



Zorginstituut Nederland

Verbetersignalement Zorg voor mensen met psychose

Zinnige Zorg | ICD-10: F20-F29

9 JUNI 2020 | DEFINITIEF

Zorginstituut Nederland en Zinnige Zorg

“Van goede zorg verzekerd: niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk”, dat is het motto van Zorginstituut Nederland. Elke burger moet erop kunnen rekenen dat hij of zij goede zorg ontvangt.

Daarom maakt het Zorginstituut systematische doorlichtingen van de zorg. We beoordelen of diagnostiek en (therapeutische) interventies op een cliëntgerichte, effectieve en doelmatige manier worden ingezet. Kern daarbij is dat we de opvattingen over goede zorg in richtlijnen en wetenschap confronteren met de uitvoering van de zorg in de Nederlandse praktijk.

We bespreken onze bevindingen met zorgverleners, cliënten, zorginstellingen, zorgverzekeraars en collega-overheidsorganisaties. Samen met hen onderzoeken we wat nodig is om de zorg voor de cliënt verder te verbeteren en onnodige kosten te vermijden.

De partijen in de zorg zijn verantwoordelijk voor het verbeteren van de zorg. Het Zorginstituut maakt eventuele verbeterpunten inzichtelijk, bevordert de onderlinge samenwerking en volgt de resultaten. Zo dragen we bij aan goede en betaalbare zorg voor iedereen.

Meer informatie over de activiteiten van Zorginstituut Nederland en Zinnige Zorg vindt u op www.zorginstituutnederland.nl.

Inhoud

Samenvatting	4
Inleiding	8
1 Hoe zorgen we ervoor dat meer mensen met psychose cognitieve gedragstherapie als behandeling krijgen?	11
1.1 Hoe staat CGT in de richtlijnen?	11
1.2 In welke mate wordt CGT in de praktijk toegepast?	12
1.3 Welke publieks- en cliënteninformatie is beschikbaar?	14
1.4 Uitwerken van de verbeterafspraken	14
1.5 Verwachte resultaten van de verbeterafspraken	15
1.6 Signaleren van kennislacunes	15
2 Hoe zorgen we ervoor dat meer mensen met psychose een jaarlijkse somatische screening krijgen?	16
2.1 Hoe staat de somatische screening in de richtlijnen?	16
2.2 In welke mate wordt de somatische screening in de praktijk toegepast?	17
2.3 Welke publieks- en cliënteninformatie is beschikbaar?	19
2.4 Uitwerken van de verbeterafspraken	19
2.5 Verwachte resultaten van de verbeteringen	20
2.6 Signaleren van kennislacunes	21
3 Realiseren van de verbeterafspraken	22
3.1. Verbeterafspraken per onderwerp	22
3.2 Vervolgstappen: implementatie, monitoring en evaluatie	23
Bijlagen	
Bijlage A Verantwoording werkwijze Zinnige Zorg	24
Bijlage B Overzicht betrokken partijen	26
Bijlage C Reactie schriftelijke consultatie	27
Bijlage D Richtlijnanalyse	32
Bijlage E Onderzoek	37
Bijlage F Analyse publieks- en cliënteninformatie	42
Bijlage G Impactanalyse	44
Bijlage H Leden adviescommissie Zinnige Zorg Psychose	49
Begrippenlijst	50
Literatuurlijst	53

Samenvatting

Dit verbetersignalement beschrijft het onderzoek en de daaruit voortvloeiende afspraken voor verdere verbetering van de zorg voor mensen met psychose. Een psychose gaat gepaard met ernstige klachten, die een grote impact kunnen hebben op het dagelijks functioneren. Bekende verschijnselen zijn hallucinaties, wanen of achterdocht. Na het doormaken van een psychose bestaat de kans dat deze ziekteverschijnselen terugkeren. Als iemand gevoelig blijkt voor het ontwikkelen van psychose, dan spreekt men van een psychotische stoornis. Naar schatting ontvangt twee tot drie procent van de volwassenen (ooit gedurende het leven) behandeling voor een psychotische stoornis, wat neerkomt op 270.000 – 400.000 mensen. Voor ons onderzoek hebben we specifiek gekeken naar mensen met de diagnose schizofrenie, een psychotische stoornis waarbij de psychoses langer kunnen aanhouden en vaak ook samengaan met de meer ernstige klachten. Vanwege de kans op stigmatisering, spreken sommige cliënten en organisaties voor cliënten en naasten bij voorkeur niet van schizofrenie, maar van een psychotische kwetsbaarheid. In dit verbetersignalement spreken we zoveel mogelijk over mensen met psychose.

In samenspraak met experts en betrokken partijen hebben we onderdelen van het zorgtraject van mensen met psychose in beeld gebracht. Wij hebben gezocht naar die onderwerpen waar richtlijnen voor goede zorg en de zorgpraktijk zodanig uit elkaar lopen dat deze discrepantie een groot effect heeft op de kwaliteit van leven van de betrokkenen. Dit zijn dus onderwerpen waar een groot verbeterpotentieel ligt.

We concluderen dat de zorg voor mensen met psychose op de volgende onderdelen verbeterd kan worden:

1. Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie (CGT) wordt standaard aanbevolen voor mensen met psychose, omdat het effectief is in het verminderen van de psychotische klachten en het voorkomen van opnames. Echter, de resultaten van ons onderzoek laten zien dat slechts 10 tot 25 procent van hen deze behandeling krijgt. Het aantal mensen dat de aanbevolen zestien sessies ontvangt is nog lager.

2. Somatische screening

De resultaten van ons onderzoek laten zien, dat in een periode van vijf jaar slechts 17 procent van de mensen met schizofrenie jaarlijks een somatische screening krijgt, terwijl dit een belangrijke eerste stap kan zijn in het behandelen van in deze groep veel voorkomende lichamelijke klachten. In dit onderzoek hebben we naar de algemene somatische screening gekeken. Een volledige somatische screening bestaat uit een algemene somatische screening, medicatiemonitoring en leefstijlanamnese. Het aantal mensen dat de aanbevolen volledige somatische screening krijgt is dus mogelijk nog lager. Vanwege een verhoogde kans op verschillende lichamelijke klachten en een levensverwachting die 20 tot 25 jaar lager ligt dan de algemene bevolking is het belangrijk dat mensen met schizofrenie jaarlijks een somatische screening ontvangen.

Op bovenstaande onderwerpen hebben we afspraken gemaakt met betrokken partijen om de zorg daadwerkelijk te verbeteren. Ook hebben we voorgesteld om de richtlijnen en informatie voor cliënten en naasten te actualiseren, aan te scherpen en de informatie beter te verspreiden.

Gedurende dit verdiepingsonderzoek bleek dat declaratiegegevens niet altijd specifiek genoeg zijn om te onderzoeken welke interventies er in de praktijk plaats vinden. Om te leren en verbeteren is het noodzakelijk om op organisatieniveau over informatie te beschikken. Met partijen maken we afspraken over welke informatie noodzakelijk is om de verbeterafspraken en de effecten daarvan te kunnen evalueren.

Resultaten van de verbeteringen en impactanalyse

Als meer mensen met psychose CGT en jaarlijkse algemene somatische screening krijgen, heeft dit effect op hun gezondheid en de kosten. Voor dit laatste is een impactanalyse gemaakt. Om tot scenario's te komen zijn schattingen gebruikt die afkomstig zijn van de betrokken experts en uit wetenschappelijke publicaties.

Als meer mensen met psychose CGT ontvangen, heeft dit een gunstig effect op hun psychische gezondheid. Zij hebben minder last van depressieve klachten en hun sociale functioneren gaat vooruit. Ook raken zij minder in crisis, waardoor klinische opnames of andere vormen van intensieve zorg minder vaak nodig zijn.

Daarnaast bespaart het mogelijk kosten van meer intensieve zorg. Het effect ligt waarschijnlijk tussen een kostentoeename van 3,6 miljoen euro (door meer CGT) en een kostenafname van 11,2 miljoen euro per jaar (door minder benodigde intensieve zorg).

Als meer mensen met psychose jaarlijkse een algemene somatische screening ontvangen, en als de screeningsresultaten waar nodig tot actie leiden, levert dit gezondheidswinst op voor mensen met psychose. Dankzij een betere gezondheid neemt ook de kwaliteit van leven toe. De kosten van extra somatische screening bedragen naar schatting jaarlijks 3,2 miljoen euro. De kosten van eventuele vervolgbehandelingen hangen af van het aantal nieuwe indicaties dat uit de screening voortkomt en bedragen naar schatting tussen de 1,4 en 3,7 miljoen euro. Over de mogelijk uitgespaarde kosten bestaat grote onzekerheid. Daarom hebben we hiervan geen schatting gemaakt.

Implementatie, monitoring en evaluatie

De volgende fase van het project Zinnige Zorg Psychose is de implementatiefase. In deze fase zullen de verbeterafspraken worden uitgewerkt in een gezamenlijk op te stellen plan van aanpak. Hierin leggen we concreet vast welke doelen we willen behalen en wie welke acties onderneemt. We vragen betrokken partijen hierin een voortrekkersrol te nemen. Het Zorginstituut zal waar nodig faciliteren en ondersteunen.

Psychose

Wat is Psychose?

Mensen kunnen door allerlei oorzaken een verstoring ontwikkelen van hun waarnemen, denken en voelen. Als deze hersenfuncties ernstig onregelmatig raken, spreken we van een psychose. Een psychose ontwikkelt zich op jongvolwassen leeftijd.



gemiddeld
23ste
levensjaar



gemiddeld
30ste
levensjaar

Een psychose kan allerlei oorzaken hebben, bekende oorzaken zijn stress of middelengebruik.



Na het doormaken van een psychose is er een grote kans dat een psychose terugkomt, we spreken dan van psychosegevoeligheid of een psychotische stoornis. Afhankelijk van de duur en de ernst van de psychoses is sprake van een ernstige psychiatrische aandoening. Mensen met een ernstige psychiatrische aandoening hebben een lagere levensverwachting van 20 tot 25 jaar minder in vergelijking met de algemene bevolking.

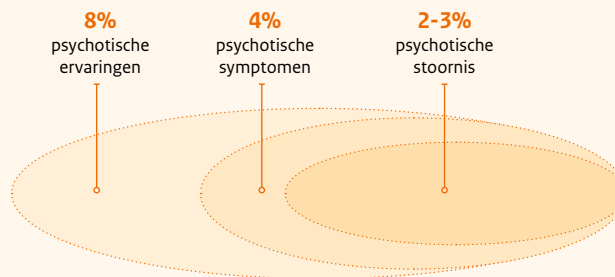
Symptomen

Een psychose gaat gepaard met ernstige klachten, bekende klachten zijn: Wanen, hallucinaties, onsamenhangende spraak of bizar gedrag. Maar ook klachten als motivatieverlies, moeite met concentreren, angst en somberheid komen regelmatig voor.



Aantal

8% van de mensen in Nederland heeft ooit een psychotische ervaring, bij 2-3% van de mensen is er daadwerkelijk sprake van een psychotische stoornis. Vertaald naar de huidige Nederlandse populatie gaat het om 270.000 tot 400.000 mensen.



Hoe maken we de zorg voor mensen met psychose beter?

Betrokken partijen



Verbeterdoelen



Opbrengst



Betere informatie over psychose



Inleiding

Mensen kunnen door allerlei oorzaken een verstoring ontwikkelen van hun waarnemen, denken en voelen. Als deze hersenfuncties ernstig ontregeld raken, spreken we van een psychose. Bekende verschijnselen bij een psychose zijn hallucinaties en achterdocht. Soms staat somberheid meer op de voorgrond, mensen hebben dan gebrek aan energie en nemen weinig initiatief meer. Ook kunnen mensen moeite hebben met concentreren of het onthouden van nieuwe informatie. De behandeling van een psychose, zoals vastgelegd in de zorgstandaard 'Psychose' uit 2017, vergt een gecoördineerde inspanning van cliënten, hun naasten en behandelaars. Vrijwel elke cliënt komt voor antipsychotische medicatie in aanmerking, net als voor psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie (CGT). Afhankelijk van de klachten worden ook andere behandelingen ingezet. Hoe het uiteindelijke zorgtraject voor mensen met psychose eruitziet zal per persoon verschillen. Dit hangt voornamelijk af van de ernst en het verloop van de ziekteverschijnselen. Na een doorgemaakte psychose bestaat de kans dat de ziekteverschijnselen terugkeren. We spreken dan van een verhoogde psychosegevoeligheid, die levenslang aanwezig zal blijven. Krijgen mensen met psychose de juiste zorg? Dit *Verbetersignalement Zorg voor mensen met Psychose* beschrijft het verdiepingsonderzoek naar zorg voor mensen met een psychotische stoornis.

Zinnige Zorg Psychose als onderdeel van het programma Zinnige Zorg

Het Zorginstituut wil met het programma Zinnige Zorg onderzoeken of diagnostiek en interventies van zorg die vanuit het basispakket worden vergoed op een cliëntgerichte, effectieve en doelmatige manier worden ingezet. Het programma omvat een groot aantal projecten, waarin we een bepaald aandoe-ningsgebied systematisch doorlichten.

Voor de Zinnige Zorg-trajecten in de GGZ hanteren we de DSM-5,^[1] omdat deze indeling goed aansluit bij de Nederlandse GGZ-praktijk. Een systematische doorlichting bestaat uit vier opeenvolgende fasen: screening, verdieping, implementatie en evaluatie. Het verdiepingsonderzoek naar het zorgtraject voor mensen met psychose is de tweede fase van het Zinnige Zorg-project GGZ. Bijlage A bevat meer informatie over de werkwijze van Zinnige Zorg.

In juli 2018 publiceerden we het screeningsrapport over de eerste fase van dit project.^[2] Hierin staat, dat het Zorginstituut samen met de betrokken partijen twee zorgtrajecten heeft geselecteerd, die naar verwachting kunnen verbeteren door meer gepast gebruik. Dit zijn:

- de zorg voor mensen met een posttraumatische stress-stoornis (PTSS);
- de zorg voor mensen met een psychose.

Onderzoek verdiepingsfase psychose

In deze verdiepingsfase hebben we samen met betrokken partijen het hele zorgtraject psychose onder de loep genomen. We hebben de zorg zoals die in de richtlijnen staat beschreven vergeleken met de uitvoering ervan in de praktijk. Het perspectief van de cliënt staat hierbij altijd centraal.

De keuze voor het zorgtraject psychose is allereerst gebaseerd op signalen van betrokken partijen. Het betreft een groep mensen met een 20 tot 25 jaar lagere levensverwachting dan de algemene bevolking. De ziektelast is hoog, evenals de zorgkosten. In de screeningsfase kwamen signalen naar voren over mogelijke verbetering van de zorg. Dit betrof met name de screening op bijkomende lichamelijke aandoeningen die de fors lagere levensverwachting veroorzaken. Later kwam daar de inzet van cognitieve gedragstherapie (CGT) bij, de belangrijkste niet-medicamenteuze therapie. Behandeling met CGT kan de ziektelast verlagen en nieuwe opnames voorkomen.

De geldende behandelrichtlijnen bestaan voldoende lang om ervan uit te kunnen gaan dat ze geïmplementeerd zijn. Dat maakt een verdiepingsonderzoek naar psychotische stoornissen mogelijk.

Naar verwachting zijn ook voldoende gegevens beschikbaar over de toepassing van richtlijnen in de praktijk. Voor de zorg bij psychose heeft het Zorginstituut samen met de betrokken partijen onderzoeksvragen geformuleerd over:

- de toepassing van cognitieve gedragstherapie (CGT) voor mensen met psychose;
- de toepassing van de algemene somatische screening.

Een overzicht van de onderzoeksvragen staat in bijlage E.

Het Zorginstituut heeft een deel van het onderzoek zelf uitgevoerd, namelijk:

- een analyse van nationale en internationale richtlijnen voor psychose;
- een analyse van websites met informatie over psychose voor cliënten en hun naasten;
- een analyse van de uitvoering van zorg in de praktijk, op basis van beschikbare data bij het Zorginstituut.

We hebben ook een deel van het onderzoek uitbesteed, namelijk:

- aan Kenniscentrum Phrenos een kwantitatief en kwalitatief onderzoek naar de behandeling van mensen met schizofrenie bij verschillende zorgaanbieders;
- aan het Nivel een verdiepend onderzoek naar de somatische screening en de geleverde huisartsenzorg aan mensen met schizofrenie.

Deze onderzoeken zijn uitgevoerd onder begeleiding van het Zorginstituut. Vertegenwoordigers van de betrokken partijen hebben deelgenomen aan een adviescommissie voor het onderzoek. Deze commissie heeft het Zorginstituut geadviseerd over het onderzoek en de interpretatie van de resultaten.

In het verdiepingsonderzoek hebben we ook gekeken naar proces- en uitkomstinformatie. Voor psychose is deze informatie op dit moment echter niet beschikbaar. Partijen werken hieraan onder begeleiding van de Alliantie kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg (Akwa GGZ). Het Zorginstituut volgt deze ontwikkelingen vanuit haar wettelijke taak om de transparantie te bevorderen.

Afbakening verdiepingsfase psychose

Psychose is een veelomvattende aandoening. Om de effectiviteit van het onderzoek en relevantie van de uitkomsten zo doelgericht mogelijk te houden, hebben wij een aantal kaders gesteld. Hieronder beschrijven wij welke dat zijn.

Wettelijke kaders

De omvang en reikwijdte van de Zinnige Zorg-projecten houden verband met de taak van het Zorginstituut op het gebied van pakketbeheer. Dit betreft zorg die wordt verleend vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) of vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). Daarom valt bijvoorbeeld de doelgroep kinderen (Jeugdwet) buiten de reikwijdte van dit project. Ook zorgverlening die vooral is gericht op het verminderen van eenzaamheid en maatschappelijk herstel komt niet in beeld, omdat dit onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) valt. In dit verdiepingstraject ligt de nadruk op diagnostiek en behandeling aan volwassenen in de GGZ.

Richtlijnen, DSM-5 en terminologie

Zinnige Zorg vergelijkt de geldende richtlijnen met de praktijk. Als zich sinds de totstandkoming van een richtlijn nieuwe ontwikkelingen hebben voorgedaan, bijvoorbeeld een behandelinnovatie, kunnen wij deze vaak nog niet meenemen in ons onderzoek. Er moet namelijk voldoende onderzoek naar een nieuwe interventie zijn, of consensus in het veld bestaan dat sprake is van goede zorg. Voordat we de toepassing in de praktijk kunnen onderzoeken, moet er voldoende tijd zijn geweest om de innovatie te implementeren.

In de Nederlandse GGZ worden diagnoses vastgelegd op basis van de DSM-5, een classificatiesysteem voor psychiatrische diagnostiek. Classificatie is nodig, omdat een diagnose uit een veelheid van beschrijvende elementen bestaat en een gemeenschappelijke taal wenselijk is voor de cliënt, voor professionals onderling en voor wetenschappelijk onderzoek.

Dankzij de eenheid van het classificatiesysteem hebben wij dit onderzoek kunnen uitvoeren. We vinden het echter van belang om ook op de beperkingen van dit systeem te wijzen. Een classificatie beschrijft de symptomen en gedragingen. Psychiatrische en psychologische diagnostiek gaan echter ook in op de oorzaken en betekenis van deze symptomen en gedragingen. Uit het geheel volgt de keuze voor een passende behandeling, in samenspraak met de cliënt. Het onderzoek voor dit verbetersignalement valt binnen de DSM-5-hoofdgroep 'Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen'. Binnen deze groep kozen wij de groep mensen met de diagnose schizofrenie als primaire onderzoekspopulatie. Deze groep mensen heeft per definitie een ernstige psychose doorgemaakt (langer dan een half jaar symptomen) en ondervindt daar vaak lange tijd ernstige gevolgen van. Sommige cliënten en organisaties voor cliënten en naasten spreken bij voorkeur niet van schizofrenie, omdat de term stigmatiserend kan werken. Zij spreken liever van een psychotische kwetsbaarheid. In dit verbetersignalement gebruiken we de term mensen met psychose.

Betrokken partijen in de verdiepfingsfase zorg voor mensen met psychose

In deze verdiepfingsfase heeft het Zorginstituut de verwachte verbeteringen verder onderzocht. Net als in de screeningsfase hebben we in deze fase samengewerkt met de betrokken verantwoordelijke partijen. Dit zijn organisaties van cliënten, naasten, zorgprofessionals, zorginstellingen en zorgverzekeraars. Een overzicht van deze partijen vindt u in bijlage B. Voorafgaand aan de publicatie van het verbetersignalement hebben we de partijen uitgenodigd voor een schriftelijke, bestuurlijke consultatie. Een samenvatting van de reacties vindt u in bijlage C.

Leeswijzer

Dit verbetersignalement beschrijft de belangrijkste conclusies van het verdiepfingsonderzoek naar psychose en de verbeterafspraken die daaruit zijn voortgekomen. Hoofdstuk 1 gaat over behandeling met cognitieve gedragstherapie, welke verbeteringen hierbij mogelijk zijn en wat de verbeteringen betekenen voor mensen met psychose. In hoofdstuk 2 doen we hetzelfde voor de somatische screening. Hoofdstuk drie is het afsluitende hoofdstuk met een beschrijving van de afspraken die het Zorginstituut met de betrokken partijen heeft gemaakt over het realiseren van de verbeteringen.

Casus

Bastiaan (26 jaar) heeft een normale jeugd gehad. Na de havo ging hij studeren aan het hoger technisch onderwijs. In het tweede jaar ging het slechter met hem. Na een afwijzing door een studiegenoot voelde hij zich langere tijd ongelukkig. Hij ging steeds meer blowen. Al snel blowde hij de hele dag, naar zijn studie keek hij nauwelijks meer om. De meeste tijd bracht hij door achter het internet. Hij raakte sterk geïnteresseerd in de straling van mobiele telefoons en maakte zich zorgen over de effecten van die straling op zijn gezondheid. Hij voelde zich steeds somberder, wat hij tegenging door nog meer te blowen. Bijna al zijn geld ging op aan cannabis. Op een dag zei Bastiaan tegen de buurman dat hij de buurt verziekte met zijn mobiele telefoon. Toen zijn ouders met hem probeerden te praten reageerde hij boos, zij zouden niet beseffen hoeveel gevaar zij liepen. De ouders namen Bastiaan mee naar de huisarts, die adviseerde om te stoppen met blowen en hem doorverwees naar de GGZ. Bastiaan kreeg twee weken later een afspraak met een psychiater. Vanwege het vermoeden van een psychotische stoornis, werd direct gestart met antipsychotica.

Bastiaan gebruikt zijn medicatie inmiddels een aantal jaar. Zijn zorgen over straling zijn een stuk afgenomen, maar komen nog af en toe terug. Ondertussen is hij flink aangekomen in gewicht. Bij de jaarlijkse controle van zijn gezondheid kwam bovendien naar voren dat hij een hoog cholesterol gehalte heeft. Zijn ambulant behandelaar en psychiater willen dat hij andere antipsychotica gaat gebruiken, om lichamelijke problemen te voorkomen. Daarnaast verwachten zij een beter effect van een ander medicijn. Bastiaan twijfelt, hij neemt liever wat hij kent. Hij stelde zelf voor om een cognitieve gedragstherapie te volgen, wat hij eerder steeds afhield. In dit plan kan iedereen zich vinden.

1 Hoe zorgen we ervoor dat meer mensen met psychose cognitieve gedragstherapie als behandeling krijgen?

Het percentage mensen met psychose dat cognitieve gedragstherapie (CGT) krijgt ligt tussen de 10 en 25 procent. Samen met partijen constateren we dat het wenselijk is om dit percentage te verhogen. Immers, CGT in de vorm die gericht is op symptomen van psychosen helpt mensen met psychose om beter met hun klachten om te gaan en kan helpen om opnames te voorkomen. We gaan samen met partijen een implementatieplan maken om ervoor te zorgen dat mensen met psychose vaker CGT krijgen. In dit plan wordt een gedeelde ambitie vastgesteld, waaronder een concrete stijging in het percentage mensen met psychose die CGT als behandeling ontvangen en de wijze waarop we dit evalueren. In ons onderzoek constateren we ook, dat niet alle beschikbare richtlijnen en publieksinformatie voor cliënten en naasten eenduidig en actueel zijn. Daarom bevelen we aan om de positionering van cognitieve gedragstherapie mee te nemen in toekomstige herzieningen van bestaande richtlijnen en om de bijhorende informatie voor cliënten en naasten te actualiseren en beter te verspreiden. In de volgende paragrafen beschrijven we hoe we tot deze aanbevelingen zijn gekomen. Daartoe hebben we onderzoek gedaan naar richtlijnen, in de praktijk verleende zorg en beschikbare publieksinformatie. Vervolgens werken we de aanbevelingen uit tot concrete verbeterafspraken en laten zien wat de verbeteringen opleveren voor de cliënt. Tot slot brengen we in kaart waar zich op dit moment kennislacunes bevinden.

1.1 Hoe staat CGT in de richtlijnen?

Voor dit verbetersignalement hebben we in kaart gebracht welke richtlijnen beschikbaar zijn voor de behandeling met cognitieve gedragstherapie (CGT) van mensen met psychose. We constateren dat op dit moment niet alle beschikbare richtlijnen eenduidig zijn in de aanbeveling voor CGT. Als alle richtlijnen hetzelfde CGT-behandeladvies geven, is het voor professionals duidelijk welke zorg het beste is voor mensen met psychose.

De zorgstandaard 'Psychose' uit 2017^[3] die in Nederland als norm geldt, beveelt CGT aan als standaardzorg voor alle mensen met een psychotische stoornis, naast psycho-educatie en antipsychotica. CGT kan in de gespecialiseerde GGZ (SGGZ) onderdeel zijn van een ambulante behandeling of worden aangeboden tijdens een klinische opname. De zorgstandaard geeft een behandelduur van minimaal zestien sessies aan.

De zorgstandaard 'Psychose' is voor een groot deel gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn 'Schizofrenie'^[4] uit 2012. Deze beveelt CGT weliswaar aan als meest effectieve psychologische behandeling, maar maakt onvoldoende duidelijk dat behandeling van psychotische stoornissen uit medicatie plus psychologische behandeling bestaat. Oftewel, dat CGT een standaardbehandeling is bij psychotische stoornissen. Het is belangrijk dat informatie over behandelbeleid voor professionals eenduidig is. De richtlijn 'Schizofrenie' wordt in de komende periode herzien, wat ruimte biedt om de positionering van CGT daarin mee te nemen, ook ten opzichte van andere psychologische behandelingen.

Wat is CGT?

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een vorm van psychotherapie, ontstaan in de jaren zestig van de vorige eeuw. In de jaren negentig werd een specifieke vorm van CGT ontwikkeld voor mensen met psychotische klachten, de zogenaamde CGT-P(sychose).

Bij deze behandeling zal de behandelaar proberen om samen met de cliënt de opvattingen (cognities) over bepaalde symptomen of problemen te veranderen. Specifiek bij mensen met een psychose kan het gaan om het kritisch bevragen van waangedachten of ongewone zintuiglijke waarnemingen. De behandelaar probeert daarbij de cliënt te helpen onderscheiden wat werkelijk en niet-werkelijk is. Een cliënt krijgt daardoor meer controle over zijn eigen gedrag en ervaart minder last van zijn klachten.

De NICE¹-richtlijn van het Verenigd Koninkrijk voor de behandeling van psychose en schizofrenie uit 2014^[5] kwam in onze richtlijnanalyse als belangrijkste internationale richtlijn naar voren.² De NICE-richtlijn beveelt, net als de Zorgstandaard 'Psychose', CGT aan als standaardzorg voor de behandeling van mensen met psychose en laat zien dat dit gunstige effecten heeft op het voorkomen van heropnamen en het beperken van de opnameduur. In 2017^[6] en 2019^[7] is door NICE opnieuw gekeken naar de wetenschappelijke onderbouwing van aanbevelingen in hun richtlijn. Dit heeft niet geleid tot een aanpassing van de aanbeveling voor CGT bij mensen met psychose. We concluderen hieruit dat CGT volgens actuele nationale en internationale richtlijnen standaardzorg is voor mensen met psychose. Bijlage D bevat een overzicht van de nationale en internationale richtlijnen die in dit richtlijnonderzoek zijn meegenomen.

1.2 In welke mate wordt CGT in de praktijk toegepast?

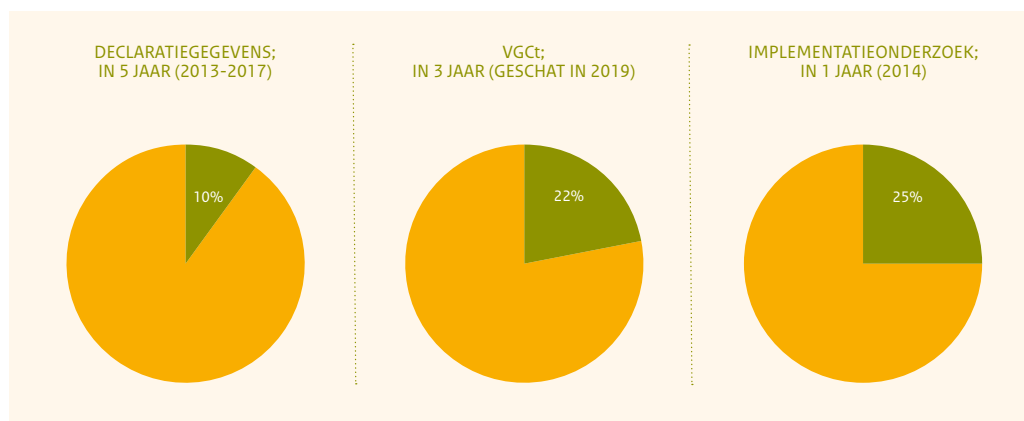
Op basis van onze analyse constateren we, dat behandeling met CGT zoals omschreven in de richtlijn en zorgstandaard onvoldoende geïmplementeerd is. Uit ons verdiepingsonderzoek blijkt namelijk, dat de schatting van het percentage mensen met schizofrenie in de SGGZ die enige mate van CGT kregen uiteen loopt van 10 tot 25 procent (zie figuur 1). Daarom hebben we afgesproken om het aantal mensen dat CGT als behandeling krijgt te verhogen.

Om de toepassing van CGT in de praktijk te onderzoeken hebben we drie verschillende bronnen gebruikt:

- declaratiegegevens van zorgaanbieders verstrekt door de NZa en declaratiedata van zorgverzekeraars, verstrekt via Vektis;
- een enquête afgenomen door de Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve therapieën (VGCT).^[8]
- een secundaire data-analyse van een onderzoek naar de implementatie van de richtlijn in de SGGZ, uitgevoerd door Kenniscentrum Phrenos.

De verschillen tussen de percentages in deze drie onderzoeken zijn deels te verklaren door de verschillen in onderzoekopzet, dataverzameling en onderzocht tijdvak. Nadere toelichting over de bronnen en resultaten is in bijlage E opgenomen.

Figuur 1 | Percentage cliënten dat CGT ontving op basis van de verschillende praktijkonderzoeken



De declaratiedata van het Zorginstituut laten zien, dat voor tien procent van de cliënten met de hoofddiagnose schizofrenie ten minste één CGT-sessie is gedeclareerd in de periode 2013-2017. Bij deze cliënten werd CGT vaak relatief vroeg in de behandeling gestart, namelijk in de eerste twee jaar dat ze in zorg waren.

¹ The National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

² Verschillende landen hebben hun richtlijn over schizofrenie en psychose gebaseerd op de richtlijn van NICE, soms met enkele toevoegingen voor landspecifieke context. We hebben onder meer gekeken naar Amerikaanse, Canadese, Australische en Schotse richtlijnen. Richtlijnen van NICE kennen een zeer zorgvuldige wetenschappelijke onderbouwing en sluiten bovendien, in vergelijking met richtlijnen van landen uit andere continenten, goed aan bij de Nederlandse situatie.

De resultaten van de VGCT-enquête laten een wat hoger percentage zien. De onderzoekers berekenden op basis van de antwoorden, dat één op de vier tot vijf cliënten een CGT-traject krijgt over een periode van drie jaar. Dat betekent dat naar schatting 20 tot 25 procent van de cliënten CGT krijgt.

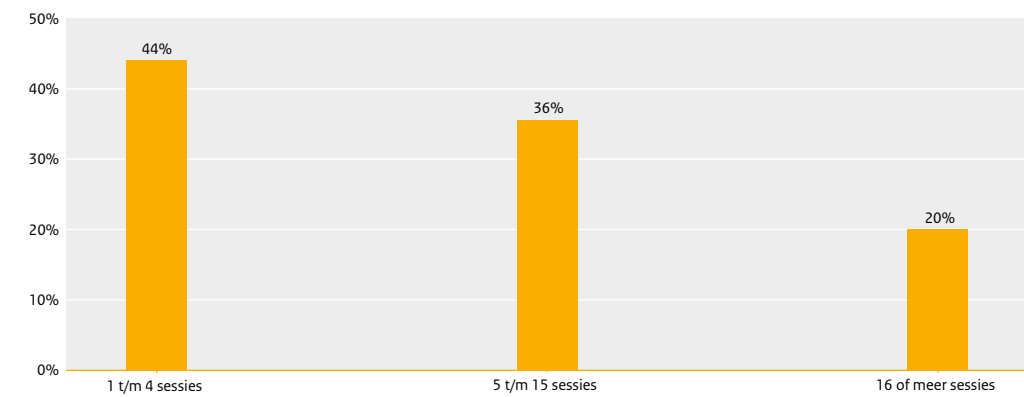
Uit het implementatieonderzoek van Kenniscentrum Phrenos blijkt, dat teams in de SGGZ aangeven dat in het afgelopen jaar gemiddeld 25 procent van de cliënten met schizofrenie CGT kreeg. Het percentage varieerde van nul tot vijftig procent tussen de teams.³

De uitkomsten van bovengenoemde onderzoeken sluiten aan bij ander nationaal en internationaal onderzoek. Een recente publicatie over Nederlands dossieronderzoek^[9] laat een vergelijkbaar beeld zien.⁴ En ook in het Verenigd Koninkrijk⁵ krijgt een minderheid van de mensen met schizofrenie CGT.^[10]

Kortom, al deze informatie duidt erop dat CGT voor cliënten met psychose in de praktijk geen standaard zorg is, terwijl recente richtlijnen deze behandeling wel als zodanig omschrijven.

We zijn vervolgens aan de hand van de declaratiedata nagegaan, hoeveel cliënten met schizofrenie het minimum van zestien CGT-sessies ontvingen dat de zorgstandaard aanbeveelt (figuur 2). Uit de declaratiedata blijkt, dat voor twintig procent van de cliënten met schizofrenie voor wie minimaal één sessie CGT gedeclareerd is, zestien of meer CGT-sessies werden gedeclareerd. Samen met bovenstaande resultaten volgt hieruit dat voor slechts twee procent van alle cliënten met schizofrenie zestien of meer CGT-sessies gedeclareerd werden

Figuur 2 | Aantal per cliënt gedeclareerde CGT sessies (2013-2017, N=3022)



Bron: Zorginstituut Nederland, op basis van declaratiedata.

Op basis van de declaratiedata hebben we ook gekeken welke behandeling cliënten met schizofrenie nog meer krijgen in de praktijk. De gemiddelde cliënt met schizofrenie ontvangt 28 uur directe zorg per jaar. Dit bestaat voornamelijk uit steunende en structurerende en follow up behandelcontacten. Meer specifieke vormen van psychotherapie – inclusief CGT – of systeemtherapie worden weinig gedeclareerd. Het is niet uit te sluiten dat dergelijke behandelcontacten als follow up behandelcontact gedeclareerd worden. Daarnaast ontvangt een groot aantal cliënten met schizofrenie langdurige farmacotherapie en begeleiding. Ieder jaar ontvangt ruim tachtig procent van de cliënten met schizofrenie antipsychotica van de openbare apotheek. Meer informatie over welke zorg cliënten met schizofrenie in de praktijk ontvangen is opgenomen in bijlage E.

³ Een uitschieter met 80-100 procent behandeling met CGT is in deze analyse buiten beschouwing gelaten.

⁴ Een in Nederland uitgevoerd kleinschalig dossieronderzoek^[9] (n=60) naar de implementatie van de richtlijn 'Schizofrenie' liet zien dat dat 22 procent van de cliënten met schizofrenie CGT kreeg. Daarnaast weigerde 5 procent een CGT-aanbod.

⁵ Onderzoekers uit het Verenigd Koninkrijk^[10] voerden een kleinschalig implementatieonderzoek uit en toonden aan dat 5 procent van de cliënten met schizofrenie een vorm van CGT kreeg.

1.3 Welke publieks- en cliënteninformatie is beschikbaar?

We hebben voor dit verbetersignalement een overzicht gemaakt van de op internet beschikbare publieks- en cliënteninformatie over de behandeling van psychose. Het complete overzicht vindt u in bijlage F. Op de onderzochte websites staat niet vermeld dat CGT bij psychose standaardzorg is naast behandeling met antipsychotica, dat CGT uit een minimum aantal sessies moet bestaan en ook niet dat CGT bij voorkeur individueel is. Het is belangrijk om mensen met psychose en hun naasten duidelijk te informeren, zodat zij samen goed geïnformeerde keuzes kunnen maken, voorafgaand aan en tijdens de behandeling.

1.4 Uitwerken van de verbeterafspraken

Om ervoor te zorgen dat meer mensen met psychose CGT als behandeling krijgen, hebben we samen met de betrokken partijen de volgende verbeterafspraken opgesteld.

1.4.1 Meer mensen met psychose krijgen CGT als behandeling

We maken samen met betrokken partijen een plan van aanpak om het aantal mensen met psychose dat behandeling met CGT krijgt te vergroten. Daarbij brengen we de factoren in beeld, die het aanbieden en daadwerkelijk geven van CGT belemmeren en bevorderen. Partijen hebben een aantal voorbeelden genoemd waarvan het belangrijk is dat ze in het implementatieplan komen, zoals: herhaald aanbieden van de CGT behandeling, voldoende personele capaciteit (inclusief supervisiemogelijkheden), kennis over de positieve effecten van CGT en het meer aantrekkelijk maken voor zorgprofessionals om te werken met cliënten met een complexe hulpvraag. Ook inventariseren we welke goede voorbeelden er zijn om van te leren. Ten slotte stellen we uiterlijk december 2020 gezamenlijk een streefdoel vast, waaronder een streefpercentage van mensen die CGT ontvangen. Gemaakte afspraken uit het plan van aanpak evalueren we op een daartoe afgesproken moment.

Na drie jaar volgt een integrale evaluatie. Gedurende dit verdiepingsonderzoek bleek dat declaratiegegevens niet altijd specifiek genoeg zijn om te onderzoeken welke interventies er in de praktijk plaats vinden. Om te leren en verbeteren is het noodzakelijk om op organisatieniveau over informatie te beschikken. Met partijen maken we afspraken welke informatie noodzakelijk is om te evalueren of mensen met psychose daadwerkelijk meer CGT als behandeling ontvangen.

1.4.2 Aandacht voor positionering van CGT als standaardbehandeling in de richtlijn 'Schizofrenie'

De richtlijn 'Schizofrenie' uit 2012 beveelt CGT aan als meest effectieve psychologische behandeling, maar de richtlijn maakt onvoldoende duidelijk dat de aanbevolen behandeling van psychotische stoornissen uit medicatie plus CGT bestaat. De richtlijn 'Schizofrenie' wordt komende tijd herzien. Richtlijnen zijn een belangrijke bron van kennis over wat goede zorg inhoudt voor cliënten, zorgprofessionals en zorgverzekeraars. We bevelen aan om bij de herziening van de richtlijn 'Schizofrenie' duidelijk aan te geven uit welke interventies de standaard behandeling bestaat en CGT daarbinnen te benoemen.⁶

1.4.3 Actualiseren van publieks- en cliënteninformatie over CGT

Het is belangrijk dat cliënten, naasten en andere geïnteresseerden toegang hebben tot actuele informatie. Zo komen mensen beter voorbereid in de spreekkamer en kunnen ze samen met hun behandelaar de best passende behandeling kiezen. Het moet voor cliënten en naasten helder zijn, dat CGT kan helpen bij het omgaan met psychotische klachten en daarmee een belangrijk onderdeel van de aanbevolen behandeling is. Op dit moment is deze informatie verouderd en niet goed vindbaar. We bevelen aan beschikbare informatie te actualiseren en beter te verspreiden. Ook voor de behandelaar moet duidelijk zijn welke informatie cliënten en naasten behoren te ontvangen.

⁶ Tenzij de weging van het wetenschappelijke bewijs voor niet-biologische behandelingen anders uitvalt en tot een andere aanbeveling zou moeten leiden.

1.5 Verwachte resultaten van de verbeterafspraken

Als meer mensen met psychose CGT ontvangen, heeft dat verschillende voordelen. Allereerst levert het gezondheidswinst op voor de cliënten zelf, onder meer doordat ze beter leren omgaan met psychotische klachten. Daarnaast bespaart het kosten van meer intensieve zorg, zoals klinische opnames.

De gezondheidswinst die behaald wordt met CGT bestaat vooral uit een afname van het aantal (her)opnamen, een afname van de duur ervan en een afname van de psychotische symptomen. Ook het sociaal functioneren lijkt te verbeteren.^[5]

Voor behandeling met CGT bij mensen met psychose geldt dat de kosten voor de baten uit gaan. Om een schatting van de kosten en de baten te maken zijn we ervan uitgegaan dat op dit moment in drie jaar twintig procent van de patiënten CGT ontvangt (cf. de VCGt studie). In gesprekken met de adviescommissie kwam naar voren dat een mogelijk streefdoel is om dat percentage te verdubbelen. Indien dit percentage gerealiseerd wordt dan stijgen de jaarlijkse directe kosten met ongeveer 6,3 miljoen euro, doordat het beter volgen van de richtlijn leidt tot meer richtlijnconforme CGT van minimaal zestien sessies. Daartegenover staat dat er minder opnames en heropnames nodig zijn (uit te sparen kosten, ongeveer 12,7 miljoen euro). Dit leidt tot een jaarlijkse nettobesparing van ongeveer 6,5 miljoen euro. Echter, de mate van effectiviteit van CGT varieert per studie.^[5] Het netto financiële effect varieert daarmee ook en ligt waarschijnlijk tussen een kostentoeename van 3,6 miljoen euro en een kostenafname van 11,2 miljoen euro (zie bijlage G).

1.6 Signaleren van kennislacunes

Uit ons verdiepingsonderzoek kwamen diverse kennislacunes naar voren. We hebben deze verzameld, zodat ze meegenomen kunnen worden bij het opstellen van onderzoeksagenda's⁷ en richtlijnontwikkeling.

- Er is weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de effectiviteit van andere psychologische en psychotherapeutische behandelingen voor mensen met psychose, naast CGT. Aanvullend onderzoek op dit punt is gewenst.
- De preventie en vroege detectie van psychose is opgenomen in de zorgstandaard Psychose. Er is nog weinig informatie beschikbaar over de mate van implementatie en de effecten in de klinische praktijk. We adviseren dit onderwerp te volgen en te onderzoeken.

⁷ Het Zorginstituut brengt deze punten ook naar voren bij besprekingen met ZONMW over gezondheidsonderzoek.

2 Hoe zorgen we ervoor dat meer mensen met psychose een jaarlijkse somatische screening krijgen?

Het percentage mensen met psychose dat consistent elk jaar een algemene somatische screening krijgt, conform de richtlijn, is 17 procent. Samen met partijen constateren we dat het wenselijk is om dit percentage te verhogen, omdat juist deze mensen een verhoogd risico hebben op bijkomende lichamelijke aandoeningen. We beschouwen een jaarlijkse somatische screening als een eerste stap om die lichamelijke aandoeningen vervolgens ook te gaan behandelen. We gaan samen met partijen een implementatieplan maken om ervoor te zorgen dat meer mensen met psychose een jaarlijkse algemene somatische screening krijgen. In dit plan wordt een gedeelde ambitie vastgesteld, waaronder een concrete stijging in het percentage mensen met psychose dat jaarlijkse de somatische screening ontvangen en hoe we dit evalueren. In ons onderzoek constateren we ook dat niet alle beschikbare richtlijnen en publieksinformatie voor cliënten en naasten eenduidig en actueel zijn. Daarom bevelen we aan om de somatische screening mee te nemen in toekomstige herzieningen van bestaande richtlijnen en om de bijbehorende informatie voor cliënten en naasten te actualiseren en beter te verspreiden. In de volgende paragrafen beschrijven we hoe we tot deze aanbevelingen zijn gekomen. Daartoe hebben we onderzoek gedaan naar richtlijnen, in de praktijk verleende zorg en beschikbare publieksinformatie. Vervolgens werken we de aanbevelingen uit tot concrete verbeterafspraken en laten zien wat de verbeteringen opleveren voor de cliënt. Tot slot brengen we in kaart waar zich op dit gebied kennislacunes bevinden.

2.1 Hoe staat de algemene somatische screening in de richtlijnen?

Voor dit verbetersignalement hebben we in kaart gebracht welke richtlijnen beschikbaar zijn voor de somatische screening van mensen met psychose. Als alle richtlijnen hetzelfde behandeladvies geven, is het voor professionals duidelijk welke zorg het beste is voor mensen met psychose, maar we constateren dat op dit moment niet alle beschikbare richtlijnen éénduidig zijn in de aanbeveling voor somatische screening.

De zorgstandaard 'Psychose'^[3] uit 2017 beveelt een jaarlijkse somatische screening aan voor alle mensen met psychose. Iedere cliënt met een psychotische stoornis moet vanwege een hogere kans op onder andere hart- en vaatziekten jaarlijks lichamelijk worden onderzocht. De somatische screening kan plaatsvinden in de SGGZ, bij de huisarts of in het ziekenhuis en bestaat uit een algemene somatische screening, medicatiemonitoring en leefstijlanamnese.

De zorgstandaard 'Psychose' bouwt voort op de multidisciplinaire richtlijn 'Schizofrenie'^[4] uit 2012. Deze is echter verouderd op het punt van de somatische screening, de aanbevelingen zijn onvolledig in verhouding tot meer recentere richtlijnen. Voor de aanbevelingen over de somatische screening baseert de zorgstandaard 'Psychose' zich op de recentere richtlijn 'Somatische screening bij patiënten met een Ernstige Psychiatrische Aandoening' uit 2015.^[13] De richtlijn 'Schizofrenie' wordt de komende periode herzien, wat ruimte biedt om de aanbevelingen voor somatische screening te actualiseren.

In de NHG-Standaard 'Cardiovasculair risicomanagement' (CVRM)^[12] voor huisartsen staan een aantal specifieke risicogroepen en -factoren genoemd die een verhoogde kans geven op hart- en vaatziekten. Voor mensen die in een risicocategorie vallen, zoals bij diabetes mellitus of een hoog cholesterol gehalte, wordt een beleid aanbevolen bestaande uit voorlichting, periodieke controles, medicamenteus behandelen en leefstijlverandering. Volgens een meta-analyse^[13] in de NHG-standaard zouden cliënten met schizofrenie een 1,5 zo hoog risico op hart- en vaatziekten hebben, een 1,2 keer zo hoog risico op ischemische hartziekten en een 1,7 keer zo hoog risico op beroerte. Psychotische stoornissen of antipsychotica gebruik zijn echter niet opgenomen als risicocategorie in de standaard, terwijl veel internationale CVRM richtlijnen dat wel doen.^[14-16]

Wat is het belang van een somatische screening voor mensen met psychose?

Clënten met een ernstige psychische aandoening, zoals schizofrenie, hebben een levensverwachting die 20 tot 25 jaar korter is dan die van de algemene bevolking.^[17] De belangrijkste reden voor deze voortijdige sterfte zijn hart- en vaatziekten, longaandoeningen en complicaties bij diabetes mellitus. Deze ziekten zijn vaak weer een gevolg van een ongezonde leefstijl (weinig bewegen, overmatig middelengebruik, ongezonde voeding, slechte mondhygiëne) en bijwerkingen van medicatie. Om deze gezondheidsproblemen vroegtijdig op te sporen zijn periodieke lichamelijke onderzoeken nodig. De zorgstandaard 'Psychose' adviseert om mensen met een psychotische stoornis minimaal een keer per jaar te screenen op lichamelijke aandoeningen. Deze somatische screening omvat drie onderdelen: 1. een algemene somatische screening, 2. medicatiemonitoring en 3. leefstijlanamnese. Dit hoofdstuk gaat over het eerste onderdeel, de algemene somatische screening.

Een somatische screening richt zich onder andere op onderzoek naar het voorkomen van diabetes mellitus type 2 en (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten, door middel van vier standaard laboratoriummetingen: nuchter cholesterol, HDL-cholesterol-ratio, triglyceriden en nuchter glucose (of HbA1c).^[11] Als uit de declaratiedata blijkt dat deze vier laboratoriummetingen zijn verricht bij een cliënt, wijst dat volgens de adviescommissie er op dat deze cliënt is gescreend door zijn behandelaar. Aldus werd voor dit verbeter-signalement de algemene somatische screening onderzocht door te kijken naar uitgevoerde laboratoriumonderzoeken. Dit is in lijn met wetenschappelijk onderzoek naar algemene somatische screening, waarbij de frequentie van screening wordt afgeleid uit de uitgevoerde laboratoriumonderzoeken.^[18]

De aanbevelingen voor de jaarlijkse somatische screening uit internationale richtlijnen sluiten aan bij de zorgstandaard 'Psychose'. De NICE-richtlijn⁸ [5] van het Verenigd Koninkrijk voor de behandeling van psychose en schizofrenie uit 2014 kwam in onze richtlijnanalyse als belangrijkste internationale richtlijn naar voren. In 2017⁹ [6] en 2019^[7] is opnieuw naar de wetenschappelijke onderbouwing van de aanbevelingen in de NICE-richtlijn gekeken. Dit heeft niet geleid tot een aanpassing van de aanbeveling over de somatische screening voor mensen met psychose. We concluderen hieruit dat volgens actuele nationale en internationale richtlijnen mensen met psychose ieder jaar een somatische screening moeten krijgen. Bijlage D bevat een overzicht van de nationale en internationale richtlijnen die in dit richtlijnonderzoek zijn meegenomen.

2.2 In welke mate wordt de somatische screening in de praktijk toegepast?

Op basis van onze analyse concluderen we dat de somatische screening zoals omschreven in de zorgstandaard onvoldoende geïmplementeerd is. Uit ons verdiepingsonderzoek blijkt dat in de periode 2013-2017 bij 17 procent van de cliënten met schizofrenie consistent een somatische screening werd uitgevoerd (figuur 3). Met consistent bedoelen we in elk jaar dat deze cliënten zorg ontvingen in de SGGZ, zoals de zorgstandaard aanbeveelt, gedurende de periode van 5 jaar waarin we dit zijn nagegaan. In dezelfde periode vond bij 28 procent van de mensen met schizofrenie nooit een algemene somatische screening plaats. Bij de overige cliënten vond incidenteel een somatische screening plaats, dus niet elk jaar. De discrepantie tussen deze bevindingen en de richtlijn was aanleiding tot de afspraak om het aantal mensen dat jaarlijks een somatische screening krijgt te verhogen. Daarbij is het van belang dat een afwijkende bevinding bij somatische screening ook leidt tot vervolgbehandeling. Dat lijkt bij mensen met psychose lang niet altijd te gebeuren, en bovendien minder vaak dan bij de algemene bevolking.^[19]

Voor het onderwerp somatische screening voor mensen met psychose beschikten we over twee bronnen voor praktijkdata, te weten:

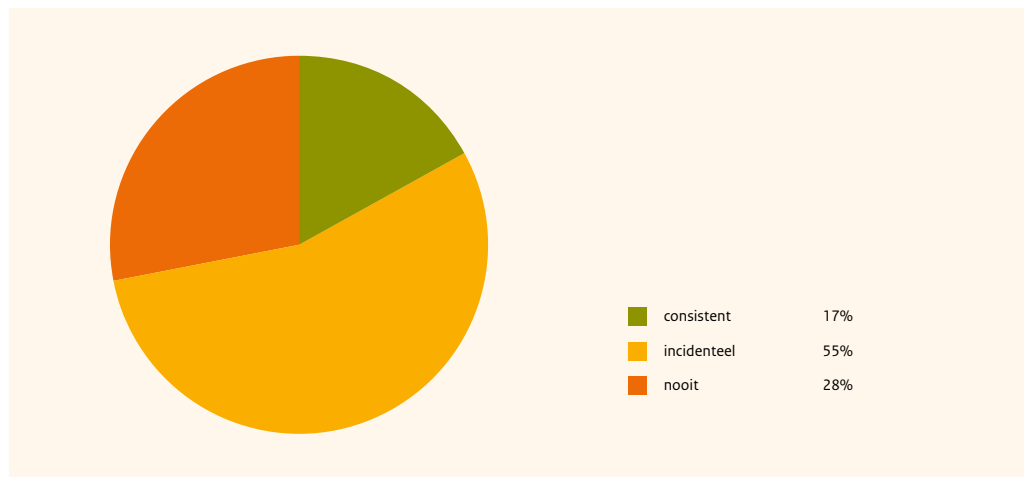
- de declaratiedata van zorgaanbieders waarover het Zorginstituut beschikt;
- een analyse van data uit huisartsenpraktijken door het Nivel.

Beide datasets lieten zien dat een relatief gering aantal cliënten met psychose consistent jaarlijks somatisch gescreend werd.

8 The National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

9 Verschillende landen hebben hun richtlijn over schizofrenie en psychose gebaseerd op de richtlijn van NICE, soms met enkele toevoegingen voor landspecifieke context. We hebben onder meer gekeken naar Amerikaanse, Canadese, Australische en Schotse richtlijnen. Richtlijnen van NICE kennen een zeer zorgvuldige wetenschappelijke onderbouwing en sluiten bovendien, in vergelijking met richtlijnen van landen uit andere continenten, goed aan bij de Nederlandse situatie.

Figuur 3 | Percentage cliënten met schizofrenie in de SGGZ dat een algemene somatische screening kreeg (periode 2013-2017, N=29.491)



Bron: Zorginstituut Nederland, op basis van declaratiedata.

Nadere analyse van de declaratiedata met betrekking tot somatische screening van cliënten met schizofrenie die in zorg waren in de SGGZ liet zien dat deze plaatsvond in de SGGZ zelf (51 procent), bij de huisarts (43 procent) of in het ziekenhuis (7 procent; zie figuur 4). Afstemming tussen SGGZ en huisarts is dan ook van groot belang. Een analyse naar bestaande samenwerkingsafspraken, de uitvoering hiervan in de praktijk en verbeterafspraken zijn opgenomen in het *Verbetersignalement PTSS*.^[20] De afspraken hebben betrekking op bestaande initiatieven en betreffen de hele GGZ sector en zullen ook de zorgketen voor mensen met psychose verbeteren.

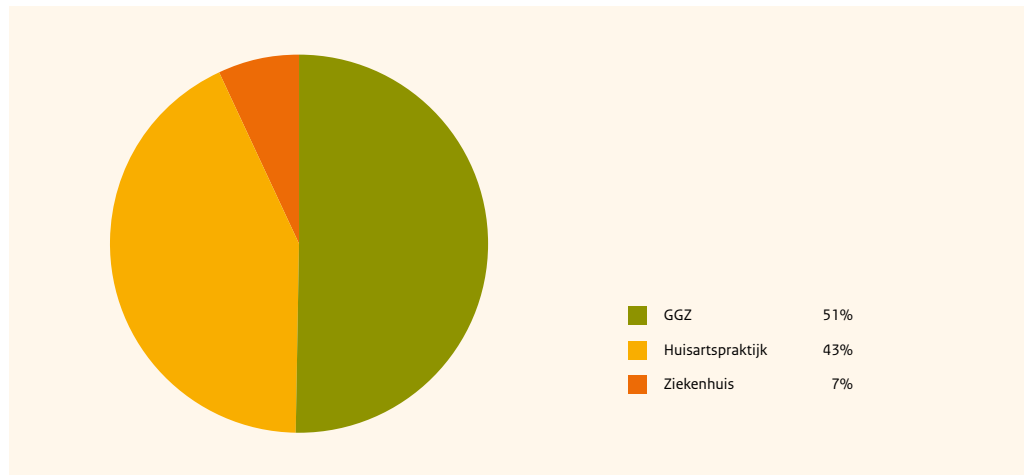
De analyse van de data uit huisartsenpraktijken bevestigt de rol van de huisarts in de zorg voor mensen met schizofrenie. Zo blijkt dat in 2018 laboratoriumonderzoek werd gedaan bij 30 procent van de mensen met schizofrenie die bij de huisarts bekend waren.

De data uit de huisartsenpraktijken geven ook inzicht in aanvullende aspecten van de algemene somatische screening bij mensen met schizofrenie:

- bij 37 procent is de bloeddruk gemeten;
- bij 22 procent is de polsfrequentie gemeten;
- bij 28 procent is de BMI bepaald;
- bij 3 procent is de buikomvang gemeten.

Behalve voor de somatische screening maken mensen met schizofrenie regelmatig gebruik van huisartsenzorg. Uit ons extern uitgevoerd onderzoek bleek, dat in 2018 ruim vier van de vijf mensen met schizofrenie minstens eenmaal contact had met de huisarts of de praktijkondersteuner huisarts – geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ). Gemiddeld hebben mensen met schizofrenie jaarlijks acht contacten met de huisarts. De huisarts bereikt dus ook mensen met schizofrenie die nu niet jaarlijks somatisch gescreend worden. Meer informatie over huisartsenzorg bij mensen met schizofrenie is opgenomen bijlage E.

Figuur 4 | Type zorgverlener waar mensen met schizofrenie in de SGGZ een algemene somatische screening kregen (periode 2013-2017, N=49.768* somatische screenings)



* Van 10.768 somatische screenings was de aanvrager niet geregistreerd. Per cliënt werd per jaar en per type zorgverlener maximaal één screening geteld.
Bron: Zorginstituut Nederland, op basis van declaratiedata.

2.3 Welke publieks- en cliënteninformatie is beschikbaar?

We hebben voor dit verbetersignalement een overzicht gemaakt van de op internet beschikbare publieks- en cliënteninformatie over de behandeling van psychose. Het complete overzicht vindt u in bijlage F. Slechts twee van de negen websites benoemen in hun informatie alle relevante aspecten, i.e één keer per jaar algemene somatische screening, bestaand uit een lichamelijk onderzoek en bloedonderzoek. Het is belangrijk om mensen met psychose en hun naasten beter te informeren over het belang en de inhoud van de somatische screening, zodat zij samen goed geïnformeerde keuzes kunnen maken, voorafgaand aan en tijdens de behandeling.

2.4 Uitwerken van de verbeterafspraken

Om ervoor te zorgen dat meer mensen met psychose een jaarlijkse somatische screening krijgen, hebben we samen met de betrokken partijen de volgende verbeterafspraken opgesteld.

2.4.1 Meer mensen met psychose krijgen een jaarlijkse somatische screening

We maken samen met betrokken partijen een plan van aanpak om het aantal mensen met psychose dat consistent jaarlijks een somatische screening krijgt te vergroten. Daarbij brengen we de factoren in beeld, die op dit moment het aanbieden en daadwerkelijk geven van de jaarlijkse somatische screening belemmeren en bevorderen. Partijen hebben een aantal voorbeelden genoemd waarvan het belangrijk is dat ze in het implementatieplan komen, zoals voldoende capaciteit en logistieke ondersteuning, vrijheid om afspraken over de somatische screening te maken op regionaal niveau waaronder samenwerking met de huisarts en ICT-ondersteuning die het mogelijk maakt om laagdrempelig informatie uit te wisselen. Ook inventariseren we welke goede voorbeelden er zijn waarvan we kunnen leren. Ten slotte stellen we uiterlijk december 2020 gezamenlijk een streefdoel vast, waaronder een streefpercentage van mensen met psychose die een somatische screening krijgen. Gemaakte afspraken uit het plan van aanpak evalueren we op een daartoe afgesproken moment. Na drie jaar volgt een integrale evaluatie. Gedurende dit verdiepingsonderzoek bleek dat declaratiegegevens niet altijd specifiek genoeg zijn om te onderzoeken welke interventies er in de praktijk plaats vinden. Om te leren en verbeteren is het noodzakelijk om op organisatieniveau over informatie te beschikken. Met partijen maken we in het implementatieplan afspraken over welke informatie noodzakelijk is om te evalueren of mensen met psychose daadwerkelijk meer de somatische screening ontvangen.

2.4.2 *Opnemen van mensen met schizofrenie als risicogroep in de NHG-Standaard 'Cardiovasculair risico management (CVRM)'*

De huisarts voert een groot deel van de algemene somatische screeningen uit bij mensen met psychose. De huisarts vervult daarmee een belangrijke rol bij de vroegtijdige signalering en eventuele behandeling van gezondheidsproblemen bij deze groep. Niettemin zijn mensen met psychose dan wel antipsychotica gebruikers niet als risicogroep opgenomen in de NHG standaard 'CVRM' terwijl de praktijksituatie als internationale literatuur de noodzaak aantoont. We bevelen aan en hebben afspraken gemaakt om mensen met schizofrenie als risicogroep op te nemen in de NHG standaard 'CVRM' en daarmee de rol van de huisartsen bij de zorg voor mensen met psychose te verhelderen.

2.4.3 *Aandacht voor het actualiseren van de somatische screening in de herziening van de richtlijn 'Schizofrenie'*

De richtlijn 'Schizofrenie' uit 2012 is verouderd en wordt herzien. Richtlijnen vormen de basis voor zorgstandaarden en zijn daarmee van belang voor de kennis van wat goede zorg inhoudt voor cliënten, zorgprofessionals en verzekeraars. We bevelen aan en hebben afspraken gemaakt om bij de herziening van de richtlijn 'Schizofrenie' aandacht te hebben voor de somatische screening bij mensen met schizofrenie.

2.4.4 *Actualiseren van publieks- en cliënteninformatie over somatische screening*

Het is belangrijk dat cliënten, naasten en andere geïnteresseerden toegang hebben tot actuele informatie. Zo komen mensen beter voorbereid in de spreekkamer en kunnen ze samen met hun behandelaar de best passende behandeling kiezen. Het moet voor cliënten en naasten helder zijn, dat mensen met psychose extra kwetsbaar zijn, ook wat lichamelijke gezondheid betreft. Aandacht hiervoor moet een vast terugkerend onderdeel van de behandeling vormen.

Voor de behandelaar moet duidelijk zijn welke informatie cliënten en naasten behoren te ontvangen. Zo kunnen ze er samen voor zorgen dat de somatische screening plaatsvindt, in de SGGZ of bij de huisarts. We bevelen aan beschikbare informatie te actualiseren en beter te verspreiden.

2.5 *Verwachte resultaten van de verbeteringen*

Als meer mensen met psychose een somatische screening krijgen heeft dat een aantal gunstige gevolgen. Door een vroegtijdige opsporing van lichamelijke problemen kunnen deze eerder behandeld worden. De levensverwachting van mensen met psychose, die nu nog 20 tot 25 jaar^[7] korter is vergeleken met de algemene bevolking, zal naar verwachting stijgen. Dankzij deze gezondheidswinst zal ook de kwaliteit van leven toenemen.

We kunnen voor dit verbetersignalement wel de kosten van de somatische screening bij mensen met psychose inschatten, maar niet de mogelijke opbrengsten. In gesprekken met de adviescommissie kwam naar voren dat een mogelijk streefdoel is om het percentage cliënten met psychose dat in een jaar gescreend wordt bijna te verdubbelen. We hebben de kosten van die verdubbeling doorgerekend voor alle cliënten met psychosen die in een jaar SGGZ zorg ontvangen. De jaarlijkse directe kosten stijgen dan naar verwachting met maximaal 6,9 miljoen euro, doordat het beter volgen van de richtlijn leidt tot meer somatische screeningen (maximaal 3,2 miljoen euro) en meer behandeling (maximaal 3,7 miljoen euro). Daartegenover staat naar verwachting een vermindering van het aantal mensen met diabetes en hart- en vaatziekten, of een afname van de periode waarin zij aan deze aandoeningen lijden en behandeld worden (zie bijlage G voor meer informatie over de impact analyse).

2.6 *Signaleren van kennislacunes*

Uit ons verdiependonderzoek komen de volgende kennislacunes naar voren:

1. Er lopen op dit moment verschillende initiatieven om de (kosten)effectiviteit van de somatische screening te onderzoeken. Het is belangrijk om deze initiatieven te volgen en zo meer inzicht te krijgen in de effecten van de somatische screening. Een voorbeeld hiervan is het Pharmacotherapy Monitoring and Outcome Survey (PHAMOUS) onderzoek in het noorden van Nederland.

2. Het was voor ons niet mogelijk om te onderzoeken in welke mate de volledige somatische screening wordt toegepast in de praktijk (i.e. algemene somatische screening, medicatiemonitoring en leefstijlanamnese als geïntegreerde behandeling). Het was ook niet goed mogelijk om een landelijk beeld te krijgen op de mate waarin somatische screening leidt tot interventies. Aanvullend onderzoek op dit punt is gewenst.
3. Mensen met psychose ontvangen veelal antipsychotica, soms langer dan de richtlijn adviseert of in combinaties die de richtlijn niet adviseert. Ook kan het voorkomen dat medicatie tegen bijwerkingen langer wordt voorgeschreven dan de richtlijn adviseert. We hebben dit signaal niet kunnen onderzoeken. Mede omdat er door betrokken partijen wordt aangegeven dat er in de praktijk nog geen consensus is over bepaalde aspecten van antipsychotica gebruik, waaronder het voorschrijven van combinaties antipsychotica. Daarnaast speelt genetische variatie een rol. Het beïnvloedt de effectiviteit van antipsychotica en de mate van bijwerkingen. We adviseren deze onderwerpen mee te nemen in toekomstige (door)ontwikkeling van relevante richtlijnen.
4. De richtlijn voor de somatische screening^[1] beschrijft dat naast een belangrijke rol spelen bij het verkrijgen en terugkoppelen van informatie over de lichamelijke gezondheid van mensen met psychose. Tijdens de bijeenkomst voor cliënten en naasten die we begin 2019 organiseerden gaven deelnemers aan dat naasten niet altijd geïnformeerd worden bij de somatische screening en niet worden ingezet om de screening te helpen realiseren. De analyse van de richtlijnen voor het betrekken van naasten is opgenomen in bijlage D. We bevelen aan de huidige situatie omtrent het betrekken van naasten in kaart te brengen, zowel voor informatievoorziening, als ook actieve inzet van naasten voor de uitvoering.
5. Het organiseren en uitvoeren van de (algemene)somatische screening vraagt intensieve samenwerking tussen verschillende professionals, o.a. artsen, psychiaters, huisartsen, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten en apothekers. Het is voor ons niet mogelijk geweest om de rol van alle betrokken professionals in kaart te brengen. Met name de rol van apotheker die door betrokken partijen wel degelijk als belangrijke schakel in de somatische screening wordt genoemd is in onderzoek niet naar voren gekomen. Aanvullend onderzoek op de rollen van betrokken professionals kan ondersteunend werken bij het implementeren van verbeterafspraken voor de somatische screening bij psychose.

3 Realiseren van de verbeterafspraken

In de eerste twee hoofdstukken hebben we laten zien welke verbeteringen mogelijk zijn in het zorgtraject voor mensen met psychose. De onderzoeksresultaten en de daarop gebaseerde verbeterpunten geven aanleiding tot de formulering van een aantal verbeterafspraken om de kwaliteit van zorg te vergroten en meer in lijn te brengen met wetenschappelijke bevindingen en aanbevelingen. Deze verbeteringen hebben we eerder al besproken tijdens een de laatste bijeenkomst (op 6 november 2019) met de betrokken partijen op 6 november 2019.

In dit hoofdstuk beschrijven we de geïdentificeerde verbeterpunten per onderdeel van het zorgtraject en doen we een voorstel voor verbeterafspraken aan partijen. Tot slot van dit hoofdstuk gaan we kort in op de vervolgstappen om de verbeteringen te implementeren, monitoren en evalueren.

3.1 Verbeterafspraken per onderwerp

Deze paragraaf bevat een totaaloverzicht van alle voorgestelde verbeterafspraken, met daarbij de initiatiefnemers, planning en indicatoren voor succes.

3.1.1 Zorgen dat meer mensen met psychose cognitieve gedragstherapie krijgen

Actie	Trekker(s)	Betrokken partijen	Gereed
Meer mensen met psychose krijgen cognitieve gedragstherapie (CGT) als behandeling			
Alle betrokken partijen committeren zich aan dit doel		P3NL, GGZ NL, NVvP, MIND, LVVP, V&VN en ZN	April 2020
Plan van aanpak opgesteld	P3NL i.s.m. GGZ Nederland	P3NL, GGZ NL, NVvP, MIND, LVVP, V&VN en ZN	Eind 2020
Herziening van de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie			
Richtlijn Schizofrenie herzien. Standaardzorg is medicatie en psychologische behandeling. CGT is duidelijk gepositieerd.	NVvP	Alle relevante partijen	Eind 2021
Actualisatie van publieksinformatie voor cliënten en naasten over CGT			
Actuele informatie op relevante websites.	MIND	Alle relevante partijen	Eind 2020

3.1.2 Zorgen dat meer mensen met psychose jaarlijks een somatische screening krijgen

Actie	Trekker(s)	Betrokken partijen	Gereed
Meer mensen met psychose krijgen een jaarlijkse somatische screening			
Alle betrokken partijen committeren zich aan dit doel		GGZ NL, NVvP, MIND, NHG/LHV, V&VN, en ZN	April 2020
Plan van aanpak opgesteld	GGZ NL i.s.m. V&VN, NVvP, NHG/LHV, KNMP	Alle relevante partijen	Eind 2020
Opname van psychose als risicogroep in de NHG-Standaard Cardiovasculair risico management (CVRM)			
Mensen met schizofrenie opgenomen als risicogroep in de NHG-Standaard Cardiovasculair risico management	NHG	Alle relevante partijen	Eind 2021
Meer aandacht voor somatische screening in de herziening van de richtlijn 'Schizofrenie'			
Richtlijn 'Schizofrenie' herzien. Aanbevelingen somatische screening sluiten aan bij de zorgstandaard Psychose	NVvP	Alle relevante partijen	Eind 2021
Actualisatie van publieks- en cliënteninformatie over somatische screening			
Actuele informatie op relevante websites.	MIND	Alle relevante partijen	Eind 2020

3.2 Vervolgstappen: implementatie, monitoring en evaluatie

Nu de Raad van Bestuur van het Zorginstituut het definitieve verbetersignalement heeft vastgesteld, start de implementatiefase van het Zinnige Zorg-project 'Zorg voor mensen met psychose'. Het doel van deze fase is het realiseren van de verbeterafspraken, de verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij partijen. Bij de eerste bijeenkomst in de implementatiefase, stemmen de betrokken partijen onder meer met elkaar af hoe zijn deze afspraken gaan uitvoeren, wat daarvoor nodig is en wat de rol van elke partij zal zijn. Het Zorginstituut heeft tijdens deze bijeenkomst de regie. In het vervolg van de implementatiefase heeft het Zorginstituut een ondersteunende en faciliterende rol, bijvoorbeeld door het organiseren van vervolgbijeenkomsten, verstrekken van data en spiegelinformatie en uitvoeren van aanvullend kwalitatief onderzoek.

Het Zorginstituut volgt de verbeteracties door de voortgang jaarlijks te monitoren en rapporteert hierover aan de minister voor Medische Zorg. Voorafgaand aan deze rapportage organiseert het Zorginstituut een bijeenkomst met alle partijen ter bespreking en afstemming.

De aard van de verbeteracties en afspraken over hoe de evaluaties eruit zien is onderdeel van de op te stellen implementatieplannen zoals benoemd in paragraaf 3.1. Ten slotte zal het Zorginstituut de bereikte verbeteringen ongeveer drie jaar na publicatie van dit verbetersignalement evalueren en hierover rapporteren aan de betrokken partijen en minister voor Medische Zorg.

Bijlage A Verantwoording werkwijze Zinnige Zorg

Het Zorginstituut wil met het Zinnige Zorg-programma de kwaliteit van de zorg en de gezondheidswinst voor de cliënt vergroten en onnodige kosten vermijden. Om deze doelen te bereiken, licht het Zorginstituut samen met betrokken partijen de zorg in het verzekerde basispakket systematisch door. Hoe we dat doen, lichten we in deze bijlage toe.

Uitgangspunten

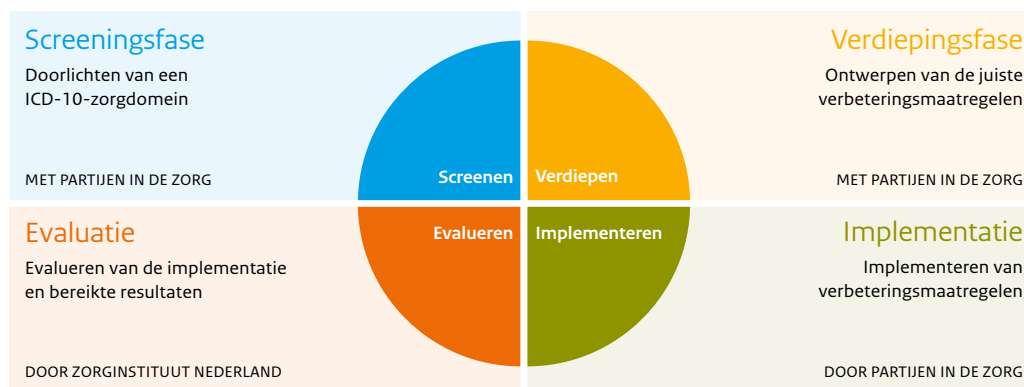
Zorginstituut Nederland heeft voor het programma Zinnige Zorg een systematische werkwijze ontworpen om de manier waarop gebruik wordt gemaakt van zorg in het verzekerde basispakket door te lichten. De kern van deze systematische doorlichting is het identificeren en terugdringen van ineffectieve of onnodige zorg, en het identificeren en realiseren van daar waar de nodige zorg (nog) niet wordt geleverd. Zodat de kwaliteit van de zorg voor de patiënt verbetert, de gezondheidswinst toeneemt en onnodige kosten worden vermeden. Een systematische doorlichting doen we binnen alle ICD-10-hoofdstukken. We werken hierbij vanuit de volgende uitgangspunten:

- *Patiëntperspectief*: we kijken vanuit het perspectief van de patiënt naar het gehele zorgtraject. Samen Beslissen is daarbij van belang.
- *Pakketbeheerder*: onze focus ligt primair op zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg.
- *Goede zorg in de praktijk*: we gaan uit van de opvattingen over goede zorg van de professionals zelf, zoals deze zijn weergegeven in richtlijnen of blijken uit wetenschappelijk onderzoek. Vervolgens kijken we hoe de zorg in de praktijk wordt uitgevoerd. Dit leidt tot identificatie van onder- en overdiagnostiek, onder- en overbehandeling en het signaleren van kennislacunes.
- *Betrokkenheid partijen*: in alle fasen van de systematische doorlichting werken we samen met de betrokken verantwoordelijke partijen: patiënten, zorgprofessionals, zorginstellingen en zorgverzekeraars. We nodigen hen uit om bijeenkomsten bij te wonen en ons te adviseren over het onderzoek. Voorafgaand aan de publicatie van rapporten nodigen we partijen uit voor een schriftelijke bestuurlijke consultatie.

Cyclus

Voor het bevorderen van goede zorg voeren we een systematische doorlichting uit volgens een PD-CA-cyclus zoals geïllustreerd in figuur A.1. Deze cirkel bestaat uit vier opeenvolgende fasen: screening, verdieping, implementatie en evaluatie.

Figuur A.1 | Cyclus Zinnige Zorg



Screeningsfase

Het doel van de screeningsfase is om één (of meer) zorgtraject(en) voor cliënten met een bepaalde aandoening uit een aangewezen ICD-10-gebied te selecteren voor de verdiepingsfase. Deze selectie gebeurt op basis van de drie criteria: groot aantal cliënten, hoge zorgkosten en hoge individuele ziekte-last. Vervolgens gaat het Zorginstituut na of er richtlijnen beschikbaar zijn (opvattingen over goede zorg) en mogelijkheden voor onderzoek naar de uitvoering in de praktijk (beschikbaarheid van declaratie- of andere data). Ook bespreken we met de betrokken partijen of er vermoedens zijn over mogelijkheden voor meer zinnige zorg. De keuze voor de zorgtrajecten die hieruit resulteert, leggen we samen met de onderliggende analyse vast in een screeningsrapport 'Systematische analyse'. Het definitieve rapport sturen we naar partijen in de zorg en naar de minister voor Medische Zorg en Sport.

Verdiepingsfase

Het doel van de verdiepingsfase is om voor de geselecteerde zorgtrajecten inzichtelijk maken waar de zorg in de praktijk niet wordt uitgevoerd zoals op basis van de (wetenschappelijke onderbouwde) aanbevelingen in richtlijnen of de wetenschappelijke stand van zaken verwacht mag worden. Met andere woorden, waar is mogelijk sprake van niet-gepaste zorg? Hierbij zijn we op zoek naar: onder- en overdiagnostiek, onder- en overbehandeling en kennislacunes. Op basis van dit onderzoek maakt het Zorginstituut met de betrokken partijen afspraken over verbeteracties. Het onderzoek en de verbeterafspraken (inclusief impactanalyse) leggen we vast in een 'Verbetersignalement'. Het definitieve rapport wordt aangeboden aan partijen in de zorg en aan de minister voor Medische Zorg en Sport.

Implementatiefase

Het doel van de implementatiefase is het realiseren van de verbeterafspraken. Deze verantwoordelijkheid ligt bij de partijen in de zorg. Het Zorginstituut kan in deze fase een ondersteunende en faciliterende rol hebben, bijvoorbeeld door het organiseren van bijeenkomsten, het verstrekken van data en spiegel-informatie en het uitvoeren van aanvullend onderzoek. Het Zorginstituut rapporteert periodiek over de voortgang aan de verantwoordelijke partijen en aan de minister voor Medische Zorg en Sport.

Evaluatiefase

Het doel van de evaluatiefase is zichtbaar maken of de verbeterafspraken gerealiseerd zijn en bepalen of er nog andere acties of maatregelen nodig zijn. De uitkomsten van de evaluatie worden vastgelegd in een rapport dat wordt aangeboden aan partijen in de zorg en aan de minister voor Medische Zorg en Sport.

Onderzoek

In de systematische doorlichting kunnen we gebruik maken van verschillende vormen van onderzoek, waaronder:

- analyse van nationale richtlijnen;
- analyse van internationale richtlijnen;
- systematische reviews naar (kosten)effectiviteit;
- analyse van declaratiedata.

We gebruiken declaratiedata (uit het Declaratie Informatie Systeem (DIS), Zorg Prestaties en Declaraties (ZPD), en het Genees- en hulpmiddelen Informatieproject (GIP)) om een indruk te krijgen van de praktijk van de zorg. Declaratiedata zijn een reflectie van de registratiepraktijk en niet altijd van de daadwerkelijk geleverde zorg. Toch zijn deze data wel een belangrijke - en soms zelfs de enige - informatiebron en kan deze waardevolle signalen geven over de kwaliteit van de zorg. De bescherming van de privacy staat voorop. De gebruikte persoonsgegevens zijn daarom gepseudonimiseerd en niet herleidbaar tot individuen.

Het Zorginstituut geeft in het programma Zinnige Zorg geen opdracht of subsidie voor klinisch onderzoek.

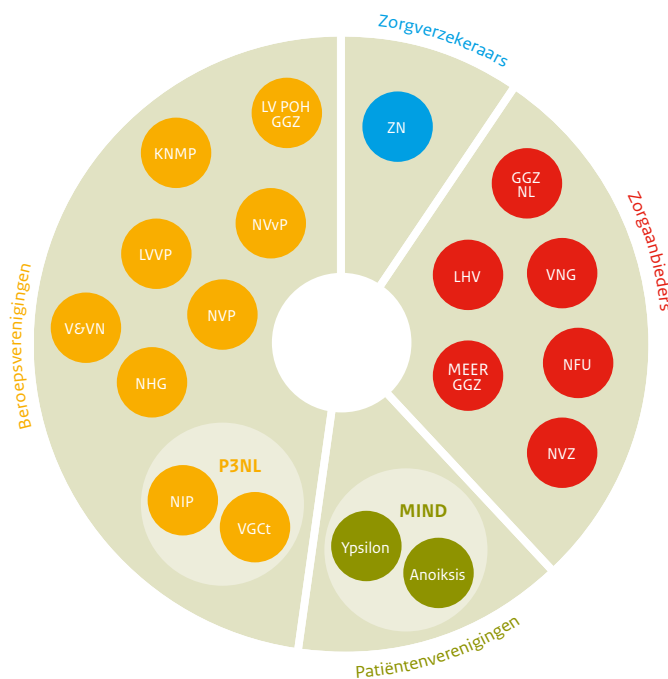
Bijlage B Overzicht betrokken partijen

Voor deze verdiepfase hebben we samengewerkt met partijen die bij de zorg voor mensen met Psychose betrokken zijn: cliënten en naasten, zorgprofessionals, zorginstellingen en zorgverzekeraars. Deze partijen zijn weergegeven in figuur B.1 Met deze partijen hebben we afspraken gemaakt om de zorg voor mensen met Psychose zinniger te maken.

Voorafgaand aan de publicatie van het rapport is het concept op bestuurlijk niveau ter consultatie voorgelegd aan de betrokken partijen.

Ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) zullen het rapport ter consultatie ontvangen. Met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en InEen is contact geweest gedurende dit traject, zij zullen het rapport ter informatie ontvangen. Dit geldt ook voor ZonMw en de Alliantie Kwaliteit in de Geestelijke Gezondheidszorg (Akwa GGZ).

Figuur B.1 | Overzicht van betrokken partijen



Afkortingen: GGZ Nederland (GGZ NL), Platform MEERGGZ (MEER GGZ), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Vereniging van Nederlandse gemeenten (VNG), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Stichting MIND (MIND), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP), Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), Landelijke Vereniging POH-GGZ (LV POH-GGZ), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve therapieën (VGct), Federatie van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen (P3NL), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Bijlage C Reactie schriftelijke consultatie

Voorafgaand aan de publicatie van dit Verbetersignalement zijn de partijen uitgenodigd voor een schriftelijke bestuurlijke consultatie. Het commentaar van de partijen en de reactie van het Zorginstituut daarop kunt u vinden in onderstaande tabel.

Tabel C.1 | Overzicht commentaar schriftelijke consultatie

Partijen	Commentaar partijen	Reactie van het Zorginstituut
Hoofdpunten		
GGZ NL	In algemene zin onderschrijven we dat verbeteringen nodig zijn in de zorg voor mensen met psychose. In de samenvatting zouden we echter graag meer aandacht willen voor het feit dat uitdrukkelijk is gezocht naar onderwerpen met het meeste verbeterpotentieel. En dat naast de geconstateerde verbetermogelijkheden patiënten nu ook al passende zorg en behandeling ontvangen.	In het verdiepingsonderzoek hebben wij ons geconcentreerd op die onderwerpen waarbij in afstemming met deskundigen geconstateerd is dat er verbeteringen wenselijk en mogelijk zijn. Wij hebben in de samenvatting en inleiding deze werkwijze verder verduidelijkt.
KNMP	De KNMP kan instemmen met het rapport maar vindt het een groot gemis dat het onderwerp farmacogenetica bij de behandeling met geneesmiddelen niet is meegenomen of wordt genoemd in het rapport. Voor de effectiviteit van psychofarmaca en uiteindelijk de klinische uitkomst is dit een essentieel onderwerp.	Bij Zinnige Zorg staat zorg zoals verwoord is in richtlijnen centraal. Farmacogenetica is nog niet in de ggz-richtlijnen opgenomen. Bij de kennislacunes noemen we het nu als aandachtspunt bij de doorontwikkeling van richtlijnen.
LVVP	De LVVP kan zich vinden in de voorgestelde verbeteringen en de voorgestelde verbeterafspraken voor het zorgtraject Psychose, met name ten aanzien van het punt van de cognitieve gedragstherapie.	
MIND	MIND is positief over het verloop van de trajecten Zinnige Zorg voor de GGZ tot nu toe. Het is een goede zaak dat de behandelpraktijk bij deze belangrijke aandoening kritisch tegen het licht wordt gehouden. De wijze waarop onze achterban daarbij betrokken is waarderen we zeer. MIND ziet de inbreng van ervaringsdeskundigen op sommige punten nog onvoldoende terug.	
	MIND vindt het van groot belang dat de implementatieplannen op basis van de verbeterafspraken operationeel worden opgesteld, zodat duidelijk wordt wie wanneer welke maatregelen gaat nemen. Graag zien wij toegelicht hoe de kwaliteit en de voortgang van de implementatieplannen geborgd zal worden en welke rol het Zorginstituut voor zichzelf daarin ziet en voor andere partijen.	Wij nemen deze aanbeveling mee en zullen met alle betrokken partijen in het implementatietraject nagaan hoe we dit kunnen realiseren.
	MIND vindt de onderbehandeling die uit het rapport naar voren komt niet los gezien kan worden van de wijze waarop de ggz georganiseerd en gefinancierd wordt. MND wijst daarbij op de contractering van ggz-zorg op basis van gemiddelde prijs, waardoor het voor zorgaanbieders onaantrekkelijk is om veel te investeren in patiëntgroepen met een relatief zware zorgvraag.	In het implementatietraject worden belemmerende en bevorderende factoren nader in beeld gebracht.
NVvP	De NVvP deelt op hoofdlijnen de analyse en aanbevelingen op basis van het verdiepend onderzoek naar psychose.	
P3NL	P3NL heeft de afzonderlijke reacties van de aangesloten verenigingen NIP, NVRG, NVVS, VGct, VEN en NVGzP aangeleverd (zie hierna). P3NL werkt graag mee aan de implementatiefase.	

Partijen	Commentaar partijen	Reactie van het Zorginstituut
P3NL/ VGCT- VEN en NVGzP	In de inhoud van het rapport Zinnige Zorg Psychose kunnen we ons vinden, met de kanttekening dat een gecoördineerde samenwerking nodig is om tot verbetering te komen. Iedere partij (zorgaanbieders-zorgprofessionals-financiers-opleiders - toezichhouders patiënten/cliënten) moet verantwoordelijkheid nemen voor een deel van de aanpak, alleen dan is er een resultaat mogelijk. De doelen dienen smart geformuleerd te worden.	Wij nemen deze aanbeveling mee naar de implementatiefase, waarbij in overleg met de betrokken partijen een implementatieplan wordt opgesteld.
P3NL/ NVRG	In het rapport Zinnige Zorg Psychose wordt gesteld dat bij alle behandelaspecten ruimte dient te zijn voor de familieleden, onder meer als informatieverstrekkers en -ontvangers, mantelzorgers, medebehandelaren, en toezichhouders op de gewenste zelfzorg en medicatie-inname. De NVRG kan zich zeer goed vinden in deze rollen voor de naasten en waardeert het dat deze als standaardonderdelen van de behandeling van mensen met een psychose zijn ingevoerd.	
P3NL/ NIP	De gekozen focus voor de voorgestelde verbeteringen en voorgestelde verbeterpunten zijn een goede weergave van belangrijke punten die in het werkveld moeizaam te realiseren zijn.	
V&VN	Het rapport Psychose lijkt gedegen, er is veel evidentie aangehaald. Wat echter verwarrend werkt is dat de termen psychose en schizofrenie door elkaar worden gehanteerd.	Het gebruik van de termen schizofrenie en psychose is aangescherpt. Schizofrenie wordt in het rapport nu alleen gebruikt als de specifieke onderzoekspopulatie wordt bedoeld. Voor het overige gebruiken we de term psychose. In de samenvatting en inleiding is de toelichting bij de terminologie verhelderd.
	De oorzaken van psychose zijn legio. De aanpak zal gericht moeten zijn op de onderliggende problemen, zoals reactiviteit, kwetsbaarheid, lichamelijke oorzaken, druggerelateerde oorzaken etc. Een integrale visie is daarbij noodzakelijk.	
ZN	Het rapport van het Zinnige Zorg trajecten voor psychose is zijn degelijk opgesteld. De resultaten zijn ronduit verontrustend. De aanbevelingen onderschrijven wij volledig. Deze aanbevelingen komen de kwaliteit van zorg en uiteindelijk ook de doelmatigheid van de zorg ten goede. Op basis van deze rapporten kunnen de veldpartijen serieuze stappen zetten om tot een verbeterslag te komen. Resultaat moet zijn de kwaliteit van zorg te vergroten en meer in lijn te brengen met wetenschappelijke bevindingen en aanbevelingen. Wij rekenen op commitment van de veldpartijen om tot aantoonbare progressie hierin te komen.	
NZa	Wij kunnen ons vinden in de voorgestelde verbeteringen voor het zorgtraject Psychose.	

Partijen	Commentaar partijen	Reactie van het Zorginstituut
Meer specifiek ten aanzien van de verschillende verbeteringen en verbeterafspraken		
GGZ NL	Een mogelijk relevant verbeterpunt is niet aan de orde gekomen, namelijk de preventie en vroegdetectie van psychose. De suggestie is om dit aspect op te nemen in het rapport. Bijvoorbeeld of hier al dan niet onderzoek naar is gedaan en wat de uitkomsten en eventuele verbeterpunten zijn.	In ons verdiepingsonderzoek hebben wij ons geconcentreerd op de behandelinterventies die al langer zijn ingebed in richtlijnen, waardoor er voldoende praktijkdata voorhanden zijn. De zorgstandaard Psychose, waarin preventie en vroegdetectie is opgenomen, was bij de start van dit project pas net gepubliceerd. We hebben de implementatie van preventie en vroegdetectie van psychose toegevoegd aan de kennislacunes.
	GGZ Nederland heeft in een eerder stadium gesprekken gevoerd met onder andere de VGCT over het verbeteren van de zorg voor mensen met een psychose. Een aspect is dat de BIG-opleidingen niet toereikend zijn in het vergroten van bekendheid, attitude en vaardigheden benodigd voor psychosoziale zorg. Dit pleit voor meer inhoudelijke aandacht in de opleiding van psychologen maar ook inzet van de instellingen om psychologen beter kennis te laten maken met EPA zorg en de opleiding daar in. Het gaat dus verder dan alleen meer opleiding in de CGT realiseren.	Bij het implementatietraject komen de mogelijke belemmerende en bevorderende factoren aan bod, onder meer de opleidingsaspecten.
	In dit rapport zijn de genoemde verbeterpunten vooral aanbodgericht. Patiënten willen mogelijk andere zorg dan de professional volgens de richtlijnen aanbiedt. Uit een onderzoek kwam naar voren dat ruim 42 procent van de patiënten met psychose vroegtijdig met hun behandeling stopte en 27 procent daarvan kwam op geen enkele CGT sessie. Bij het onderzoek is ook gekeken naar mogelijke oorzaken van uitval. Mede op basis hiervan lijken verbeteringen mogelijk om de hoge uitval te verminderen. Zoals bijvoorbeeld bijkomende gedrags-, emotionele, sociale en werk gerelateerde problemen al in de diagnostische fase uit te vragen en snel aan te pakken.	Wij hebben informatie voor cliënten en naasten als belangrijk verbeterpunt benoemd. Bij de implementatie zullen wij verder aandacht besteden aan het voorkomen van drop-out.
	Bij de verbeterafspraken missen we de rol van zorgverzekeraars. Voor het extra inzetten en/of opleiden van professionals is ook de hulp van de zorgverzekeraars nodig. Bijvoorbeeld door hogere tarieven, gemiddelde prijs, etc. te vergoeden, zodat de extra inzet van professionals ook gefinancierd kan worden.	In de implementatiefase stellen we met partijen vast welke maatregelen nodig zijn om de gewenste verbeteringen te realiseren. Daarbij zal ook de rol van de zorgverzekeraars en zo nodig de bekostiging worden betrokken.
	Bij de verbeterafpraak dat meer mensen met psychose een jaarlijkse somatische screening krijgen, is in het geval van afwijkingen ook opvolging van belang. Van alleen de somatische screening wordt immers geen mens beter.	Het belang van opvolging hebben we in het rapport toegevoegd met een verwijzing naar het PHAMOUS onderzoek. Het ontbreken van praktijkdata op dit punt hebben we opgenomen als kennislacune bij paragraaf 2.6. Tijdens de implementatiefase zullen wij de opvolging van afwijkende bevindingen uit de somatische screening aandragen als onderwerp voor het implementatieplan.
	Wij hebben onze vraagtekens bij de voorgenomen integrale evaluatie 3 jaar na publicatie van het verbetersignalement. Het starten van de evaluatie in 2023 is wellicht mogelijk, een afgeronde evaluatie in 2023 is gezien het tijdschema van sommige verbeterafspraken niet realistisch. Dit onder meer in relatie tot de huidige knelpunten rondom de beschikbaarheid en het opleiden van de benodigde professionals. Hier voor zullen we met elkaar passende creatieve oplossingen moeten vinden. Inzet en facilitering van E-health zouden daarbij ondersteunend kunnen zijn.	Onderdeel van de implementatiefase is dat partijen gezamenlijk in de implementatieplannen afspraken maken over de doelstellingen en de wijze waarop deze kunnen worden gerealiseerd. We zullen met partijen nadere afspraken maken over het tijdschema en de wijze van monitoring/evaluatie.

Partijen	Commentaar partijen	Reactie van het Zorginstituut
LHV	De LHV dankt voor de prettige samenwerking bij dit traject. Afgaande op de reactie van het NHG in het voorbereidende traject is het niet onlogisch de groep patiënten met psychotische stoornissen of antipsychoticagebruik mee te nemen als risicogroep in de CVRM standaard. Echter: we hebben nog wel zorg over de praktische uitvoering omdat een deel van deze patiënten niet bij de huisarts in beeld is. Als een deel van deze patiënten zorgmijndend is, is het de vraag of het reëel is dat deze groep patiënten (standaard) wordt meegenomen bij de uitvoering van de CVRM zorg binnen de huisartsenzorg. Mogelijk is de groep dan wel beter in beeld bij de ggz. Voor die patiënten is het wellicht logischer dat de somatische checks in de ggz plaatsvinden. Het is goed dat het ZIN aangeeft dat heldere afspraken over de somatische screening van deze patiëntengroep tussen ggz en huisartsenzorg van belang zijn. We zijn het er ook mee eens dat de wijze waarop het georganiseerd wordt kan verschillen.	Het is belangrijk dat mensen met een psychotische stoornis jaarlijks gescreend worden vanwege en verhoogd risico op cardiovasculaire klachten. Ons onderzoek toont aan dat er verschillende disciplines betrokken zijn bij de zorg voor mensen met psychose, waaronder de huisarts. Het is belangrijk dat het voor iedereen duidelijk is wat goede zorg is. Dat neemt niet weg dat op individueel niveau ruimte is voor maatwerk in de samenwerking.
MIND	MIND staat in het rapport genoemd als trekker bij verbeterafspraken voor cliënt- en publieksinformatie. Wij willen deze rol graag op ons nemen, mits de voorwaarden daarvoor gerealiseerd zijn. De belangrijkste voorwaarden zijn de inhoudelijke medewerking van professionals en de beschikbaarheid van voldoende financiële middelen. De implementatieplannen zullen niet alleen gericht moeten zijn op de ontwikkeling van de goede informatie, maar ook op een optimale verspreiding van die informatie. Het is essentieel dat de informatie zo goed mogelijk terecht komt bij de doelgroep zelf. In de samenvatting ligt het accent op de financiële consequenties die verbeteracties zullen hebben. MIND vindt dat het rapport hiermee geen recht doet aan het cliëntenperspectief en aan de alarmerende conclusie dat er sprake is van een ernstige onderhandeling van mensen met psychoses. Ten aanzien van CGT adviseren wij om meer aandacht te schenken aan het belang om deze therapie gedurende het behandeltraject regelmatig te blijven aanbieden. Het kan zijn dat CGT aan het begin van de behandeling niet wordt toegepast, omdat de cliënt (nog) niet wil of om andere redenen. Maar dat mag niet betekenen dat deze therapie daarmee voorgoed uit beeld raakt.	Wij zullen dit punt bij de start van het implementatietraject met MIND en andere partijen bespreken. We hebben in de samenvatting het cliëntenperspectief meer naar voren gehaald. We hebben dit verduidelijkt in hoofdstuk 1, paragraaf 1.4.1.: "Partijen hebben een aantal voorbeelden genoemd waarvan het belangrijk is dat ze in het implementatieplan komen, zoals: herhaald aanbieden van de CGT behandeling..."
NVvP	De herziening van de multidisciplinaire richtlijn psychose is momenteel gaande. Behalve de EBRO-modules die zijn ontwikkeld ten behoeve van de zorgstandaard psychose zal daarbij ook nieuwe wetenschappelijke evidentie in de richtlijn worden verwerkt. Wij pakken daarbij ook het aandachtspunt op van de verduidelijking van de rol van CGT op basis van actuele wetenschappelijke evidentie. De noodzaak van een jaarlijkse somatische screening kan de NVvP onderschrijven. De somatische screening zal ook in de herziene richtlijn psychose nader worden geduid. Wij onderschrijven de noodzaak naar aanvullend onderzoek naar psychose. Op de kennisagenda Psychiatrie, die in januari 2020 tot stand is gekomen, staan ook twee onderzoeksvragen op het gebied van psychose.	

Partijen	Commentaar partijen	Reactie van het Zorginstituut
ZN	Het rapport biedt een goede basis voor het starten van een proces, dat vorm en inhoud geeft aan samen leren en verbeteren. Dit begint bij een heldere en gedeelde probleemanalyse en commitment op eigenaarschap vanuit veldpartijen bij de vervolgstappen die gezet gaan worden. Het Zorginstituut kan partijen helpen regie te pakken. Voor ons is van belang dat bij het de start van de vervolgfase uitgangspunten en toetsingscriteria worden opgesteld voor de plannen van aanpak. Dit helpt om de gezamenlijke koers vast te houden en te komen tot aantoonbare resultaten. Wij vragen wel aandacht voor de doorlooptijd van de plannen. Het Zorginstituut geeft in haar rapporten aan dat eind 2020 de plannen van aanpak gereed zijn. Belangrijk is te kijken waar nu al kan worden aangesloten bij lopende trajecten, vast te stellen wat al op korte termijn kan starten en waar meer tijd voor nodig is.	Wij zullen genoemde punten bij de start van het implementatietraject bespreken met alle partijen.
	Op kwaliteit werken zorgverzekeraars nauw samen binnen het Kenniscentrum GGZ. Het Kenniscentrum neemt dan ook graag haar verantwoordelijkheid in de verbetertrajecten, die nu opgestart worden. Voor zorgverzekeraars is het van belang kwaliteit een stevigere plek te (kunnen) geven in de processen van zorginkoop, verantwoording en controle. Het is goed als de uitkomsten van de verbetertrajecten verdere handvatten bieden om kwaliteit beter te verankeren in de processen van de zorgverzekeraars. Deze Zinnige Zorg-trajecten leveren waardevolle en concrete informatie op om de dialoog met zorgaanbieders beter in te vullen.	
	De zorgstandaard psychose is tripartite ingediend bij het Zorginstituut. Deze is nog niet opgenomen in het Register, omdat substantiële meerkosten zijn voorzien. De NZa heeft echter aangegeven géén Budget Impact Analyse (BIA) uit te kunnen voeren omdat 1) concrete normen ontbreken en 2) een accuraat beeld van de huidige praktijk ontbreekt. Daarom wordt op brancheniveau nu gezocht naar een manier hoe hiermee om te gaan. Zorgverzekeraars vinden het belangrijk dat dat het veld de zorgstandaard psychose gaat implementeren in samenhang met de verbeterpunten die uit het traject Zinnige Zorg Psychose van het Zorginstituut komen. Op die manier kunnen ook de benodigde normen voor een BIA nader geconcretiseerd worden a.d.h.v. de praktijk.	
GGZ NL	Voor de verbeterafspraken van Zinnige Zorg Psychose is het relevant dat de Zorgstandaard psychotische stoornissen vanwege mogelijk substantiële financiële impact nog niet is ingeschreven in het Register. Het vervolg hiervan is van belang bij de uitwerking van de verbeterafspraken.	
V&VN	Wat ik niet terugzie in het rapport is een nuancering van de cijfers daar waar het gaat over het scoren van CGT bij mensen met psychose en of schizofrenie. In de DBC wordt CGT vaak niet gemeld door andere beroepen dan de psycholoog. Men scoort vaak onder de kop vervolgbehandeling, of steunende structurerende behandeling. Dit is mede te danken aan de eis van de zorgverzekering dat bijv. psychotherapie niet door iedereen mag worden gedeclareerd. Het wordt wel gegeven door de verschillende beroepen. Zij noemen dit dan dus anders. Zeker de verpleegkundig specialisten en in sommige gevallen de spv bieden wel degelijk en uitgebreid CGT aan.	Voor ons onderzoek naar de toepassing van CGT bij Psychose in de praktijk hebben we gebruik gemaakt van drie bronnen. Één bron is declaratiedata, de overige twee betreffen onderzoeken naar de frequentie van CGT ongeacht de aanbieder van CGT. Bij de declaratiedata is opgemerkt dat hierbij sprake zou kunnen zijn van onderregistratie.
	Ik mis in het rapport de mogelijkheden van de verpleegkundig specialist bij de uitvoering van de somatische screening, want juist deze beroepsgroep integreert kennis en daarmee zorg over de drie gebieden die bij psychose van belang zijn, namelijk de verpleegkunde, de psychologie en de medische kant.	Bij de verbeteracties onder punt 3.1.2. wordt de verpleegkundig specialist genoemd als trekker bij het doel om meer somatische screeningen te verrichten. In de implementatiefase zal dit verder uitgewerkt worden.

Bijlage D Richtlijnanalyse

In deze bijlage worden de resultaten van de richtlijnanalyse beschreven. Deze analyse is uitgevoerd om een beeld te krijgen van de aanbevelingen ten aanzien van het beleid bij psychose en schizofrenie op nationaal en internationaal gebied.

Methode van selectie van richtlijnen

In januari 2019 is systematisch gezocht naar de meest recente nationale en internationale richtlijnen voor psychose en schizofrenie, onder andere via de zoekfunctie van Google en op de volgende websites waar kwaliteitstandaarden gepubliceerd worden: www.ggzstandaarden.nl, www.ggzrichtlijnen.nl, www.richtlijndatabase.nl, www.nhg.org en www.nice.org. Bij de selectie is gekeken naar actualiteit (niet verouderd), ziektebeeld psychose en ziektebeeld schizofrenie. Bij internationale richtlijnen is gezocht op Engelstalige documenten. Daarbij bleek dat in verschillende landen de actuele richtlijnen over psychose en schizofrenie zijn overgenomen van de richtlijn van NICE uit 2014, soms met enkele toevoegingen voor landspecifieke context. Deze zijn geëxcludeerd, net als de verouderde richtlijnen.

Uiteindelijk zijn vier richtlijnen, waarvan drie Nederlandse, geïnccludeerd in de richtlijnanalyse naar de behandeling van psychose en schizofrenie. Een overzicht van deze richtlijnen is te vinden in tabel D.1.

Tabel D.1 | Overzicht van de geïnccludeerde richtlijnen over de behandeling van psychose en schizofrenie

Herkomst	Titel	Versie	Publicatiedatum	Uitgever
Nederland	Multidisciplinaire richtlijn 'Schizofrenie'	2.0	2012	NVvP
	Zorgstandaard 'Psychose'	webpage	2017	Akwa GGZ
	Multidisciplinaire richtlijn 'Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening'		2015	V&VN
	Generieke Module 'Samenwerking en ondersteuning van naasten van mensen psychische problematiek'	webpage	2017	Akwa GGZ
Verenigd Koninkrijk	Clinical Guideline 'Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management' CG178		2014	NICE

Methode van analyse

De volgende onderdelen werden bekeken en vergeleken in de geïnccludeerde richtlijnen:

Aanbevelingen betreffende de behandeling met CGT bij psychose en schizofrenie

Aanbevelingen betreffende de algemene somatische screening bij psychose en schizofrenie

Informatie over het betrekken van naasten bij de behandeling van mensen met psychose en schizofrenie

Resultaten van de analyse

In tabel D.2 t/m D.4 worden de resultaten van de richtlijnanalyse gepresenteerd, gegroepeerd naar de onderwerpen benoemd in de vorige paragraaf.

Tabel D.2 | Resultaten van de richtlijnenanalyse wat betreft de aanbevelingen voor de behandeling met CGT

Richtlijn*	Beschrijving en aanbevelingen voor de behandeling van psychose
Richtlijn Schizofrenie (NVvP, 2012)	• Patiënten met persisterende wanen en persisterende hallucinaties komen in aanmerking voor cognitieve gedragstherapie (CGT). • Ernstige leerbeperkingen bij de patiënt vormen een contra-indicatie. CGT is geïndiceerd bij patiënten met schizofrenie, zowel in de acute fase (tijdens opname) als in een later stadium. - Individuele, geprotocolleerde CGT - Minimaal 16 sessies
Zorgstandaard Psychose (Akwa GGZ, 2017)	• Patiënten met subklinische psychotische symptomen, psychotische symptomen, affectieve symptomen: CGT • Patiënten met negatieve symptomen: optioneel CGT.
Psychosis and schizophrenia (NICE, 2014)	• CGT aanbieden aan alle mensen met psychose of schizofrenie. • Bied CGT aan om te helpen bij het bevorderen van herstel bij mensen met aanhoudende positieve en negatieve symptomen en voor mensen in remissie. CGT kan worden gestart tijdens de acute fase of later, ook in intramurale instellingen. - Individueel - Minimaal 16 sessies

*Richtlijnen, standaarden of zorgstandaarden.

Tabel D.3 | Resultaten van de richtlijnenanalyse wat betreft de aanbevelingen voor de algemene somatische screening

Richtlijn*	Beschrijving en aanbevelingen voor de behandeling van psychose
Richtlijn Schizofrenie (NVvP, 2012)	• Screening op cardiovasculaire risicofactoren: overgewicht, diabetes, hypertensie en dyslipidemie, ongeacht leeftijd. • Screening op metabole waarden: gewicht, lengte en buikomtrek, nuchter glucose, cholesterol, HDL en LDL, triglyceriden, en bloeddruk en pols. • Wees alert op interactie met andere medicamenten en raadpleeg zo nodig interactietabellen bij polyfarmacie. • Houd rekening met de invloed van roken, voeding, koorts, lever- en longziekten, en geslacht op bloedspiegels van antipsychotica. De werkwijze voor de algemene somatische screening bestaat uit: (a) meting voorafgaand aan behandeling (b) jaarlijkse herhaalde meting.
Zorgstandaard Psychose (Akwa GGZ, 2017)	• Screening op persoonlijke kenmerken van de patiënt, zoals risicoprofiel voor hart- en vaatziekten, etniciteit. • Screening op lichamelijke problemen (lever- en longziekten), roken, drugsgebruik, slaapproblemen en zwangerschap. • Screening op metabole waarden: gewicht, lengte en buikomtrek, nuchter glucose/HbA1c, cholesterol, HDL en LDL, triglyceriden, en bloeddruk en pols. De werkwijze voor de algemene somatische screening bestaat uit: (a) meting voorafgaand aan behandeling (b) jaarlijkse herhaalde meting.
MDR Somatische screening (V&VN, 2015)	• Geef voorafgaand aan de screening de patiënt een zelf-invullijst van de klachten mee, of vul deze samen met de patiënt in tijdens de screening. • Neem bij alle mensen met een ernstige psychische aandoening een algemene somatische screening af, die bestaat uit de volgende activiteiten: - Uitvragen van de hoofdklacht: VALTIS (voorgeschiedenis, aard, locatie, tijd, intensiteit, samenhang van de klachten) - Medicatie - Uitvragen van klachten op de gebieden: respiratoir, circulatoir, digestivus, locomotorius, urogenitalis, endocriene status, zenuwstelsel, hematologische status. - Algemene vragen: welbevinden, pijnklachten, gewichtsverandering, bezoek buitenland, allergieën, intoxicaties, vaccinaties. - Voorgeschiedenis kwetsbaarheid - Familieanamnese - Lichamelijk onderzoek op basis van anamnese (lichamelijke klachten en medicatiegebruik) en risico-gebieden, waaronder: specifieke metingen: BMI, middelomtrek, bloeddruk, pols, temperatuur; gebits- en mondcontrole; oogcontrole: visus, netvliesafwijkingen (diabetische retinopathie); huidcontrole; basis-neurologisch onderzoek (waaronder onderzoek naar bewegingsstoornissen) - Standaard specifieke metingen laboratorium: nuchter-glucose (of HbA1c), nuchter cholesterol, HDL-cholesterol-ratio, triglyceriden. • Zorg dat - op indicatie - bij specifieke klachten die uit de screening zijn voortgekomen vervolgonderzoek plaatsvindt voor: - aanvullend bloedbeeld: hematologisch, klinisch-chemisch, endocrien (waaronder prolactine) - schildklierfuncties (bij affectieve stoornissen of bekende schildklierproblemen) - nierfuncties (bij cardiovasculaire problemen, bij starten met lithium) - leverfuncties (bij cardiovasculaire problemen) - X-thorax - ECG (bij starten met clozapine of lithium) - EEG (bij verdenking van epilepsie) - cognitief functioneren (MMSE) • Tel voor een realistische inschatting van de gezondheidsrisico's bij risicobeoordeling 20 jaar op bij de kalenderleeftijd van mensen met een ernstige psychische aandoening. De werkwijze voor de algemene somatische screening bestaat uit: (a) Minimaal een keer per jaar op alle aspecten van de algemene somatische screening. (b) Vaker bij het starten of toevoegen van (nieuwe) medicatie (psychofarmaca) en bij een gerichte aanleiding voor intensievere controle.

Richtlijn*	Beschrijving en aanbevelingen voor de behandeling van psychose (vervolg)
Psychosis and schizophrenia (NICE, 2014)	• Basisonderzoeken: gewicht; tailleomtrek; pols en bloeddruk; nuchtere bloedglucose, HbA1c, bloedlipidenprofiel en prolactinespiegels; beoordeling van eventuele bewegingsstoornissen; beoordeling van voedingsstatus, dieet en niveau van lichamelijke activiteit. • ECG indien: medicatiegebruik aanleiding daarvoor geeft; een specifiek cardiovasculair risico is vastgesteld; geschiedenis van hart- en vaatziekten; bij opname. • Stel zo snel mogelijk vast of mensen met psychose of schizofrenie een verhoogde risico hebben voor obesitas en diabetes. De werkwijze voor de algemene somatische screening bestaat uit: (a) meting voorafgaand aan behandeling (b) jaarlijkse herhaalde meting.

*Richtlijnen, standaarden of zorgstandaarden.

Tabel D.4 | Resultaten van de richtlijnenanalyse wat betreft het betrekken van naasten bij de behandeling

Richtlijn*	Beschrijving en aanbevelingen voor de behandeling van psychose
Richtlijn Schizofrenie (NVvP, 2012)	• Familieleden en overige naasten spelen een belangrijke rol in de zorg voor patiënten in de langdurige ggz: - naasten als informatiebron voor de hulpverlener: de naasten kennen de patiënt in het algemeen goed en hebben veel ervaring en deskundigheid opgebouwd in de omgang met de patiënt; - naasten in de rol van mantelzorg- of zorgverlener: de naasten (vaak ouders) krijgen de rol van primaire zorgverlener, waar ze niet altijd op toegerust zijn. • De richtlijn beveelt het zorgmodel uit verpleeghuis, oncologie en kinderverpleegkunde aan: zorgen doe je samen met de familie en naasten, tenzij er zwaarwegende redenen zijn om dan niet te doen. • Voorlichting geven aan naasten over: schizofrenie, behandeling, somatische comorbiditeiten en de sociale gevolgen. • Belangrijke punten van overleg: ontslag, verplaatsing naar een andere afdeling, medicatiewisselingen die invloed kunnen hebben op het gedrag van patiënten, na ontslag: hoe te handelen bij een dreigende crisis. Instrumenten voor het betrekken van naasten: - Modelregeling ggz 'Betrokken omgeving' - Triadekaart, een hulpmiddel om de samenwerking tussen naasten en hulpverlening inzichtelijk te maken
Zorgstandaard Psychose (Akwa GGZ, 2017)	• Zo mogelijk wordt er in alle stadia van de stoornis met de naasten samengewerkt. • Informatie van familie en/of naasten is van groot belang omdat patiënten niet altijd een goed overzicht kunnen of willen geven van het ontstaan en beloop van hun klachten. • Heteroanamnese brengt tevens in kaart hoe familie en/of naasten bij de zorg voor de patiënt zijn betrokken, of en in hoeverre zij hun aandeel in de zorg kunnen en willen (blijven) leveren en welke verwachtingen zij van behandeling en behandelaars hebben. Voor meer informatie verwijst deze zorgstandaard naar de generieke module 'Samenwerking naasten' (2017).
Richtlijn Somatische screening (V&VN, 2015)	• Informeer familie en naastbetrokkenen, na verkregen instemming van de patiënt, over de lichamelijke conditie, het medicatiegebruik en leefstijl van de patiënt. • Betrek familie en naastbetrokkenen bij de somatische screening (algemene somatische screening, medicatiemonitoring en leefstijlanamnese) en de vervolgacties (vervolgonderzoek, behandeling van somatische complicaties en leefstijlinterventies). Overleg met de patiënt óf, en zo ja, welke rol de familie en/of naastbetrokkenen kunnen spelen. • Breng familie en naastbetrokkenen op de hoogte van de uitslag van de screening en leg deze uit in begrijpelijke taal waarbij het duidelijk wordt of iets wel of niet goed gaat en wat hieraan gedaan kan worden. • Geef bij het starten van psychofarmaca de familie en naastbetrokkenen goede informatie over de bijwerkingen van psychofarmaca: wat kan de familie verwachten en wat kan er gedaan worden om bijwerkingen te voorkomen of te verminderen? Wijs bijvoorbeeld op mogelijke gewichtstoename en op het belang van bewegen en een gezond voedingspatroon bij het gebruik van antipsychotica. Maak duidelijk dat het medicatiegebruik zorgvuldig gevolgd moet worden. • Betrek familie en naastbetrokkenen, in overleg met de patiënt, bij het opstellen van het behandel- en leefstijlplan (shared-decision-making), het zelfmanagement van de patiënt, het medicatiegebruik, het verhogen van de therapietrouw, en bij het zorgen voor permanente aandacht en ondersteuning. • Betrek familie en naastbetrokkenen na een periode van terugval in de psychische aandoening, wanneer de patiënt zich isoleert of weinig sociale contacten heeft.

Richtlijn*	Beschrijving en aanbevelingen voor de behandeling van psychose (vervolg)
Generieke Module Samenwerking naasten (Akwa GGZ, 2017)	• Naasten kunnen de volgende rollen hebben bij de behandeling van schizofrenie: - informatiebron voor diagnostiek en monitoring - co-begeleider die in het behandelplan van de patiënt participeert - mantelzorg voor persoonlijke zorg, praktische hulp of emotionele ondersteuning in het dagelijkse leven van de patiënt • Om hun rol te kunnen vervullen, moeten naasten minimaal: - niet-patiëntgebonden informatie over de aandoening en over het hulpaanbod van de zorgaanbieder krijgen - advies krijgen over hoe zij een positieve bijdrage kunnen leveren aan de behandeling en begeleiding van de patiënt - informatie krijgen over welke ondersteuningsmogelijkheden er voor henzelf zijn. • De samenwerking met naasten (of het gebrek daaraan) zou regelmatig, op een aantal vaste momenten, geëvalueerd moeten worden, in ieder geval bij iedere behandelplanevaluatie. • Naasten kunnen de volgende taken hebben: - medicatieverstrekker en -controleur - toezichthouder op persoonlijke hygiëne - helper bij het doorbreken van terugtrekgedrag en sociaal isolement • Samenwerking met naasten gedurende de behandeling en begeleiding bij: - opstelling of evaluatie van behandel-, begeleidings- en signaleringsplan; - crisissituaties, (gedwongen) opname; - verandering van vrijheden van de patiënt; - afronding van de behandeling, ontslag uit de instelling; - mogelijk: verandering van behandeling, behandelaar of behandelsetting. Instrumenten voor het betrekken van naasten: - Triadekaart, een hulpmiddel om de samenwerking tussen naasten en hulpverlening inzichtelijk te maken - Psycho-educatie voor familieleden van mensen met schizofrenie - Multi-Familie Groepen
Psychosis and schizophrenia (NICE, 2014)	• Naasten, zoals mantelzorgers, familieleden en vrienden van mensen met psychose en schizofrenie zijn belangrijk zowel in het zorgproces als door hun betrokkenheid. Zij hebben invloed op het succes van de behandeling op de lange termijn. • Betrek naasten/mantelzorgers bij de besluitvorming over de behandeling als de patiënt daarmee instemt. • Bied naasten/mantelzorgers van mensen met psychose of schizofrenie schriftelijke en mondelinge informatie in een toegankelijk formaat over: - diagnose en beheer van psychose en schizofrenie - positieve resultaten en herstel - soorten ondersteuning voor mantelzorgers - rol van teams en diensten - hulp bij crisissituatie. • Bied naasten/mantelzorgers ondersteuning aan.

*Richtlijnen, standaarden of zorgstandaarden

Bijlage E Onderzoek

In samenspraak met partijen zijn onderzoeksvragen geformuleerd voor de verdiepingsfase van dit Zinnige Zorg project.

Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen werden verdeeld in twee hoofdonderwerpen, namelijk Cognitieve Gedragstherapie (CGT) en Somatische screening. De vragen kwamen voort uit de hypothese dat CGT en somatische screening minder cliënten bereikt dan de zorgstandaard Psychose aanbeveelt.

I. CGT

- Bij welke percentage van de cliënten met schizofrenie wordt CGT toegepast als behandeling?
- Indien de cliënt met schizofrenie CGT als behandeling ontvangt, uit hoeveel sessies bestaat deze behandeling?
- Is de informatie voor cliënten en naasten conform de zorgstandaard Psychose?

II. Algemene somatische screening

- Bij welke percentage van de cliënten met schizofrenie wordt de algemene somatische screening uitgevoerd?
- Indien de algemene somatische screening wordt uitgevoerd, met welke frequentie wordt deze uitgevoerd?
- In welke sector wordt de algemene somatische screening uitgevoerd?
- Is de informatie voor cliënten en naasten conform de zorgstandaard Psychose?

Om deze vragen te beantwoorden zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd, waarvan een deel intern door het Zorginstituut en een deel extern door twee verschillende onderzoeksorganisaties, te weten Kenniscentrum Phrenos en het Nivel.

Het Zorginstituut voerde onderzoek uit naar beide onderwerpen op basis van declaratiedata. Voor CGT werden vraag 1 en 2 onderzocht en voor Somatische screening vraag 1, 2 en 3. Tevens voerde het Zorginstituut kwalitatief onderzoek uit naar de informatie voor cliënten en naasten. Voor CGT ging het om vraag 3 en voor Somatische screening om vraag 4. Deze onderzoeken worden nader toegelicht in de bijlages over cliënteninformatie (zie bijlage F).

Twee externe onderzoeken werden uitgezet. Eén betrof een rapportage op basis van een onderzoek naar de implementatie van de richtlijn Schizofrenie in 13 regio's in Nederland door Kenniscentrum Phrenos. Dit onderzoek bevatte een zelfrapportage van teams die zelf de zorg aan cliënten met schizofrenie wilden verbeteren. Voor CGT werd vraag 1 onderzocht. Het andere betrof een onderzoek naar het onderwerp Somatische screening op basis van data uit het huisartsenregistratiesysteem door het Nivel. Vraag 1 werd nader onderzocht en verdiept.

Onderzoeksmethoden

Hieronder staat een toelichting op de drie verschillende datastromen met daarin aandacht voor de samenstelling van het cohort, de periode waarover zorgdata verzameld zijn en de analysemethode.

1. Onderzoek met declaratiedata van het Zorginstituut

Declaratiedata zijn data die verzameld worden om zorg te declareren en de rechtmatigheid ervan te onderbouwen. De GGZ werkt met een DBC systeem. DBC staat voor Diagnose Behandel Combinatie. In de DBC worden gegevens vastgelegd over de diagnose, de tijd die behandelaars aan de behandeling besteden, verblijfsdagen en overige producten. Er zijn twee databases waar deze informatie in wordt vastgelegd, te weten Zorgproduct (ZPD) data en DBC informatiesysteem (DIS) data. Voor dit onderzoek is informatie uit beide datastromen gebruikt.

Dit onderzoek is in eerste instantie afgebakend tot cliënten met de diagnose schizofrenie. We kozen deze diagnose, omdat het een (her)kenbare, ernstige diagnose betreft. Nader onderzoek liet zien dat het zorggebruik van de groep cliënten met een schizoaffectieve of andere psychotische stoornis in veel opzichten lijkt op dat van cliënten met de diagnose schizofrenie. Als verschillen kwamen naar voren dat cliënten in de groep overige psychotische stoornissen wat korter in zorg waren en minder vaak en minder langdurig met antipsychotica werden behandeld. Verder bevatte de groep cliënten met schizofrenie, in vergelijking met de twee andere groepen cliënten, meer mannen dan de andere twee groepen.

Het cohort voor dit onderzoek van het Zorginstituut bevat in totaal 29.491 cliënten met de primaire diagnose schizofrenie in de periode 2013-2015. Deze cliënten zijn gevolgd t/m 2017. De data beslaan per cliënt dus maximaal 5 jaar aan zorg. De twee andere cohorten bestonden uit 8.461 cliënten met schizoaffectieve stoornis en 24.460 cliënten met een andere psychose diagnose.

Declaratiedata zijn data om zorg te declareren en de rechtmatigheid ervan te onderbouwen. De declaratieregistratie is niet primair bedoeld om in beeld te brengen welke specifieke zorg is geleverd. Psychologische behandelingen in meer algemene behandelcategorieën worden vaker gedeclareerd dan specifieke (psychologische) behandelingen (zie figuur E.2). Daarom gaan we ervan uit dat de gevonden percentages CGT in deze data een onderschatting vormen van de mate waarin cliënten in de praktijk daadwerkelijk CGT krijgen. Voor somatische screening geldt dat vooral de laboratorium bepalingen van bloedwaarden betrouwbaar in de declaratiedata opgenomen zijn. Andere onderdelen van somatische screening blijven in analyse van de declaratiedata buiten beeld.

2. Implementatieonderzoek op basis van zelfrapportage (Kenniscentrum Phrenos)

Het door Kenniscentrum Phrenos uitgevoerde implementatieonderzoek betreft een onderzoek naar de mate van implementatie van de richtlijn 'Schizofrenie'. Het onderzoek vond plaats in 2013 en 2014 in dertien regio's verspreid over Nederland. Het doel was om de deelnemende instellingen en regio's inzicht te verschaffen in de sterke en zwakke kanten van het zorgaanbod voor mensen met schizofrenie spectrum stoornissen. Met behulp van een zelfrapportagelijst gaven FACT-teams (van de SGGZ) en Regionale Instellingen Beschermd Wonen (RIBW) aan in welke mate de richtlijn Schizofrenie in hun team in het afgelopen jaar werd toegepast.

Deze inzichten zouden aanknopingspunten kunnen leveren voor verbetering van de kwaliteit en organisatie van zorg. Er is destijds echter geen rapportage over geaggregeerde data gemaakt (m.a.w. op basis van een databestand waarin de data van de deelnemende instellingen zijn samengevoegd). Met toestemming van een groot aantal van de deelnemende instellingen is deze analyse alsnog gemaakt voor het ZZ Psychose project op een deel van de vragen uit de zelfrapportagelijst.

Het Zorginstituut focust zich bij het praktijkonderzoek op de vragen uit de zelfrapportagelijst over de toepassing van CGT in de FACT-teams. Per onderwerp zijn beoordelingen beschikbaar over enerzijds de kwaliteit van de geboden zorg aan de hand van criteria die in de richtlijn Schizofrenie genoemd staan, en anderzijds het percentage cliënten met schizofrenie die deze zorg (conform de score op de component 'kwaliteit') de afgelopen twaalf maanden heeft ontvangen. Uitgangspunt was een schatting van feitelijk geboden zorg in het afgelopen jaar, dus geen streefnorm of beleidsdoel. Bovendien waren we met name geïnteresseerd in de resultaten voor de ggz-instellingen, omdat deze als stakeholder bij dit project betrokken zijn. Daarom hebben we alleen de data van de F-ACT teams gebruikt. Twaalf F-ACT teams uit twaalf (van de in totaal dertien regio's) gaven toestemming om de gegevens geaggregeerd te analyseren. Zij boden in totaal zorg aan 1862 cliënten met schizofrenie.

De percentages zijn als volgt berekend:

- **Kwaliteit:** We berekenden het percentage teams dat elk kwaliteitscriterium binnen dat item aankruiste. Dit werd alleen gedaan voor de teams die de betreffende behandeling aanboden.
- **Bereik:** Per item kon in categorieën aangegeven worden hoeveel procent van de cliënten met schizofrenie de afgelopen jaar bepaalde zorg had ontvangen: 0%, 0%-20%, 20%-40%, 40%-60%, 60%-80% of 80%-100%. We berekenden op basis van de middenwaarde van deze categorieën een gemiddeld percentage cliënten dat de zorg ontving.

Volgens de adviescommissie representeren de gevonden percentages in de data van dit implementatieonderzoek een overschatting van de mate waarin cliënten met schizofrenie in de praktijk daadwerkelijk CGT krijgen. Daarvoor worden drie redenen genoemd. Ten eerste, omdat de deelnemende teams relatieve voorlopers waren in de zorg voor mensen met schizofrenie. Ten tweede, omdat zelfrapportage vaak enige positieve vertekening geeft. En ten derde, omdat volgens de adviescommissie landelijk gezien de kwaliteit van zorg voor mensen met schizofrenie waarschijnlijk eerder is afgenomen dan toegenomen, sinds de uitvoering van het onderzoek.

3. Onderzoek naar zorgregistratiedata in de huisartsenpraktijk

Het Nivel onderzoek betreft een onderzoek op basis van zorgregistratiedata in de eerste lijn in 2014 en 2018. Het doel van dit praktijkonderzoek is om zicht te krijgen op het zorggebruik van cliënten met schizofrenie in de huisartsenpraktijk en via de huisartsenpost. Bovenal heeft dit onderzoek als specifiek doel om te onderzoeken hoe vaak de algemene somatische screening plaatsvindt door de huisarts, en wat deze screening behelst.

De data zijn centraal verzameld en geanalyseerd. Van de huisartsenpraktijken zijn de gegevens uit de twee jaren 2014 en 2018 gebruikt. Van de huisartsenposten werden alleen de gegevens van 2014 gebruikt, omdat de gegevens van 2018 nog niet beschikbaar waren.

Uit de data van de huisartsenpraktijken werden voor de beide jaren de cliënten met schizofrenie geselecteerd met een ziekte-episode voor ICPC-code P72 (schizofrenie). Deze cliënten kunnen in behandeling zijn bij de SGGZ, maar dat hoeft niet. De gegevens over deze groep cliënten met schizofrenie werd vergeleken met cliënten uit twee controlegroepen, die per jaar gematcht waren op geslacht, leeftijd en huisartsenpraktijk:

- Controlegroep 1 bestond uit een patiënten met een psychotische stoornis, anders dan schizofrenie
- Controlegroep 2 bestond uit cliënten zonder psychotische stoornis.

In 2014 zijn in totaal de gegevens van 1489 schizofrenie cliënten plus gematchte controle cliënten uit 292 praktijken gebruikt voor de analyses. Voor 2018 waren dit respectievelijk 1145 cliënten uit 225 huisartspraktijken.

Voor de drie patiëntengroepen is voor de jaren 2014 en 2018 bepaald hoeveel contacten zij gemiddeld per jaar hadden met de huisarts en de POH-GGZ en voor welke gezondheidsproblemen zij contact hadden met de huisartsenpraktijk en de huisartsenpost. Vervolgens gingen we na bij welk percentage van de cliënten met schizofrenie een algemene somatische screening werd uitgevoerd in de huisartspraktijk en uit welke diagnostische bepalingen deze bestond.

Voor dit onderzoek hebben we een algemene somatische screening afgebakend als een labonderzoek naar het metabool syndroom door middel van laboratorium onderzoek (nuchter cholesterol, HDL-cholesterol-ratio, triglyceriden en nuchter glucose (of HbA1c)). Bovendien hebben we gekeken naar diagnostische handelingen als het meten van polsfrequentie, bloeddruk, BMI, gewicht, en buikomvang.

Met behulp van beschrijvende analyses (frequenties, percentages, gemiddelden) is het zorggebruik, de top-10 gezondheidsproblemen en de registratie van diagnostische bepalingen voor de groep patiënten met schizofrenie vergeleken met de twee controlegroepen.

Resultaten

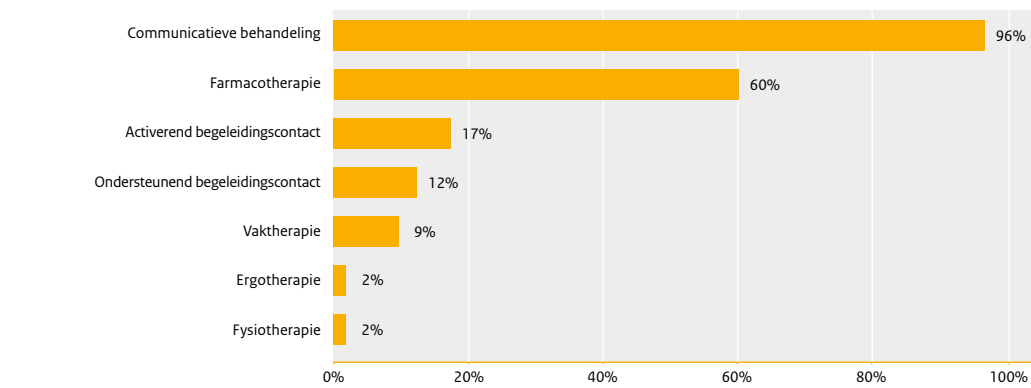
De resultaten van deze drie onderzoeken naar CGT en algemene somatische screening zijn terug te vinden in hoofdstuk 1 en 2 van dit verbetersignalement. Met behulp van het praktijkonderzoek kunnen we bovendien een indruk geven welke zorg mensen met schizofrenie krijgen, anders dan CGT of de somatische screening.

Welke behandeling krijgen mensen met schizofrenie in de SGGZ?

Uit de declaratiegegevens van het Zorginstituut is af te leiden welke zorg mensen met schizofrenie jaarlijks in de SGGZ krijgen:

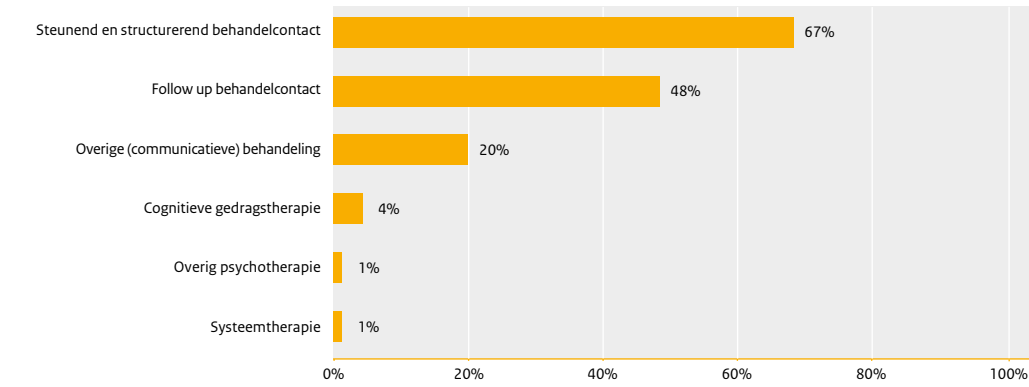
- De gemiddelde cliënt met schizofrenie ontvangt 28 uur aan (directe) zorg per jaar.
- Vrijwel alle cliënten krijgen communicatieve behandeling (96 procent van de cliënten). Deze bestaat met name uit steunende en structurerende behandelcontacten (deze zorg bereikt 67 procent) en follow up behandelcontacten (48 procent; figuur E.1). Specifieke vormen van psychotherapie worden weinig gedeclareerd (figuur E.2).
- Daarnaast krijgen cliënten met name farmacotherapie (ieder jaar ontving ruim tachtig procent van de cliënten met schizofrenie antipsychotica van de openbare apotheek) en begeleiding.
- Er is een trend naar minder en kortere klinische opnamen. In 2017 kreeg 13 procent van de cliënten een opname met een gemiddelde verblijfsduur van 82 dagen. In 2013 was dat nog 19 procent en 95 dagen.

Figuur E.1 | Percentage cliënten voor wie bepaalde hoofdsoorten begeleiding en behandeling werden gedeclareerd (periode 2013-2017, N=21.250, gemiddeld aantal cliënten in behandeling per jaar)



Bron: Zorginstituut Nederland, op basis van declaratiedata.

Figuur E.2 | Percentage cliënten voor wie bepaalde soorten communicatieve behandeling werd gedeclareerd (periode 2013–2017, N=21.250, gemiddeld aantal cliënten in behandeling per jaar)



Noot: De hier genoemde vier procent cognitieve gedragstherapie betreft een gemiddeld percentage per jaar, voor de cliënten die in dat jaar SGGZ zorg ontvangen. Het percentage in hoofdstuk 2 (tien procent) betreft het totale percentage van alle patiënten gedurende de hele periode.

Bron: Zorginstituut Nederland, op basis van declaratiedata.

Welke behandeling krijgen mensen met schizofrenie in de huisartspraktijk?

Uit de Nivel data is af te leiden welke zorg mensen met schizofrenie, al dan niet in zorg bij de SGGZ, jaarlijks in de huisartsenpraktijk krijgen:

- In 2018 had ruim vier van de vijf mensen met schizofrenie tenminste eenmaal contact met de huisarts of de POH-GGZ.
- Het beroep op huisartsenzorg door cliënten met schizofrenie is twee keer zo hoog als bij een vergelijkbare groep cliënten met schizofrenie zonder psychotische stoornis.
- Gemiddeld hebben mensen met schizofrenie jaarlijks 6 (mannen) tot 10 (vrouwen) huisartscontacten.
- In de avond en nacht ziet de huisartsenpost cliënten met schizofrenie ongeveer drie maal zo vaak in consult als een vergelijkbare groep huisartspatiënten zonder psychotische stoornis.
- De top 5 van meest geregistreerde verrichtingen door de huisartsenpost houden direct of indirect verband met psychiatrische problematiek.

Bijlage F Analyse publieks- en cliënteninformatie

In deze bijlage beschrijven we de aanleiding, de werkwijze en de resultaten van cliënteninformatie.

Aanleiding

Invloed van cliënten op keuzes bij de behandeling is belangrijk voor de effectiviteit ervan. Van patiënten-organisaties en zorgaanbieders ontvingen wij signalen dat mensen met psychose vaak niet weten wat ze kunnen verwachten bij de behandeling. De zorgstandaard Psychose^[3] benoemt het belang van de invloed van cliënten op de behandeling: Cliënten zijn het meest geholpen door het maken van eigen keuzes. Ook de multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie^[4] adviseert dat een behandelaar die te maken krijgt met de hulpvraag van een cliënt, samen met de cliënt moet vaststellen wat passende hulp is. Echter, als cliënten onvoldoende geïnformeerd zijn, kunnen ze niet goed meebeslissen. De hierboven genoemde aanwijzingen zijn aanleiding geweest om te onderzoeken welke informatie online beschikbaar is voor mensen met psychose, hun naasten en het algemene publiek (hier verder cliënteninformatie genoemd). Tevens is gekeken naar de kwaliteit en de vindbaarheid ervan.

Methode van selectie van websites en digitale documenten met cliënteninformatie

In de zoekfunctie van Google hebben we in maart 2019 de volgende zoektermen afzonderlijk van elkaar gebruikt: schizofrenie, psychose. Vervolgens zijn we alle zoekresultaten op de eerste vijf pagina's nagelopen op cliëntgeoriënteerde Nederlandse informatiebronnen, ongeacht de beheerder. Soms werd de zoekfunctie van een website gebruikt om bij de beschikbare cliënteninformatie te komen. Als de informatie op een website hoofdzakelijk bestond uit een verwijzing naar een andere website, hebben we de informatie op de verwijzende website verder niet meegenomen.

Methode van analyse

Alle geïnccludeerde websites met cliënteninformatie zijn door twee onderzoekers inhoudelijk geanalyseerd en beoordeeld. Als de cliënteninformatie van een website verspreid stond over meerdere secties, pagina's of digitale documenten, is deze ook meegenomen in de analyse. Naast de vindbaarheid is ook de inhoud van de websites geanalyseerd voor de volgende onderwerpen:

- CGT
- Algemene somatische screening
- Leefstijl

Waar mogelijk is bij ieder onderwerp onderzocht in hoeverre de cliënteninformatie inhoudelijk overeenkomt of afwijkt van de zorgstandaard.

Resultaten van de analyse

Op basis van de zoekresultaten in Google zijn na selectie negen websites en digitale documenten met cliënteninformatie geïnccludeerd in de website-analyse. In tabel F.1 staat een overzicht van de geïnccludeerde websites met cliënteninformatie. In tabel F.2 staan de resultaten van de analyse gepresenteerd, gegroepeerd naar de zorginhoudelijke onderwerpen benoemd in de vorige paragraaf. Er is een andere volgorde van de websites gehanteerd, zodat deze niet direct herleidbaar zijn.

Tabel F.1 | De negen geïnccludeerde websites met cliënteninformatie

Website	Internetadres en titel
Anoiksis	https://www.anoiksis.nl/ Vereniging voor en door psychosegevoelige mensen
IVM, MIND, GGZ Nederland	http://bit.ly/328PxYD Antipsychotica. Zo blijf je ze de baas.
MIND	https://wijzijnmind.nl/psychipedia/psychose • Schizofrenie. Verstoord kijk op de werkelijkheid. • Psychose. Verstoord contact met de werkelijkheid.
MIND Ypsilon	https://www.ypsilon.org/Ypsilon
NHG	Thuisarts.nl • Psychose. Hallucinaties, Wanen, Psychotisch, Stemmen horen. • Ik heb een ernstige psychische aandoening. Hoe ga ik daarmee om?
Psychosenet.nl	https://www.psychosenet.nl/ Platform over psychosegevoeligheid, stemming en herstel
Trimbos-instituut	http://bit.ly/37GkB3h Patiëntenversie multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie
Trimbos-instituut	https://www.keuzehulpen.nl/ Keuzehulp Schizofrenie
VGct	http://bit.ly/2T0laiT Cognitieve gedragstherapie bij achterdocht en stemmen horen

Tabel F.2 | Resultaten van de website-analyse

Onderwerp van analyse	Zorg volgens richtlijn	Websites								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
CGT	Alle mensen met schizofrenie moeten CGT krijgen aangeboden	?	?	?	?	?	?	n.v.t.	?	?
	Minimaal 16 sessies	✗	✗	✗	✗	?	✗	n.v.t.	?	✗
	Individuele therapie	✗	✗	✗	?	?	✗	n.v.t.	?	✗
Algemene somatische screening	Lichamelijk onderzoek risicofactoren, comorbiditeiten	✓	✓	✗	✗	✓	✗	✓		✓
	Minimaal 1x per jaar	✗	✓	✗	✗	✓	✗	✓	n.v.t.	✗
	Laboratoriumonderzoek	v	✗	✗	✗	✓	✓	✓	n.v.t.	✗
Leefstijl	Relatie leefstijl en schizofrenie	✗	✓	✗	✗	✓	✗	✓	n.v.t.	✓
	Leefstijlthema's	✗	✓	✗	?	✓	✓	✓	n.v.t.	✓

✓ = benoemd én komt overeen met de zorgstandaard/richtlijn; ? = benoemd maar komt niet (helemaal) overeen met de zorgstandaard/richtlijn;

✗ = niet benoemd; nvt = onderwerp valt buiten het doel van de organisatie achter de website

*Volgorde websites verschilt van die in tabel F.1.

Bijlage G Impactanalyse

Deze bijlage beschrijft wat mensen met psychose zullen merken van het bereiken van de verbeterdoelen omtrent CGT en somatische screening. Daarnaast worden de effecten op de gedeclareerde zorgkosten verkend en de beperkingen van die verkenning besproken.

1. CGT

Wat merken mensen met psychose van behandeling met CGT?

De meest robuuste effecten die mensen met psychose merken van CGT zijn: na CGT behandeling hebben ze minder vaak een opname, deze duurt korter, en het totaal aan psychotische symptomen vermindert. Daarnaast heeft CGT nog andere effecten: vermindering van comorbide depressieve klachten, en verbetering van sociaal functioneren. Deze effecten zijn aangetoond in meta-analyses betreffende 31 studies met drieduizend cliënten.^[5] Als ons verbeterdoel wordt behaald om meer cliënten met het in de richtlijn aangeraden aantal sessies CGT te behandelen, zal dat waarschijnlijk leiden tot lagere zorgkosten (zie onder). Daarnaast zal het maatschappelijke kosten beïnvloeden. Na CGT behandeling zullen bijvoorbeeld wellicht meer mensen (tijdelijk) een beroep doen op begeleid wonen of een betaalde baan vinden.

Wat is het effect van meer CGT behandeling op de gedeclareerde zorgkosten?

Meer cliënten met psychose met het aangeraden aantal sessies CGT behandelen, gaat uiteraard gepaard met extra zorgkosten. Naar verwachting betreft dit 6,3 miljoen euro (tabel G.1). Omdat het een effectieve behandeling betreft staan daar ook besparingen tegenover. We verwachten dat de besparingen bijna 12,7 miljoen euro bedragen. Deze besparingen houden verband met het lagere aantal opnames na CGT vergeleken met een standaard behandeling zonder CGT. De balans van extra en uitgespaarde kosten is een besparing van 6,5 miljoen euro.

Naast dit basis scenario hebben we nog twee scenario's doorgerekend, waarin we uitgaan van hogere of lagere effectiviteit van CGT, de besparingen zijn dan respectievelijk 17,5 en 2,7 miljoen euro. De balans van extra en uitgespaarde kosten is een besparing van 11,2 miljoen euro in het gunstigere scenario en een toename van de gedeclareerde zorgkosten met 3,6 miljoen euro in het ongunstigere scenario. Het grote verschil in uitkomsten tussen beide scenario's laat zien dat er onzekerheden zijn rondom deze financiële verkenning.

De berekeningen worden in deze paragraaf en in tabel G.1 nader uitgewerkt.

Voor deze berekeningen zijn we uitgegaan van een beperkt economisch model. Hetzelfde model is eerder ook door NICE gebruikt om de kosteneffectiviteit van CGT in te schatten.

In dit model worden de kosten van de CGT behandeling afgezet tegen de te verwachten besparingen die het gevolg zijn van een kleinere kans op opname na CGT. De kans op opname in de groep die alleen gebruikelijke zorg zonder CGT ontving was 30 procent. Die kans nam af tot 21,5 procent wanneer aan de gebruikelijke zorg 16 sessies CGT werden toegevoegd. Deze schatting was gebaseerd op de gezamenlijke resultaten van vijf studies (een zogenaamde meta-analyse) met in totaal ruim 900 cliënten met een maximale follow-up periode van 1,5 jaar.^[5]

In onze kostenberekeningen hebben wij deze daling van het aantal opnames met 8,5 procentpunt aangenomen en doorgerekend met Nederlandse prijzen. Hierbij hebben we aangenomen dat het doel van de verbeteracties is om uiteindelijk in drie jaar niet twintig^[8] maar mogelijk veertig procent van cliënten met psychose te behandelen met CGT. Deze verdubbeling werd door de adviescommissie realistisch en haalbaar geacht.

Dat betekent dat jaarlijks 13 procent (40 procent / 3) van de cliënten met langdurige psychosen met CGT behandeld gaan worden. In de 3 jaar dat cliënten volgens de VGCT studie gemiddeld in zorg zijn, en die gelijk is aan de inclusieperiode van de cohorten in de declaratiedata (zie bijlage E), betreft dit naar schatting 29.491 cliënten met schizofrenie, 8.461 cliënten met schizoaffectieve stoornis en de 53 procent van de 24.460 cliënten met overige psychotische stoornissen die drie jaar of langer in zorg is (12.964 cliënten). Dat zijn in totaal 50.916 cliënten, de dertien procent die jaarlijks met CGT behandeld zou worden betreft 6.789 cliënten. De helft daarvan zou nu behandeld worden^[8]. De andere helft betreft CGT behandeling voor extra cliënten. Dat gaat afgerond om 3500 cliënten extra per jaar.

Tabel G.1 | Overzicht van de financiële effecten van het behandelen van meer cliënten met psychosen met voldoende sessies CGT

Kosten	Aantal cliënten		Extra kosten	
	Totaal	Per jaar extra behandeld	Per patiënt (euro)	Per jaar (miljoen euro)
Schizofrenie	29.491	2027	1.792	3,6
Schizoaffectieve stoornis	8.461	582	1.792	1,0
Overige Psychosen (3 jaar of langer)	12.964	891	1.792	1,6
Drie groepen samen	50.916	3.500		6,3
Besparingen drie groepen samen	Aantal cliënten		Kosten besparing	
	Per jaar (her)opgenomen	Per jaar minder (her)opgenomen	Per patiënt (euro)	Per jaar (miljoen euro)
Basis scenario	1.049	298	42.804	12,7
Optimistisch scenario	1.049	409	42.804	17,5
Pessimistisch scenario	1.049	63	42.804	2,7
Totaal Effect	Totale financiële impact per jaar in miljoen euro; kosten (+) of besparing (-)			
Basis scenario	-6,5			
Optimistisch scenario	-11,2			
Pessimistisch scenario	3,6			

De kosten die met een uur behandeling gepaard gaan bedragen 112 euro (prijspeil 2014).^[21] Zestien uur CGT kost dan $16 * 112 = 1792$ euro. Voor 3500 cliënten gaat het om 6,3 miljoen euro. Van deze groep zou 21 procent opgenomen worden (751 cliënten), versus 30 procent van de cliënten die de gebruikelijke zorg ontvingen (1049). In 2017 was de gemiddelde opnameduur van patiënten met schizofrenie 82 dagen tegen een gemiddelde prijs van 522 euro per dag¹⁰, oftewel 42.804 euro per opname. Een reductie van 298 heropnames leidt tot een besparing van 12,7 miljoen euro.

Het verschil tussen kosten en besparingen bedraagt een besparing van 6,5 miljoen euro per jaar. Voor de totale periode van 3 jaar waarin de extra CGT inspanning geleverd wordt bedraagt de besparing 19,5 miljoen euro.

In de analyses van NICE bleek dat vooral de aanname van de effectiviteit van CGT om heropnames te reduceren van invloed was op de uitkomst. In het hierboven beschreven basisscenario is uitgegaan van 8,5 procentpunt minder opname onder de cliënten die met CGT behandeld werden. Het 95% betrouwbaarheidsinterval voor het percentage vermindering van toekomstige opnames liep van 2 tot 12 procentpunt. Op basis daarvan hebben we nog twee scenario's doorgerekend voor de onder- en de bovengrens van dit betrouwbaarheidsinterval. Bij jaarlijks 3500 cliënten voorkomt dat voor respectievelijk 63 en 409 van hen een heropname. Dit leidt tot een jaarlijkse besparing van 2,7 respectievelijk 17,5 miljoen euro. Na aftrek van de gemaakte extra kosten resteert 3,6 miljoen euro extra kosten respectievelijk 11,2 miljoen uitgespaarde kosten. Afwijkingen in de andere aannames, inclusief aannames over de actuele kosten, hebben kleinere effecten op de totaaluitkomst, tenzij meerdere afwijkingen alle een positief of negatief effect op de kosten hebben.

Het effect van de hier beschreven extra kosten of besparingen vertaalt zich naar verwachting niet één-op-één in de werkelijk gedeclareerde kosten en het financieel beeld zorg in de rijksbegroting. Het is voorstelbaar dat CGT deels geïmplementeerd zal worden als substitutie van andere behandeling die cliënten met psychose ontvangen (zoals beschreven in Bijlage E). Ook kunnen er positieve effecten zijn op andere zorgkosten binnen de Zvw en in het sociale domein. Verblijfskosten hebben wel een direct effect op de declaraties en het financieel beeld zorg.

De implementatie van deze afspraak kan ook een bijdrage leveren aan de verkorting van wachttijden voor GGZ met verblijf.

¹⁰ Op basis van de declaratiedata, gemiddeld 359 euro voor verblijf en 163 euro voor behandeling, peiljaar 2017.

2. Algemene somatische screening

Wat merken de cliënten met psychose van een jaarlijkse algemene somatische screening?

Het uitvoeren van een jaarlijkse algemene somatische screening komt tegemoet aan de behandelwens van een belangrijk deel van de cliënten, die om meer aandacht voor hun lichamelijke gezondheid vragen. ^[22] Van de somatische screening zelf zullen cliënten geen gezondheidseffect bemerken, ^[11, 23] maar eventueel pas bij de follow up. Als bij de screening afwijkingen naar voren komen, dienen deze opgevolgd te worden met passende interventies, verdere diagnostiek of eventueel behandeling. Bij deze cliëntengroep is met name het verlagen van het risico op diabetes en hart- en vaatziekten van belang, omdat deze ziekten de oorzaak zijn van een grote ziektelast en voortijdige sterfte. Hiervoor bestaan zowel evidence-based levensstijl interventies als farmacologische behandelingen. Als meer cliënten met psychose jaarlijks gescreend worden, zullen meer cliënten met afwijkende waardes die duiden op een verhoogde kans op diabetes en hart- en vaatziekten gedetecteerd worden. Daardoor zullen meer cliënten behandeld worden met effectieve leefstijl interventies of medicijnen. De lichamelijke gezondheid van deze cliënten zal erop vooruit gaan en ook hun kwaliteit van leven zal toenemen.

Wat is het effect van een jaarlijkse algemene somatische screening op de gedeclareerde zorgkosten?

Somatische screening en daaruit voortvloeiende behandeling brengt kosten met zich mee. Hieronder bespreken we de aantallen te verwachten patiënten waarop de verbeterafspraken betrekking hebben en de kosten voor screening en behandeling, zie ook tabel G.2. Van de mogelijk ingezette behandelingen is de gezondheidswinst voor mensen met een psychose niet goed te kwantificeren. Daarom beperken we ons tot het verkennen van alleen de mogelijke kosten van deze verbeterafpraak en laten we de mogelijke besparingen van zorgkosten buiten beschouwing. Ook loopt de schatting van het aantal te verwachten nieuwe bevindingen en in te zetten behandelingen uiteen. Daarom bespreken we hieronder twee scenario's.

Aantal patiënten

Algemene somatische screening

We gaan erbij deze berekeningen van uit dat na implementatie van de verbeterafspraken ieder jaar tachtig procent van alle cliënten met psychosen die in de gespecialiseerde GGZ in behandeling zijn somatisch gescreend zal worden. Dat is bijna een verdubbeling ten opzichte van het huidige percentage, namelijk 43 procent. Dit gemiddelde percentage somatische screenings per jaar leidt tot de in Hoofdstuk 2 gerapporteerde percentages cliënten die gedurende vijf jaar ieder jaar (17 procent), niet elk jaar (55 procent) respectievelijk nooit (28 procent) gescreend worden. Een verdubbeling van het aantal somatische screenings dat jaarlijks wordt uitgevoerd is volgens de adviescommissie haalbaar.

Uitgesplitst per diagnosegroep leidt dit tot de volgende aantallen extra algemene somatische screenings. Van de 22.869 cliënten met schizofrenie in de SGGZ wordt nu ieder jaar 46 procent somatisch gescreend. Dit betekent dat er jaarlijks $(80\% - 46\%) * 22.869 = 7.859$ cliënten met schizofrenie extra somatisch gescreend zullen worden. Daar komen nog bij, $(80\% - 51\%) * 6.554 = 1.921$ cliënten met schizoaffectieve stoornis en $(80\% - 35\%) * 13.674 = 6.220$ cliënten met een andere psychotische stoornis. Dit gaat in totaal om afgerond 16.000 cliënten per jaar.

Behandeling

Niet al deze 16.000 somatische screenings zullen ook aanleiding geven tot extra behandeling. Volgens diverse studies ligt het aantal nieuwe bevindingen tussen ongeveer 15 en 40 procent, oftewel tussen 2.400 en 6.400 cliënten.^[5] In de loop van de tijd zal dit percentage afnemen.

Kosten algemene somatische screening

Een algemene somatische screening kan door verschillende typen zorgaanbieders uitgevoerd worden: de GGZ-instelling, de huisartspraktijk en het ziekenhuis. In de GGZ-instelling en huisartspraktijk worden de laboratoriumkosten los gedeclareerd. Deze bestaan uit een ordertarief en vier standaard bepalingen, in totaal ongeveer 30 tot 35 euro (prijspeil 2020).^[24]¹¹

In een GGZ-instelling nemen we aan dat daarnaast in totaal één uur consult (112 euro)^[21] gedeclareerd wordt. In een huisartsenpraktijk is de referentieprijs voor een standaard consult 33 euro^[21]. Als zowel voor de aanvraag als het bespreken van de uitslag een consult gerekend wordt dan zijn de totale kosten 66 euro plus de kosten van de laboratorium testen. In het ziekenhuis tenslotte is het gemiddeld gedeclareerd bedrag voor één of twee consulten door de internist ruim tweehonderd euro (prijspeil 2019).^[25] Dit is inclusief laboratoriumbepalingen.

Kosten behandeling

Tijdens de algemene somatische screening kan naar voren komen dat de cliënt een verhoogd risico heeft op, of leidt aan een aandoening. Dit betreft bij mensen met psychose vaak diabetes of hart- en vaatziekten. Er zijn verschillende behandelingen mogelijk die gericht zijn op preventie of behandeling bij (een verhoogd risico op) diabetes of hart- en vaatziekten. De preventieve behandelingen betreffen de gecombineerde leefstijlinterventie, ketenzorg en medicamenteuze behandeling.

Tabel G.2 | Overzicht van de financiële effecten van algemene somatische screening en vervolgbehandeling van meer cliënten met psychosen.

Kosten Algemene Somatische Screening	Aantal cliënten per jaar		Maximaal extra kosten	
	In zorg	Extra somatische screenings per jaar	Per patiënt (euro)	Per jaar (miljoen euro)
Schizofrenie	22.869	7.859	200	1,6
Schizoaffectieve stoornis	6.554	1.921	200	0,4
Overige Psychosen	13.674	6.220	200	1,2
Drie groepen samen	43.097	16.000		3,2
Kosten vervolg behandeling	Aantal cliënten		Extra kosten	
		per jaar extra behandeld	Per jaar per patiënt (euro)	Per jaar (miljoen euro)
GLI			273	
CVRM			108	
medicatie (3 soorten, maximale prijs)			204	
Totaal kosten			585	
Scenario's vervolg behandeling	Aantal cliënten		Extra kosten	
	Extra screenings (drie groepen samen)	per jaar extra behandeld	Per jaar per patiënt (euro)	Per jaar (miljoen euro)
15% nieuwe bevindingen	16.000	2.400	585	1,4
40% nieuwe bevindingen	16.000	6.400	585	3,7
Totaal effect	Totale financiële impact per jaar in miljoen euro; kosten (+) of besparing (-)			
15% nieuwe bevindingen				4,6
40% nieuwe bevindingen				6,9

¹¹ Prijspeil gecheckt bij enkele andere aanbieders.

Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI)

De GLI wordt aangeboden in de eerste lijn en bestaat uit een intake, een behandelfase van vier kwartalen en een onderhoudsfase van vier kwartalen. Het NZa tarief hiervoor is € 546,75 in twee jaar (€ 59,91 + 4 * € 112,12 + 4 * € 76,26, prijspeil 2020).^[26] Het RIVM stelde in 2018 dat de opbrengsten van de GLI nog niet in te schatten waren.^[27]

Ketenzorg cardiovasculair risicomanagement (CVRM)

Het NZa tarief voor niet-gecontracteerde CVRM ketenzorg bedraagt € 26,94 per kwartaal, oftewel € 107,76 per jaar (prijspeil 2020).^[28]

Medicamenteuze behandeling van prediabetes en hoog cholesterol / triglyceriden

De behandeling van prediabetes met behulp van een generieke metformine kost 8 eurocent per dag, oftewel 19 euro per jaar (prijspeil 2019).^[29]

De behandeling van hoog cholesterol gehalte met behulp van een generieke statine van de eerste keus kost 2 tot 19 eurocent per dag oftewel 7 tot 70 euro per jaar.^[29]

De behandeling van hoge bloeddruk met behulp van een gecombineerde generieke beta-blokker en plaspil van de eerste keus kost 9 tot 25 eurocent per dag oftewel 33 tot 90 euro per jaar.^[29]

Hierbij komen nog de kosten voor aflevering (terhandstelling), deze bedragen rond de 6 euro, uitgaande van (herhaal) recepten voor 90 dagen gaat het om ongeveer 25 euro per jaar.

Deze medicatie is effectief in het verlagen van het bloedglucose niveau respectievelijk het voorkomen van manifestaties van hart en vaatziekten.^[29]

De kosten van behandeling van daadwerkelijke hart- en vaatziekten (inclusief zorg en nazorg in de 2^e-lijn) of diabetes (kosten van ketenzorg voor diabetes bedragen maximaal 250 euro; mogelijk is 2^e-lijns-zorg noodzakelijk; insuline is een duurder medicijn dan metformine) zijn veel hoger, ook in termen van kwaliteit van leven. Deze kosten worden door de verbeterafspraken mogelijk wat eerder gemaakt als daadwerkelijke diabetes of hart- en vaatziekten voor het eerst bij de screening worden opgemerkt. Daar-teenover staat uitstel en/of vermijding van deze kosten bij succesvolle behandeling van de bijbehorende risicofactoren.

Conclusie

De kosten van jaarlijkse somatische screening bedragen maximaal 200 euro, en die van het complete pakket aan preventieve behandeling (GLI, CVRM en medicatie) bedragen in totaal maximaal 585 euro per jaar. Het is aannemelijk dat deze kosten opwegen tegen de verbetering van de lichamelijke gezondheid. De totale kosten van 16.000 extra somatische screenings worden geschat op maximaal 3,2 miljoen euro. De kosten van de extra behandeling van 2.400 tot 6.400 cliënten maximaal 1,4 tot 3,7 miljoen euro (tabel G.2).

Bijlage H Leden adviescommissie Zinnige Zorg Psychose

Mevrouw C. van Alphen (Anoiksis)
Meneer W. van Bork (ZN)
Mevrouw W. Cahn (NVvP)
Meneer M. van der Gaag (P3NL/NIP)
Mevrouw. W Göttgens (KNMP)
Mevrouw I. Houtman (NHG/LHV)
Meneer B. Stavenuiter (Ypsilon/MIND)
Meneer W. Veling (NVvP, éénmalig aanwezig)
Mevrouw M. van der Ven (GGZ NL)

Begrippenlijst

Algemene somatische	Lichamelijk en laboratorium onderzoek bij een cliënt met als doel om screening gezondheidsproblemen op te sporen
Antipsychotica	Antipsychotica zijn medicijnen die helpen om uit een psychose te komen
Cliënteninformatie	Informatie over de herkenning, diagnose of behandeling van een aandoening voor cliënten, naasten en andere geïnteresseerden
DBC	Diagnose Behandel Combinatie. DBC's worden gebruikt om zorg te declareren en de rechtmatigheid ervan te onderbouwen. In een DBC worden gegevens vastgelegd over de diagnose, de tijd die behandelaars aan de behandeling besteden, verblijfsdagen en overige producten
CGT	Cognitieve Gedragstherapie. Een vorm van psychotherapie gericht op het veranderen van opvattingen (cognities) en gedragingen, met als doel om psychische klachten te verminderen en de geestelijke gezondheid te bevorderen.
DIS	Declaratie Informatie Systeem
DSM 5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – vijfde editie. een classificatiesysteem voor psychische aandoeningen
Farmacotherapie	Behandeling met medicijnen
Generieke module	Kwaliteitstandaard. Module die relevantie heeft voor meerdere psychische aandoeningen
Gezondheidswinst	Positieve gevolgen van een interventie voor het lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GIP	Genees- en hulpmiddelen Informatieproject
Hallucinatie	Een vervorming of verstoring van de zintuigelijke waarneming. Bij een hallucinatie hoort, proeft, ziet, voelt of ruikt men zaken die niet zoals ze in de buitenwereld voorkomen
Hoofddiagnose	De classificatie waarop de behandeling die de cliënt ontvangt is gericht
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – tiende editie. Classificatie van ziekten en met gezondheid verband houdende problemen, bijgehouden door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)
ICPC	International Classification of Primary Care; standaard voor het coderen en classificeren van klachten, symptomen en aandoeningen in de huisartsenpraktijk
Implementatie	Het invoeren van een plan, nieuwe standaard, of van ander beleid in de praktijk, bijvoorbeeld in zorginstellingen
Leefstijlanamnese	Screening van leefgewoonten die van invloed zijn op de gezondheid

Jeugdwet	Wet met betrekking tot de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en ouders bij opvoedkundige problemen, psychische problemen en stoornissen
Kwaliteitsstandaarden	Richtlijnen, zorgstandaarden en modules. Een kwaliteitsstandaard beschrijft goede zorg vanuit het perspectief van de cliënt. Een kwaliteitsstandaard kan in verschillende vormen voorkomen. Richtlijnen en zorgstandaarden kunnen een kwaliteitsstandaard zijn, maar ook een module of een handreiking, zolang zij voldoen aan de criteria van het Toetsingskader
Multidisciplinair	Met of door meerdere disciplines samen, zoals psychologen, psychotherapeuten, psychiaters, huisartsen en apothekers
Richtlijnen	Richtlijnen zijn vakinhoudelijke aanbevelingen voor goede diagnostiek en behandeling van een bepaalde aandoening. Ze vormen de basis voor de klinische besluitvorming in de spreekkamer en vormen de grondslag voor zorgstandaarden
POH-GGZ	Praktijkondersteuner huisarts – geestelijke gezondheidszorg
Psychose	Een ernstige ontregeling van denken en emoties, waardoor het contact met de werkelijkheid verstoord raakt
Schizofrenie	Een ernstige psychiatrische aandoening, waarbij mensen last hebben van terugkerende psychoses
Screeningsrapport	Rapport over de eerste fase van de systematische doorlichting van een bepaald aandoeningengebied (in dit geval de GGZ)
Sessie	Zitting van een cliënt met een zorgprofessional
SGGZ	Gespecialiseerde GGZ. Geestelijke gezondheidszorg bij de meer ernstige vormen van psychische problematiek
Somatische screening	Een onderzoek gericht op de vroegtijdige opsporing of monitoring van gezondheidsproblemen. Een somatische screening voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening bestaat uit een algemene somatische screening, medicatiemonitoring en een leefstijlanamnese
Systematische review	Overzichtsstudie waarin de uitkomsten van verschillende onderzoeken samen gecombineerd worden
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning, aangaande de zorgverlening gericht op maatschappelijk herstel
Wlz	Wet langdurige zorg
Ziektelast	Impact van de aandoening(en) op de kwaliteit van leven van de cliënt.

Zorgstandaard	Een zorgstandaard beschrijft in algemene termen vanuit het perspectief van de patiënt wat goede zorg is voor mensen met een bepaalde psychische aandoening. Een zorgstandaard geeft de landelijke norm waaraan multidisciplinaire, integrale zorg bij psychische aandoeningen moet voldoen. Dit maakt het voor alle partijen in de brede ggz inzichtelijk wat zij kunnen en mogen verwachten in het zorgtraject. Aan één bepaalde zorgstandaard kunnen meerdere richtlijnen ten grondslag liggen, die bovendien door of onder toezicht van verschillende disciplines zijn opgesteld (bijvoorbeeld psychiaters, psychologen, verpleegkundigen, huisartsen, etc.). Anders dan een richtlijn omvat een zorgstandaard het complete zorgcontinuüm (de ‘patient journey’)
ZPD	Zorg Prestaties en Declaratie
Zvw	Zorgverzekeringswet

Literatuurlijst

1. American Psychiatric Association (APA). Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. Amsterdam 2014. Geraadpleegd op 12 februari 2019 via <https://bit.ly/2SmNVrg>.
2. Zorginstituut Nederland. Screeningsfase Systematische analyse Geestelijke Gezondheidszorg. Diemen 2018. Geraadpleegd op 12 november 2019 via <http://bit.ly/2SZdHkm>.
3. Akwa GGZ. Zorgstandaard Psychose. Utrecht 2017. Geraadpleegd op 21 november 2019 via <http://bit.ly/2HwYKk8>.
4. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Versie 2.0. Utrecht 2012. Geraadpleegd op 18 januari 2019 via <http://bit.ly/2uMoFBN>.
5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and management. National Clinical Guideline Number 178.2014. Geraadpleegd op 1 februari 2019 via <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>.
6. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Surveillance report 2017 – Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management (2014) NICE guideline CG178. 2017. Geraadpleegd op 19 december 2019 via <http://bit.ly/2ueGSaQ>.
7. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2019 exceptional surveillance of psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management (NICE guideline CG178). 2019. Geraadpleegd op 19 december 2019 via <http://bit.ly/2HAfl6Q>.
8. Staring T, van den Berg DP, Schuurmans H, et al. Praten naast pillen: krijgt de patiënt met psychose dat wel? Beschikbaarheid van standaardzorg Cognitieve Gedragstherapie voor psychose (CGTp) anno 2019. VGCT survey.2019. Geraadpleegd op 1 oktober 2019 via <http://bit.ly/2SEfPPs>.
9. Molag M, Beckers T and van de Mortel H. De implementatie van de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie binnen geaccrediteerde FACT-teams: een retrospectief dossieronderzoek. Tijdschr Psychiatr 2018; 60: 521-6.
10. Haddock G, Eisner E, Boone C, et al. An investigation of the implementation of NICE-recommended CBT interventions for people with schizophrenia. J Ment Health 2014; 23: 162-5.
11. Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Multidisciplinaire richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening. Utrecht 2015. Geraadpleegd op 18 december 2019 via <http://bit.ly/2SFoD4s>.
12. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (CVRM). Tweede herziening. Utrecht 2019. Geraadpleegd op 28 december 2019 via <http://bit.ly/2Pk8UsT>.
13. Fan Z, Wu Y, Shen J, et al. Schizophrenia and the risk of cardiovascular diseases: a meta-analysis of thirteen cohort studies. J Psychiatr Res 2013; 47: 1549-56.
14. American Heart Association (AHA). 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease. Dallas, TX 2019. Geraadpleegd op 6 mei 2019 via <http://bit.ly/2Hy7ZAq>.
15. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification. NICE CG181. 2016. Geraadpleegd op 18 december 2019 via <https://www.nice.org.uk/guidance/cg181>.
16. Tobe SW, Stone JA, Anderson T, et al. Canadian Cardiovascular Harmonized National Guidelines Endeavour (C-CHANGE) guideline for the prevention and management of cardiovascular disease in primary care: 2018 update. Canadian Medical Association Journal 2018; 190: E1192-E206.
17. Tiihonen J, Lonnqvist J, Wahlbeck K, et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). Lancet 2009; 374: 620-7.
18. Bartels-Velthuis AA, Visser E, Arends J, et al. Towards a comprehensive routine outcome monitoring program for people with psychotic disorders: The Pharmacotherapy Monitoring and Outcome Survey (PHAMOUS). Schizophr Res 2018; 197: 281-7.
19. Bruins J, Pijnenborg GHM, van den Heuvel ER, et al. Persistent low rates of treatment of metabolic risk factors in people with psychotic disorders: a PHAMOUS study. J Clin Psychiatry 2017; 78: 1117-25.
20. Zorginstituut Nederland. Zinnige Zorg Verbetersignalement PTSS. Posttraumatische stress-stoornis. Diemen 2020. Geraadpleegd op via.

21. Zorginstituut Nederland. Kostenhandleiding: Methodologie van kostenonderzoek en referentieprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg. Diemen 2016. Geraadpleegd op 12 februari 2019 via <https://bit.ly/34GPK6O>.
22. Landelijk Platform GGZ (LP GGZ). Meldactie: Bezuinigingen in de ggz: meer pillen, minder kwaliteit. Utrecht 2015. Geraadpleegd op via <http://bit.ly/39Lczrj>.
23. Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Wetenschappelijke onderbouwing multidisciplinaire richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening. Utrecht 2015. Geraadpleegd op 29 oktober 2019 via <http://bit.ly/2uU8phS>.
24. Saltro. Tarieventool. Geraadpleegd op 1 februari 2020 via <https://saltro.nl/tarieven-tool>.
25. Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Open data van de Nederlandse Zorgautoriteit. Geraadpleegd op 1 februari 2020 via <https://www.opendisdata.nl/>.
26. Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Prestatie- en tariefbeschikking gecombineerde leefstijlinterventie 2020 TB/REG-20618-01. 2019. Geraadpleegd op 1 februari 2020 via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_264711_22/.
27. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Budget impact analyse van gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). Raming van het benodigde budget bij opname van de GLI in de basisverzekering. RIVM Briefrapport 2018-009 2018. Geraadpleegd op 27 maart 2019 via <http://bit.ly/2VoXz1i>.
28. Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2020 - TB/REG-20622-01. Geraadpleegd op 1 februari 2020 via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_274378_22/.
29. Zorginstituut Nederland. Farmacotherapeutisch Kompas. Geraadpleegd op 5 januari 2020 via <https://farmacotherapeutischkompas.nl>.

Colofon

Dit is een uitgave van

Zorginstituut Nederland
Postbus 320
1110 AH Diemen

Afdeling

Sector Zorg1 | Project Zinnige Zorg Psychose

Contact

Programmasecretariaat Zinnige Zorg GGZ
zz-ggz@zinl.nl
www.zorginstituutnederland.nl