

Minder gezondheidszorggebruik voor depressie na inzet van verpleegkundigen geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn?

Referentie

Dros JT, van Dijk CE, Böcker KB, et al. Healthcare utilization patterns of individuals with depression after national policy to increase the mental health workforce in primary care: a data linkage study. BMC Prim Care 2024;25:158. DOI: 10.1186/s12875-024-02402-8

Duiding

Sam Cordyn, verpleegkundig beleidsmedewerker Wit-Gele Kruis van Vlaanderen, Pauline Stas, klinisch psycholoog, wetenschappelijk medewerker Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie en Tom Poelman, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, UGent
Geen belangenvermenging met het onderwerp.

Klinische vraag

Wat is het effect van de inzet in de huisartspraktijk van verpleegkundigen gespecialiseerd in geestelijke gezondheidszorg voor personen met depressie op het aantal consultaties bij de huisarts en in de eerstelijns- of specialistische geestelijke gezondheidszorg?

Achtergrond

In 2015 besprak Minerva een clustergerandomiseerde studie die aantoonde dat geïntegreerde multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn, gebaseerd op korte psychologische interventies, de symptomen van depressie kan verminderen en de zelfzorgcapaciteit van personen met multimorbiditeit kan verhogen (1,2). Daarnaast bleek uit een andere duiding in Minerva van een systematische review en meta-analyse dat op e-health gebaseerde cognitieve gedragstherapie de ernst van depressieve klachten en angstklachten vermindert bij volwassenen met een diagnose van depressie. We wezen wel op voorzichtigheid bij de interpretatie van de resultaten wegens enkele methodologische beperkingen en op mogelijke moeilijkheden bij de extrapolatie naar personen in de Belgische eerste lijn (3,4). De WHO stelt dat integratie van geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in de eerste lijn belangrijk is om toegankelijke, betaalbare en passende zorg te bieden en dat het verschuiven van zorg van instellingen naar ambulante eerstelijnszorg een belangrijk onderdeel is van geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg (5,6). Het is dus belangrijk om te evalueren of integratie van de GGZ in de eerstelijnszorg wel degelijk effectief is (7).

Samenvatting

Bestudeerde populatie

- rekrutering op basis van verzekeringsgegevens gekoppeld aan de elektronische medische dossiers van Nederlandse huisartsenpraktijken tussen 2014 en 2019
- inclusiecriteria: patiënten 18 jaar of ouder met de diagnose van depressie in de huisartsenpraktijk op basis van de International Classification of Primary Care (ICPC)-code P76 (depressie) of P03 (depressieve symptomen)
- exclusiecriteria: onvolledige patiëntendossiers en verzekeringsgegevens over contacten met de huisarts en met zorgverleners voor geestelijke gezondheidszorg; patiënten in woonzorgcentra
- uiteindelijke inclusie van 31 873 personen met een gemiddelde leeftijd van 49,4 jaar (SD 16,3), 62,7% vrouwen, met een diagnose van depressie; de socio-economische status was ongeveer gelijk verdeeld over laag (30%), middellaag (25,6%), middelhoog (25%) en hoog (19,4%); voor 79,5% van de deelnemers bevonden de zorgkosten zich boven de gebruikelijke dekking door de ziekteverzekering.

Onderzoeksopzet

Retrospectieve cohortstudie

- men koppelde de gegevens van de elektronische medische dossiers aan de verzekeringsgegevens voor zorg
- logistische multilevel regressieanalyse met een random intercept model op niveau van de huisartspraktijk.

Uitkomstmeting

- afhankelijke variabelen:
 - behandeling van depressie door de huisarts
 - eerstelijns geestelijke gezondheidszorg
 - specialistische geestelijke gezondheidszorg
- onafhankelijke variabelen:
 - mate van inzet van een GGZ-verpleegkundigen, gedefinieerd als het aantal consultaties voor personen met depressie door GGZ-verpleegkundigen gedeeld door het totale aantal personen met een depressie in het voorbije jaar geregistreerd in de huisartspraktijk; men verdeelde de huisartspraktijken in vier kwartielen afhankelijk van de mate van inzet van GGZ-verpleegkundigen
 - confounders: leeftijd, geslacht, socio-economische status, zorgkosten boven gebruikelijke dekking (= totale jaarlijkse zorgkost verminderd met kosten voor gebruikelijke zorg zoals zorg bij de huisarts of verpleegkundige), psychiatrische comorbiditeit, geneesmiddelenvoorschriften.

Resultaten

- het aantal personen met depressie dat contact had met een GGZ-verpleegkundige varieerde van 801 (10,1%) (laagste kwartiel) tot 4080 (50,7%) (hoogste kwartiel) (verschil van 40,6 procent); het aantal behandelingen per patiënt bij de GGZ-verpleegkundige verschilde van gemiddeld 0,25 (SD 0,95) tot gemiddeld 2,17 (SD 2,97) tussen de laagste en de hoogste kwartiel
- het aantal personen dat na een initieel contact wegens depressie binnen de eerste zes maanden behandeld werd door de huisarts varieerde van 6 555 (82,4%) (laagste kwartiel inzet GGZ-verpleegkundige) tot 6 407 (79,6%) (hoogste kwartiel inzet GGZ-verpleegkundige) (**2,8% minder**); ook het aantal behandelingen per patiënt bij de huisarts nam af van gemiddeld 2,70 (SD 2,58) naar gemiddeld 2,29 (SD 2,43)
- het aantal personen dat na een initieel contact wegens depressie binnen de eerste zes maanden behandeld werd door eerstelijns geestelijke gezondheidszorg varieerde van 1 792 (22,5%) (laagste kwartiel inzet GGZ-verpleegkundige) tot 1 362 (16,9%) (hoogste kwartiel inzet GGZ-verpleegkundige) (**5,6% minder**)
- het aantal personen dat na een initieel contact wegens depressie binnen de eerste zes maanden behandeld werd door specialistische geestelijke gezondheidszorg varieerde van 2 324 (29,2%) (laagste kwartiel inzet GGZ-verpleegkundige) tot 1 890 (23,5%) (hoogste kwartiel inzet GGZ-verpleegkundige) (**5,7% minder**)
- na correctie voor confounders zag men in praktijken met een hoge inzet versus een lage inzet van GGZ-verpleegkundigen, een afname van consultaties bij de huisarts (OR 0,87 met 95% BI van 0,78 tot 0,98), consultaties in de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (OR 0,68 met 95% BI van 0,61 tot 0,77) en de specialistische geestelijke gezondheidszorg (OR 0,73 met 95% BI van 0,66 tot 0,81); in tegenstelling tot consultaties bij de huisarts waren consultaties in de eerstelijns en specialistische gezondheidszorg ook statistisch significant gedaald bij een matig lage en matig hoge inzet van GGZ-verpleegkundigen.

Besluit van de auteurs

Personen die zorg ontvangen in een huisartsenpraktijk met een hogere inzet van GGZ-verpleegkundigen hebben een kleinere kans om behandeld te worden door GGZ-hulpverleners uit andere zorginstellingen.

Meer onderzoek is nodig om te evalueren in welke mate substitutie van de zorg van de gespecialiseerde GGZ naar huisartsenpraktijken mogelijk samengaat met wachttijden voor gespecialiseerde GGZ.

Financiering van de studie

Gefinancierd door het Zorginstituut Nederland.

Belangenconflicten van de auteurs

Geen belangenconflicten gemeld door de auteurs.

Bespreking

Beoordeling van de methodologie

Deze retrospectieve cohortstudie met gegevenskoppeling tussen elektronische medische dossiers en verzekeringsgegevens van 31 873 personen met een episode van depressie is methodologisch correct opgezet. De niet-gerandomiseerde opzet sluit het vinden van causale verbanden echter uit. De gehanteerde opdeling van huisartspraktijken in kwartielen op basis van het volume GGZ-verpleegkundige zorg in plaats van een binaire opdeling (wel of geen GGZ-verpleegkundigen in de praktijk), maakt een genuanceerde vergelijking mogelijk. De diagnose van depressie is gebaseerd op ICPC-codes, maar het correcte gebruik van deze codes verschilt van huisarts tot huisarts. Bovendien wordt depressie bij oudere personen en mannen vaker niet herkend en ondergediagnosticeerd wegens andere presentaties van de stoornis (8-10).

Voor de statistische analyse gebruikte men een multilevel regressieanalyse met correctie voor relevante confounders zoals leeftijd, geslacht, socioeconomische status, zorgkosten boven gebruikelijke dekking, psychiatrische comorbiditeit en medicatiegebruik. Zo bleek uit de volledige regressieanalyse (opgenomen in het supplement bij dit artikel) dat bijvoorbeeld leeftijd het aantal consultaties bij de huisarts statistisch significant deed stijgen terwijl het volume eerstelijns- en specialistische geestelijke gezondheidszorg statistisch significant afnam met de leeftijd. Het volume specialistische geestelijke gezondheidszorg nam ook statistisch significant toe met het aantal psychiatrische klachten en aandoeningen terwijl in dat geval het aantal consultaties bij de huisarts afnam. Hoewel de auteurs corrigeerden voor deze confounders blijven er echter risico's bestaan op residuele confounding door niet-gemeten variabelen zoals ernst van depressie, motivatie van de zorgvrager of wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg. Men onderzocht ook een modererend effect van zorgkosten boven gebruikelijke dekking op het verband tussen mate van inzet van GGZ-verpleegkundigen en aantal contacten met eerstelijns en specialistische geestelijke gezondheidszorg. Voor eerstelijns geestelijke gezondheidszorg nam het aantal consultaties extra af wanneer men met deze factor rekening hield, terwijl men voor specialistische geestelijke gezondheidszorg een toename van het aantal consultatie zag wanneer deze factor in rekening werd gebracht. Dat laatste was alleen statistisch significant in het hoogste kwartiel van inzet van GGZ-verpleegkundigen.

Beoordeling van de resultaten

De inzet van meer GGZ-verpleegkundigen ging gepaard met een daling van eerstelijns en gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg en in mindere mate met een daling van consultaties bij de huisarts. De klinische impact van dit resultaat is echter moeilijk in te schatten. Zo is de follow-up van 6 maanden eerder beperkt. Gezien de lange wachttijsten in de zorg is het mogelijk dat verschillende vormen van geestelijke gezondheidszorg later opgestart worden. De verschuiving van zorg naar GGZ-verpleegkundigen kan dus ook uitstel betekenen en op termijn misschien tot méér (specialistische) geestelijke gezondheidszorg leiden. De daling van het aantal behandelingen per patiënt bij huisartsen (-0,41) bleek bovendien kleiner te zijn dan de stijging van het aantal behandelingen per patiënt van GGZ-verpleegkundigen (+1,08), wat eerder een toename van zorg dan een verschuiving van zorg suggereert. Eerder onderzoek toonde reeds het belang aan van eerstelijnsinterventies bij depressie. Zo wees een Minerva-duiding uit 2021 op het nut van geïntegreerde kortdurende psychologische interventies in de eerste lijn voor mensen met depressie en multimorbiditeit (1,2). Het huidige onderzoek sluit hier goed bij aan, maar mist gegevens over

klinische uitkomsten (symptoomreductie), patiënttevredenheid en levenskwaliteit die essentieel zijn voor een evaluatie van de effectiviteit in de praktijk.

De interventie zelf sluit wel goed aan bij de Belgische context, waar de integratie van GGZ in de eerste lijn gestimuleerd wordt. Hoewel de taak van de GGZ-verpleegkundige in deze studie niet duidelijk beschreven is, kunnen we ervan uitgaan dat het vooral gaat over triage en laagdrempelige interventies zoals psycho-educatie, activiteitenplanning, advies over zelfmanagement en levensstijladvies, vergelijkbaar met de taken van een psychiatrisch verpleegkundige. De vraag is echter of breed inzetten van (psychiatrisch) verpleegkundigen, die momenteel al overbevraagd zijn, haalbaar is in België. Daarom is het zeer belangrijk om kosten en klinische effecten van deze interventie ook te vergelijken met alternatieven zoals eerstelijnspsychologen. Het Belgische conventiemodel (eerstelijnspsychologen) lijkt inhoudelijk meer op de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in Nederland dan op de inzet van GGZ-verpleegkundigen binnen de huisartsenpraktijk.

Bij extrapolatie van de resultaten van deze studie is dus voorzichtigheid geboden wegens verschillen tussen Nederland en België in zorgorganisatie, financiering en toegang tot geestelijke gezondheidszorg. In 2014 werd het Nederlandse vergoedingssysteem aangepast zodat huisartsen gemakkelijker GGZ-verpleegkundigen konden inzetten via een vaste capitatie toeslag. Dit was bedoeld om de geestelijke gezondheidszorg toegankelijker te maken binnen de eerstelijnszorg. Daarnaast is in Nederland de GGZ alleen via de huisarts toegankelijk, waardoor een daling van GGZ-consumptie in praktijken met een GGZ-verpleegkundige ook kan wijzen op substitutie: de huisarts verwijst dan intern in plaats van extern door. Mogelijk krijgt de zorgvrager hierdoor dus niet de nodige zorg, en de vraag is ook hoeveel autonomie en beslissingsrecht de zorgvrager zelf nog heeft. Anderzijds kan de kortere lijn met de GGZ-verpleegkundige juist bijdragen tot vroeginterventie en het vermijden van specialistische zorg, wat mogelijk maatschappelijke kosten bespaart. Maar dit vergt een kosten-batenanalyse.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

De richtlijn ‘Depressie bij volwassenen’ van Domus Medica adviseert dat huisartsen, in de mate van het mogelijke en in overleg met de zorgvrager, samenwerken met andere hulpverleners uit de eerste en tweede lijn. Hierbij wordt een stepped care benadering aanbevolen (11). Over integratie van GGZ-verpleegkundigen, of psychiatrisch verpleegkundigen in België, wordt niets specifiek gezegd. Er wordt wel aanbevolen om in eerste instantie psycho-educatie te bieden en in te zetten op slaaphygiëne, dagstructuur, activiteitenplanning en laagintensieve psychologische behandelingen zoals begeleide zelfhulp, CGT in groep of fysieke activiteit in groep. De multidisciplinaire richtlijn van de Federatie Medisch Specialisten doet gelijkaardige aanbevelingen (12). Er wordt aangehaald dat een ‘praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg’ (POH-GGZ), meestal geïntegreerd in de huisartspraktijk, de basiszorg kan opnemen. Hieronder wordt verstaan: medewerkers met een opleiding in de GGZ zoals sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen, sociaal werkers, gedragspsychologen. Binnen het stuk over cognitieve gedragstherapie wordt ondersteuning van een verpleegkundige aangehaald, maar niet binnen de aanbevelingen voor de huisartspraktijk. Volgens deze richtlijn zijn belangrijke onderdelen van de verpleegkundige begeleiding bij depressie: “psycho-educatie, registratie van klachten, herkennen, onder woorden brengen en veranderen van negatieve denkpatronen ter ondersteuning van de cognitieve (gedrags)therapeut, registratie van het activiteitsniveau, helpen hervinden van een balans in het activiteitsniveau, ontspanningsoefeningen en het uitvoeren van een terugvalpreventieplan.”

Besluit van Minerva

Deze retrospectieve observationele cohortstudie toont aan dat een hogere inzet van verpleegkundigen geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenpraktijk samenhangt met minder gebruik van eerstelijns en gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg en - in beperktere mate – met huisartsconsultaties bij personen met depressie. Deze studie is methodologisch goed opgezet en gebaseerd op een grote, representatieve populatie, maar de bewijskracht is beperkt door het niet-experimentele karakter,

mogelijke confounding en het ontbreken van klinische uitkomstmaten zoals symptoomverbetering of tevredenheid van de zorgvrager. Bovendien is meer onderzoek nodig naar de kosten en baten van deze interventie en gelijkaardige interventies voor integratie van geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn.

Referenties

1. Belche JL. Nut van geïntegreerde, multidisciplinaire samenwerking bij eerstelijnspatiënten met depressie en fysieke multimorbiditeit *Minerva* 2016;15(3):58-63.
2. Coventry P, Lovell K, Dickens C, et al. Integrated primary care for patients with mental and physical multimorbidity: cluster randomized controlled trial of collaborative care for patients with depression comorbid with diabetes or cardiovascular disease. *BMJ* 2015;350:h638. DOI: 10.1136/bmj.h638
3. Stukken L. Is op e-health gebaseerde cognitieve gedragstherapie effectief bij personen met depressie? *Minerva Duiding* 22/12/2023.
4. Chan M, Jiang Y, Lee CY, et al. Effectiveness of eHealth-based cognitive behavioural therapy on depression: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs* 2022;31:3021-31. DOI: 10.1111/jocn.1621
5. Magnée T, Verhaak PF (supervisor). Mental health care in general practice in the context of a system reform. (Thesis) Rijksuniversiteit Groningen. Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, 15/11/2017.
6. World Health Organization. Mental health in primary care: illusion or inclusion? Published 2018. (Accessed 15/08/2023.) Url: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/mental-health.pdf?sfvrsn=8c4621d2_2
7. Dros JT, van Dijk CE, Böcker KB, et al. Healthcare utilization patterns of individuals with depression after national policy to increase the mental health workforce in primary care: a data linkage study. *BMC Prim Care* 2024;25:158. DOI: 10.1186/s12875-024-02402-8
8. Mitchell AJ, Rao S, Vaze A. Do primary care physicians have particular difficulty identifying late-life depression? A meta-analysis stratified by age. *Psychother Psychosom* 2010;79:285-94. DOI: 10.1159/000318295
9. Faisal-Cury A, Ziebold C, Rodrigues DM, Matijasevich A. Depression underdiagnosis: prevalence and associated factors. A population-based study. *J Psychiatr Res* 2022;151:157-65. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2022.04.025
10. Angst J, Gamma A, Gastpar M, et al. Gender differences in depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002;252:201-9. DOI: 10.1007/s00406-002-0381-6
11. Declercq T, Habraken H, Van den Amele H, et al. Depressie bij volwassenen. *Domus Medica*, 2017. Pdf available: https://www.domusmedica.be/sites/default/files/Richtlijn%20depressie%20bij%20volwassenen_0.pdf
12. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Depressie. Richtlijndatabase Federatie Medisch Specialisten, 2024. Url: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/depressie/startpagina_-_richtlijn_depressie_2024.html