) is gebleken dat personen met angst en depressie liever een psychologische dan een medicamenteuze vorm van behandeling willen.

6.4 Consequenties voor de taakverdeling in de eerstelijns GGZ

De voorkeur voor de POH-GGZ en de SPV als uitvoerders van kortdurende interventies voor psychische problemen vraagt om een versterking van de rol van deze zorgverleners (zie vraagstelling 5, paragraaf 1.2). De nadruk op deze zorgverleners kan opgevat worden als een indicatie van het belang dat de deelnemers hechten aan ondersteunende zorgverleners die aanwezig zijn in de huisartsenvoorziening om taken over te nemen. Als langdurigere of meer gespecialiseerde interventies nodig zijn of als de uitvoering van interventies in de huisartsenvoorziening niet het gewenste effect heeft, kunnen deze zorgverleners verwijzen naar de omringende eerstelijnszorg (ELP en AMW).

Niet alle huisartsen kunnen voor de uitvoering van kortdurende interventies voor psychische problemen een beroep doen op de ondersteuning van POHs-GGZ of SPVen. In 2007 was op een kwart van alle praktijkadressen van huisartsen een SPV werkzaam. Dit hoeft niet te betekenen dat deze beroepsgroep fulltime binnen de betreffende huisartsenpraktijk aanwezig is. De SPV kan een samenwerkingsverband met meerdere huisartspraktijken hebben. In totaal had 18% van de huisartspraktijken een formeel samenwerkingsverband met een SPV (Hansen et al., 2007). SPVen worden momenteel vooral ingezet voor kortdurende behandeling van angst en depressie (Verhaak et al., 2006). De SPV fungeert daarmee niet zozeer als verlengde arm van de huisarts, maar meer als een verwijsmogelijkheid.

Er zijn aanwijzingen dat er momenteel niet meer dan 60 POHs-GGZ werkzaam zijn. Exacte gegevens over het aantal huisartsen dat een beroep kan doen op ondersteuning van een POH-GGZ ontbreken echter. De functie van de POH-GGZ is momenteel nog volop

in ontwikkeling. Dit blijkt ook uit de resultaten van de interviews en de schriftelijke paneldiscussie, waaruit verschillende onduidelijkheden over de POH-GGZ naar voren kwamen. Omdat momenteel alleen een relevante HBO-opleiding vereist wordt voor deze functie, bestaat er ten eerste veel variatie in achtergrondkennis. Dit heeft tot gevolg dat ook de noodzaak tot aanvullende training om bepaalde kortdurende interventies te kunnen uitvoeren per individuele POH-GGZ sterk kan verschillen. Hiernaast is niet bekend hoe de functie van de POH-GGZ in de praktijk afgebakend wordt van die van andere eerstelijns zorgverleners, zoals de SPV.

Ondanks deze onduidelijkheden komt de POH-GGZ uit dit onderzoek naar voren als een van de belangrijkste uitvoerders van kortdurende interventies voor psychische problemen in de huisartsenvoorziening. De resultaten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden om de taken van de POH-GGZ verder te specificeren. Het is hiernaast van belang om meer inzicht te krijgen in het functioneren van de POH-GGZ, in termen van frequentie van voorkomen in de huisartsenvoorziening, achtergrond en afbakening van andere eerstelijns disciplines.

Recent zijn in een Gronings gezondheidscentrum positieve ervaringen opgedaan met de inzet van eerstelijns zorgverleners ter ondersteuning van de huisarts bij de zorg voor patiënten met psychische problemen (Noordman & Verhaak, 2009). Deze zorgverleners vervulden een functie die vergelijkbaar is met die van de POH-GGZ. Patiënten en huisartsen waren over het algemeen tevreden met de inzet van deze zorgverleners en vonden dat deze meerwaarde had. Patiënten konden sneller geholpen en verwezen worden en huisartsen bleken de inzet van de zorgverleners als een ontlasting van de eigen werkzaamheden te ervaren. Deze ervaringen kunnen leerzaam zijn voor de verdere implementatie van POHs-GGZ in de huisartsenvoorziening.

Praktijkondersteuners (POHs) worden momenteel al met succes ingezet in de zorg voor mensen met chronische aandoeningen, zoals diabetes of hypertensie. Zij geven onder andere voorlichting en voeren controles uit, waarbij zij waar nodig kunnen verwijzen naar andere zorgverleners. Mogelijk kunnen maatregelen die hebben bijgedragen aan de succesvolle invoering van POHs als voorbeeld fungeren voor een verdere invoering van de POH-GGZ in de zorg voor mensen met psychische problemen.

6.5 Implementatie van kortdurende interventies in de huisartsenvoorziening

Op grond van de interviews met deskundigen is een aantal factoren beschreven die bevorderend of belemmerend kunnen werken bij een bredere implementatie van de interventies in de huisartsenvoorziening (vraagstelling 6, paragraaf 1.2). Hierbij werd een onderscheid gemaakt tussen kenmerken van hulpverleners die de interventie begeleiden of uitvoeren, kenmerken van deelnemers aan de interventie, kenmerken van de interventie, en organisatorische factoren.

Als kenmerk van hulpverleners kwam ten eerste de motivatie tot het uitvoeren of begeleiden van een interventie en de daarmee samenhangende taakopvatting naar voren

als een factor die van invloed kan zijn op een succesvolle implementatie. Verder zijn de kennis en vaardigheden van zorgverleners van belang. De interventies vragen namelijk specifieke vaardigheden van de uitvoerders, die niet altijd overeenkomen met hun gebruikelijke werkwijze. Hierdoor kan aanvullende training noodzakelijk zijn. Ten derde is de bekendheid of ervaring van zorgverleners met de interventie van invloed op de implementatie.

De motivatie van deelnemers aan interventies kan ook van invloed kan zijn op de implementatie. Van online interventies is bijvoorbeeld bekend dat een aanzienlijk deel van de deelnemers voortijdig met de interventie stopt. Dit kan een succesvolle implementatie in de weg staan. Andere kenmerken van deelnemers die genoemd werden, waren de etniciteit, opleiding en sociaal-economische achtergrond. Veel interventies zijn vooral gericht op autochtonen met een relatief hoge opleiding en sociaal-economische status. Voor een brede implementatie moeten manieren gevonden worden om ook andere bevolkingsgroepen te bereiken.

De bereikbaarheid of bekendheid van een interventie en het bewijs van de effectiviteit kwamen naar voren als kenmerken van de interventie die een succesvolle implementatie kunnen beïnvloeden. Voor online interventies werd de technische kwaliteit van de website genoemd als factor die de implementatie kan bevorderen of belemmeren.

Een belangrijke organisatorische factor die genoemd werd, betreft de financiële aspecten van de implementatie, zoals de kosten van informatiecampagnes en de extra tijd die zorgverleners besteden aan het uitvoeren van een interventie. Sommige interventies zijn niet of minder geschikt om door huisartsen zelf uitgevoerd te worden. Deze interventies vereisen daarom de aanwezigheid van ondersteunende hulpverleners in de huisartsenvoorziening. Verder is het belangrijk om duidelijkheid te hebben over de vraag wie er binnen een organisatie verantwoordelijk is voor de implementatie van een interventie. Tot slot is het voor de implementatie van signaleringsinstrumenten van belang dat er voldoende mogelijkheden zijn voor verwijzing of behandeling.

6.6 Methodologische beschouwing

Over het algemeen worden resultaten uit ‘randomized controlled trials’ gezien als het beste bewijs van de effectiviteit van een interventie. Dit soort onderzoek is in de dagelijkse zorgpraktijk moeilijk uit te voeren, onder andere omdat het vaak niet mogelijk is om deelnemers at random toe te wijzen aan een interventie- of controlegroep. Door het hanteren van strikte criteria voor het bepalen van de effectiviteit van interventies zouden veel interventies aan de kant geschoven worden als niet effectief. Op die manier wordt waardevolle informatie over veelbelovende interventies of elementen daarvan gemist. Bij het selecteren van interventies voor dit onderzoek is om die reden een vrij ruime definitie van effectiviteit gehanteerd. Interventies zijn geïnccludeerd als uit een vergelijking met een controlegroep een significante bijdrage aan de psychische gezondheid van de deelnemers gebleken is.

Een mogelijke beperking van het onderzoek is dat de beoordeling en selectie van interventies is uitgevoerd door één persoon (de eerste auteur). Aangezien de geselecteerde interventies voorgelegd zijn aan deskundigen en de begeleidingscommissie, is de kans dat dit tot vertekening (zoals gemiste interventies) heeft geleid klein.

Gezien de lage respons op de paneldiscussie moeten bovenstaande resultaten beschouwd worden als een eerste verkenning van de manier waarop kortdurende interventies voor psychische problemen ingezet kunnen worden in de huisartsenzorg. Omdat waarschijnlijk vooral huisartsen die gemotiveerd zijn om zich in te zetten voor de diagnostiek en behandeling van psychische problemen hebben deelgenomen aan de paneldiscussie, kunnen de resultaten enigszins vertekend zijn. Bovendien is het perspectief van patiënten vanwege de geringe deelname van vertegenwoordigers van patiënten- en belangenorganisaties grotendeels buiten beschouwing gebleven.

6.7 Aanbevelingen

De factoren die in dit onderzoek genoemd zijn als bevorderend of belemmerend voor een brede implementatie van de interventies vormen aanknopingspunten voor manieren waarop de implementatie van kortdurende interventies voor psychische problemen in de huisartsenzorg gestimuleerd kan worden.

Het vergroten van de bekendheid van interventies onder zorgverleners

Ten eerste kan worden bijgedragen aan een brede implementatie van interventies door de bekendheid van interventies te vergroten. Dit kan gedaan worden door eerstelijns zorgverleners goed te informeren over interventies die ingezet kunnen worden voor de signalering, behandeling of preventie van psychische problemen. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren in de opleiding van zorgverleners. Ook het verspreiden van kennis over de effectiviteit van interventies kan bijdragen aan een bredere implementatie. Van sommige van de in dit rapport beschreven interventies is de effectiviteit slechts in beperkte mate aangetoond. Deze dient daarom uitgebreider – in andere groepen en onder andere omstandigheden – onderzocht te worden (zie ook Huibers et al., 2007).

Het vergroten van de bekendheid van interventies onder potentiële deelnemers

Om de bekendheid van interventies te bevorderen is het ook belangrijk om hierover op regelmatige basis informatie te verspreiden onder potentiële deelnemers. Dit kan via algemene informatiecampagnes, maar ook via individuele hulpverleners, die personen met psychische problemen kunnen verwijzen naar geschikte interventies. Een knelpunt bij algemene informatiecampagnes is het feit dat onduidelijk is wie verantwoordelijk is voor de kosten hiervan. Voor online interventies is de vindbaarheid van de website en een goede vermelding in zoekmachines essentieel.

Het ontwikkelen van interventies voor specifieke doelgroepen

Verder is het belangrijk om bij de ontwikkeling van interventies expliciet aandacht te besteden aan bevolkingsgroepen die nu slechts in beperkte mate bereikt worden, zoals allochtonen, laagopgeleiden, jongeren en ouderen. Het merendeel van de interventies die

in dit onderzoek geselecteerd zijn, is alleen onderzocht bij en ontwikkeld voor homogene groepen van autochtonen met een middelmatig tot hoge sociaal-economische status en zonder comorbide problemen. Het is niet duidelijk in hoeverre deze interventies ook toepasbaar zijn voor andere groepen.

Het bieden van financiële impulsen binnen de huisartsenzorg

De implementatie van interventies in de huisartsenzorg kan wellicht ook gestimuleerd worden door eerstelijns zorgverleners in financiële zin te compenseren voor de extra tijd die zij besteden aan de uitvoering van interventies. Ook maatregelen ter beperking van het financiële risico voor huisartsen om een POH-GGZ in dienst te nemen, kunnen een positief effect hebben op de implementatie van kortdurende interventies voor psychische problemen in de huisartsenzorg.

Het bevorderen van een goede samenwerking tussen eerstelijns zorgverleners

Een efficiënte inzet van kortdurende interventies voor psychische problemen in de eerstelijnszorg vereist een goede samenwerking tussen de verschillende eerstelijns disciplines. In de praktijk blijkt deze samenwerking niet altijd optimaal te functioneren. Dit vereist namelijk bekendheid met elkaar en elkaars werkwijze en nauw overleg over patiënten om ervoor te zorgen dat zij bij de juiste zorgverleners terecht komen. Een respondent aan de schriftelijke paneldiscussie verwoordde dit als volgt: “Mijn visie is dat hulpverleners veel meer met elkaar horen te overleggen, zodat de juiste hulpverlener aan de juiste cliënt hulp verleent. Elkaar kennen geeft vertrouwen in elkaars kunde”. Het is daarom van belang om de samenwerking tussen eerstelijns zorgverleners te optimaliseren.

Literatuur

- Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms S, Fevery J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse and dependence in a general practice population. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 206-217.
- Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and primary health care: Clinical guidelines on identification and brief interventions. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia, 2005.
- Bakker IM, Terluin B, Van Marwijk HWJ, Van der Windt DAWM, Rijmen F, Van Mechelen W, Stalman WAB. A cluster-randomised trial evaluating an intervention for patients with stress-related mental disorders and sick leave in primary care. *PLoS Clin Trials* 2007; 2(6): e26.
- Barrett B, Byford S, Knapp M. Evidence of cost-effective treatments for depression: A systematic review. *J Affect Disorders* 2005; 84: 1-13.
- Barrett JA, Williams JW, Oxman T, Frank E, Katon W, Sullivan M, Hegel MT, Cornell JE, Sengupta AS. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: A randomized trial in patients aged 18 to 59 years. *J Fam Practice* 2001; 50: 405-412.
- Bastiaensen PACM, Robbroeckx LHM. Kenmerken en toepassingen van de Delphi-methode als onderzoekstechniek. *Tijdschrift voor orthopedagogiek*; 1994: 33, 284-294.
- Beck AT, Guth D, Steer RA, Ball R. Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *Beh Res Therapy* 1997a; 35: 785-791.
- Beck AT, Steer RA, Ball R, Ciervo CA, Kabat M. Use of the Beck Anxiety and Beck Depression Inventories for primary care with medical outpatients. *Assessment* 1997b; 4: 211-219.
- Bertholet N, Daepfen J-B, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Brief alcohol intervention in primary care: Systematic review and meta-analysis. *Arch Int Med* 2005; 165: 986-995
- Blankenstein AH. Somatising patients in general practice: Reattribution, a promising approach. Vrije Universiteit Amsterdam: Academisch proefschrift, 2001.
- Boomsma LJ, Boswijk DFR, Bras A, Kleemans AHM, Schols JMGA, Wind AW, Knuiman RBJ, Vriezen JA, Le Rütte PE, Labots-Vogelzang SM. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Dementie. *Huisarts Wet* 2009; 52: S1-S5.
- Boon B, Risselada A, Huijberts A, Smit F (in voorbereiding). Reduced alcohol consumption in male adults due to a one time computer tailored advice: A randomized controlled trial.
- Borson S, Scanlan J, Brush M, Vitaliano P, Dokmak A. The Mini-Cog: A cognitive "vital signs" measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *Int J Ger Psychiatry* 2000; 15: 1021-1027.

- Bos V, Kammen J van. Kennissynthese: een handleiding., Den Haag/Woerden: ZonMw/NIGz, 2007.
- Bosmans JE, Van Schaik DJF, De Bruijne MC, Van Hout HPJ, Van Marwijk HWJ, Van Tulder MW, Stalman WAB. Are psychological treatments for depression in primary care cost-effective? *J Ment Health Policy Econ* 2008; 11: 3-15.
- Bower P, Rowland N. Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006; 3: CD001025.
- Bower P, Rowland N, Hardy R. The clinical effectiveness of counselling in primary care: A systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2003; 33: 203-215.
- Bowman D, Scogin F, Lyrene B. The efficacy of self-examination therapy and cognitive bibliotherapy in the treatment of mild to moderate depression. *Psychother Res* 1995; 5: 131-140.
- Bowman V, Ward LC, Bowman D, Scogin F. Self-examination therapy as an adjunct treatment for depressive symptoms in substance abusing patients. *Addict Behav* 1996; 21: 129-133.
- Bradley KA, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Frank D, Kivlahan DR. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcohol Clin Exp Res* 2007; 31: 1208-1217.
- Brodsky H, Pond D, Kemp NM, Luscombe G, Harding L, Berman K, et al. The GPCOG: A new screening test for dementia designed for general practice. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 530-534.
- Brouwers EPM, Tiemens BG, Terluin B, Verhaak PFM. Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or minor mental disorders: A randomized controlled effectiveness trial. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28: 223-229.
- Buschke H, Kuslansky G, Katz M, Stewart WF, Sliwinski MJ, Eckholdt HM et al. Screening for dementia with the memory impairment screen. *Neurology* 1999; 52: 231-238.
- Bush KR, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): An effective brief screening test for problem drinking. *Arch Intern Med* 1998; 158: 1789-1795.
- Bijl RV, Ravelli A. Psychiatric morbidity, service use and need for care in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Am J Public Health* 2000; 90: 602-607.
- Cameron IM, Crawford JR, Lawton K, Reid IC. Psychometric comparison of PHQ-9 and HADS for measuring depression severity in primary care. *Br J Gen Pract* 2008; 58: 32-36.
- Churchill R, Hunot V, Corney R, Knapp M, McGuire H, Tylee A, Wessely S. A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technol Assess* 2001; 5: 35.
- Cotton MA, Ball C, Robinson P. Four simple questions can help screen for eating disorders. *J Gen Intern Med* 2003; 18: 53-56.
- Cuijpers P. Bibliotherapy in unipolar depression: A meta-analysis. *J Behav Ther Exp Psychiat* 1997; 28: 139-147.

- Cuijpers P. In de put, uit de put. Effecten en effectpredictoren van een cursus 'omgaan met depressie'. *Huisarts Wet* 2000; 43: 223-226.
- Cuijpers P, Muñoz RF, Clarke GN, Lewinsohn PM. Psychoeducational treatment of depression: The 'Coping with Depression' course thirty years later. *Clin Psychol Rev*, in druk.
- Cuijpers P, Van Straten A, Warmerdam L. Problem solving therapies for depression: A meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2007; 22: 9-15.
- CVZ, College voor Zorgverzekeringen. De ziekte van Alzheimer, diagnostiek en medicamenteuze behandeling: Richtlijnen voor de praktijk. Amstelveen, 2000.
- De Graaf LE, Gerhards SAH, Evers SMAA, Arntz A, Riper H, Severens JL, Widdershoven G, Metsemakers JFM, Huibers MJH. Clinical and cost-effectiveness of computerised cognitive behavioural therapy for depression in primary care: Design of a randomised trial. *BMC Public Health* 2008; 8: 224.
- Duzijn B, Van Lammeren, P, Van Mierlo, F. Mantelzorg zonder zorgen: methodiekontwikkeling en procesevaluatie van het Preventie-op-Maat aanbod voor mantelzorgers van depressieve ouderen. Utrecht: Trimbos-instituut, 2000.
- Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Johnson K, London R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA* 1997; 277: 1039-1045.
- Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcohol Clin Exp Res* 2002; 26: 36-43.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-198.
- Goldberg D, Gask L, O'Dowd T. The treatment of somatization: teaching techniques of reattribution. *J Psychosom Res* 1989; 33: 689-695.
- Gorgels WJM. Strategies to discontinue benzodiazepine use in family practice. Radboud Universiteit Nijmegen: Academisch proefschrift, 2008.
- Hansen J, Nuijen T, Hingstman L. Monitor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. Utrecht: NIVEL, 2007.
- Heather N, Bowie A, Ashton H, McAvoy B, Spencer I, Brodie J, Giddings D. Randomised controlled trial of two brief interventions against long-term benzodiazepine use: Outcome of intervention. *Addict Res Theory* 2004; 12: 141-154.
- Hiscock H, Bayer JK, Hampton A, Ukoumunne OC, Wake M. Long-term mother and child mental health effects of a population-based infant sleep intervention: Cluster-randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2008; 122: e621-e627.
- Huibers MJH, Beurskens AJHM, Bleijenberg G, Van Schayck CP. Psychosocial interventions by general practitioners. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; 3: CD003494.

- Huiberts A, Boon B. Wat u drinkt, test u zelf: een jaar alcoholadvies-op-maat via internet. G-Vakblad over Gezondheid en Maatschappij 2003; 1: 28-29.
- Jonkers K. Emotional support for chronically ill elderly persons: Feasibility, effectiveness and cost-effectiveness of a minimal psychological intervention. Universiteit van Maastricht: Academisch proefschrift, 2009.
- Kaltenthaler E, Brazier J, De Nigris E, Turnur I, Ferriter M, Beverly C, Parry G, Rooney G, Sutcliffe P. Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety update: A systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess 2006; 10 (33): 1-186.
- Kendrick T, Simons L, Mynors-Wallis L, Gray A, Lathlean J, Pickering R, Harris S, Rivero-Arias O, Gerard K, Thompson C. Cost-effectiveness of referral for generic care or problem-solving treatment from community mental health nurses, compared with usual general practitioner care for common mental disorders: Randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2006; 189: 50-59.
- Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: A review of randomized controlled trials. Psychosom Med 2007; 69: 881-888.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med 2001; 16: 606-613.
- Lamers F. Treating depression in chronically ill elderly. The evaluation of a Minimal Psychological Intervention. Universiteit van Maastricht: Academisch proefschrift, 2008.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen: Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn ADHD: Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen. Utrecht: Trimbos-instituut, 2005a.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn depressie: Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2005b.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie: Richtlijn voor de diagnostiek, zorgorganisatie en behandeling van volwassen cliënten met schizofrenie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2005c.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen: Diagnostiek en behandeling van eetstoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut, 2006.
- Larisch A, Schweickhardt A, Wirsching M, Fritzsche K. Psychosocial interventions for somatizing patients by the general practitioner: A randomized controlled trial. J Psychosomatic Res 2004; 57: 507-514.
- LCGZ, Landelijke Commissie Geestelijke Gezondheidszorg. Zorg van velen: Eindrapport van de Landelijke Commissie Geestelijke Gezondheidszorg. Den Haag, 2002.

- Leene I, Verberk F. Functieprofiel (startprofiel) Praktijk Ondersteuner Huisartsenzorg (POH)-GGZ. Utrecht: Nederlandse Vereniging Maatschappelijk Werkers en Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland/Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen, 2008
- Lewinsohn PM, Antonucci DO, Breckenridge JS, Teri L. The Coping With Depression Course. Eugene: Castalia Publishing Company, 1984a.
- Lewinsohn PM, Carke GN. Group treatment of depressed individuals: The Coping With Depression Course. *Adv Behav Res Ther* 1984b; 6: 99-114.
- Lewinsohn PM. The Coping With Depression Course. In R.F. Muñoz (ed), *Depression prevention: Research directions*. Washington: Hemisphere Publications, 1987.
- Lorentz WJ, Scanlan JM, Borson S. Brief screening tests for dementia. *Can J Psychiatry* 2002; 47: 723-733.
- McIntyre RS, Konarski JZ, Mancini DA, Fulton KA, Parikh SV, Grigoriadis S, Grupp LA, Bakish D, Filteau M, Gorman C, Nemeroff CB, Kennedy SH. Measuring the severity of depression and remission in primary care: Validation of the HAMD-7 scale. *CMAJ* 2005; 173(11).
- Meijer SA, Smit F, Schoemaker C, Cuijpers P. Gezond Verstand: Evidence based preventie van psychische stoornissen. Themarapport van de Volksgezondheid Toekomstverkenningen. Bilthoven/Utrecht: RIVM/Trimbos-instituut, 2006.
- Meijer SA, Verhaak PFM. De eerstelijns GGZ in beweging. Resultaten, conclusies en beschouwing van het evaluatieonderzoek "Versterking Eerstelijns GGZ". Integrale eindrapportage. Utrecht/Den Haag: NIVEL/Trimbos/SGBO, 2004
- Miller WR, Rollnick S (Eds). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*. New York: Guilford Press, 1991.
- Miller W, Wilbourne P. Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction* 2002; 97: 265-277.
- Milne A, Culverwell A, Guss R, Tuppen J, Whelton R. Screening for dementia in primary care: A review of the use, efficacy and quality of measures. *Int Psychogeriatrics* 2008; 20: 911-926.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg*. Den Haag: Elkerhout, 1999.
- Morgan JF, Reid F, Lacey H. The SCOFF questionnaire: Assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ* 1999; 319: 1467-1468.
- Mori DL, Lambert JF, Niles BL, Orlander JD, Grace M, LoCastro JS. The BAI-PC as a screen for anxiety, depression, and PTSD in primary care. *J Clin Psychology Med Settings* 2003; 10: 187-192.
- NHG, Nederlands Huisartsen Genootschap. *NHG-standpunt Toekomstvisie GGZ in de huisartsenzorg*. Utrecht NHG, 2008

- Niessen WJM, Stewart RE, Broer J, Haaijer-Ruskamp FM. Vermindering van gebruik van benzodiazepinen door een brief van de eigen huisarts aan chronische gebruikers. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005; 149: 356-361.
- Noordman J, Verhaak PFM. Psychische gezondheid in de eerste lijn: de inzet van consulenten geestelijke gezondheid in Gezondheidscentrum West, bij patiënten met psychische of sociale klachten. Utrecht: NIVEL, 2009.
- Oude Voshaar RC, Couvée JE, Van Balkom AJLM, Mulder PGH, Zitman FG. Strategies for discontinuing long-term diazepam use: Meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2006; 189: 213-220.
- Plass AM, Timmermans DRM, Van der Wal G. Decreasing the number of consultations for minor illnesses of Turkish and Dutch inhabitants of a deprived area in The Netherlands: an intervention study. *Fam Pract* 2005; 22: 51-57.
- Plass AM, Timmermans DR, Van der Wal G. Does stimulating self-care increase self-care behaviour for minor illnesses of Dutch and Turkish inhabitants of a deprived area in The Netherlands? *Patient Educ Couns* 2006; 63: 97-103.
- Prins MA, Verhaak PFM, Bensing JM, Van der Meer K. Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression: The patients' perspective explored. *Clin Psychol Rev* 2008; 28: 1038-1058.
- Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog Behav Modif* 1992; 28: 183-218.
- Proudfoot J, Goldberg D, Mann A, Everitt B, Marks I, Gray JA. Computerized, interactive, multimedia cognitive-behavioural program for anxiety and depression in general practice. *Psychol Med* 2003; 33: 217-227.
- Richards A, Barkham M, Cahill J, Richards D, Williams C, Heywood P. PHASE: A randomised, controlled trial of supervised self-help cognitive behavioural therapy in primary care. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 764-770.
- Riper MM. Curbing problem drinking in the digital galaxy. Vrije Universiteit Amsterdam: Academisch proefschrift, 2008.
- Riper H, Kramer JJ. Online zelfhulp cursus. <http://www.kleurjeleven.nl>. Utrecht: Trimbos-instituut, 2004.
- Romeijnders ACM, Lamers ETT, Vriezen JA, Van Grunsven MJF, Kroon M, Lagerberg JM, Lucassen PLBJ, Van Marwijk HWJ, Van Rijswijk E, Sluis JJ, Flikweert S. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Depressieve stoornis. *Huisarts Wet* 2006; 49: 209-212.
- Romeijnders ACM, Vriezen JA, Van der Klink JJJ, Hulshof CTJ, Terluin B, Flikweert S, Baart PC. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning. *Huisarts Wet* 2005; 48: 20-23.
- Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 305-312.

- RVZ, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Geestelijke gezondheidszorg in de 21^e eeuw. Zoetermeer: RVZ, 1998.
- Seppä K, Lepistö J, Sillanaukee P. Five-Shot Questionnaire on heavy drinking. *Alcohol Clin Exp Res* 1998; 22: 1788-1791.
- Schreuders B, Van Marwijk H, Smit J, Rijmen F, Stalman W, Van Oppen P. Primary care patients with mental health problems: Outcome of a randomised clinical trial. *Br J Gen Pract* 2007; 57(544): 886-891.
- Smit F, Willemsse G, Koopmanschap M, Onrust S, Cuijpers P, Beekman A. Cost-effectiveness of preventing depression in primary care patients: Randomised trial. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 330-336.
- Spek V, Nyklíček I, Smits N, Cuijpers P, Riper H, Keyzer J, Pop V. Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years old: A randomized controlled clinical trial. *Psychol Med* 2007; 37: 1797-1806.
- Spek V, Cuijpers P, Nyklíček I, Smits N, Riper H, Keyzer J, Pop V. One-year follow-up results of a randomized controlled clinical trial on internet-based cognitive behavioral therapy for subthreshold depression in people over 50 years old. *Psychol Med* 2008; 38: 635-640.
- Steer RA, Cavalieri TA, Leonard DM, Beck AT. Use of the Beck Depression Inventory for Primary Care to screen for major depressive disorders. *Gen Hospital Psychiatry* 1999; 21: 106-111.
- Terluin B. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL): Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. *Huisarts Wet* 1996; 39: 538-547.
- Terluin B, Terluin M, Prince K, Van Marwijk HWJ. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op. *Huisarts Wet* 2008; 51: 251-255.
- Terluin B, Van Marwijk HW, Adèr HJ, De Vet HC, Penninx BW, Hermens ML, Van Boeijen CA, Van Balkom AJ, Van der Klink JJ, Stalman WA. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): A validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry* 2006; 22; 6: 34.
- Van Boeijen CA, Van Balkom AJLM, Van Oppen P, Blankenstein N, Cherpanath A, Van Dyck R. Efficacy of self-help manuals for anxiety disorders in primary care: A systematic review. *Fam Pract* 2005a; 22: 192-196.
- Van Boeijen CA, Van Oppen P, Van Balkom AJLM, Visser S, Kempe PT, Blankenstein N, Van Dyck R. Treatment of anxiety disorders in primary care practice: A randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2005b; 55: 763-769.
- Van der Klink JLL, Terluin B. Psychische problemen en werk: Handboek voor een activerende begeleiding door huisarts en bedrijfsarts. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005.

- Van der Klink JLL, Blonk RW, Schene AH, Van Dijk, FJ. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: A cluster randomised controlled design. *Occup Environ Med* 2002; 60(6): 429-437.
- Van Ginneken P, Schoemaker C. GGZ in tabellen. Utrecht: Trimbos instituut, 2005
- Van Nieuwenhuijsen K. Employees with common mental disorders: From diagnosis to return to work. Universiteit van Amsterdam: Academisch proefschrift, 2004.
- Van Straten A, Cuijpers P, Smits N. Effectiveness of a web-based self-help intervention for symptoms of depression, anxiety, and stress: Randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2008; 10: e7.
- Veldhuis M, Duzijn B. Projectbeschrijving Preventie-op-Maat aanbod voor mantelzorgers van ouderen met gedragsproblemen. Enschede: InterZorg Ouderen en Mediant GGZ, 2003.
- Verhaak PFM. Onverklaarde chronische klachten: Definitie en omvang. *TSG* 2004; 82: 350-357.
- Verhaak PFM, Groenendijk J, Zantinge EM, Vonk E, Voordouw I, Van der Veen C. GGZ-consultaties aan de Eerstelijnszorg: Eindrapportage. Utrecht: NIVEL, 2006.
- Vriezen JA, Lamers ETT, Faber E, Van Heest FB, Kroon M, Lagerberg JM, Lingsma R, Neomagus GJH, Van Putten CM, Terluin B, Grol MH. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Angststoornissen. *Huisarts Wet* 2007a; 50: S1-S4.
- Vriezen JA, Van der Lee H, Eizenga WH, Van den Bogaard FM, Van Hoof E, Lucassen PLBJ, Oldenziel RFE, Van Overstraten Kruysse AR. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Psychosociale problematiek. *Huisarts Wet* 2007b; 50: S13-16.
- Walker Z, Townsend J, Oakley L, Donovan C, Smith H, Hurst Z, Bell J, Marshall S. Health promotion for adolescents in primary care: Randomised controlled trial. *BMJ* 2002; 325: 524.
- Warmerdam L, Van Straten A, Twisk J, Riper H, Cuijpers P. Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: Randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2008; 10: e44.
- Willemsse GRWM, Smit F, Cuijpers P, Tiemens BG. Minimal-contact psychotherapy for subthreshold depression in primary care: Randomised trial. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 416-421.
- Williams JW, Barrett J, Oxman T, Frank E, Katon W, Sullivan M, Cornell J, Sengupta A. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: A randomized controlled trial in older adults. *JAMA* 2000; 284: 1519-1526.
- Wolf NJ, Hopko DR. Psychological and pharmacological interventions for depressed adults in primary care: A critical review. *Clin Psychol Rev* 2008; 28: 131-161.
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiat Scand* 1983; 67: 361-370.

Bijlage 1: Begeleidingscommissie

Mw. N. Gruijters	voorzitter; huisarts en lid van de ZonMw programmacommissie Alledaagse Ziekten
Mw. D. Dreesens	programmasecretaris ZonMw programma Alledaagse Ziekten
Dhr. A. Haverkort	huisartsenopleider
Dhr. R. Starmans	huisarts en lid NHG-huisartsadviesgroep GGZ
Mw. J. ten Have	Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn
Mw. N. Blankenstein	huisarts en onderzoeker, EMGO Instituut, VU Medisch Centrum
Dhr. T. Drenthen	Nederlands Huisartsen Genootschap
Dhr. M. Boumans	Zorgverzekeraars Nederland
Mw. S. Tersmette	ZonMw programma Geestkracht

Het secretariaat over de begeleidingscommissie is gevoerd door ZonMw.

Bijlage 2: Afkortingenlijst

AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
ELP	Eerstelijns Psycholoog
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
LESA	Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
POH	Praktijkondersteuner in de huisartspraktijk
POH-GGZ	Praktijkondersteuner Geestelijke Gezondheidszorg in de huisartspraktijk
PST	Problem-solving treatment
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROS	Regionale Ondersteuningsstructuur
SPV	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
ZonMw	Nederlandse Organisatie voor Gezondheidsonderzoek en Zorginnovatie

Bijlage 3: Signaleringsinstrumenten, geordend naar type problemen

ANGST EN DEPRESSIE	
Naam	Patient Health Questionnaire – 9 item-versie (PHQ-9; Kroenke et al., 2001)
Doelgroep	Volwassenen
Doel: signaleren van:	Depressie
Type	Zelfrapportage, vragenlijst
Aantal items, duur	9 items, die corresponderen met de 9 diagnostische criteria voor major depression uit de DSM-IV
Psychometrische kwaliteiten	<i>Nederlands onderzoek (Lamers, 2008):</i> <ul style="list-style-type: none">+ De PHQ-9 somscore is betrouwbaar en valide om te screenen op depressie bij ouderen met diabetes of COPD+/- constructvaliditeit: acceptabel <i>Internationaal onderzoek (Cameron et al., 2008):</i> <ul style="list-style-type: none">+ betrouwbaarheid: goed+ convergente/discriminante validiteit: goed+ ‘responsiveness to change’: goed? validiteit van de ernstcategorieën moet nader onderzocht worden, omdat er een groot verschil is met de HADS (zie onder) in het categoriseren van de ernst v.d. depressie
Aanvaardbaarheid	Geen gegevens beschikbaar

ANGST EN DEPRESSIE

Naam	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond & Snaith, 1983)
Doelgroep	Volwassenen
Doel: signaleren van:	Angst en depressie De Nederlandse versie maakt waarschijnlijk geen onderscheid tussen depressie en angst mogelijk, maar meet algemene distress
Type	Zelfrapportage, vragenlijst
Aantal items, duur	14 items, 5 minuten (7 items over angst, 7 items over depressie). Bevat vragen over o.a. gespannenheid, stemming, ongerustheid en interesse
Psychometrische kwaliteiten	<i>Oordeel van de Commissie Testaangelegenheden Nederland:</i> + betrouwbaarheid: goed - begrips- en criteriumvaliditeit: onvoldoende <i>Internationaal onderzoek (Cameron et al., 2008):</i> + betrouwbaarheid: goed + convergente/discriminante validiteit: goed + 'responsiveness to change': goed ? validiteit van de ernstcategorieën moet nader onderzocht worden, omdat er een groot verschil is met de PHQ-9 in het categoriseren van de ernst van de depressie
Aanvaardbaarheid	<i>Oordeel van de Commissie Testaangelegenheden Nederland:</i> - kwaliteit van de handleiding: onvoldoende

ANGST EN DEPRESSIE

Naam **Hamilton Depression Rating Scale – 7 item-versie (HAMD-7; McIntyre et al., 2005)**

Doelgroep	Volwassenen
Doel: signaleren van:	Depressie
Type	Zelfrapportage, vragenlijst
Aantal items, duur	7 items, 3-4 minuten. Bevat vragen over o.a. depressieve stemming, schuldgevoelens, activiteitsniveau en gespannenheid
Psychometrische kwaliteiten	<i>Oordeel van de Commissie Testaangelegenheden Nederland:</i> + betrouwbaarheid: voldoende + begripsvaliditeit: voldoende - criteriumvaliditeit: onvoldoende <i>Internationaal onderzoek (McIntyre et al., 2005):</i> + 7-item versie is gelijkwaardig aan de oudere versie met 17 of 21 items
Aanvaardbaarheid	<i>Oordeel van de Commissie Testaangelegenheden Nederland:</i> - kwaliteit van de handleiding: onvoldoende

Naam **Beck Depression Inventory - Primary Care (BDI-PC; Beck et al., 1997b)**

Doelgroep	Volwassenen
Doel: signaleren van:	Depressie
Type	Zelfrapportage, vragenlijst
Aantal items, duur	7 items, 1-2 minuten
Psychometrische kwaliteiten	<i>Internationaal onderzoek (Beck et al., 1997a; b; Steer et al., 1999):</i> + betrouwbaarheid: goed + validiteit: goed + sensitiviteit: 82-97%, specificiteit: 82-99%
Aanvaardbaarheid	Geen gegevens beschikbaar

ANGST EN DEPRESSIE

Naam	Beck Anxiety Inventory – Primary Care (BAI-PC; Beck et al., 1997b)
Doelgroep	Volwassenen
Doel: signaleren van:	Angststoornissen Er zijn aanwijzingen dat de BAI-PC ook geschikt is als screener voor depressie en posttraumatische stressstoornis
Type	Zelfrapportage, vragenlijst
Aantal items, duur	7 items, 1 minuut
Psychometrische kwaliteiten	<i>Internationaal onderzoek (Mori et al., 2003):</i> + betrouwbaarheid: goed + sensitiviteit 85%; specificiteit 80%
Aanvaardbaarheid	<i>Internationaal onderzoek (Mori et al., 2003):</i> + vanwege de hoge mate van comorbiditeit tussen angst, depressie en posttraumatische stressstoornis is het efficiënt om één instrument te kunnen gebruiken als screener voor de drie stoornissen

ANGST EN DEPRESSIE

Naam	Vierdimensionale klachtenlijst (4DKL; Terluin, 1996)
Doelgroep	Volwassenen (18-65)
Doel: signaleren van:	Distress, depressie, angst en somatisatie. De lijst kan helpen onderscheid te maken tussen ongecompliceerde stressgerelateerde problematiek en psychiatrische stoornissen. Het achterliggende idee is dat veel van wat nu gediagnosticeerd wordt als angststoornis of depressie in werkelijkheid distress is, die anders behandeld moet worden dan een psychiatrische stoornis. De lijst is niet bedoeld als screeningsinstrument in een algemene groep, maar kan gebruikt worden als hulp bij de diagnostiek bij een vermoeden van psychische problematiek. De lijst kan ook ingezet worden om de aanwezigheid van psychische problemen bespreekbaar te maken.
Type	Zelfrapportage, vragenlijst. Er is ook een computerprogramma beschikbaar.
Aantal items, duur	50 items, 5-10 minuten. Voor bespreking van de resultaten met de patiënt is een dubbelconsult nodig.
Psychometrische kwaliteiten	<i>Nederlands onderzoek (Terluin et al., 2006; Terluin, ongepubliceerde data):</i> <ul style="list-style-type: none">+ de 4DKL laat een logische samenhang zien met overeenkomstige schalen+ major depression en angststoornissen kunnen op valide wijze worden vastgesteld. Ook obsessief-compulsieve stoornis, post-traumatische stressstoornis, hypochondrie en specifieke fobieën zijn terug te zien in een verhoogde angstscore? de 4DKL lijkt in de praktijk ook geschikt voor jongeren (12-18 jaar) en ouderen, maar dit moet nog onderzocht worden <i>Oordeel van de Commissie Testaangelegenheden Nederland:</i> <ul style="list-style-type: none">+ betrouwbaarheid: voldoende+ begripsvaliditeit: goed+ criteriumvaliditeit: voldoende
Aanvaardbaarheid	<i>Nederlands onderzoek (Terluin et al., 2008):</i> <ul style="list-style-type: none">+ bespreking van de 4DKL-scores kan helpen om psychische problemen bespreekbaar te maken en om de patiënt te betrekken bij het formuleren van een gezamenlijke diagnose en plan van aanpak. Kan in die zin nuttig zijn bij patiënten met somatisatieklachten of lichamelijk onverklaarde klachten.+ de lijst inventariseert een breed scala aan problemen en is daardoor efficiënter dan lijsten die op één probleem gericht zijn <i>Oordeel van de Commissie Testaangelegenheden Nederland:</i> <ul style="list-style-type: none">- kwaliteit van de handleiding: onvoldoende

EETSTOORNISSEN	
Naam	Eating disorder screen for primary care (ESP; Cotton et al., 2003)
Doelgroep	Volwassenen
Doel: signaleren van:	Eetstoornissen
Type	Zelfrapportage, vragenlijst
Aantal items, duur	4 items: <ul style="list-style-type: none"> • Bent u tevreden over uw eetgewoonten? • Eet u ooit wel eens in het geheim? • Heeft uw gewicht invloed op hoe u zich voelt? • Hebt u nu last van een eetstoornis, of hebt u dat in het verleden ooit gehad?
Psychometrische kwaliteiten	<i>Internationaal onderzoek (Cotton et al., 2003):</i> + sensitiviteit: 90-100%; specificiteit: 71%
Aanvaardbaarheid	<i>Internationaal onderzoek (Cotton et al., 2003):</i> + De ESP is minder confronterend dan de SCOFF (zie onder) en geeft daardoor minder aanleiding tot ontwijkende antwoorden
Naam	Sick, Control, One stone, Fat and Food (SCOFF; Morgan et al., 1999)
Doelgroep	Volwassenen
Doel: signaleren van:	Eetstoornissen
Type	Zelfrapportage, vragenlijst
Aantal items, duur	5 items: <ul style="list-style-type: none"> • Wekt u braken op omdat u zich met een volle maag niet goed voelt? • Bent u bang dat u geen controle meer hebt over de hoeveelheid die u eet? • Bent u meer dan zeven kilo afgevallen in drie maanden tijd? • Denkt u dat u te dik bent, terwijl anderen vinden dat u mager bent? • Vindt u dat voedsel een belangrijke plaats inneemt in uw leven?
Psychometrische kwaliteiten	<i>Internationaal onderzoek (Cotton et al., 2003):</i> + sensitiviteit: 78-100%; specificiteit: 88%
Aanvaardbaarheid	<i>Internationaal onderzoek (Cotton et al., 2003):</i> - De SCOFF is confronterender dan de ESP en geeft daardoor meer aanleiding tot ontwijkende antwoorden

PROBLEMATISCH ALCOHOLGEBRUIK

Naam Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption (AUDIT-C; Bush et al., 1998)

Doelgroep Volwassenen

Doel: signaleren van: Alcoholmisbruik

Type Zelfrapportage, vragenlijst

Aantal items, duur 3 items: • Hoe vaak drinkt u alcoholhoudende drank?
• Hoeveel glazen alcohol drinkt u op een typische dag wanneer u drinkt?
• Hoe vaak drinkt u zes of meer glazen per gelegenheid?

Psychometrische kwaliteiten *Internationaal onderzoek (Bradley et al., 2007):*
+ voor vrouwen: sensitiviteit 73% en specificiteit 91%
+ voor mannen: sensitiviteit 86% en specificiteit 89%
+ de 3-item versie is gelijkwaardig aan of beter dan de 10-item versie

Aanvaardbaarheid Geen gegevens beschikbaar

Naam Five-shot test (Seppä et al., 1998)

Doelgroep Volwassenen

Doel: signaleren van: Problematisch alcoholgebruik

Type Zelfrapportage, vragenlijst

Aantal items, duur 5 items: • Hoe vaak drinkt u alcoholische dranken?
• Hoeveel alcoholische dranken gebruikt u op een typische dag waarop u alcohol drinkt?
• Ergert u zich wel eens aan mensen die opmerkingen maken over uw drinkgewoonten?
• Voelt u zich wel eens schuldig over uw drinkgewoonten?
• Drinkt u wel eens 's ochtends alcohol om de kater te verdrijven?

Psychometrische kwaliteiten *Internationaal onderzoek (Seppä et al., 1998; Aertgeerts et al., 2001)*
+ sensitiviteit 63-96%; specificiteit 76-95%
+ maakt een differentiatie mogelijk tussen middelmatige en zware drinkers

Aanvaardbaarheid + makkelijk en snel te scoren

DEMENTIE	
Naam	Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein et al., 1975)
Doelgroep	Ouderen
Doel: signaleren van:	Dementie
Type	Huisarts of eerstelijns verpleegkundige stelt vragen aan patiënt
Aantal items, duur	17 items, 5-10 minuten. De items zijn gericht op verschillende cognitiegebieden (oriëntatie, registratie, inschatting, aandacht, geheugen en taal).
Psychometrische kwaliteiten	<i>Internationaal onderzoek (zie Lorentz et al., 2002):</i> <ul style="list-style-type: none"> - de scores worden beïnvloed door leeftijd, taal, opleidingsniveau, culturele achtergrond en sociale klasse + betrouwbaarheid: goed + validiteit: goed + sensitiviteit variërend van 60-100%; specificiteit variërend van 86-93%
Aanvaardbaarheid	<i>Internationaal onderzoek (zie Lorentz et al., 2002):</i> <ul style="list-style-type: none"> - artsen vinden de scoring teveel tijd kosten
Naam	Mini-Cog (Borson et al., 2000)
Doelgroep	Ouderen
Doel: signaleren van:	Dementie
Type	Huisarts of eerstelijns verpleegkundige stelt vragen aan patiënt
Aantal items, duur	Duurt gemiddeld 3 minuten. Bevat een verbale geheugentest (3 items) en een test waarbij de cijfers en wijzers van een klok moeten worden aangevuld.
Psychometrische kwaliteiten	<i>Internationaal onderzoek (zie Lorentz et al., 2002; Milne et al., 2008):</i> <ul style="list-style-type: none"> + scores worden nauwelijks beïnvloed door taal, opleidingsniveau en culturele achtergrond + sensitiviteit: 99%; specificiteit: 96% + goede psychometrische eigenschappen
Aanvaardbaarheid	<i>Internationaal onderzoek (zie Lorentz et al., 2002; Milne et al., 2008):</i> <ul style="list-style-type: none"> + makkelijk uit te voeren

DEMENTIE	
Naam	General Practitioner Assessment of Cognition (GPCOG; Brodaty et al., 2002)
Doelgroep	Ouderen
Doel: signaleren van:	Dementie
Type	Huisarts stelt vragen aan patiënt en aan een informant
Aantal items, duur	15 items, 4-5 minuten. Bevat vragen over oriëntatie in tijd, een geheugentest en een test waarbij de cijfers en wijzers van een klok moeten worden aangevuld.
Psychometrische kwaliteiten	<i>Internationaal onderzoek (zie Lorentz et al., 2002; Milne et al., 2008):</i> <ul style="list-style-type: none"> + de scores worden nauwelijks beïnvloed door opleidingsniveau, culturele achtergrond en geslacht + sensitiviteit: 85%; specificiteit: 86% + goede psychometrische eigenschappen
Aanvaardbaarheid	<i>Internationaal onderzoek (zie Lorentz et al., 2002; Milne et al., 2008):</i> <ul style="list-style-type: none"> + makkelijk uit te voeren + artsen vinden het instrument acceptabel en bruikbaar in hun praktijk
Naam	Memory Impairment Screen (MIS; Buschke et al., 1999)
Doelgroep	Ouderen
Doel: signaleren van:	Dementie
Type	Huisarts of eerstelijns verpleegkundige stelt vragen aan patiënt
Aantal items, duur	4 items. Test van het verbale geheugen.
Psychometrische kwaliteiten	<i>Internationaal onderzoek (zie Lorentz et al., 2002; Milne et al., 2008):</i> <ul style="list-style-type: none"> + de scores worden niet beïnvloed door leeftijd, opleidingsniveau en geslacht + sensitiviteit: 80%; specificiteit: 96% + goede psychometrische eigenschappen
Aanvaardbaarheid	+ makkelijk uit te voeren

Een oordeel over de gevonden resultaten wordt weergegeven met behulp van plus- en mintekens. Een vraagteken geeft aan dat er nog onduidelijkheid is over het betreffende aspect.

Bijlage 4. Interventies op het gebied van preventie en kortdurende behandeling, geordend naar type interventie

BEGELEIDE ZELFHULP

Algemene inhoud Deelnemers krijgen uitleg over de stoornis en leren eenvoudige zelfhulptechnieken. M.b.v. de handleiding brengen zij het geleerde zelf in praktijk. In vervolgsessies worden zij ondersteund en gemotiveerd in het gebruik van de handleiding.

Reviews: effectiviteit en
aanvaardbaarheid + effectief in de behandeling van depressie
+ de effectiviteit neemt toe naarmate er meer hulp geboden wordt bij het gebruik van de handleiding
? geen gegevens bekend over kosteneffectiviteit
(Cuijpers, 1997; Van Boeijen et al., 2005a)

Interventie 1 **Van Boeijen et al., 2005b**

Doelgroep Volwassenen (vanaf 16 jaar)

Doel: preventie/behandeling van: Paniekstoornis en gegeneraliseerde angststoornis

Achterliggend principe

- Psychoeducatie
- CGT-technieken
- Progressieve relaxatie
- Exposure

Inhoud en duur Begeleide zelfhulp cursus met 5 sessies van 20 min. in 12 weken. Tijdsplanning en aantal sessies kunnen aangepast worden aan de behoefte van de deelnemer. De bijgevoegde handleiding is sterk gestructureerd en gaat in op achtergrondinformatie over de stoornis, het aanleren van andere gedachten en ontspannings- en exposure-oefeningen. Ook wordt de deelnemer gestimuleerd om een helper in zijn omgeving te zoeken. In de eerste sessie krijgt de deelnemer uitleg over de handleiding, in vervolgsessies wordt de deelnemer ondersteund en gemotiveerd in het gebruik van de handleiding. De begeleider heeft geen actief interveniërende rol, maar helpt alleen bij het gebruik van de handleiding. De interventie wordt individueel aangeboden.

Uitvoerder Is onderzocht met huisartsen als uitvoerders, maar blijkt in de praktijk ook uitvoerbaar door SPVen, AMWers en POHs-GGZ.

Aanvullende eisen aan uitvoerder Training, ± 3 uur

BEGELEIDE ZELFHULP

Interventie 1 (vervolg)**Van Boeijen et al., 2005b**

Effectiviteit	+ afname van angst en vermijding + afname van depressieve klachten en algemene psychische klachten + toename van sociaal functioneren + toename van ervaren algemene gezondheid + afname van contactfrequentie in de huisartspraktijk + effecten zijn vergelijkbaar met CGT in de tweedelijnszorg, maar begeleide zelfhulp is minder intensief en minder langdurig + effecten zijn zichtbaar tot 40 weken na de interventie ? er zijn plannen om een online versie te ontwikkelen. Het is onduidelijk of het online aanbieden van de interventie de effectiviteit beïnvloedt
Aanvaardbaarheid	+ makkelijk uitvoerbaar + flexibel, relatief makkelijk aan te passen aan verschillende doelgroepen
Onderzoek uitgevoerd in	Nederland

Interventie 2**In de put, uit de put (Willemse et al., 2004; Smit et al., 2006; Cuijpers et al., in druk)**

Doelgroep	Volwassenen
Doel: preventie/behandeling van:	Depressie
Achterliggend principe	<ul style="list-style-type: none">• CGT• Sociale vaardigheidstraining• Activity scheduling• Ontspanningstechnieken
Inhoud en duur	Begeleide zelfhulp cursus met 6 maal telefonisch contact van maximaal 15 min., begeleiding. Gebaseerd op de Coping with depression course (Lewinsohn et al., 1984a; b; Lewinsohn, 1987). Het programma is gericht op het verminderen van depressieve klachten door het vergroten van het inzicht in de klachten en het aanleren van vaardigheden in zelfobservatie en zelfverandering. Hierbij wordt o.a. aandacht besteed aan het monitoren van de eigen stemming, het registreren van probleemsituaties en het verhogen van het aantal plezierige activiteiten. Deelnemers leren anders te denken door het opsporen van irrationele gedachten en deze te vervangen door rationelere gedachten. Ook worden sociale vaardigheden verbeterd en ontspanningstechnieken aangeleerd. De interventie wordt individueel aangeboden.
Uitvoerder	Preventiewerker of eerstelijns GGZ-hulpverlener

BEGELEIDE ZELFHULP

Interventie 2 (vervolg)**In de put, uit de put (Willemse et al., 2004; Smit et al., 2006; Cuijpers et al., in druk)**

Aanvullende eisen aan uitvoerder	Training, ± 2 dagen
Effectiviteit	+ afname van het risico op een depressieve stoornis na 1 jaar + kosteneffectief ? lange termijneffecten zijn nog niet bekend
Aanvaardbaarheid	+ deelnemers zijn tevreden over de cursus + kost hulpverleners weinig tijd + de interventie is concreet en weinig stigmatiserend: mensen leren vaardigheden, maar hoeven niet zozeer te graven in hun verleden + de interventie is makkelijk aan te passen aan verschillende doelgroepen (bijv. ouderen) - het bereik is beperkt (2000-4000 deelnemers per jaar), gezien het aantal mensen met milde depressie in de populatie - De interventie is vrij complex voor deelnemers. Zij moeten in staat zijn om te denken over hun eigen denken en hebben soms moeite met de cognitieve herstructurering - 37% uitval tijdens de interventie, waarschijnlijk gedeeltelijk door spontaan herstel
Onderzoek uitgevoerd in	Nederland

Interventie 3**Richards et al., 2003**

Doelgroep	Volwassenen
Doel: preventie/behandeling van:	Angst en depressie
Achterliggend principe	CGT
Inhoud en duur	Begeleide zelfhulp cursus met maximaal 3 sessies, handleiding. De interventie wordt individueel aangeboden.
Uitvoerder	Eerstelijns verpleegkundige
Aanvullende eisen aan uitvoerder	Training
Effectiviteit	+ vergelijkbare klinische uitkomsten als voor de gebruikelijke huisartsenzorg, tegen vergelijkbare kosten + afname van de klachten na 1 maand, maar minder effecten na 3 maanden
Aanvaardbaarheid	+ deelnemers waren meer tevreden dan personen die de gebruikelijke huisartsenzorg kregen
Onderzoek uitgevoerd in	Groot-Brittannië

BEGELEIDE ZELFHULP

Interventie 4**Hiscock et al., 2008**

Doelgroep	Volwassenen
Doel: preventie/behandeling van:	Postnatale depressie als gevolg van slaapproblemen van baby's
Achterliggend principe	Geen gegevens beschikbaar
Inhoud en duur	Deelnemers krijgen een geïndividualiseerd 'slaap management' plan met informatie en leren twee gedragstechnieken om om te gaan met de slaapproblemen van hun kind. Het aantal sessies varieert per deelnemer. De interventie wordt individueel aangeboden.
Uitvoerder	Eerstelijns verpleegkundige
Aanvullende eisen aan uitvoerder	Training
Effectiviteit	+ minder depressieve symptomen bij moeders in de interventiegroep, 16 maanden na de interventie + geen negatieve effecten op het opvoedingsgedrag of op de geestelijke gezondheid van het kind ? onduidelijk of de interventie ook effectief is bij moeders met een ernstige depressie of post-partum psychose
Aanvaardbaarheid	Geen gegevens beschikbaar
Onderzoek uitgevoerd in	Australië

Interventie 5**Beating the Blues (Proudfoot et al., 2003)**

Doelgroep	Volwassenen
Doel: preventie/behandeling van:	Depressie en angst
Achterliggend principe	CGT
Inhoud en duur	Zelfhulpprogramma via de computer: 1 video-introductie van 15 min., gevolgd door 8 sessies van 50 min. Een verpleegkundige is aanwezig bij de start en het einde van elke sessie voor het geven van uitleg en hulp (max. 5 min. per sessie). De interventie wordt individueel aangeboden.
Uitvoerder	De deelnemer zelf en een eerstelijns verpleegkundige

BEGELEIDE ZELFHULP

Interventie 5 (vervolg)**Beating the Blues (Proudfoot et al., 2003)**

Aanvullende eisen aan uitvoerder

Geen

Effectiviteit

+ afname van depressie en angst
+ verbetering in aanpassing aan het dagelijks leven (minder invloed van de problemen op werk en sociaal leven)
+/- aanwijzingen voor kosteneffectiviteit

Aanvaardbaarheid

Geen gegevens beschikbaar

Onderzoek uitgevoerd in

Groot-Brittannië

PROBLEM-SOLVING TREATMENT (PST)

Algemene inhoud	Deelnemers leren om actief en gestructureerd aan de slag te gaan met hun alledaagse problemen. De achterliggende gedachte is dat door greep te krijgen op problemen, psychische klachten afnemen en de kwaliteit van leven verbetert. De nadruk ligt niet zozeer op het oplossen van de problemen, maar op het feit dat deelnemers actief met de problemen aan de slag gaan. Onderstaande interventies 1 t/m 4 zijn qua inhoud vergelijkbaar, er zijn slechts enkele verschillen in doelgroep en uitvoerder. Omdat echter de gevonden effecten per interventie verschillen, worden de interventies afzonderlijk weergegeven.
Achterliggend principe	<ul style="list-style-type: none">• Gedragsactivatie• Zelfmanagement• CGT
Reviews: effectiviteit en aanvaardbaarheid	+ enig bewijs voor de effectiviteit van PST in de behandeling van depressie, maar grote verschillen in gerapporteerde effecten ? er is meer onderzoek nodig naar de voorwaarden waaronder en de subgroepen van deelnemers bij wie PST effectief is + korte interventie + makkelijk te begrijpen door deelnemers + makkelijk te leren door hulpverleners (Cuijpers et al., 2007; Wolf & Hopko, 2008; Huibers et al., 2007)

Interventie 1**Schreuders et al., 2007**

Doelgroep	Volwassenen (lijkt in de praktijk ook te werken bij kinderen)
Doel: preventie/behandeling van:	Psychische klachten
Inhoud en duur	3-6 sessies van 30 min (1 ^e sessie: 60 min.). De interventie wordt individueel aangeboden.
Uitvoerder	Eerstelijns verpleegkundige, SPV
Aanvullende eisen aan uitvoerder	Training van een of enkele dagen, gecombineerd met continue super- en intervisie
Effectiviteit	+/- afname van psychische klachten bij frequente bezoekers van de huisartspraktijk, maar niet effectiever dan gebruikelijke zorg ? de effectiviteit bij uitvoering door huisartsen in opleiding wordt onderzocht.
Aanvaardbaarheid	Geen gegevens beschikbaar
Onderzoek uitgevoerd in	Nederland

PROBLEM-SOLVING TREATMENT (PST)

Interventie 2 **Williams et al., 2000**

Doelgroep	Ouderen (>60 jaar)
Doel: preventie/behandeling van:	Depressie, dysthymie
Inhoud en duur	6 sessies van 30 min (1 ^e sessie: 60 min.). De interventie wordt individueel aangeboden.
Uitvoerder	Psycholoog, AMWer, counsellor
Aanvullende eisen aan uitvoerder	Training
Effectiviteit	- geringe effectiviteit bij ouderen
Aanvaardbaarheid	Geen gegevens beschikbaar
Onderzoek uitgevoerd in	V.S.

Interventie 3 **Kendrick et al., 2006**

Doelgroep	Volwassenen (18-65 jaar)
Doel: preventie/behandeling van:	Depressie, angst
Inhoud en duur	6 sessies van 30 min (1 ^e sessie: 60 min.). De interventie wordt individueel aangeboden.
Uitvoerder	Eerstelijns verpleegkundige
Aanvullende eisen aan uitvoerder	Training
Effectiviteit	+ afname van psychische symptomen + toename van sociaal functioneren + toename van kwaliteit van leven +/- niet effectiever dan de gebruikelijke zorg in de huisartspraktijk
Aanvaardbaarheid	Geen gegevens beschikbaar
Onderzoek uitgevoerd in	Groot-Brittannië

PROBLEM-SOLVING TREATMENT (PST)

Interventie 4**Barrett et al., 2001**

Doelgroep	Volwassenen (18-59 jaar)
Doel: preventie/behandeling van:	Depressie, dysthymie
Inhoud en duur	6 sessies van 30 min (1 ^e sessie: 60 min.). De interventie wordt individueel aangeboden.
Uitvoerder	Psycholoog
Aanvullende eisen aan uitvoerder	Training
Effectiviteit	+ afname van depressieve symptomen + voor dysthymie is PST effectiever dan een placebo en minder effectief dan farmacotherapie +/- voor depressie is PST even effectief als een placebo en farmacotherapie
Aanvaardbaarheid	Geen gegevens beschikbaar
Onderzoek uitgevoerd in	V.S.

PROBLEM-SOLVING TREATMENT (PST)

Interventie 5 **Minimale psychologische interventie (Lamers, 2008; Jonkers, 2009)**

Doelgroep	Ouderen (>60 jaar)
Doel: preventie/behandeling van:	Milde depressie bij chronisch zieke ouderen (met diabetes en COPD)
Inhoud en duur	De interventie is gericht op het hanteren van de consequenties van de chronische ziekte in het dagelijks leven en wordt aangeboden naast de gebruikelijke eerstelijnszorg. Gemiddeld 4 sessies (range: 2-10). De interventie wordt individueel aangeboden.
Uitvoerder	Eerstelijns verpleegkundige (was apart aangesteld voor het onderzoek en meer gespecialiseerd dan een POH)
Aanvullende eisen aan uitvoerder	Training, 4,5 dag
Effectiviteit	+ afname van depressieve klachten, waarbij het verschil in depressieve symptomen tussen de interventie- en controlegroep toenam met de tijd en 9 maanden na de interventie statistisch significant was + afname van angst + toename van kwaliteit van leven + toename van indicatoren van zelfoplossend vermogen, dagelijks functioneren en sociale participatie +/- aanwijzingen voor kosteneffectiviteit (vooral omdat deelnemers minder thuiszorg nodig hadden) ? momenteel wordt de effectiviteit en uitvoerbaarheid van een verkorte variant van de interventie onderzocht, gericht op volwassen chronisch zieken met secundaire psychische problemen, zoals depressie, angst, somatisatie en distress. De interventie wordt ingebed in de reguliere zorg: alle chronisch zieken die bij de POH komen, worden gescreend op dergelijke problemen.
Aanvaardbaarheid	+ deelnemers en uitvoerders waarden de interventie + de interventie is goed uitvoerbaar
Onderzoek uitgevoerd in	Nederland

REATTRIBUTIE

Algemene inhoud	Deelnemers worden gestimuleerd om klachten toe te schrijven aan andere oorzaken dan een lichamelijke ziekte. Aspecten zijn: zich serieus genomen voelen, verbreding van de agenda van lichamelijk naar ook psychische kanten van de klacht en het leggen van een verband tussen klacht en leefsituatie (Goldberg et al., 1989). De interventie is geïndividualiseerd: welke aspecten aan bod komen is afhankelijk van de persoonlijke situatie van de deelnemer. De interventie wordt toegevoegd aan de gebruikelijke eerstelijnszorg.
Achterliggend principe	CGT-technieken
Reviews: effectiviteit en aanvaardbaarheid	+/- beperkt bewijs voor de effectiviteit van reattributie voor de behandeling van somatisatieklachten (Huibers et al., 2007)

Interventie 1**Blankenstein, 2001**

Doelgroep	Volwassenen
Doel: preventie/behandeling van:	Somatisatieklachten/lichamelijk onverklaarde klachten
Inhoud en duur	Gemiddeld 3 sessies van 10-30 min. Voorafgaand aan de reattributie zoals hierboven omschreven, wordt expliciet ingegaan op de ongerustheid van deelnemers over de klachten, met het idee dat ongerustheid anders de volgende stappen van reattributie kan blokkeren. De somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale aspecten van de klachten (SCEGS) worden systematisch in kaart gebracht om na te gaan welke factoren de klachten in stand houden en op welk gebied actie ondernomen moet worden. De interventie wordt individueel aangeboden.
Uitvoerder	Huisarts
Aanvullende eisen aan uitvoerder	Training (15-20 uur)
Effectiviteit	+ meer effecten dan bij toepassing van reattributie in de traditionele vorm (zonder in te gaan op de ongerustheid) + afname van ziekteverzuim + afname van medische consumptie + toename van ervaren gezondheid + de effecten zijn 24 maanden na de interventie meer uitgesproken dan 12 maanden na de interventie - geen effect op medicijngebruik
Aanvaardbaarheid	+ toepasbaar door de huisarts
Onderzoek uitgevoerd in	Nederland

REATTRIBUTIE

Interventie 2**Larisch et al., 2004**

Doelgroep	Volwassenen
Doel: preventie/behandeling van:	Somatisatieklachten/lichamelijk onverklaarde klachten
Inhoud en duur	6 sessies van 20 min. De interventie wordt individueel aangeboden.
Uitvoerder	Huisarts
Aanvullende eisen aan uitvoerder	Training
Effectiviteit	- geen effecten op lichamelijke symptomen na 3 maanden - geen effecten op depressie, angst, kwaliteit van leven en geestelijke gezondheid na 3 en 6 maanden + een lichte afname van lichamelijke symptomen na 6 maanden
Aanvaardbaarheid	Geen gegevens beschikbaar
Onderzoek uitgevoerd in	Duitsland

MOTIVERENDE GESPREKSVOERING

Algemene inhoud	Methodie die gericht is op de intrinsieke motivatie van deelnemers tot het doorvoeren van een gedragsverandering. Met behulp van technieken als het gebruik empathie en actief luisteren probeert men deelnemers te overtuigen van de noodzaak van een gedragsverandering en een eventuele ambivalente houding hiertegenover te doorbreken (Miller & Rollnick, 1991).
Reviews: effectiviteit en aanvaardbaarheid	+ significante effecten op zowel lichamelijke (zoals gewichtsafname) als psychische gebieden (zoals alcoholproblemen) + de kans op een effect is groter bij interventies die bestaan uit meer dan één sessie + de effectiviteit is niet gerelateerd aan de opleiding of achtergrond van de uitvoerende zorgverlener (Rubak et al., 2005; Miller & Wilbourne, 2002)
Interventie 1	Preventie-op-maat (Duzijn et al., 2000; Veldhuis & Duzijn, 2003)
Doelgroep	Volwassen mantelzorgers
Doel: preventie/behandeling van:	Overbelasting en verminderd welbevinden
Achterliggend principe	<ul style="list-style-type: none">• Motiverende gespreksvoering en de stadia van gedragsverandering (Prochaska & DiClemente, 1992)• Psychoeducatie
Inhoud en duur	Semigestructureerd gesprek: 1-2 sessies, eventueel gevolgd door 2 maal telefonisch contact om een vinger aan de pols te houden. Via patiënten/cliënten wordt door de hulpverlener contact gezocht met mantelzorgers. In een individueel gesprek of een groepsbijeenkomst wordt vervolgens aandacht besteed aan de belasting die het verlenen van mantelzorg kan opleveren. Knelpunten en ondersteuningsbehoeften op emotioneel en praktisch gebied en op het gebied van informatie worden geïnventariseerd. Met behulp van een sociale kaart van ondersteuningsmogelijkheden voor mantelzorgers in de regio wordt samen naar mogelijke oplossingen gezocht. Essentieel is dat mantelzorgers actief benaderd worden in plaats van te wachten tot zij zelf met problemen komen.
Uitvoerder	SPV, AMWer
Aanvullende eisen aan uitvoerder	<ul style="list-style-type: none">• Training• Een actuele sociale kaart van ondersteuningsmogelijkheden in de regio
Effectiviteit	+ drempelverlagend effect op het zoeken van hulp
Aanvaardbaarheid	+ sluit goed aan bij de behoeften van mantelzorgers. Mantelzorgers vinden de interventie nuttig en verhelderend + hulpverleners staan positief tegenover de interventie + breed inzetbaar, voor mantelzorgers van personen met verschillende soorten aandoeningen, en in verschillende settings (bijv. ook in verplegings- en verzorgingshuizen) - mantelzorgers moeten uitgenodigd worden voor een consult. Huisartsen zijn vanwege de werkdruk waarschijnlijk minder geneigd om deze extra consulten uit te voeren.
Onderzoek uitgevoerd in	Nederland

GEZONDHEIDSVOORLICHTING

Algemene inhoud	Voorlichting over gezondheid en gezond gedrag of de risico's van ongezond gedrag. Soms worden in overleg met een hulpverlener ook doelen opgesteld voor gedragsverandering. Een veel gebruikte techniek is in dat geval motiverende gespreksvoering.
Reviews: effectiviteit en aanvaardbaarheid	+ Minimale interventies (eenvoudige interventies die toepasbaar zijn in grote groepen, zoals een brief met adviezen of een groepsgesprek waarin adviezen gegeven worden) zijn effectief in het verminderen van benzodiazepinegebruik + kortdurende interventies waarin voorlichting wordt gegeven en doelen voor gedragsverandering worden opgesteld zijn effectief in het verminderen van problematisch en overmatig alcoholgebruik. De effecten blijven bestaan tot een jaar na de interventie, soms tot 4 jaar erna (Anderson et al., 2005; Bertholet et al., 2005; Miller & Wilbourne, 2002; Oude Voshaar et al., 2006)

Interventie 1 **Brief van de huisarts (Heather et al., 2004; Niessen et al., 2005; Gorgels, 2008)**

Doelgroep	Volwassenen
Doel: preventie/behandeling van:	Benzodiazepinegebruik bij chronische gebruikers
Inhoud en duur	Brief van de eigen huisarts met informatie over de nadelen van regelmatig gebruik, het advies om te minderen/stoppen en een uitnodiging tot een consult hierover
Uitvoerder	Huisarts
Aanvullende eisen aan uitvoerder	Training
Effectiviteit	+ afname van het aantal gebruikers + toename van de kans dat deelnemers stoppen met de medicatie + afname van de gemiddeld gebruikte dosering + geen toename van psychologische distress + geen afname van de algemene gezondheid - geen effect van een vervolgbrief na 6 maanden - geen effecten bij deelnemers die veel benzodiazepinen gebruikten en dit al lange tijd deden
Aanvaardbaarheid	+ eenvoudige interventie, die weinig tijd kost + deelnemende huisartsen waren tevreden over de interventie
Onderzoek uitgevoerd in	Nederland, Groot-Brittannië

GEZONDHEIDSVOORLICHTING

Interventie 2**Tips voor de Thuisdokter (Plass et al., 2005; 2006)**

Doelgroep	Volwassenen, frequente bezoekers van de huisartspraktijk
Doel: preventie/behandeling van:	Alledaagse klachten
Inhoud en duur	Voorlichtingsboekje met informatie over alledaagse lichamelijke en psychische klachten en zelfzorgadviezen. Belangrijk aspect: geruststelling. Essentiële onderdelen van de interventie zijn: (1) het feit dat de huisarts het voorlichtingsboekje persoonlijk uitdeelt, in plaats van het neer te leggen in de wachtkamer, en (2) het feit dat patiënten de informatie krijgen op het moment dat het voor hen actueel en relevant is. De interventie wordt individueel aangeboden.
Uitvoerder	Huisarts
Aanvullende eisen aan uitvoerder	Geen
Effectiviteit	+ afname van huisartsbezoek - afname van zelfzorg, waarschijnlijk omdat teveel werd benadrukt dat mensen een afwachtend beleid moesten hanteren
Aanvaardbaarheid	+ kost hulpverlener weinig tijd - deelnemers voelden zich soms afgescheept doordat zij een voorlichtingsboekje kregen, hadden het idee dat de huisarts geen tijd voor hen nam + deelnemers vinden het prettig om informatie na te kunnen lezen en aan anderen te kunnen laten lezen.
Onderzoek uitgevoerd in	Nederland

Interventie 3**Walker et al., 2002**

Doelgroep	Jongeren (14-15 jaar)
Doel: preventie/behandeling van:	Ongezonde leefstijl (o.a. roken, alcoholgebruik)
Inhoud en duur	Een consult van 20 min. met een eerstelijns verpleegkundige, waarin voorlichting wordt gegeven over gezondheid en gezond gedrag. De interventie wordt individueel aangeboden.
Uitvoerder	Eerstelijns verpleegkundige
Aanvullende eisen aan uitvoerder	Training
Effectiviteit	+/- kleine verandering in de levensstijl van deelnemers 3 maanden na de interventie, maar geen effect na 12 maanden + afname van psychosociale problemen bij jongeren die op baseline hoog scoorden op een depressieschaal. Effect zichtbaar na 3 en 12 maanden

GEZONDHEIDSVOORLICHTING

Interventie 3 (vervolg)**Walker et al., 2002**

Aanvaardbaarheid + jongeren waren positief over de interventie
+ relatief goedkope interventie

Onderzoek uitgevoerd in Groot-Brittannië

Interventie 4**Fleming et al., 1997; 2002**

Doelgroep Volwassenen

Doel: preventie/behandeling van: Overmatig alcoholgebruik

Inhoud en duur 2 sessies met huisarts (10-15 min.), gevolgd door twee maal telefonisch contact met een verpleegkundige. Deelnemers krijgen feedback over de gevolgen van hun alcoholgebruik, informatie over verantwoord alcoholgebruik en houden een dagboek bij. Er worden doelen gesteld. De interventie wordt individueel aangeboden.

Uitvoerder Huisarts, eerstelijns verpleegkundige

Aanvullende eisen aan uitvoerder Geen

Effectiviteit + afname van alcoholgebruik
+ afname van het aantal episodes van binge drinking en de frequentie van excessief drinken
+ afname van ziekenhuisopname en bezoek aan eerste hulp
+ effecten traden 6 maanden na de interventie op en bleven bestaan tot 48 maanden erna
+ aanwijzingen voor kosteneffectiviteit

Aanvaardbaarheid Geen gegevens beschikbaar

Onderzoek uitgevoerd in V. S.

Een oordeel over de gevonden resultaten wordt weergegeven met behulp van plus- en mintekens. Een vraagteken geeft aan dat er nog onduidelijkheid is over het betreffende aspect.

Bijlage 5. Online interventies

Algemene inhoud	Online zelfhulpprogramma, waar deelnemers informatie over hun problemen kunnen vinden en waarmee zij eenvoudige zelfhulptechnieken kunnen leren. Bevat soms ook mogelijkheden tot lotgenotencontact.
Reviews: effectiviteit en aanvaardbaarheid	+ enig bewijs dat online CGT even effectief is in de behandeling van depressie en angst als gewone CGT + enig bewijs dat online CGT effectiever is in de behandeling van angst en depressie dan 'treatment as usual' - online CGT is niet zo effectief als gewone CGT in de behandeling van obsessieve gedragsstoornissen (Kaltenthaler et al., 2006)
Interventie 1	Drinktest.nl (Huiberts & Boon, 2003; Meijer et al., 2006; Boon et al., in voorbereiding)
Doelgroep	Volwassenen (vanaf 18 jaar)
Doel: preventie/behandeling van:	Overmatig alcoholgebruik
Achterliggend principe	<ul style="list-style-type: none"> • CGT • Motiverende gespreksvoering en de stadia van gedragsverandering (Prochaska & DiClemente, 1992) • Psychoeducatie
Inhoud en duur	Online zelftest voor volwassenen die regelmatig alcohol drinken. Op basis van het alcoholgebruik en andere indicatoren (o.a. het stadium van gedragsverandering) krijgen deelnemers advies op maat: informatie over verantwoord alcoholgebruik en/of adviezen over het omgaan met moeilijke situaties. Ook bestaat de mogelijkheid om via email vragen te stellen aan deskundigen. Indien gewenst kunnen deelnemers doorschakelen naar een intensievere interventie, MinderDrinken (zie onder). De interventie wordt individueel aangeboden.
Uitvoerder	De deelnemer zelf
Aanvullende eisen aan uitvoerder	Geen
Effectiviteit	+/- bescheiden effect op de motivatie om te stoppen en het percentage overmatige drinkers bij vrouwen, geen effect bij mannen Naar aanleiding hiervan is de site aangepast en is onderzoek uitgevoerd bij mannen: +/- afname van het percentage overmatige drinkers bij mannen. Na 6 maanden was het verschil tussen experimentele en controlegroep niet meer significant.
Aanvaardbaarheid	+ groot bereik + overmatige drinkers gaan vaker door met de interventie dan matige drinkers ? recentelijk zijn de normen voor verantwoord alcoholgebruik aangepast. Het is onduidelijk welke gevolgen de nieuwe normen hebben voor de effectiviteit van Drinktest.
Onderzoek uitgevoerd in	Nederland

Interventie 2	MinderDrinken (Riper, 2008)
Doelgroep	Volwassenen
Doel: preventie/behandeling van:	Overmatig alcoholgebruik
Achterliggend principe	<ul style="list-style-type: none"> • CGT-technieken • Motiverende gespreksvoering • Zelfcontrole-therapie
Inhoud en duur	Online zelfhulpprogramma voor volwassen probleemdrinkers die zelfstandig willen minderen of stoppen met drinken. De website biedt ondersteuning bij het nadenken over het gebruik van alcohol, bij het besluiten het gebruik te veranderen en bij het stellen van doelen. Er worden hulpmiddelen aangereikt waarmee deelnemers hun doelen kunnen realiseren, zoals een alcoholdagboek en oefeningen om terugval te voorkomen. De website bevat een openbaar informatief deel voor deelnemers en hulpverleners, en een beveiligd deel met een interactieve zelfhulpmodule en een deelnemersforum. Deelnemers wordt aangeraden om 6 weken met de interventie bezig te zijn, maar in de praktijk is er veel variatie. De interventie wordt individueel aangeboden.
Uitvoerder	De deelnemer zelf
Aanvullende eisen aan uitvoerder	Geen
Effectiviteit	<ul style="list-style-type: none"> + afname van alcoholgebruik + deelnemers houden zich vaker aan de richtlijn voor verantwoord drinken + effecten zichtbaar tot een jaar na de interventie + effectief voor zowel hoog- als laagopgeleiden, voor lichte en zwaardere drinkers en voor mannen en vrouwen + kosteneffectief + in de dagelijkse praktijk is de interventie even effectief als in een meer gecontroleerde trial
Aanvaardbaarheid	<ul style="list-style-type: none"> + laagdrempelig + groot bereik + anoniem <p>? recentelijk zijn de normen voor verantwoord alcoholgebruik aangepast. Het is onduidelijk welke gevolgen de nieuwe normen hebben voor de effectiviteit van MinderDrinken.</p>
Onderzoek uitgevoerd in	Nederland

Interventie 3	Kleur je leven (Riper & Kramer, 2004; De Graaf et al., 2008; Spek et al., 2007, 2008; Warmerdam et al., 2008; Cuijpers et al., in druk)
Doelgroep	Volwassenen
Doel: preventie/behandeling van:	Depressie
Achterliggend principe	CGT-technieken
Inhoud en duur	Online zelfhulpprogramma, dat ontwikkeld is vanuit In de put, uit de put (zie boven). Bestaat uit 8 lessen van gemiddeld 30 min. en 1 opfrisles. Er is een versie voor personen van 18 jaar en ouder en voor personen van 55+. Voorafgaand vullen deelnemers een screeningslijst (CES-D) in. Personen met ernstige depressieve klachten wordt aangeraden om elders hulp te zoeken. Het programma is gericht op het verminderen van depressieve klachten door het vergroten van het inzicht in de klachten en het aanleren van vaardigheden m.b.v. oefeningen. Het programma bevat audio, video en de mogelijkheid tot interactie via een forum. Er is ook ervaring opgedaan met begeleiding door getrainde hulpverleners (in het onderzoek waren dit psychologiestudenten). Deze begeleiding betreft feedback en ondersteuning bij de opdrachten, en is niet bedoeld om een intensieve relatie op te bouwen (totale tijdsinvestering voor hulpverlener: gemiddeld 160 minuten). De interventie wordt individueel aangeboden.
Uitvoerder	De deelnemer zelf, eventueel begeleid door een hulpverlener
Aanvullende eisen aan uitvoerder	Deelnemer: geen Hulpverlener: training
Effectiviteit	+ afname van depressieve klachten. Effecten bij personen > 50 jaar zichtbaar tot een jaar na de interventie + effecten bij personen > 50 jaar zijn vergelijkbaar met een groepscursus en groter dan de wachtlijstcontrolegroep + bij volwassenen even effectief in het verminderen van depressieve klachten als online PST (Alles onder controle, zie onder), maar PST lijkt sneller tot effecten te leiden + als de interventie met begeleiding wordt aangeboden, zijn de effecten groot en vergelijkbaar met een face-to-face interventie - als de interventie zonder begeleiding wordt aangeboden, vindt er meer uitval van deelnemers plaats en lijkt de effectiviteit kleiner.
Aanvaardbaarheid	+ laagdrempelig, goede toegankelijkheid + groot bereik + deelnemers geven aan baat te hebben bij de interventie ? een onderzoek naar de implementatie van Kleur je leven door huisartsen, SPVen en ELPen wordt uitgevoerd
Onderzoek uitgevoerd in	Nederland

Interventie 4	Alles onder controle (Van Straten et al., 2008; Warmerdam et al., 2008)
Doelgroep	Volwassenen
Doel: preventie/behandeling van:	Depressie, angst, werkstress
Achterliggend principe	<ul style="list-style-type: none"> • Problem-solving treatment • Self-examination therapy (Bowman et al., 1995; 1996)
Inhoud en duur	Online zelfhulpprogramma van 4-5 weken. Deelnemers krijgen elke week een email met opdrachten en uitleg. Zij worden ondersteund door getrainde hulpverleners (in het onderzoek: psychologiestudenten). Deze begeleiding betreft feedback en ondersteuning bij de opdrachten, en is niet bedoeld om een intensieve relatie op te bouwen (totale tijdsinvestering voor hulpverlener: gemiddeld 100 minuten). Deelnemers leren om op gestructureerde manier problemen op te lossen. Zij bepalen wat zij echt belangrijk vinden in hun leven, leren om alleen energie te investeren in problemen die te maken hebben met wat zij belangrijk vinden en leren accepteren dat sommige situaties niet veranderd kunnen worden. De interventie wordt individueel aangeboden.
Uitvoerder	De deelnemer zelf, ondersteund door een hulpverlener
Aanvullende eisen aan uitvoerder	Deelnemer: geen Hulpverlener: training
Effectiviteit	<ul style="list-style-type: none"> + afname van depressieve symptomen en angst + toename van kwaliteit van leven - minder effectief voor werkstress, maar deelnemers aan de interventie herstellen vaker van burnout dan niet-deelnemers + effecten zijn sterker voor deelnemers die bij de start van de interventie ernstigere problemen hebben + even effectief in het verminderen van depressieve klachten als Kleur je leven (interventie 3), maar Alles onder controle leidt sneller tot effecten ? lange termijn effecten en kosteneffectiviteit zijn nog niet bekend
Aanvaardbaarheid	<ul style="list-style-type: none"> + laagdrempelig, goede toegankelijkheid + groot bereik - hoge mate van uitval tijdens de interventie. Vooral deelnemers met een laag opleidingsniveau en ernstigere symptomen vielen uit - de interventie is momenteel nog alleen voor onderzoeksdoeleinden beschikbaar ? implementatie met begeleiding door de POH-GGZ wordt momenteel onderzocht
Onderzoek uitgevoerd in	Nederland

Een oordeel over de gevonden resultaten wordt weergegeven met behulp van plus- en mintekens. Een vraagteken geeft aan dat er nog onduidelijkheid is over het betreffende aspect