

Postprint version : 1.0

Journal website : <https://www.gzpsychologie.nl/>

This is a Nivel certified Post Print, more info at [nivel.nl](http://nivel.nl)

## Wie heeft baat bij eerstelijnspsychologische behandeling?

P.F.M. Verhaak<sup>a</sup>, J.P.A. Kamsma<sup>b</sup>, A.G. van der Niet<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL)

<sup>b</sup> Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen (LVE)

Wie heeft baat bij eerstelijnspsychologische behandeling? Deze vraag wordt beantwoord met behulp van de gegevens over alle in 2009 afgesloten behandelingen van 664 eerstelijnspsychologen. Ruim 70% van de behandelingen wordt regulier beëindigd. Daarbij vindt reguliere beëindiging vaker plaats bij vrouwen, cliënten ouder dan 50 jaar, gehuwden/samenwonenden, hoger opgeleiden, cliënten met betaald werk en in Nederland geboren cliënten dan bij mannen, alleenstaanden, laag opgeleiden, cliënten die werkeloos zijn, in de ziektewet zitten of gepensioneerd zijn en niet in Nederland geboren zijn. Werk-/studieproblemen en aanpassings-/verwerkingsproblemen worden ook vaker regulier afgesloten dan andere problemen. Van de regulier beëindigde behandelingen is 88% verbeterd in functioneren, (54% is aanzienlijk verbeterd). In het algemeen gaat een reguliere beëindiging ook vaker gepaard met een aanzienlijke verbetering van meer dan 10 GAF-punten op de globale beoordeling van het functioneren (waarbij gecontroleerd is voor de hoogte van de aanvangsbeoordeling). In ruim 70% van de gevallen wordt de behandeling bovendien in 8 of minder behandelsessies afgesloten. Daarmee lijkt de zorg geboden door de eerstelijnspsycholoog voor veel mensen in een beperkt aantal sessies tot verbetering te leiden.

### Inleiding

Eerstelijnspsychologen verlenen psychologische zorg, in het algemeen kortdurend en veelal in nauwe samenwerking met huisartsen. Sinds de jaren '80 hebben eerstelijnspsychologen zich in georganiseerd verband gevestigd binnen de eerstelijns zorg, zorg die direct toegankelijk en generalistisch van aard is. Eerstelijnspsychologen zijn verenigd in de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE) en ingeschreven in het register Eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). In de VWS nota 'Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg 1999', wordt de eerstelijnspsycholoog samen met de huisarts en het algemeen maatschappelijk werk (AMW) tot de kerndisciplines in de zogenaamde eerstelijns GGZ gerekend. Vanaf 2008 wordt eerstelijns psychologische zorg vergoed in het basispakket van de zorgverzekering. Eerstelijnspsychologische zorg kan in het algemeen geleverd worden door psychologen die als gz-psycholoog zijn geregistreerd in het BIG-register.

Het kabinet Rutte hecht in haar beleidsvoornemens grote waarde aan de eerstelijnsgezondheidszorg. Tweedelijns zorg die ook in de eerstelijns kan worden gegeven zou (terug) naar de eerstelijns moeten gaan. Men wil ggz-ketenzorg in de eerstelijns bevorderen: basis GGZ. Huisartsen blijven in deze visie poortwachters, maar het verlenen van daadwerkelijke psychologische hulp zal voor een belangrijk deel bij andere, meer daarvoor opgeleiden, zoals de eerstelijnspsycholoog, de AMW-er en de sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV), neergelegd worden.

Vanuit dit perspectief is het interessant om na te gaan welk type cliënten het meeste baat heeft bij kortdurende hulpverlening door de eerstelijnspsycholoog. Een dergelijke vraag laat zich juist wat betreft de eerstelijnspsycholoog goed beantwoorden, omdat eerstelijnspsychologen, voor zover ze binnen de LVE verenigd zijn, hun werkzaamheden goed documenteren. Conform de kwaliteitseisen om geregistreerd te blijven als eerstelijnspsycholoog dient iedere eerstelijnspsycholoog jaarlijks een standaard registratie van cliëntgegevens te overleggen van alle cliënten waarvan de behandeling in het jaar in kwestie is afgesloten. Sinds 2004 verzamelt de LVE deze gegevens jaarlijks op landelijke schaal, sinds 2009 in samenwerking met het NIVEL. Op basis van deze gegevens is het mogelijk een schets te geven van de omvang en aard van het cliëntaanbod dat de eerstelijnspsycholoog behandelt.

## Vraagstelling

De vraag welke cliënt het meeste baat heeft bij de hulp van de eerstelijnspsycholoog wordt op de volgende wijze uitgewerkt.

Om te beginnen is een belangrijke opbrengst voor de cliënt dat een behandeling bij de eerstelijnspsycholoog zinvol is afgerond. We onderscheiden daarom een reguliere beëindiging (een behandeling die door de psycholoog en cliënt als voltooid wordt beschouwd, dan wel een behandeling die de cliënt beëindigt vanwege klachtafname), een behandeling die uitmondt in een doorverwijzing en een eenzijdig afgebroken behandeling, waar de cliënt op een gegeven moment niet meer op komt dagen.

In de tweede plaats kijken we naar de mate waarin het globale functioneren na een afgeronde behandeling is verbeterd en in de derde plaats nemen we het aantal behandelsessies in beschouwing die dat gekost heeft.

Wat betreft de patiëntkarakteristieken die we willen onderscheiden, laten we ons leiden door het materiaal dat voorhanden is in de jaarregistratie van eerstelijnspsychologen. Dit zijn in de eerste plaats een aantal sociaal-demografische kenmerken als leeftijd, geslacht, opleiding, werkstatus, burgerlijke staat en afkomst. Daarnaast, en voor onze vraagstelling het meest relevant, is de aanmeldingsklacht de karakteristiek bij uitstek om de 'opbrengst' van de behandeling tegen af te zetten.

Onze vraagstellingen luiden:

1. Welke cliëntkenmerken en type aanmeldingsklachten gaan samen met een reguliere afronding van eerstelijnspsychologische behandeling dan wel met vroegtijdige afbreking of doorverwijzing?
2. In het geval van een reguliere afronding, welke cliëntkenmerken gaan samen met een substantiële verbetering van functioneren en bij welk type aanmeldingsklachten zien we meer verbetering?
3. Bij welke cliëntkenmerken en type aanmeldingsklachten wordt een reguliere afronding bereikt in een beperkt aantal behandelsessies?

## Methode

### Gegevens patiënten

Alle eerstelijnspsychologen die zijn aangesloten bij de LVE, registreren sinds enkele jaren de gegevens van hun cliënten op een uniforme wijze. Er worden onder andere personalia, de aanmeldingsklacht, het type en de duur van de behandeling en het functioneren bij aanvang en afsluiten van de behandeling in opgenomen. Dit laatste punt wordt gescoord met de Global Assessment of Functioning (GAF) score. Ook moet de psycholoog voor iedere case aangeven op welke wijze de behandeling is beëindigd. Er kan daarbij worden gekozen voor een reguliere beëindiging, een afgebroken contact of een doorverwijzing. Alle behandelingen die in 2009 werden afgesloten vormen de basis voor de analyse.

### Uitkomstmaten

In dit onderzoek zijn drie uitkomstvariabelen gedefinieerd. De eerste uitkomstmaat is de afsluiting van de behandeling, de tweede uitkomstmaat is het verschil in GAF-score tussen het begin en het einde. De derde uitkomstmaat betreft die van het aantal behandelingsessies.

Wat betreft de afsluiting van de behandeling is er een onderscheid gemaakt tussen die cases die regulier zijn beëindigd, cases die zijn afgebroken voordat dat gepland was (voortijdig afgebroken) en de gevallen die zijn doorverwezen. Wanneer een contact voortijdig is afgebroken omdat een cliënt een afspraak afzegt 'omdat het goed gaat en het verder niet meer nodig is' is het als een regulier beëindigde behandeling beschouwd.

De tweede uitkomstmaat is de mate van verbetering, gemeten met de GAF-score. Hierbij maakt de psycholoog een inschatting van het (psychisch, sociaal en beroepsmatig) functioneren van de cliënt op een schaal van 0 tot 100, in intervallen van 10 punten. De GAF-score wordt ingevuld bij het eerste contact en bij het afsluitende contact. We onderscheiden vier categorieën:

1. verslechtering (GAF-score aan het eind van de behandeling was lager dan de GAF-score bij aanvang)
2. gelijk gebleven (geen verschil in GAF-score aan het begin en eind van de behandeling),
3. verbetering: een positief verschil van 10 GAF-punten,
4. aanzienlijke verbetering: een positief verschil van meer dan 10 GAF-punten.

De derde uitkomstmaat is het aantal behandelingsessies.

1. 1. 8 of minder sessies
2. 2. 9 - 12 sessies
3. 3. 13 - 20 sessies
4. Meer dan 20 sessies

### Cliëntkenmerken

De volgende kenmerken zijn vastgelegd (met categorieën):

- sekse (man, vrouw)
- leeftijd (0-18 jaar, 19-30 jaar, 31-40 jaar, 41-50 jaar, 51-60 jaar, 61 jaar of ouder)
- burgerlijke staat (ongehuwd, gehuwd of samenwonend, gescheiden, verweduwd)
- opleiding (laag opgeleid, midden opgeleid en hoog opgeleid)
- herkomst (Nederlandse afkomst, niet-Nederlandse afkomst)
- werksituatie (in loondienst, werkend als zelfstandige, werkloos/werkzoekend of in de ziektewet/WAO-WIA, met de VUT/pensioen, schoolgaand/studerend).

## Klachtkenmerken

De registrerende eerstelijnspsychologen konden de aanmeldingsklacht in de volgende categorieën onderbrengen:

- interpersoonlijke problemen
- werk-/studieproblemen
- stemmingsproblemen depressies
- stemmingsproblemen angsten
- aanpassings-/verwerkingsproblemen
- identiteitsproblemen
- psychosomatische klachten
- problemen met slapen/eten/seksualiteit/impulsbeheersing
- verslavingsproblemen.

## Statistische bewerking

De data zijn geanalyseerd in Stata 11.0. Samenhangen tussen determinanten en uitkomstmaten zijn berekend met bivariate logistische regressie analyse. In de logistische regressie analyse is op de verbetering in GAF-score gecorrigeerd voor de aanvangsscore. Op die manier wordt rekening gehouden met de uitgangspositie van de betreffende cliënt.

Na de bivariate logistische regressie analyses, is er een multivariate logistische regressie analyse uitgevoerd over alle variabelen die in de bivariate analyse significant ( $p < .001$ ) waren. In deze analyse wordt gekeken of de kans op een bepaalde situatie nog steeds aanwezig is voor een bepaalde categorie ten opzichte van een referentiecategorie, als alle andere factoren die van invloed kunnen zijn als onafhankelijke variabele worden meegenomen. Wanneer gerefereerd wordt aan samenhangen tussen cliënt- of klachtkenmerken en uitkomstmaten is er altijd sprake van een samenhang waarbij gecontroleerd is voor het effect van andere determinanten en (in het geval van de GAF-score als uitkomstmaat) voor de uitgangspositie op de GAF-score.

## Resultaten

### Beschrijving van de kenmerken van patiënten

Voor alle berekeningen is gebruik gemaakt van de gegevens over het jaar 2009. Dit betrof in totaal 56271 cliënten, van 644 psychologen. In tabel 1 staat een overzicht van de kenmerken van de patiënten van de eerstelijnspsycholoog. Ter vergelijking zijn, voor zover beschikbaar, ook de verdeling van de Nederlandse bevolking over deze kenmerken, afgeleid uit de jaarcijfers over 2009 van het CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek) weergegeven.

#### [Tabel 1]

#### [Tabel 2]

Ten opzichte van de Nederlandse bevolking komen er veel vrouwen bij de eerstelijnspsycholoog. Relatief veel mensen zijn tussen de 19 en 50 jaar oud en zij zijn vaker dan het landelijk gemiddelde gehuwd of samenwonend, dan wel gescheiden. Ook zijn het relatief vaak mensen van Nederlandse afkomst.

In tabel 2 wordt weergegeven hoe deze behandelingen zijn beëindigd, in welke mate men ten opzichte van de uitgangssituatie beter is gaan functioneren en het aantal behandelsessies dat aan de behandeling werd besteed. In de laatste twee kolommen wordt de mate van verbetering en het aantal sessies weergegeven voor uitsluitend die behandelingen die regulier werden afgesloten.

In 72% van de gevallen wordt de behandeling regulier beëindigd. 15% wordt eenzijdig door de patiënt afgebroken en 13% eindigt met een doorverwijzing. Een zeer grote groep cliënten laat volgens de psycholoog een verbetering zien in functioneren (78%). Bijna drie kwart van de behandelingen wordt afgesloten in 8 sessies en 90% binnen 12 sessies.

Wanneer we alleen de cases nemen die regulier zijn beëindigd, zien we dat in 88% van die gevallen een verbetering wordt waargenomen in functioneren. In 54% van die gevallen is er dan sprake van een verbetering van meer dan 10 punten.

## Wijze van beëindiging van de behandeling

### Reguliere beëindiging

Bij vrouwen beëindigen hun behandeling vaker regulier dan mannen. Volwassenen tussen de 19 en 40 jaar doen dit minder vaak (0-18). De oudere leeftijdsgroepen (50+) juist vaker. Mensen die gehuwd zijn of samenwonen en mensen die verweduwd zijn beëindigen een behandeling vaker regulier dan alleenstaanden. Er is geen verschil tussen de alleenstaanden en de mensen die gescheiden zijn.

Naarmate men beter opgeleid is, wordt de behandeling vaker regulier beëindigd.

Bij cliënten van Nederlandse afkomst is dat ook vaker het geval in vergelijking met mensen van niet-Nederlandse afkomst.

Ten opzichte van zelfstandigen, mensen die werkloos zijn of in de ziektewet zitten, en mensen die met de VUT of pensioen zijn, sluiten mensen in loondienst hun behandeling vaker regulier af.

Werk- en studieproblemen en aanpassings-/verwerkingsproblemen worden relatief veel regulier beëindigd. Verslavingsproblemen duidelijk het minst, maar stemmingsproblemen van depressieve aard en problemen rond slapen, eten, seksualiteit en impulsbeheersing worden ook relatief minder vaak regulier beëindigd.

### Vroegtijdige afbreking

Vroegtijdige afbreking, omdat de cliënt niet meer op komt dagen, vanwege verzekeringstechnische redenen of anderszins zien we vaak bij 19-50 jarigen, bij laag opgeleiden, bij elders geboren cliënten en bij mensen die werkloos zijn of in de ziektewet zitten.

Behandelingen van verslavingsproblemen en problemen rond slapen, eten, seksualiteit, impulsbeheersing worden relatief vaak voortijdig afgebroken.

### Verwijzing

Beëindiging vanwege een doorverwijzing komt relatief vaak voor bij kinderen en bij cliënten met een uitkering.

Cliënten met depressieve klachten, problemen over slapen, eten, seksualiteit, impulsbeheersing en cliënten met verslavingsproblemen worden vaker doorverwezen. Cliënten met interpersoonlijke problemen, werk-/studieproblemen en aanpassings-/verwerkingsproblemen worden relatief weinig verwezen.

### Verbetering in functioneren

Wordt de behandeling regulier beëindigd, dan laten vrouwen meer aanzienlijke verbetering in het functioneren zien dan mannen. De 0-18 jarigen verbeteren vaker dan de volwassenen en ouderen. Gehuwden/samenwonenden en mensen die gescheiden zijn verbeteren meer dan ongehuwden bij een regulier afgesloten behandeling.

Laag opgeleiden doen het minder goed dan middelbaar en hoog opgeleiden en mensen van buitenlandse afkomst minder goed dan Nederlanders. Mensen die werkloos zijn verbeteren minder dan mensen in loondienst.

Mensen met werk/studieproblemen, stemmingsproblemen, aanpassings-/verwerkingsproblemen, identiteitsproblemen en mensen met psychosomatische klachten hebben vaker een aanzienlijke verbetering in vergelijking met mensen zonder een van deze klachten bij een regulier afgesloten behandeling.

### Aantal behandel sessies

Mannen sluiten een behandeling vaker regulier af in 8 sessies of minder dan vrouwen.

De groep jongvolwassenen tussen de 19 en 30 jaar oud hebben minder behandel sessies dan kinderen (0-18 jaar) bij een reguliere afgesloten behandeling.

Er zijn geen verschillen in dit opzicht tussen de verschillende categorieën burgerlijke staat. Ook is er geen verschil tussen mensen van Nederlandse en niet-Nederlandse afkomst.

Laagopgeleiden worden vaker in 8 of minder behandel sessies behandeld dan hoog opgeleiden. In vergelijking met mensen in loondienst worden mensen die werkloos zijn of in de ziektewet zitten minder vaak in 8 of minder behandel sessies behandeld.

Mensen met interpersoonlijke problemen worden gemakkelijker in acht of minder behandel sessies behandeld dan mensen met andere type problemen.

## Discussie

### Behandel uitkomst

Samenvattend lijkt het hulpaanbod van een eerstelijnspsycholoog bij een grote groep mensen in een beperkt aantal sessies tot een substantiële verbetering te leiden. Het grootste gedeelte (ruim 70%) van de mensen die bij een eerstelijnspsycholoog aankloppen, sluit de behandeling op een reguliere wijze af. Van deze groep cliënten laat volgens de psycholoog 88% een verbetering zien in functioneren en ruim 70% van de regulier beëindigde behandelingen wordt afgesloten in 8 sessies. Daarmee lijkt te worden voldaan aan de regelgeving die in 2008 van kracht werd, waarbij in de basisverzekering 8 behandel sessies bij de eerstelijnspsycholoog worden vergoed. De hulp van een eerstelijnspsycholoog geeft een verbetering in functioneren in een relatief beperkt aantal sessies. Het kan echter zijn dat de ELP, sinds de invoering van de regeling in 2008, is gaan werken volgens het systeem, dat hij/zij probeert de behandeling af te stemmen op deze 8 door de basisverzekering vergoede sessies. Uit de jaarverslagen van de LVE blijkt echter dat het gemiddeld aantal sessies de afgelopen 5 jaar constant op dat aantal zat (gemiddeld 7,6 sessies in 2005, 7,2 sessies in 2006, 6,9 sessies in 2007, 6,7 sessies in 2008 en 7,0 sessies in 2009 (Jaarbericht LVE, 2009)). Kennelijk is de eerstelijnspsycholoog in staat binnen een beperkt aantal sessies resultaat te bereiken.

### Cliëntkenmerken en aanmeldingsklacht

In het algemeen komen er twee keer zoveel vrouwen als mannen bij de eerstelijnspsycholoog en het grootste gedeelte (ruim 70%) van de patiënten is tussen de 18 en 50 jaar. Relatief veel mensen zijn gehuwd of wonen samen (57%), of zijn gescheiden. Een groot deel van de cliënten van de eerstelijnspsycholoog is hoog opgeleid en ruim 90% is van Nederlandse afkomst. Ook is het merendeel van de cliënten werkend. Veel mensen komen met problemen die worden gecodeerd als interpersoonlijke problemen (24%), of aanpassings-/verwerkingsproblemen (21%).

Stemmingsproblemen die te maken hebben met depressies en angst volgen met respectievelijk 13% en 12%. Dit komt overeen met eerder onderzoek naar het soort cliënten dat zich bij de eerstelijnspsycholoog meldt (Emmen et al., 2008) en het type problemen van mensen bij de eerstelijnspsycholoog (Emmen et al., 2008; Emmen & Verhaak, 2006).

### Relatie cliënt/klacht kenmerken en behandelingsuitkomst

Er gaan meer vrouwen dan mannen naar de eerstelijnspsycholoog en zij beëindigen de behandeling vaker regulier met een significante verbetering in functioneren. Wel hebben ze meer sessies dan mannen. Een opvallend punt is de invloed van opleiding. Laag opgeleiden beëindigen de behandeling minder vaak regulier dan midden en hoog opgeleiden. Ook verbeteren ze minder. Wel hebben ze vaker een beperkt aantal sessies. De hulp van de eerstelijnspsycholoog lijkt dus vooral aan te slaan bij midden en hoog opgeleiden. Dit wordt bevestigd uit onderzoek van Zwaanswijk en Verhaak (2009), waarin op basis van literatuurstudie en interviews wordt geconstateerd dat psychologische interventies vooral gericht zijn op mensen met een middelmatig tot hoge opleiding en sociaal-economische status. Een hiermee samenhangend punt is de invloed van etniciteit. Mensen van niet-Nederlandse afkomst gaan nauwelijks naar de eerstelijns psycholoog, en de mensen van niet-Nederlands afkomst die wel de weg naar de eerstelijnspsycholoog weten te vinden, hebben minder reguliere beëindiging dan mensen van Nederlandse afkomst, en minder verbetering in functioneren. Mogelijk is er in de GGZ weinig aandacht voor de specifieke behoeften van allochtonen (Zwaanswijk & Verhaak, Nivel 2009). Het aanbod van de eerstelijnspsycholoog wordt (nog) niet veel gevonden door mensen van niet-Nederlandse afkomst, ofwel sluit het aanbod niet goed aan bij de verwachtingen of problemen van deze mensen. Uit onderzoek van Knipscheer en Kleber (2005) blijkt echter de vervlechting van een sociaaleconomische achterstandspositie met culturele verschillen rond hulpzoekgedrag. De hulpbehoefte van migranten blijkt niet te verschillen van die van autochtonen. Autochtone Nederlanders weten wel beter tot wie ze zich moeten wenden voor adequate hulp.

Mensen die werkloos zijn of in de ziektewet zitten hebben minder reguliere beëindiging, en bij een reguliere beëindiging ook minder aanzienlijke verbetering in functioneren dan mensen in loondienst. Ook hebben zij gemiddeld meer behandelsessies bij een reguliere beëindiging. Werklozen zijn dus langer in behandeling, met relatief minder resultaat.

Wat betreft de aanmeldingsklacht hebben mensen met psychosociale klachten zoals werk-/studieproblemen of aanpassings-/verwerkingsproblemen vaker een reguliere beëindiging gecombineerd met een substantiële verbetering dan mensen zonder deze problemen. Een substantiële verbetering zien we ook vaak bij mensen met depressie of angst, identiteitsproblemen en psychosomatiek. Mensen met verslavingsproblemen worden sneller doorverwezen en hebben minder vaak een reguliere beëindiging bij de eerstelijnspsycholoog. In ruim een kwart van de gevallen wordt de behandeling bovendien afgebroken. Niet alle cliënten zijn dus in dezelfde mate gebaat bij eerstelijnspsychologische hulp, en ook niet alle soorten problemen hebben even vaak op een goede afloop. De behandeling lijkt het meest effectief voor mensen met werk-/studieproblemen en aanpassings-/verwerkingsproblemen. Zij ronden de behandeling vaak af en behalen relatief vaak een forse verbetering. Het effect bij klachten die meer op een DSM-IV stoornis wijzen (angst, depressie, psychosomatiek) is de winst vaak wel aanzienlijk, maar is vaker sprake van verwijzing. Mensen met verslavingsproblematiek, depressie of angst als aanmeldingsklacht hebben dan ook vaker een zeer lage GAF-score (minder dan 50 GAF-punten) bij de aanmelding dan bij voorbeeld mensen met werk of studieproblematiek of met een aanpassingsprobleem. Hier rijst de vraag naar de ruimte van de eerstelijnspsycholoog binnen de GGZ. Volgens Emmen et al. (2008) kan de eerstelijnspsycholoog zich profileren als een van de aanbieders van interventies gericht op preventie van depressie en andere psychische stoornissen. Wanneer er sprake is van ernstige psychiatrische klachten, zou een eerstelijnspsycholoog binnen enkele sessies een cliënt moeten doorverwijzen. Voor de verslavingsproblemen en problemen met slapen, eten, seksualiteit en impulsbeheersing lijkt dit inderdaad te gebeuren.

## Beperkingen van het onderzoek

Een mogelijke beperking van het onderzoek is de representativiteit van de gegevens. Uit de registratie die het Nivel bijhoudt ten behoeve van 'Kiesbeter' valt af te leiden dat per 1 januari 2011 ongeveer 900 LVE leden actief betrokken zijn bij eerstelijns psychologische zorg. Daarnaast zijn er 540 niet-LVE leden betrokken bij eerstelijns psychologische zorg. Dat betekent dat de gegevens in dit artikel (afkomstig van 644 psychologen) betrekking hebben op meer dan 70% van de LVE leden en op 45% van al degenen die volgens 'Kiesbeter' eerstelijns psychologische zorg leveren. De representativiteit van de gegevens is derhalve redelijk te noemen. Toch zou het interessant zijn om ook van de groep niet-LVE leden te weten aan wie zij eerstelijns psychologische hulp bieden. Voorts zou het interessant zijn om een nadere analyse te maken van specifieke groepen die bij de eerstelijnspsycholoog aankloppen, en de mate van verbetering van de verschillende groepen. Dat kan zowel het aanbod als de vraag naar eerstelijns psychologische zorg verhelderen en een basis zijn waarop eventuele afstemming kan plaatsvinden, zodat de eerstelijnspsycholoog effectief kan inspelen op iedere cliënt die bij hem of haar aanklopt.

Een andere beperking ligt in het feit dat voor de mate van verbetering de GAF-score wordt gebruikt. De GAF-score wordt immers door behandelaar zelf ingevuld en is daarmee niet objectief. Bovendien betreft het een globale inschatting. In onderzoekssettings is de betrouwbaarheid en validiteit van de GAF aangetoond (vgl. Hilsenroth et al. 2000), er is discussie over of de GAF ook in klinische settings voldoende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid laat zien (Grotenboer et al. 2009) Het is dan ook de bedoeling dat de beroepsgroep in de nabije toekomst naast de huidige gegevens ook objectieve uitkomstmaten gaat hanteren en aanleveren. Een pilot naar het gebruik van een Routine Outcome Instrument loopt op dit moment.

## Conclusie

Eerstelijnspsychologische hulp leidt voor de meeste cliënten tot een positief behandelresultaat waarbij behandelaar en cliënt het erover eens zijn dat de behandeling afgesloten kan worden. In meer dan de helft van deze gevallen is er dan sprake van een aanzienlijke verbetering en in 70% van de gevallen is die bereikt in acht bijeenkomsten of minder. Van de diverse aanmeldingklachten hebben werk- en studieproblemen en aanpassings- en verwerkingsproblemen in deze opzichten de beste prognose.

Dit zijn psychosociale problemen die niet als 'psychiatrisch' probleem in de zin van de DSM-IV hoeven te worden geclassificeerd, maar die, als ze niet behandeld worden tot meer ziekteverzuim en huisartscontacten leiden (Terluin, 1994) Van de aanmeldingsklachten die bij nadere diagnostiek vaak een psychische stoornis in de zin van de DSM-IV inhouden, hebben stemmingsproblemen in verband met angst of depressie wel een goede prognose op aanzienlijke verbetering, maar ze worden minder vaak regulier beëindigd, onder andere omdat nogal wat mensen met deze problemen verwezen worden. Dat geldt in nog sterkere mate voor mensen met verslavingsproblemen, die ook nog eens de behandeling voortijdig staken om andere redenen dan een verwijzing. De in eerste instantie laagdrempelige benadering van angst en depressie door een eerstelijnspsycholoog past overigens goed in het huidige beleid van stepped care, waarin dergelijke 'common mental disorders' waar dat verantwoord is, eerst met een lichte aanpak worden benaderd en pas wanneer dat niet helpt meer specialistisch worden behandeld (vgl. Seekles et al. 2009).

Op deze wijze heeft het er de schijn van dat eerstelijnspsychologische zorg voor velen een goede eerste stap betekent in het kader van eerstelijns GGZ of basis-GGZ, wanneer de huisarts de zorg niet meer binnen zijn algemene kader vindt passen.

Aandacht voor de positie van meer kansarmen, zoals lager opgeleiden, mensen zonder partner of werk en niet in Nederland geboren is dan wel op zijn plaats.



## Literatuur

- Emmen, M.J. & P.F.M. Verhaak. Rapport monitoring van capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ. Nivel, 2006.
- Emmen, M.J., S.A. Meijer & P.F.M. Verhaak (2008). Positie van de eerstelijnspsycholoog in de geestelijke gezondheidszorg. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 86, 142-149.
- Grootenboer EMV, Giltay EJ,, Van Der Lem R, Zitman FG, Van Der Wee NJA, Van Veen T.
- Evaluatie van de GAF in de poliklinische praktijk van de depressieve stoornis. Tijdschrift voor Psychiatrie, 2009; 51 (3) p.13
- Hilsenroth, MJ Ackerman SJ, Blagys MD, Baumann BD Baity MR, Smith SR, et al. Reliability and Validity of DSM-IV Axis V Am J Psychiatry 2000; 157:1858-1863
- Knipscheer, J.W. & R.J. Kleber. Migranten in de ggz: empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg (2005), Tijdschrift voor psychiatrie 47, 753-759.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1998). Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg 1999. Den Haag: Elkerhout.
- Seekles W, Straten Av, Beekman A, Marwijk HWJ, Cuijpers P. Stepped care for depression and anxiety: from primary care to specialized mental health care: a randomised controlled trial testing the effectiveness of a stepped care program among primary care patients with mood or anxiety disorders. BMC Health Services Research 2009; 9(90).
- Teluin, B. Overspanning onderbouwd. Proefschrift, Utrecht, 1994 n Zwaanswijk, M. & P.F.M. Verhaak. Effectieve kortdurende interventies voor psychische problemen. Nivel, 2009.
- LVE. Jaarbericht Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen 2009. Amsterdam: LVE, 2009.

## Tabellen

Tabel 1: Kenmerken van patiënten die de eerstelijns psycholoog in behandeling neemt. (Jaargegevens 2009; N= 56271)

Geslacht	Aantal	Percentages	CijfersCBS
Man	19501	35%	50%
Vrouw	36767	65%	50%
<b>Leeftijd</b>			
0 -18	4327	8%	23%
19 – 30	12691	23%	15%
31 – 40	13615	24%	14%
41 – 50	13165	23%	15%
51 – 60	8389	15%	13%
61 +	4083	7%	20%
<b>Burgerlijke staat</b>			
Ongehuwd	17404	31%	47%
Gehuwd/samenwonend	31804	57%	42%
Gescheiden	5664	10%	6%
Verweduwd	1366	2%	5%
<b>Opleiding</b>			
Laag (LO/ VMBO/ MAVO	13309	25%	-
Midden (MBO/HAVO/VWO)	21082	40%	-
Hoog (HBO/VWO	18889	35%	-
<b>Land van herkomst</b>			
Nederland	51383	92%	80%
Elders	4290	8%	20%
<b>Werk situatie</b>			
Loondienst	30945	56%	-
Zelfstandige	3951	7%	-
Werkloos/ziektewet	10334	19%	-
VUT/pensioen	2494	4%	-
Schoolgaand	7652	14%	-
<b>Aanmeldingsklacht</b>			
Interpersoonlijke problemen	13,148	23%	-
Werk-/studieproblemen	4,647	8%	-
Stemmingsproblemen depressies	7,527	13%	-
Stemmingsproblemen angsten	6,595	12%	-
Aanpassings-/verwerkingsprobl.	11,733	21%	-
Identiteitsproblemen volwassene	2,304	4%	-
Psychosomatische klachten	2,396	4%	-
slapen/eten/seksualiteit/impulsbeh.pr.	1,490	3%	-
Verslavingsproblemen	355	1%	-
Anders	1,890	3%	-
Problemen kinderen	4,185	7%	-

Tabel 2: Aantal patiënten en percentages voor de drie uitkomstmaten en aantal en percentages voor alleen de cases die regulier zijn afgesloten. (Jaargegevens 2009; N= 56271)

<b>Afsluiting</b>	<b>Bij reguliere beëindiging</b>			
	Aantal	Percentages	Aantal	Percentages
Reguliere beëindiging	40333	72%	-	-
Voortijdig afgebroken (om andere reden dan klachtafname)	8694	15%	-	-
Verwijzing	7243	13%	-	-
<b>Mate van verbetering (GAF-score)</b>				
Verslechterd	356	1%	130	0,3%
Gelijk gebleven	11569	21%	4595	11%
10 punten verbeterd	18128	34%	13978	34%
Meer dan 10 punten verbeterd	23368	44%	22009	54%
<b>Aantal behandelssessies</b>				
8 of minder sessies	41351	74%	29405	71%
Tussen 9 en 12 sessies	9231	16%	7538	18%
Tussen 13 en 20 sessies	4618	8%	3717	9%
Meer dan 20 sessies	1044	2%	835	2%