



Zorginstituut Nederland

Screeningsfase

Systematische analyse

Geestelijke Gezondheidszorg

Zinnige Zorg | ICD-10: V (F00-F99)

DATUM: 3 JULI 2018 | STATUS: 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. Niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk. En dat daarvoor geen onnodige kosten worden gemaakt.

Daarom maakt het Zorginstituut systematische doorlichtingen van de zorg. We beoordelen of diagnostiek en (therapeutische) interventies op een patiëntgerichte, effectieve en doelmatige manier worden ingezet.

We bespreken onze bevindingen met zorgverleners, patiënten, zorginstellingen, zorgverzekeraars en collega-overheidsorganisaties. Samen met hen onderzoeken we wat nodig is om de zorg voor de patiënt 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	5
1 Zorg voor mensen met psychische klachten en stoornissen	6
2 Selectie van de verdiepingsonderwerpen	13
3 Zorgtraject psychose	16
4 Zorgtraject PTSS	21
5 Het vervolg van de verdiepingsfase	26
Bijlagen	
1 Sreeningsproces	27
2 Overzicht betrokken patiënt-, beroeps- en brancheorganisaties	28
3 Methodiek Zinnige Zorg	29
4 Lijst met signalen	35
5 Analyse van waarderingen over de GGZ op Zorgkaartnederland	38
6 Reacties schriftelijk consultatie	43
7 Het zorgnetwerk voor mensen met psychische klachten en stoornissen	51
Literatuurlijst	52

Samenvatting

Zorginstituut Nederland brengt dit screeningsrapport uit in het kader van het programma Zinnige Zorg, de verzamelnaam voor systematische doorlichtingen van het verzekerde pakket. Het rapport beschrijft de uitkomsten van de screeningsfase van de systematische doorlichting van het zorggebied Geestelijke gezondheidszorg (GGZ). In de screeningsfase zijn twee onderwerpen geselecteerd. Het betreft onderwerpen waarvoor aanwijzingen zijn dat, door meer gepast gebruik van zorg, de kwaliteit voor de patiënt verbetert en/of onnodige kosten kunnen worden vermeden.

Zorgtraject Psychose

Psychoses gaan gepaard met een hoge ziektelast. De systematische analyse geeft aanwijzingen dat de diagnose en behandeling van lichamelijke klachten bij mensen met psychoses achterblijven, waardoor hun lichamelijke gezondheid afneemt. Ook lijkt het voorschrijven en monitoren van antipsychotica en bijkomende medicatie niet altijd volgens de richtlijnen te gebeuren. Daardoor zou het risico op vermijdbare bijwerkingen toe kunnen nemen. De aanwijzingen zijn het sterkst voor patiënten die langdurig last hebben van psychoses en de gevolgen hiervan. Deze laatste groep alleen omvat al ruim honderdduizend patiënten. Jaarlijks wordt in de GGZ ruim een half miljard euro uitgegeven aan de behandeling van mensen met psychoses.

Zorgtraject PTSS

Bij patiënten die zich met psychische problemen melden voor hulp worden de gevolgen van traumatische ervaringen niet altijd herkend en behandeld. Dit is het best onderzocht voor de posttraumatische stressstoornis (PTSS). Op basis van de systematische analyse lijkt de zorg voor mensen met PTSS op een aantal punten in het zorgtraject beter te kunnen. Dit betreft onder andere meer richtlijnconforme behandeling van mensen met PTSS en de zorg voor mensen met PTSS die ook andere psychische stoornissen hebben. Er zijn onderbouwde aanwijzingen gevonden die doen vermoeden dat er zinniger zorg mogelijk is voor een grote groep patiënten met psychische problemen, met elk een flinke ziektelast. PTSS leidt ook tot aanzienlijke maatschappelijke kosten, waarvan een deel mogelijk vermijdbaar is.

In de verdiepingsfase van het programma Zinnige Zorg GGZ worden deze onderwerpen nader onderzocht.



Inleiding

Waar gaat dit screeningsrapport over?

Zorginstituut Nederland brengt dit screeningsrapport uit in het kader van het programma Zinnige Zorg, de verzamelnaam voor systematische doorlichtingen van het verzekerde pakket. Bij een systematische doorlichting kijken we samen met partijen in de zorg waar de zorg verbeterd kan worden. Uitgangspunt is het perspectief van de patiënt en de zorg die deze nodig heeft.

Dit rapport beschrijft de eerste fase (screening) van de systematische doorlichting van de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Het doel van de screeningsfase is onderwerpen te identificeren waarvoor aanwijzingen zijn dat, door meer gepast gebruik van zorg, de kwaliteit voor de patiënt beter kan en onnodige kosten vermeden kunnen worden. In de screeningsfase selecteren we enkele onderwerpen die in de volgende fase (verdieping) nader worden onderzocht. In hoofdstuk 2 wordt toegelicht hoe de onderwerpen zijn geselecteerd.

Hoe verhoudt Zinnige Zorg GGZ zich tot andere landelijke GGZ-trajecten?

In de GGZ zijn de afgelopen jaren diverse trajecten gestart die de bevordering van gepast gebruik van zorg tot doel hebben. Een groot deel van deze activiteiten vindt plaats onder de vlag van de 'Agenda ggz voor gepast gebruik en transparantie'. Er wordt o.a. gewerkt aan de inrichting van een platform met keuze-informatie voor patiënten. In juli 2017 besloten GGZ-partijen tot de oprichting van een kwaliteitsinstituut GGZ, AKWA. AKWA heeft als kerntaken de (door)ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsstandaarden en kwaliteitsregistraties. Voor het traject Zinnige Zorg GGZ stemmen we met partijen zorgvuldig af dat we geen zaken dubbel doen en - waar van toepassing - bij lopende trajecten aansluiten. De relatie tussen de zorgstandaarden zoals die ontwikkeld zijn door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ en het traject Zinnige Zorg GGZ vraagt bijzondere aandacht. Zinnige Zorg GGZ onderzoekt namelijk of de zorg zoals omschreven in o.a. richtlijnen en standaarden in de praktijk ook daadwerkelijk zo wordt uitgevoerd. En indien dit niet het geval blijkt dan worden er gezamenlijk verbeteracties geformuleerd. De zorgstandaarden zijn recent (en nog niet allemaal) gepubliceerd. Het is dan ook te vroeg om te kunnen toetsen wat de uitwerking is in de praktijk. Desalniettemin nemen we de informatie uit de zorgstandaarden mee in onze analyses, om zodoende zoveel mogelijk aan te sluiten bij wat volgens patiënten, naasten en professionals op dit moment goede zorg is.

Leeswijzer

Het screeningsrapport geeft in hoofdstuk 1 een cijfermatig en contextueel overzicht van de geestelijke gezondheidszorg en mensen met psychische problemen. In hoofdstuk 2 wordt toegelicht hoe de onderwerpen zijn geselecteerd. In hoofdstuk 3 en 4 worden de geselecteerde verdiepingsonderwerpen nader toegelicht. In hoofdstuk 5 wordt kort het vervolg geschetst, de verdiepingsfase. Diverse bijlagen geven specifiekere informatie over proces en inhoud van de screeningsfase.

1 Zorg voor mensen met psychische klachten en stoornissen

Veel Nederlanders hebben te maken met psychische klachten en stoornissen. De impact daarvan is groot: de beperkingen die zij in het dagelijks functioneren ervaren zijn vaak (zeer) ernstig. De maatschappelijke kosten zijn hoog. Veel mensen met psychische klachten en stoornissen krijgen professionele zorg én informele zorg van naasten. Hieraan zijn aanzienlijke kosten verbonden. Daarnaast leiden ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid van mensen met psychische problemen tot een belangrijk verlies aan arbeidsproductiviteit. Het gebruik van enige vorm van GGZ door volwassenen is in de periode 2013-2015 toegenomen, vooral omdat steeds meer mensen zorg krijgen van de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) in de huisartsenpraktijk. De kosten per patiënt zijn gedaald, vooral door een verschuiving van gespecialiseerde GGZ naar POH-GGZ en generalistische basis GGZ.

1.1 Hoeveel Nederlanders hebben psychische klachten en problemen?

Veel mensen maken in hun leven periodes mee waarin zij te maken hebben met psychische klachten en problemen, zoals angst, depressiviteit, slapeloosheid of chronisch alcoholgebruik. Bijna de helft (43 procent) van de Nederlanders krijgt in zijn leven te maken met een psychische stoornis.² Van een stoornis is volgens de DSM^a sprake wanneer psychische klachten tot gevolg hebben dat er sprake is van klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren^{b,3}.

Op basis van zorgregistraties en epidemiologisch bevolkingsonderzoek is het volgende bekend:

- In 2015 stonden bij de huisartsen circa 550 duizend mensen met psychische klachten, zonder dat er sprake was van een gediagnosticeerde psychische stoornis. Angst-, spannings- en depressieve klachten kwamen daarbij het meest voor.⁴ In dat jaar bezochten ongeveer 430 duizend volwassenen de POH-GGZ (zie figuur 4).
- Daarnaast stonden er bij de huisarts circa 240 duizend patiënten een gediagnosticeerde psychische stoornis geregistreerd.⁴ Op basis van declaratiegegevens werden in 2015 naar schatting 750 duizend volwassenen behandeld in de generalistische basis of gespecialiseerde GGZ (zie figuur 4).
- In de algemene bevolking tussen de 19 en 64 hebben jaarlijks ongeveer 1,9 miljoen mensen een psychische stoornis. Het gaat hierbij om mensen met angststoornissen, stemmingsstoornissen, middelenstoornissen (verslaving) en aandachtstekort- of gedragsstoornissen (figuur 1). In deze NEMESIS-cijfers zijn de gegevens van psychotische stoornissen^c en persoonlijkheidsstoornissen^d niet opgenomen. Deze 1,9 miljoen mensen melden zich niet allemaal bij een zorgaanbieder, en hun stoornis is ook niet altijd gediagnosticeerd.²

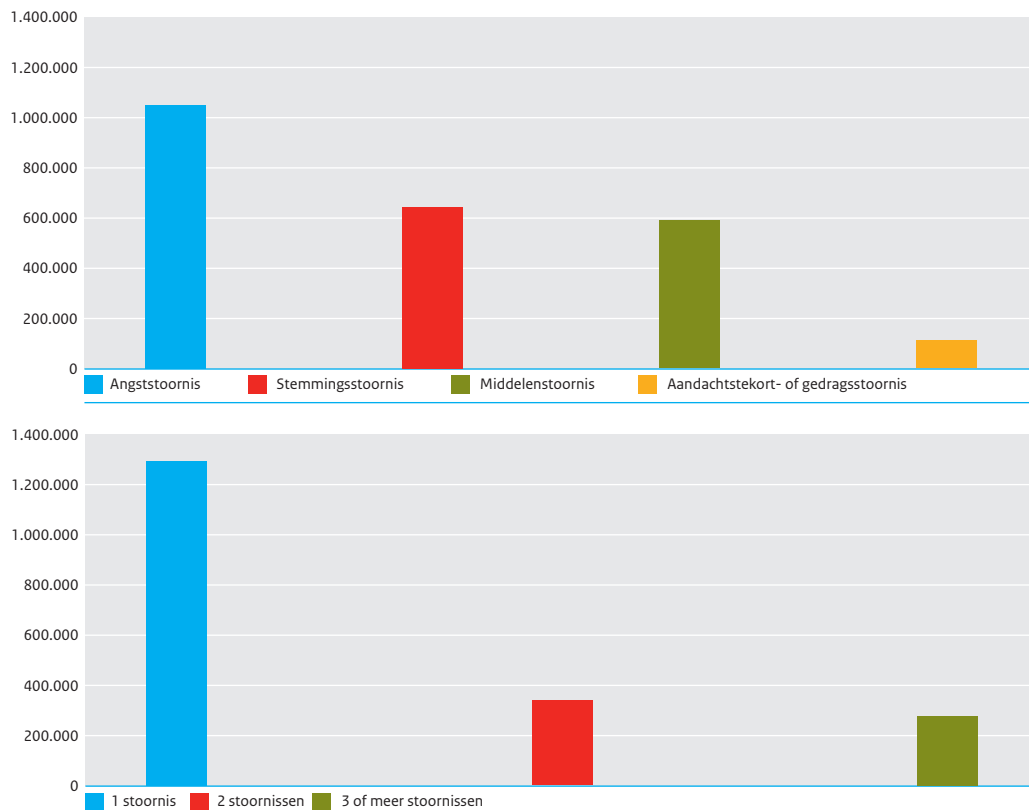
a De DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, is een classificatiesysteem voor psychische stoornissen. Het biedt een geclusterde beschrijving van alle stoornissen op basis van symptomen.

b DSM-5, American Psychiatric Association, blz. 72: De definitie luidt: Een psychische stoornis is een syndroom, gekenmerkt door klinisch significante symptomen op het gebied van de cognitieve functies, de emotieregulatie of het gedrag van een persoon, dat een uiting is van een disfunctie in de psychologische, biologische of ontwikkelingsprocessen die ten grondslag liggen aan het psychische functioneren. Psychische stoornissen gaan gewoonlijk gepaard met significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren op sociaal of beroepsmatig gebied of bij andere belangrijke bezigheden. In dit classificatiesysteem zijn voor de verschillende psychische aandoeningen nadere criteria op basis van wetenschappelijke inzichten geformuleerd.

c In NEMESIS-2 is deze stoornis niet meegenomen, zie verder hoofdstuk 3.

d In NEMESIS-2 wordt de lifetime prevalentie van borderline en antisociale persoonlijkheidsstoornissen geschat op respectievelijk 1,1 en 3 procent, of 145 duizend respectievelijk 400 duizend. Bij de huisarts staan ongeveer 180 duizend patiënten met een persoonlijkheidsstoornis geregistreerd.^{4,6} Op basis van internationale cijfers wordt de prevalentie van alle persoonlijkheidsstoornissen in Nederland geschat in de range van 5 tot 10 procent te liggen oftewel circa 650 duizend – 1,3 miljoen volwassenen.⁷ Vaak komen persoonlijkheidsstoornissen in combinatie met andere psychische aandoeningen voor die wel in NEMESIS gerapporteerd zijn, zoals angst, depressie, verslaving, ADHD of posttraumatische stressstoornis (PTSS).

Figuur 1 Aantallen mensen met actuele psychische stoornissen naar hoofdgroep (boven) en aantal stoornissen (onder)



Bron: Trimbos-instituut, NEMESIS-2, 2010, www.nemesis-2.nl

1.2

Wat is de impact van psychische klachten en stoornissen op patiënten?

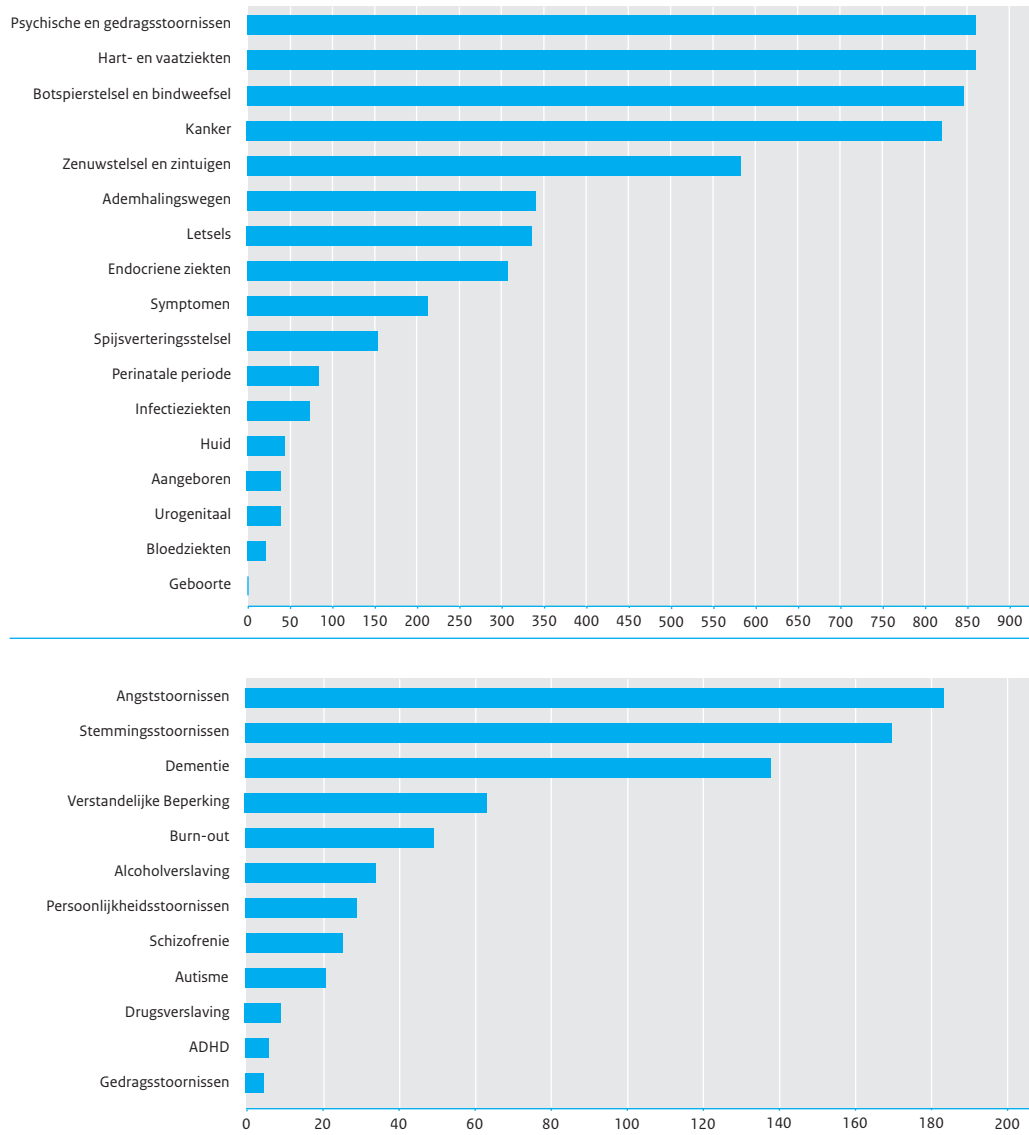
Psychische stoornissen hebben een grote impact op het leven van betrokkenen en hun directe omgeving. Drie op de tien mensen met een psychische stoornis hebben ernstige klachten; zij ervaren (zeer) ernstige beperkingen in het functioneren op ten minste twee van de volgende gebieden: huishouden, werk en sociale contacten.⁵

Met ziektebelasting berekenen we de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie die veroorzaakt wordt door ziekten^e. Er is sprake van een hoge ziektebelasting als de aandoening veel voorkomt, lang duurt en relatief ernstig is en/of veel sterfte veroorzaakt. Psychische stoornissen vormen de groep ziekten met de hoogste ziektebelasting binnen de totale Nederlandse bevolking (figuur 2).

De ziektebelasting voor psychische klachten en stoornissen is groot omdat:

- veel mensen een dergelijke aandoening hebben. Dit wordt mede verklaard doordat de aandoeningen vaak lang duren (de gemiddelde behandelduur is circa 17,5 maand).⁸ Psychische klachten en stoornissen ontstaan vaak al op jonge leeftijd en keren vaak weer terug. Angststoornissen en depressieve stoornissen behoren tot de top vijf van aandoeningen die jaarlijks het meest in Nederland voorkomen.²
- de gevolgen van psychische klachten en stoornissen relatief ernstig zijn, zoals bij schizofrenie. Schizofrenie gaat gepaard met het grootste verlies van kwaliteit van leven van alle 45 psychische en lichamelijke aandoeningen waarvoor het RIVM de collectieve ziektebelasting bepaalt.⁹

^e Ziektebelasting wordt uitgedrukt in DALY's (Disability Adjusted Life Years), een maat voor verloren levensjaren ten gevolge van vroegtijdige sterfte of verlies van kwaliteit van leven. Eén DALY staat daarbij gelijk aan één verloren levensjaar en wordt berekend op basis van prevalentie, ernst en duur van de aandoening.

Figuur 2 Ziektelast in DALY's^f naar groepen van ziekten (boven) en afzonderlijke ziekten (onder)

Bron: RIVM, Volksgezondheid en zorg - Data ziektelast 2015, 2015, www.volksgezondheidenzorg.info

1.3

Wat zijn de maatschappelijke kosten van psychische klachten en stoornissen?

Psychische klachten hebben belangrijke maatschappelijke gevolgen. Eén derde van de mensen met een psychische stoornis maakt gebruik van enigerlei zorg vanwege psychische problemen.² Deze zorg omvat zowel GGZ en algemene gezondheidszorg (huisarts) als meer informele zorg door bijvoorbeeld telefonische hulpdiensten. Naarmate mensen meer ernstige psychische problemen hebben, maken ze vaker gebruik van zorgvoorzieningen, zowel binnen de algemene gezondheidszorg als binnen de GGZ.⁵

- De kosten van GGZ ten laste van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz) bedroegen in 2015 bijna 4 miljard euro voor ongeveer één miljoen patiënten (zie ook paragraaf 1.5).
- Van deze patiënten krijgt bijna veertig procent antidepressiva, anxiolytica en/of antipsychotica voorgeschreven en haalt deze ook af bij de apotheek.^{10,11}
- De kosten van medicamenteuze behandeling binnen de GGZ bedroegen 390 miljoen euro in 2015.¹²

^f Zie voetnoot e.

- Daarnaast dragen gemeenten en het ministerie van Justitie en Veiligheid kosten voor GGZ en psychosociale ondersteuning. De kosten van gemeenten bedroegen voor jeugdhulp 3,1 miljard euro en voor maatschappelijke ondersteuning 5,6 miljard euro in 2015. Daarnaast besteedden gemeenten circa 4 miljard euro aan algemene voorzieningen en persoonsgebonden budgetten (pgb's) op het terrein van maatschappelijke ondersteuning en jeugdzorg, die niet zijn toe te rekenen aan deze beide beleidsterreinen. Welk deel van deze genoemde bedragen voor jeugdhulp, maatschappelijke ondersteuning en algemene voorzieningen/pgb's precies GGZ betreft, is niet bekend.¹³ De kosten van het ministerie van Justitie en Veiligheid voor GGZ aan justitiabelen bedroegen in 2015 circa 650 miljoen euro.¹⁴
- Ook aan zorg verleend door mantelzorgers zijn kosten verbonden; wat deze bedragen, is niet bekend.

Mensen met psychische stoornissen verzuimen vaker dan mensen die deze aandoening niet hebben. Het gaat gemiddeld om ongeveer 10,5 extra verzuimdagen per jaar. De kosten van het totale verzuim door enigerlei psychische aandoeningen bedragen per miljoen werkenden naar schatting 1,6 miljoen dagen per jaar, wat overeenkomt met 360 miljoen euro (referentiejaar 2008).¹⁵

Psychische klachten en stoornissen kunnen er toe leiden dat werken deels of geheel onmogelijk is. Voor circa 40 procent van de mensen die in 2016 instroomden in de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WIA) is een psychische stoornis de belangrijkste reden. Ook mensen die gebruik maken van een WAJONG-regeling hebben vaak een psychische klachten (circa 20 procent).¹⁶

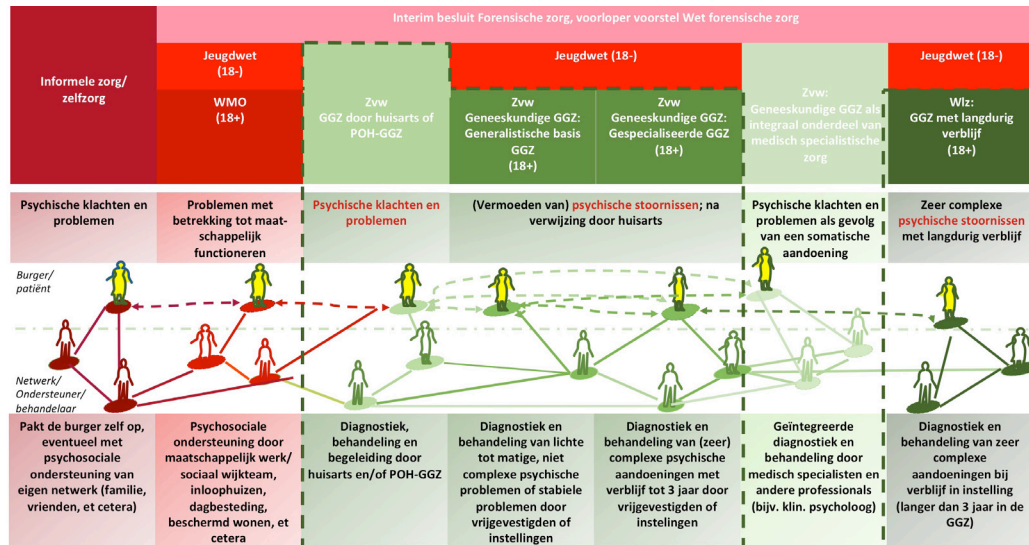
1.4

Welke zorg is er voor mensen met psychische klachten en stoornissen?

Mensen met een psychische stoornis kunnen een beroep doen op verschillende zorgvormen (zie figuur 3). Allereerst is dat de informele zorg door familie en vrienden. Daarnaast zijn er verschillende vormen van professionele ondersteuning van huisarts tot gespecialiseerde zorgaanbieders, waar ambulante en/of hulp met verblijf wordt geboden.

De afgelopen jaren hebben overheid, GGZ-aanbieders en zorgverzekeraars ingezet op het versterken van de huisartsenzorg, onder andere door de introductie van de POH-GGZ en de generalistische basis GGZ. Ook is gestuurd op het afbouwen van zorg met verblijf. Daarnaast vervullen gemeenten op grond van de WMO en Participatiewet een belangrijke regierol bij het vergroten van de participatie van mensen met een psychische klachten en stoornissen. Van gemeenten wordt verwacht dat zij, waar nodig, deze mensen helpen bij het verkrijgen van betaalde arbeid, vrijwilligerswerk, psychosociale zorg en/of mantelzorg.

Figuur 3 Het zorgnetwerk voor mensen met psychische klachten en stoornissen



Toelichting bij figuur 3:

- Afhankelijk van hun zorgvraag kunnen mensen met psychische klachten en stoornissen te maken hebben met veel hulpverleners en mantelzorgers, die steeds vaker in zorgnetwerken opereren.
- Daarnaast leveren ook andere eerstelijns zorgverleners zorg aan mensen met psychische klachten en stoornissen, zoals apothekers, verpleegkundigen, verzorgers en paramedisch personeel.
- Huisartsen vormen in de regel voor mensen met psychische klachten en stoornissen de centrale spil; de huisartsenzorg inclusief de zorg die door de POH-GGZ wordt geleverd, wordt voor alle Nederlanders vergoed op grond van de Zwv.
- Huisartsen kunnen mensen waarbij ze een psychische stoornis vermoeden zo nodig verwijzen naar de generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ. Deze zorg wordt geleverd door instellingen of vrijgevestigde GGZ-professionals. Voor mensen van 18 jaar en ouder, wordt deze zorg vergoed in het kader van de Zwv of de Wlz wanneer er sprake is van GGZ-behandeling met verblijf langer dan drie jaar.
- Voor de organisatie en de bekostiging van de jeugdhulp inclusief GGZ (18-) zijn sinds 2015 de gemeenten verantwoordelijk.
- Gemeenten dragen in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Participatiewet ook zorg voor psychosociale ondersteuning aan mensen met psychische klachten (18+); zij zetten daarvoor onder andere maatschappelijk werk/sociale wijkteams, inloophuizen, dagbesteding en beschermd wonen in.
- Forensische zorg bestaat uit GGZ voor mensen die een strafbaar feit hebben gepleegd of daarvan worden verdacht, wordt georganiseerd en bekostigd door het Ministerie van Justitie en Veiligheid (Dienst Justitiële Inrichtingen).
- In deze systematische doorlichting staat de GGZ die geleverd wordt in het kader van de Zwv en de Wlz centraal; geneeskundige GGZ als integraal onderdeel van (soma) medisch specialistische zorg is daarbij buiten beschouwing gelaten (zie kader). Dat geldt even zo voor de algemene dienstverlening en zorg waar mensen met psychische klachten en stoornissen gebruik van kunnen maken.

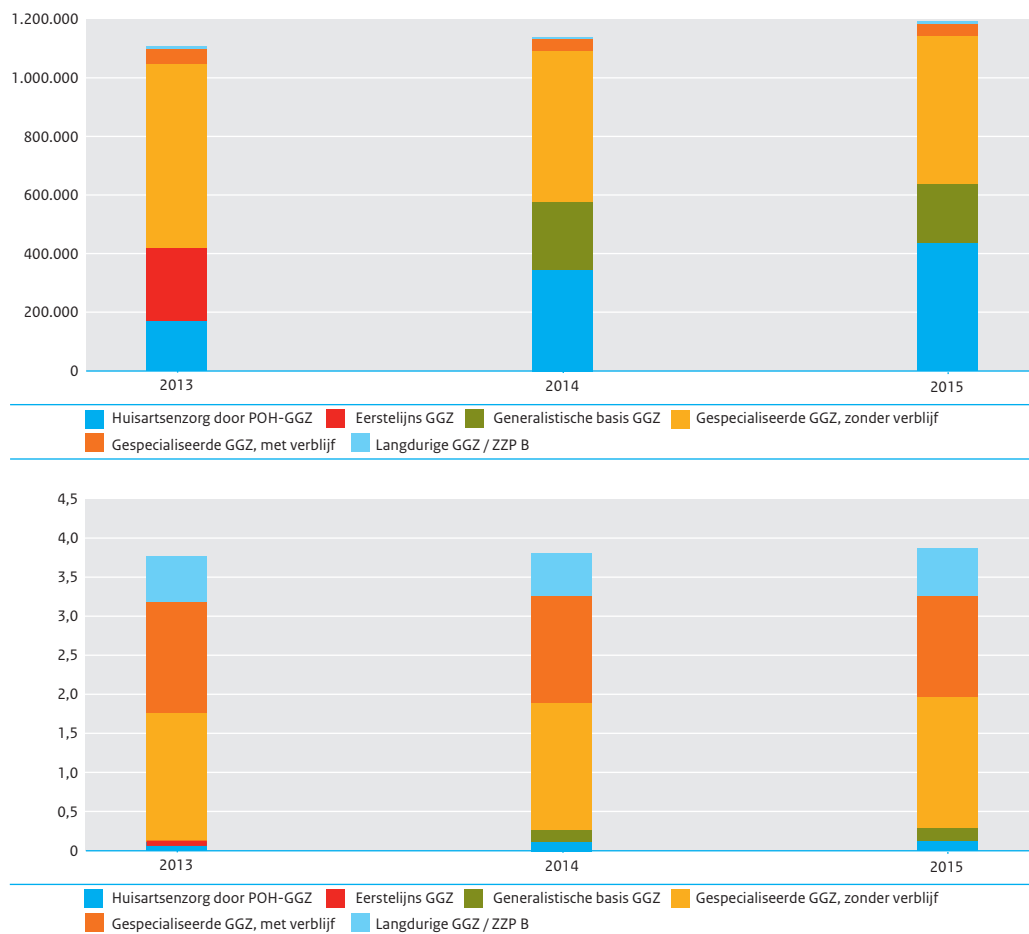
1.5 Wat is het GGZ-gebruik en wat zijn de kosten voor volwassenen?

De wijzigingen in beleid, organisatie en bekostiging van de zorg komen terug in de cijfers over volume en kosten van GGZ die bekostigd worden via de Zwv en Wlz. In 2015 maakten ruim één miljoen volwassenen gebruik van de GGZ (inclusief POH-GGZ).¹⁷

In de periode 2013-2015 nam het gebruik door mensen van 18 jaar en ouder van één of meer vormen van GGZ toe met 7 procent (zie figuur 4)⁸. Deze groei wordt verklaard doordat ruim 2,5 keer zo veel mensen hulp krijgen van de POH-GGZ. Het aantal volwassen mensen dat in de gespecialiseerde GGZ werd opgenomen nam in deze periode met ruim 5 procent af.¹⁷ Een actueel punt van zorg vormen de toenemende wachtlijsten; door overheid en veld wordt gewerkt aan het reduceren daarvan.¹⁸

g Het aantal unieke mensen dat behandeld wordt in de GGZ inclusief POH-GGZ is lager, omdat er een beroep op meerdere zorgvormen kan worden gedaan. Anderzijds zijn er mensen met een psychische aandoening die zorg ontvangen van enkel de huisarts; dit aantal patiënten is niet zichtbaar in de hier gebruikte declaratiedata.

Figuur 4 Aantal volwassen mensen dat gebruik maakt van GGZ ten laste van Zvw / Wlz (boven) en de hieraan gerelateerde kosten in miljarden euro's (onder)



Bron: Vektis, Zorgthermometer ggz, 2017, www.vektis.nl (aantallen) en Zorginstituut (kosten).

De totaal gedeclareerde kosten vormen een afspiegeling van het geleverde zorgvolume. Deze zijn in dezelfde periode met slechts circa 2 procent toegenomen door een verschuiving van duurdere gespecialiseerde GGZ naar de generalistische basis GGZ en de huisarts/POH-GGZ. De totaal door de zorgverzekeraars vergoede kosten lieten een groei zien van van bijna 5 procent (zie figuur 4)^h.ⁱ Definitieve cijfers over 2016 en 2017 zijn nog niet beschikbaar.

Een belangrijk deel van de kosten wordt gemaakt voor mensen die worden aangeduid als patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA). Veel van deze patiënten hebben een psychotische stoornis. Ook angst, depressie, persoonlijkheidsstoornissen en autisme en verslaving komen veel voor. Vektis bracht deze groep in 2015 nader in beeld: in totaal zijn er circa 221 duizend patiënten met een EPA van 18 jaar en ouder. Zij ondervinden als gevolg van hun psychische klachten belangrijke beperkingen in het dagelijks leven, onder andere met werken, leren, wonen en sociale contacten. De zorgkosten van EPA-patiënten ten laste van de Zvw en Wlz zijn hoog: gemiddeld 21.000 euro per patiënt in 2015. In dit bedrag zijn onder andere GGZ-kosten, kosten voor somatische zorg en kosten voor medicatie opgenomen. De GGZ-kosten van EPA-patiënten beslaan circa 49 procent van de totale GGZ-kosten in de Zvw.¹⁹

^h Totaal vergoede kosten kunnen afwijken van gedeclareerde kosten vanwege de invloed van contractafspraken tussen verzekeraars en aanbieders en diverse controles achteraf. Op de vergoede kosten in 2014 en 2015 kan nog een nadere correctie komen.

ⁱ De totaal vergoede kosten weken in 2013 het meest af van de gedeclareerde kosten. Dit verklaart het verschil in groei tussen gedeclareerde en vergoede kosten.

De kosten van de GGZ zijn niet hoog in relatie tot de ziektelast van psychische aandoeningen (zie paragraaf 1.2). Uit diverse onderzoeken blijkt dat deze ziektelast door GGZ-interventies, met een gunstige verhouding tussen kosten van de behandeling en de effecten daarvan, kan worden gereduceerd. Bij de effecten gaat het dan niet alleen om het wegnemen dan wel verminderen van de beperkingen (ziektelast), maar ook om baten zoals minder ziekteverzuim en minder criminaliteit.^{20,21}

1.6

Hoe waarden mensen met psychische klachten en stoornissen hun zorg?

Bijna zeven op de tien mensen met een psychische stoornis die op enig moment van hun leven hulp voor hun aandoening nodig hadden, geven aan daar baat bij te hebben gehad.²² Een analyse van ruim 3.000 reacties op Zorgkaart Nederland door het Zorginstituut (zie bijlage 5) laat zien dat mensen met een psychische aandoening de zorg door huisarts, GGZ-instelling of vrijgevestigde professional hoog waarderen, meestal met een cijfer tussen de acht en tien. Deze scores komen overeen met scores die GGZ-instellingen meten met behulp van de CQ-index.²³

Uit een onderzoek onder ruim 1.300 leden van het panel Psychisch gezien, bedoeld voor mensen van 18 jaar en ouder met langdurige psychische problemen, blijkt dat zij hun zorgverleners een ruime voldoende geven.²⁴ Van de panelleden ontvangt 90 procent zorg; zij geven de verschillende zorgvormen een gemiddeld rapportcijfer dat varieert tussen een 5,9 (intensieve thuisbehandeling) en 7,2 (huisartsenzorg). De zorg geleverd door een GGZ-instelling of vrijgevestigde professional waarderen zij met gemiddeld een zeven.

2 Selectie van de verdiepingsonderwerpen

2.1 Wat zijn de algemene kaders van Zinnige Zorg en Zinnige Zorg GGZ?

Zorginstituut Nederland is in 2013 gestart met het programma Zinnige Zorg. Periodiek worden alle ICD-10 gebieden op een systematische wijze doorgelicht.²⁵ In 2016 is besloten te starten met de screening van het ICD-gebied 'Psychische stoornissen en gedragsstoornissen': het programma Zinnige Zorg GGZ. De afbakening van het zorggebied hebben we niet gebaseerd op de ICD-10, maar op de DSM-5. Dit sluit beter aan bij de Nederlandse praktijk¹. Gezien de taken van het Zorginstituut beperken de systematische analyses zich tot de zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet Langdurige Zorg (Wlz).

2.2 Wat was de werkwijze Zinnige Zorg GGZ in de screeningsfase?

De analyse in de screeningsfase is uitgevoerd aan de hand van de acht invalshoeken die het Zorginstituut heeft geïdentificeerd als 'elementen van goede zorg' (zie bijlage 3 voor een uitgebreide beschrijving).

De acht elementen zijn:

- kenbaarheid van zorg
- toepassing in de praktijk
- uitkomsten van zorg
- effectiviteit
- kosteneffectiviteit
- noodzakelijkheid
- uitvoerbaarheid
- samenhang in kwaliteitscirkels

Deze elementen zijn gebaseerd op de kwaliteits- en pakketbeheertaken van het Zorginstituut. In de screeningsfase stonden vooral mogelijke afwijkingen tussen de elementen 'kenbaarheid van zorg' en 'toepassing in de praktijk' centraal (zie kader).

Met *kenbaarheid van zorg* bedoelen we:

- Wat is er bekend over wat goede zorg is voor een bepaalde aandoening?
- Wat we weten over de beschikbaarheid van (inter)nationale kwaliteitsstandaarden (zoals richtlijnen), meetinstrumenten (vragenlijsten en indicatoren) en informatiestandaarden? Is deze informatie vindbaar?
- Hoe stevig is de onderbouwing van de richtlijnen, onder andere op basis van wetenschappelijk onderzoek?
- Wat is de aansluiting tussen bijvoorbeeld de NHG-standaarden en de multidisciplinaire GGZ-richtlijnen en zorgstandaarden?

Bij *toepassing in de praktijk* gaan we aan de hand van verschillende bronnen (zoals declaratiedata, publicaties) na:

- Hoe vindt de uitvoering van de zorg in de praktijk plaats? (waaronder de aansluiting tussen eerste en tweede lijn)
- Wat zeggen experts hierover?

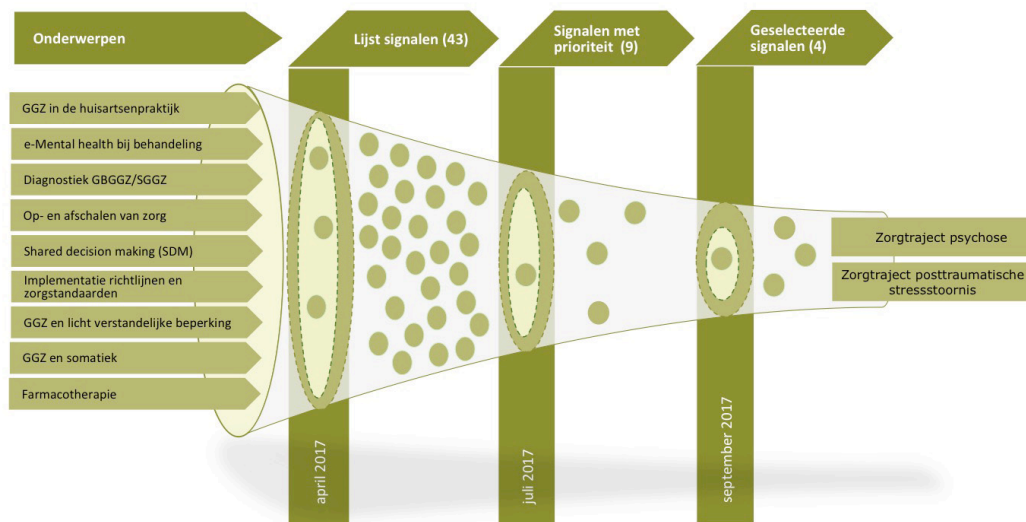
In de verdieping zullen ook de andere elementen van goede zorg uitgebreider aan de orde komen, waaronder het element 'uitkomsten van zorg'. Eerder is door veldpartijen afgesproken om dit met Routine Outcome Monitoring (ROM) stelselmatig in beeld te brengen. De aanlevering van deze gegevens is echter opgeschort, als gevolg van discussie over de aanlevering. Dit zal mogelijk ook effect hebben op de verdiepings- en evaluatiefase van dit traject, als we deze gegevens dan niet (op macro-niveau) tot onze beschikking hebben.

¹ Alle hoofdgroepen uit de DSM-5 zijn in de screening meegenomen, met nadruk op de stoornissen met een hoge ziektelast en/of stoornissen die een grote groep patiënten treffen. Er is minder aandacht besteed aan de stoornissen:

- die vooral kinderen en jeugdigen betreffen. Gezien de afbakening Zvw/Wlz ligt de focus voornamelijk op de zorg voor volwassenen.
- waarvan de behandeling op dit moment niet vanuit de geneeskundige GGZ behandeld of vergoed wordt.
- die voornamelijk ouderen betreffen (hoofdgroep Neurocognitieve stoornissen, in het bijzonder de uitgebreide neurocognitieve stoornis (voorheen: dementie)). Dit aandachtsgebied is binnen Zorginstituut Nederland bij team Ouderenzorg belegd.

De tussentijdse resultaten van deze systematische analyse zijn regelmatig met patiënten, zorgprofessionals, instellingen, zorgverzekeraars en overheid afgestemd. In bijlage 1 vindt u een schematische weergave van het selectieproces en de betrokken partijen. De screeningsfase heeft geleid tot de selectie van twee verdiepingsonderwerpen, in figuur 5 wordt dit proces weergegeven.

Figuur 5 Van signalen naar verdiepingsonderwerpen



2.3

Hoe zijn de onderwerpen geselecteerd?

Aan de hand van de thema's en specifieke aandoeeningen (DSM-afbakening) die partijen aandroegen als aandachtspunten voor de systematische analyse is gezocht naar aanwijzingen voor verbeterpotentieel. Hiervoor werden diverse informatiebronnen gebruikt: patiënten, experts, media en data. Dit resulteerde in een lijst met 43 signalen (bijlage 4). Deze signalen zijn op hoofdlijnen gescreend aan de hand van de volgende vragen:

- Wat is het aantal patiënten?
- Om welke kosten gaat het?
- Hoe groot is de ziektelast?
- Wat is de impact voor de patiënt?
- Is dit signaal (vaak) genoemd in gesprekken met partijen uit de GGZ?
- Kan het onderbouwd worden op basis van data/literatuur?
- Wat gebeurt er al op dit onderwerp?
- Kunnen wij hieraan bijdragen vanuit de taken van het Zorginstituut?

Met de antwoorden op deze vragen konden we de 43 signalen terugbrengen tot negen signalen. In overleg met partijen zijn die geprioriteerd en teruggebracht tot vier signalen (zie bijlage 4, gearceerde signalen). Deze signalen betroffen de gevolgen van psychotrauma, behandeling van mensen met psychische problemen en een verstandelijke beperking, diagnostiek en irrationeel gebruik van medicijnen in de GGZ. Deze vier signalen zijn vervolgens uitgebreider geanalyseerd aan de hand van de hierboven genoemde vragen. Deze analyse leidde tot de selectie van twee verdiepingsonderwerpen.

2.4

Welke onderwerpen zijn geselecteerd?

De keuze voor zorgtrajecten

Het is binnen de Zinnige Zorg-methodiek gebruikelijk om uit te gaan van zorgtrajecten. Dit geeft de mogelijkheid om het gehele traject dat voor een bepaalde patiëntengroep is ingericht te doorlopen. Hierbij krijgen ook meer organisatorische en zorglogistieke aspecten die van invloed zijn op deze zorg de

aandacht, zoals bijvoorbeeld wachtlijsten en verwijs- en consultatieproblemen. Op basis van de signalen die we verzameld hebben, is gekozen voor de zorgtrajecten Psychose en PTSS. Bij de door partijen in deze screening aangedragen onderwerpen voor Zinnige Zorg gaat het vaak om onderwerpen die bij vrijwel alle zorgtrajecten een rol spelen, zoals diagnostiek, herkenning en behandeling van een licht verstandelijke beperking (LVB) en psychotrauma en samen beslissen (zie paragraaf 2.3). Door een specifiek zorgtraject als uitgangspunt te nemen, maken we deze onderwerpen meer concreet. In dit rapport presenteren we binnen de zorgtrajecten Psychose en PTSS enkele signalen voor zinnigere zorg. Dit zijn de signalen die we binnen de randvoorwaarden van deze screening het best konden onderbouwen aan de hand van richtlijnen/zorgstandaarden en gegevens over toepassing in de praktijk.

In de verdiepfingsfase staan de gekozen zorgtrajecten vanuit het perspectief van de patiënt centraal en niet uitsluitend de in de screeningsfase uitgewerkte signalen. Ook zal daarbij aandacht worden besteed aan comorbiditeit, die veelvuldig voorkomt, en de noodzakelijke samenhang tussen de Zvw en andere zorgdomeinen. Op basis van nader onderzoek en afstemming met partijen kan opnieuw een keuze worden gemaakt ten aanzien van verder te onderzoeken onderwerpen en te selecteren verbeterpunten. Uit eerdere Zinnige Zorg-trajecten is bekend dat sommige van de verbeteracties die in de verdiepfingsfase worden afgesproken generaliseerbaar zijn, dat wil zeggen dat ze niet alleen op deze specifieke patiëntengroep(en) van toepassing zijn maar mogelijk breder toegepast kunnen worden.

Zorgtraject Psychose

We verzamelden diverse signalen over mogelijkheden voor verbetering van farmacotherapie in de GGZ (waaronder antipsychotica). Het signaal dat patiënten met een EPA langdurig meerdere (psycho)farmaca naast elkaar gebruiken, konden we onderbouwen. De onderbouwing van dit signaal was het sterkst voor antipsychotica. Het signaal vond veel weerklank bij de betrokken partijen en geraadpleegde deskundigen. Dit signaal is in combinatie met het signaal over de lichamelijke gezondheid bij mensen met psychotische klachten, meegenomen in het verdiepfingsonderwerp zorgtraject Psychose. Dit onderwerp wordt verder toegelicht in hoofdstuk 3.

Zorgtraject PTSS

In de screeningsfase kwamen diverse signalen naar voren over de gevolgen van traumatische gebeurtenissen, met name wat betreft tijdige herkenning en behandeling van deze gevolgen. Een veelvoorkomende psychische stoornis als gevolg van een traumatische gebeurtenis is de posttraumatische stressstoornis (PTSS).²⁶ Deze aandoening is gekozen als kern van dit verdiepfingsonderwerp. Voor patiënten met PTSS zijn de aanwijzingen het sterkst dat ze niet de zorg krijgen die de richtlijnen beschrijven. Dit onderwerp wordt verder toegelicht in hoofdstuk 4.

2.5

Welk onderwerp is niet geselecteerd?

Licht verstandelijke beperking (LVB) en psychische problemen

Tijdens de screeningsfase kwamen al snel diverse signalen naar voren over de zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking en psychische problemen. Bij nadere analyse ontdekten we dat er weinig bekend is over wat goede zorg is voor deze doelgroep. Het ontbreekt bijvoorbeeld (grotendeels) aan richtlijnen voor de behandeling van specifieke stoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking. De informatie die wel beschikbaar is, is heel recent. Dit biedt het programma Zinnige Zorg in deze screeningsfase onvoldoende houvast voor onderzoek naar afwijkingen tussen richtlijnen, standaarden en de huidige praktijk. Er zijn op dit gebied vele positieve ontwikkelingen in gang gezet, die blijven we volgen. Als er aanleiding voor is, nemen we het onderwerp mee in een volgend Zinnige Zorg-traject. De zorg aan mensen met een licht verstandelijke beperking kan binnen de geselecteerde trajecten Psychose en PTSS in de verdiepfingsfase verder worden onderzocht.

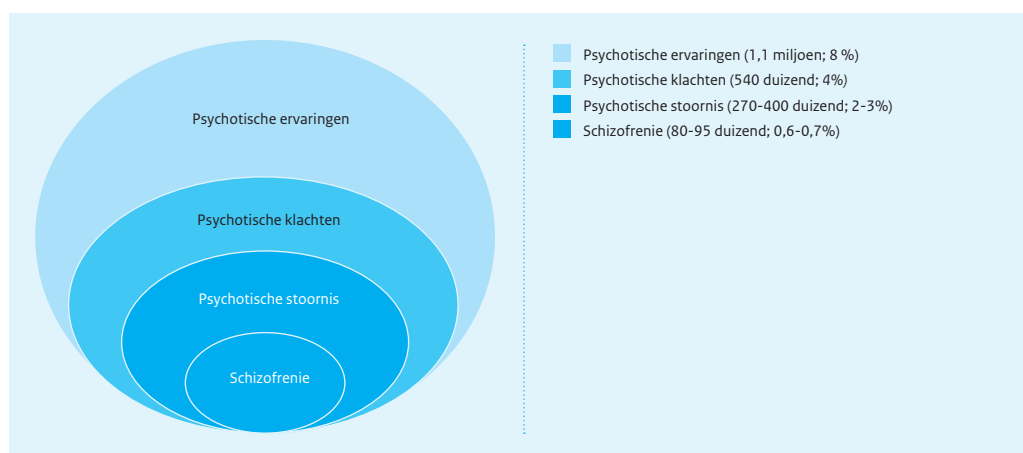
3 Zorgtraject Psychose

Psychoses gaan gepaard met een hoge ziektelast. De systematische analyse geeft aanwijzingen dat de diagnose en behandeling van lichamelijke klachten bij mensen met psychoses achterblijven, waardoor hun lichamelijke gezondheid afneemt. Ook lijkt het voorschrijven en monitoren van antipsychotica en bijkomende medicatie niet altijd volgens de richtlijnen te gebeuren. Daardoor zou het risico op vermijdbare bijwerkingen toe kunnen nemen. De aanwijzingen zijn het sterkst voor patiënten die langdurig last hebben van psychoses en de gevolgen hiervan. Deze laatste groep alleen omvat al ruim honderdduizend patiënten. Jaarlijks wordt in de GGZ ruim een half miljard euro uitgegeven aan de behandeling van mensen met psychoses. Kortom, in het zorgtraject Psychose zijn er onderbouwde aanwijzingen voor zinnigere zorg. Dit zorgtraject betreft veel mensen met een hoge ziektelast, waarvoor veel kosten worden gemaakt, waarvan een deel mogelijk vermijdbaar is. Om deze redenen is het zorgtraject Psychose geselecteerd voor de verdiepfase.

3.1 Wat is het ziektebeeld bij psychoses?

Mensen met psychotische klachten of psychoses, hebben last van hallucinaties en/of wanen. Dit maakt hen over het algemeen vaak angstig. Hun klachten zijn niet altijd even sterk. Wanneer deze klachten ernstig zijn en vaak terugkeren, wijst dat mogelijk op de diagnose schizofrenie of een gerelateerde stoornis^k (figuur 6). Schizofrenie wordt tegenwoordig soms ook omschreven als psychosegevoeligheid. Mensen met psychoses ervaren tevens regelmatig andere belemmeringen in dagelijkse activiteiten en bij het vervullen van zingevende en maatschappelijke rollen in werk en relaties. Vaak krijgen zij medicatie om de psychoses te onderdrukken (antipsychotica). Die medicatie kan bijwerkingen geven, zoals slaperigheid, een droge mond en verhoogde eetlust. Bij schizofrenie kunnen de psychoses bovendien gepaard gaan met zogenaamde negatieve symptomen: motivatieproblemen, weinig initiatief, geen plannen maken en een vervlakt gevoel. Ook ervaren patiënten met schizofrenie cognitieve problemen zoals stoornissen in aandacht, geheugen, planning en sociale omgangsvormen. Deze stapeling van klachten maakt dat veel van deze patiënten langdurig zijn aangewezen op gecoördineerde zorg door verschillende zorgverleners. De groep zogenaamde EPA-patiënten, die op dergelijke zorg is aangewezen, bestaat naar schatting voor zestig procent uit mensen met psychotische klachten.²⁷

Figuur 6 Aantal volwassenen (in totaal en als percentage van de bevolking) met psychotische ervaringen, klachten en diagnoses



Bron: NKO, Zorgstandaard psychose, 2017, www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl

^k Het hoofdstuk Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen in de DSM-5 vormt de afbakening van dit verdiepfsonderwerp. Dit hoofdstuk omvat enkelvoudige psychoses met verschillende oorzaken, schizofrenie, katatonie, schizotypische (persoonlijkheids)stoornis, schizofreniforme stoornis, waanstoornis en schizoaffectieve stoornis.

3.2

Casus

De psychoses van Bert (54) zijn begonnen tijdens zijn studieperiode biologie. Hij raakte ervan overtuigd dat zijn werk een grote bijdrage aan de bestrijding van AIDS zou vormen. Tegelijkertijd hoorde hij steeds vaker stemmen die zeiden dat hij een sukkel was, dat hij prutswork deed, dat daardoor veel mensen onnodig zouden sterven en dat het beter was als hij er zelf een eind aan maakte. Hij werd heel angstig en depressief. In deze periode werd hij voor het eerst opgenomen. Zijn studie heeft hij nooit afgemaakt.

Bert is daarna ook nog een aantal maal opgenomen geweest. Hij gebruikt nu antipsychotica en ondanks dat hij soms last heeft van stemmen gaat het goed met hem. Bert is alleenstaand en woont zelfstandig. Hij gaat drie keer in de week naar dagbesteding op een boerderij, één keer per week komt er vanuit het wijkteam iemand langs die helpt bij het huishouden en administratie.

Omdat hij door de antipsychotica zwaarder is geworden en zijn bloeddruk- en cholesterolwaarden opliepen, gebruikt hij ook andere medicijnen. Bert gebruikt al meerdere jaren twee soorten antipsychotica, een maandelijkse injectie en dagelijks tabletten. Soms vraagt hij zich af of twee verschillende medicijnen nog wel nodig zijn. Bert vroeg laatst de huisarts naar zijn antipsychoticagebruik, maar kreeg het advies om dit met zijn psychiater te bespreken. Deze ziet hij twee keer per jaar voor controle. De laatste keer was net vorige maand. Bert overweegt de psychiater te vragen of hij al zijn medicatie met de huisarts kan bespreken.

3.3

Welke aanwijzingen zijn er voor zinnigere zorg?

Uit de screeningsfase komt naar voren dat mensen met psychoses niet altijd de beste behandeling krijgen. Dit geldt in het bijzonder voor de medicamenteuze behandeling en de aandacht voor hun lichamelijke gezondheid.

De multidisciplinaire richtlijn schizofrenie beschrijft welke zorg mensen met psychoses mogen verwachten.²⁸ We hebben verschillende bronnen geanalyseerd op aanwijzingen dat patiënten die zorg ook daadwerkelijk ontvangen. Wanneer dat niet het geval leek te zijn, zijn we nagegaan of de zorg die patiënten krijgen ook afwijkt van wat ze mogen verwachten op grond van de recente Zorgstandaard Psychose en de relevante generieke modules (met name Bijwerkingen, Comorbiditeit en Ernstige Psychische Aandoeningen).²⁹⁻³² Hieruit kwamen de volgende aanwijzingen naar voren.

Aandacht voor lichamelijke gezondheid

De lichamelijke gezondheid van mensen met psychotische klachten blijft achter bij die van de gehele populatie. Dit leidt tot een lagere levensverwachting. Bepaalde lichamelijke klachten ontstaan mede als bijwerking van antipsychotica.

Wat zeggen de richtlijnen? (kenbaarheid van zorg)

- Patiënten die antipsychotica gebruiken, mogen verwachten dat de bij de zorg betrokken professionals bijwerkingen, ook lichamelijke, opmerken en behandelen, als stoppen met of switchen van medicatie niet mogelijk is. Veelal zullen de huisarts, de POH-GGZ, de verpleegkundig specialist, de apotheker en/of psychiater betrokken zijn bij het voorschrijven en begeleiden van medicatiegebruik.³⁰
- De richtlijnen stellen duidelijke normen voor screening op lichamelijke klachten. Patiënten mogen een dergelijke screening verwachten binnen een maand na opname; op verschillende tijden voor en na de start van behandeling met antipsychotica; jaarlijks bij langdurig opgenomen patiënten.^{28,29,33}

Lijkt er ruimte voor zinnigere zorg in de praktijk?

- Volgens veiligheidsindicatoren van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (IGJ) over 2016 kreeg 75 procent van de patiënten binnen één maand na opname in een GGZ-instelling een lichamenlijks onderzoek. De jaarlijkse screening van langdurig in de GGZ opgenomen patiënten, varieerde per instelling tussen de 35 en 100 procent met een gemiddelde van iets boven de 80 procent.³⁴ Onder deze langdurig opgenomen patiënten bevindt zich ook een aanzienlijke groep patiënten met psychoses.

- Patiënten waarderen de controle van hun lichamelijke gezondheid.³⁰ In een enquête onder 250 patiënten en/of naasten gaf ruim vijftig procent aan dat er geen of (veel) te weinig aandacht voor hun lichamelijke gezondheid is.³⁵
- Antipsychotica kunnen ernstige lichamelijke bijwerkingen hebben. Eén daarvan is het metabool syndroom^l. Het metabool syndroom werd slechts bij de helft van de gebruikers van antipsychotica behandeld volgens de richtlijnen. Dit bleek uit een meerjarig wetenschappelijk onderzoek naar de behandeling van het metabool syndroom onder 1.259 gebruikers van antipsychotica in een grote GGZ-instelling.³⁶

Medicamenteuze behandeling

Patiënten met psychoses worden vaak voor hun psychose behandeld met antipsychotica. Dat geldt zowel voor patiënten die klinisch opgenomen zijn als voor patiënten die ambulant behandeld worden. Zij mogen daarbij verwachten dat onnodige stapelingen van medicijnen vermeden worden omdat daarbij het risico op ongewenste bijwerkingen toeneemt. Bij antipsychotica zijn dat onder andere slaperigheid, droge mond, verhoogde eetlust en bewegingsstoornissen. Er zijn aanwijzingen dat er vaak langdurig meerdere medicijnen voorgeschreven worden, ook in niet aangeraden combinaties. Ook zijn er aanwijzingen dat de voorschrijver regelmatig niet over een actueel medicatieoverzicht beschikt. Dat hindert waarschijnlijk het vermijden van stapeling van medicijnen en verhoogt daarmee eventueel het risico op bijwerkingen. Veel patiënten met psychoses krijgen naast antipsychotica namelijk ook medicatie voorgeschreven voor chronische lichamelijke aandoeningen.

Wat zeggen de richtlijnen? (kenbaarheid van zorg)

Patiënten die antipsychotica gebruiken onder begeleiding van een psychiater of (huis)arts, in samenwerking met andere zorgprofessionals (zie boven) mogen verwachten dat:

- de voorschrijver over een actueel medicatieoverzicht beschikt zodat er geen onveilige of ineffectieve combinaties van medicijnen worden voorgeschreven;
- het aantal medicijnen dat langdurig tegelijkertijd wordt voorgeschreven zo beperkt mogelijk is. Door (onnodig) meerdere medicijnen voor te schrijven neemt het risico op ongewenste bijwerkingen toe;
- langdurige combinaties van medicatie die onvermijdelijk zijn, regelmatig worden heroverwogen. Patiënten mogen een periodieke medicatiereview verwachten bij polyfarmacie in het geval van bepaalde risicofactoren^m. Er is sprake van polyfarmacie als een patiënt langdurig vijf verschillende soorten medicatie gebruikt;
- specifieke combinaties van medicatie worden vermeden. Het gaat dan bijvoorbeeld om een combinatie van twee verschillende antipsychotica. Deze zogenaamde antipsychotica polyfarmacie is niet effectiever dan behandeling met één antipsychoticum. Ook de onderdrukking van motorische bijwerkingen van antipsychotica met een anticholinergicum dient vermeden te worden.^{28,29,31,37-39}

Lijkt er ruimte voor zinnigere zorg in de praktijk?

- In 2016 was in circa 75 procent van de GGZ-instellingen een actueel medicatieoverzicht beschikbaar voor alle patiënten die medicatie voorgeschreven kregen. In de overige instellingen ontbrak voor bijna veertig procent van de patiënten een actueel medicatieoverzicht. In totaal was volgens deze IGJ veiligheidsindicator naar schatting voor 23 duizend patiënten geen actueel medicatieoverzicht beschikbaarⁿ.³⁴
- Patiënten die met een EPA in een kliniek verblijven, gebruiken vaak veel medicatie. Volgens één studie onder 70 opgenomen patiënten met veelal psychotische klachten was bij 84 procent van hen sprake van polyfarmacie.⁴⁰

^l Het metabool syndroom is een verzamelterm voor vijf lichamelijke klachten die het risico op het ontwikkelen van hart- en vaatziekten doen toenemen. Deze aandoeningen zijn verstoorte bloedglucosewaarde, hypertensie, centrale obesitas, verstoorte vetstofwisseling en verhoogd eiwitgehalte in de urine.

^m Ernstige psychiatrische aandoeningen worden niet expliciet als risicofactor genoemd. Anderzijds verklaart de Zorgstandaard Psychose de NHG standaard Polyfarmacie wel van toepassing bij langdurig gebruik van antipsychotica.

ⁿ De bron waarop deze cijfers gebaseerd zijn, varieert blijkens de gegeven toelichting van gewaarborgd door ICT, gewaarborgd door beleid tot bepaald op basis van een steekproef.

- Verschillende studies rapporteren dat tien tot dertig procent van klinisch opgenomen patiënten met psychotische klachten de twee bovengenoemde specifieke combinaties gebruikt. Het gaat dan om antipsychotica polyfarmacie of een combinatie van een antipsychoticum met een anticholinergicum. Beide combinaties komen ook vaak samen voor, meerdere antipsychotica plus een anticholinergicum.⁴¹⁻⁴³
- Ook onder ambulante patiënten komen bovengenoemde specifiek afgeraden combinaties vaak voor. Declaratiedata laten zien dat in 2014-2015 vier en een half duizend patiënten in de ambulante GGZ gedurende ten minste een jaar een antipsychoticum en een anticholinergicum kregen voorgeschreven, waarschijnlijk ter bestrijding van bewegingsklachten.^{10,11}
- Daarnaast kregen vijf en een half duizend patiënten in de ambulante GGZ in 2014-2015 gedurende tenminste een jaar meer dan één antipsychoticum tegelijkertijd voorgeschreven.^{10,11}
- Onder psychiaters lijkt veel discussie te bestaan over de grens tussen rationele en irrationele combinaties van antipsychotica en combinaties van antipsychotica met andere medicatie.^{40,41,43}

3.4 Om hoeveel personen gaat het?°

Ruim een miljoen volwassenen heeft tijdens hun leven ooit psychotische ervaringen. Ongeveer de helft daarvan maakt (een) psychose(s) door. Zij lijdten onder hun klachten en zoeken daarvoor op enig moment zorg binnen het zorgtraject Psychose. Bij een groot deel van hen wordt ooit de diagnose psychotische stoornis of schizofrenie gesteld (zie figuur 6), bij anderen staat vaak een andere stoornis op de voorgrond. Twee keer zoveel mannen als vrouwen krijgt de diagnose schizofrenie.²⁹

Jaarlijks maken 47.700 patiënten met schizofrenie en daarnaast nog 100 duizend tot 200 duizend patiënten met diverse soorten psychotische stoornissen gebruik van algemene of geestelijke gezondheidszorg. Dat blijkt uit de (digitale) patiëntendossiers van huisartsen. Tussen de 100 duizend en 130 duizend patiënten met psychotische klachten vallen onder de EPA groep.^{27,44}

In een periode van twee jaar (2014-2015) kregen ruim 200 duizend ambulante patiënten die GGZ ontvingen minstens één maal een antipsychoticum voorgeschreven. Vijfenzeventig duizend van hen kreeg deze medicatie langdurig voorgeschreven (12-24 maanden).^{10,11}

3.5 Wat is de ziektelast?

De ziektelast voor schizofrenie is hoog, vooral vanwege de ernst van de ziekte.⁹ Schizofrenie is volgens de ziektelastberekening van het RIVM de meest ernstige ziekte, gevolgd door beroerte, dementie en de ziekte van Parkinson. In deze schatting ontbreekt het relatief hoge aantal suïcides (naar schatting twee procent in de eerste twee jaar van behandeling^p) en vroegtijdige sterfte aan hart- en vaatziekten en kanker en de ziektelast van andere comorbiditeit.²⁹ Mensen met schizofrenie zijn vaak werkloos en/of arbeidsongeschikt. Een groot internationaal onderzoek met data van 37 verschillende landen vond dat 19 procent van mensen met schizofrenie betaald werkzaam is terwijl dit percentage voor de algemene bevolking 75-80 procent bedraagt.⁴⁵ Voor psychotische stoornissen, anders dan schizofrenie, ontbreken ziektelastcijfers.

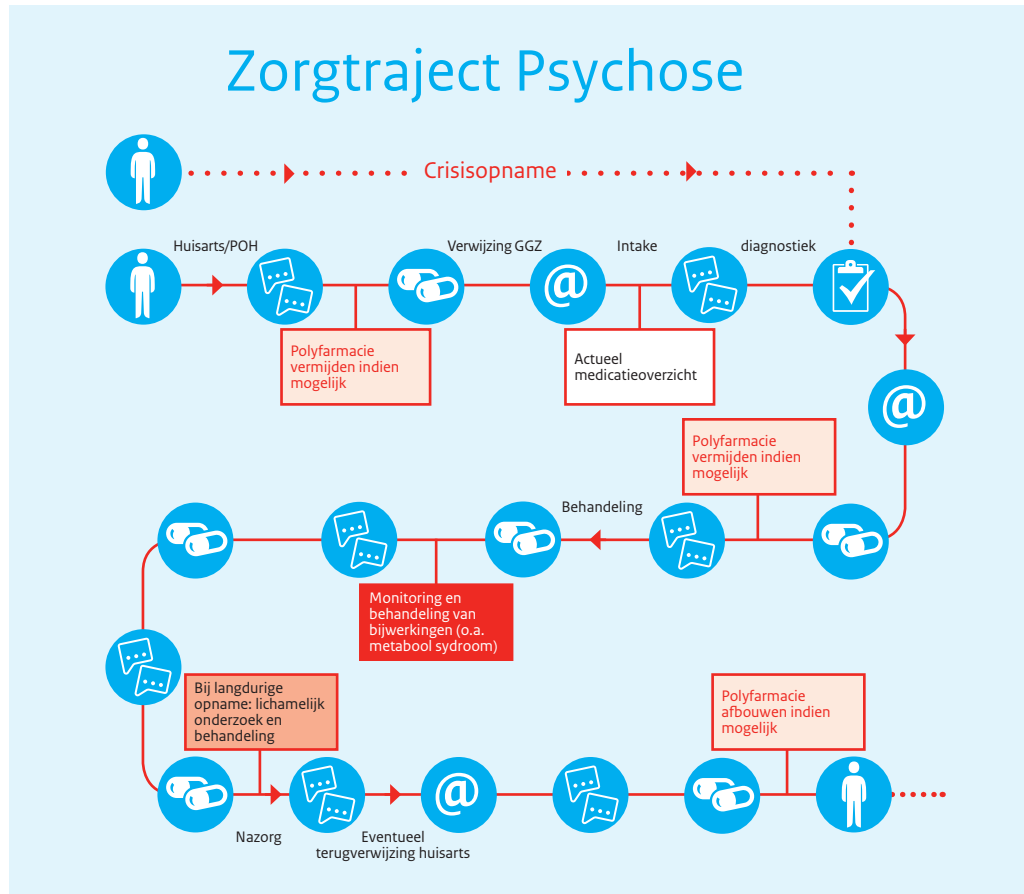
3.6 Wat zijn de zorgkosten?

De kosten van de zorg voor patiënten met schizofrenie bedroegen in 2015 367 miljoen euro. Daarvan werd 330 miljoen euro uitgegeven binnen de GGZ en 13 miljoen euro aan medicamenteuze behandeling.¹² De totale kosten voor de zorg aan alle patiënten met psychotische stoornissen in de gespecialiseerde GGZ bedroegen 525 miljoen euro. Hiervan was 355 miljoen euro voor zorg aan 8.750 patiënten die gemiddeld 81 dagen opgenomen waren.⁴⁶

o Deze cijfers geven een incomplete weergave van het aantal personen met psychotische ervaringen omdat mensen met psychosen vaak buiten bevolkingsonderzoeken en huisartsregistraties vallen omdat ze bijvoorbeeld zwerven of in instellingen verblijven.

p Het percentage suïcides in de algemene bevolking bedraagt 10 per 100 duizend of 0,01 procent.

Figuur 7 Aanwijzing voor mogelijke verbeterpunten in het Zorgtraject Psychose.



4 Zorgtraject PTSS

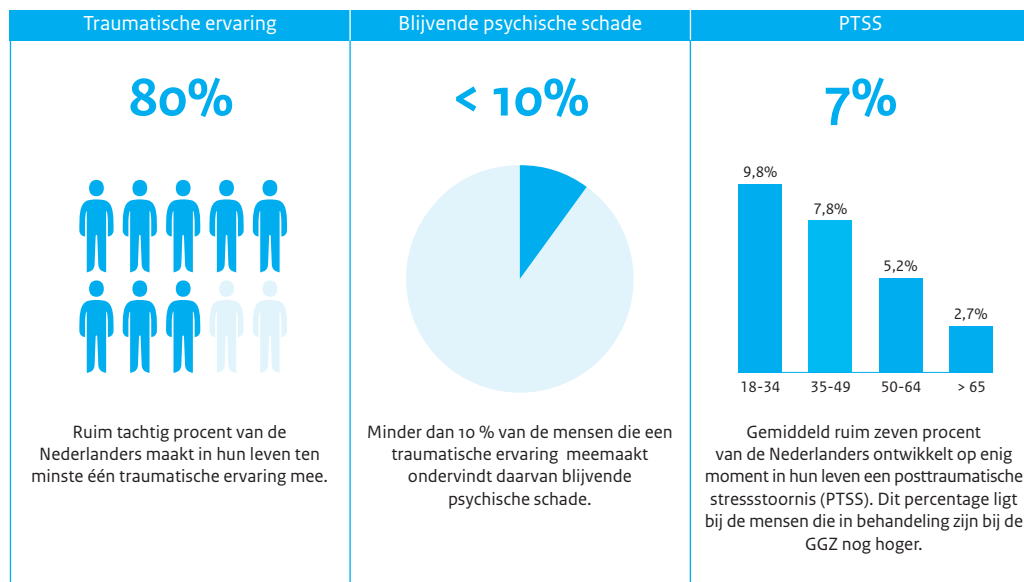
Bij patiënten die zich met psychische problemen melden voor hulp worden de gevolgen van traumatische ervaringen niet altijd herkend en behandeld. Dit is het best onderzocht voor de posttraumatische stress-stoornis (PTSS). Op basis van de systematische analyse lijkt de zorg voor mensen met PTSS op een aantal punten in het zorgtraject beter te kunnen. Dit betreft onder andere meer richtlijnconforme behandeling van mensen met PTSS en de zorg voor mensen met PTSS die ook andere psychische stoornissen hebben. Er zijn onderbouwde aanwijzingen gevonden die doen vermoeden dat er zinniger zorg mogelijk is voor een grote groep patiënten met psychische problemen, met elk een flinke ziektelast. PTSS leidt ook tot aanzienlijke maatschappelijke kosten, waarvan een deel mogelijk vermijdbaar is.

4.1 Wat is het ziektebeeld bij PTSS?

Mensen met PTSS voelen zich vaak angstig, somber en prikkelbaar. Deze gevoelens zijn het gevolg van het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis. Dit kan een auto-ongeluk zijn, maar ook herhaaldelijk seksueel misbruik in de jeugd. Vaak herbeleeft iemand de nare gebeurtenis in de vorm van nachtmerries of flashbacks en probeert alles te vermijden dat aan de gebeurtenis doet denken. Een gevolg kan zijn dat iemand zich terugtrekt, in gevallen leidend tot een sociaal isolement. Veel mensen maken in hun leven een ingrijpende gebeurtenis mee, niet iedereen ontwikkelt als gevolg hiervan een posttraumatische stressstoornis (zie figuur 8).

Figuur 8 Percentage mensen dat een traumatische ervaring meemaakt en ooit in hun leven PTSS ontwikkelt

Bronnen: De Vries et al, The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands, J Trauma Stress, 2009; NVVP, PTSS



Patiëntinformatie, 2016, www.nvvp.nl; Grubaugh et al, Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adults with severe mental illness: a critical review, Clin Psychol Rev, 2011

De meest bekende en best onderzochte problematiek na een ingrijpende gebeurtenis is de posttraumatische stressstoornis (PTSS). Andere psychische aandoeningen waar mensen mee kunnen kampen na ingrijpende gebeurtenissen zijn onder andere stemmingsstoornissen (vooral depressie), dissociatieve stoornissen en middelenmisbruik. Ook kunnen mensen die jong en/of langdurig getraumatiseerd zijn in hun persoonlijkheidsontwikkeling belemmerd worden, waardoor zij op latere leeftijd een verhoogd risico hebben om vast te lopen op meerdere levensgebieden.

4.2

Casus

Eva (24) is somber. Zij walgt van zichzelf, wantrouwt de wereld en kan nergens meer plezier aan beleven. 's Nachts slaapt zij onrustig en wordt zij geplaagd door nachtmerries en herinneringen die zij overdag uit alle macht probeert te vermijden. Overdag probeert zij zich te focussen op positieve dingen, zoals haar opleiding Fysiotherapie en de paar contacten die zij nog heeft, maar het gaat haar steeds slechter af. Ze is uitgeput, voelt zich waardeloos en alleen. Steeds vaker trekt zij zich terug in haar studentenkamer.

Haar ouders zien haar steeds verder wegzakken en dringen erop aan dat zij naar de huisarts gaat. De huisarts verwijst haar door naar een GGZ-instelling, met het vermoeden van een depressieve stoornis. Bij de intake vertelt ze dat ze somber is, slecht slaapt en veel alleen thuis zit. Eva krijgt de diagnose depressieve stoornis. De behandeling die volgt, richt zich op haar depressieve klachten. Ze start met antidepressiva en krijgt gesprekstherapie. Over het misbruik in haar jeugd heeft Eva aanvankelijk niet verteld. Ze vindt het moeilijk om er zelf over te beginnen en vraagt zich af of het relevant is. Ze is opgelucht als haar behandelaar doorvraagt en haar uitleg geeft over de gevolgen van traumatische gebeurtenissen. Ze krijgt naast de hulp voor haar depressieve klachten nu ook een behandeling voor het verwerken van haar trauma.

4.3

Welke aanwijzingen zijn er voor zinnigere zorg?

Uit de screeningsfase komt naar voren dat mensen met een posttraumatische stressstoornis niet altijd de beste behandeling krijgen. Dit geldt in het bijzonder als er sprake is van comorbiditeit.

De multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (2013) beschrijft welke zorg mensen met een posttraumatische stressstoornis kunnen verwachten^{9,47}. Er is een National Institute for Health Care Excellence (NICE) richtlijn beschikbaar: Post-traumatic stress disorder: management (2005) en de NHG-standaard Angst.^{48,49} De zorgstandaard Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen wordt naar verwachting binnenkort opgeleverd⁵⁰. We hebben mede op basis van door de veldpartijen aangedragen thema's en signalen onderzocht of patiënten de zorg conform de richtlijnen ook daadwerkelijk ontvangen. Bij deze systematische doorlichting hebben we de volgende aanwijzingen voor zinnigere zorg gevonden.

Behandeling PTSS

We vonden aanwijzingen dat niet alle patiënten die behandeld worden voor PTSS de eerste keus behandeling conform de richtlijn krijgen. Bovendien wordt er, als de gekozen eerste keus behandeling niet het gewenste effect heeft, waarschijnlijk zelden geswitcht naar de andere eerste keus behandeling.

Wat zeggen de richtlijnen? (kenbaarheid van zorg)

- Patiënten die voor PTSS in behandeling zijn, mogen op basis van de beschikbare richtlijn verwachten dat ze één van de twee voorkeursbehandelingen als eerste behandelstap krijgen aangeboden: traumagerichte cognitieve gedragstherapie (CGT) of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). De wetenschappelijke onderbouwing voor de effectiviteit van deze eerste keus interventies is beoordeeld als 'niveau 1' bewijs.
- Patiënten die worden behandeld voor PTSS mogen verwachten dat zij bij onvoldoende effect de andere eerste keus richtlijnbehandeling krijgen aangeboden.

⁹ De richtlijninformatie over PTSS die is opgenomen in de richtlijn Angststoornissen dateert uit 2009.

^r Wanneer deze beschikbaar is kunnen we toetsen of de geleverde zorg (ook) afwijkt van wat we mogen verwachten op basis van de zorgstandaard. Rekening houdend met het feit dat er nog geen gelegenheid is geweest deze te implementeren.

Lijkt er ruimte voor zinnigere zorg in de praktijk?

- Er zijn aanwijzingen dat patiënten de eerste keus behandelstappen voor PTSS in de praktijk niet altijd krijgen aangeboden. Uit Nederlands onderzoek bleek dat 42,8 procent van de behandelaren niet één van de twee aanbevolen behandelingen als eerste behandelstap indiceerde.⁵⁰
- Wanneer onvoldoende resultaat geboekt wordt met de eerstgekozen interventie, biedt slechts een beperkt percentage (16 procent) van de ondervraagde behandelaren de andere eerste keus behandeling aan. 24 procent van de behandelaren bood bij twee behandelstappen geen van beide richtlijnbehandelingen aan. Ook internationaal onderzoek geeft aanwijzingen voor het achterblijven van de inzet van met name traumagerichte cognitieve therapie (in het bijzonder het onderdeel exposure).⁵¹
- Patiënten geven aan graag zelf mee te willen beslissen over het type traumagerichte behandeling dat ze aangeboden krijgen. In de praktijk lijkt er slechts beperkt samen besloten te worden. Slechts 30 procent van de behandelaren geeft desgevraagd aan de keuze voor het type traumagerichte behandeling te baseren op de behandelwensen van de patiënt.⁵⁰

Herkenning PTSS

Uit onderzoek komt naar voren dat PTSS regelmatig niet herkend wordt door zorgprofessionals en daardoor niet behandeld wordt.⁵²⁻⁵⁴ Er zijn effectieve behandelingen voor PTSS beschikbaar. Betere herkenning van PTSS zou winst kunnen opleveren voor de patiënt.

Wat zeggen de richtlijnen? (kenbaarheid van zorg)

- Er is geen multidisciplinaire GGZ-richtlijn of zorgstandaard 'Diagnostiek van psychische problemen' beschikbaar. Voor patiënten is er weinig informatie beschikbaar over wat zij mogen verwachten van een diagnostische fase in de GGZ.
- Er is wel een monodisciplinaire richtlijn Psychiatrische diagnostiek.⁵⁵ Hierin is aandacht voor het feit dat de sociale anamnese, de biografische anamnese en de ontwikkelingsheteroanamnese aanwijzingen kunnen geven voor o.a. psychotraumatische levensgebeurtenissen en actuele stressoren die invloed kunnen hebben op de aanleg, het ontstaan of begin en het verloop van de psychiatrische stoornis.
- In de NHG-standaard Angst staat dat veel patiënten de huisarts niet spontaan informeren over hun angsten en zich presenteren met somatische klachten of problemen, die achteraf blijken samen te hangen met angst. Er worden handvatten geboden voor het uitvragen van een mogelijke (angst) stoornis. Bij verdenking van een posttraumatische stressstoornis vraagt de huisarts specifiek naar traumatische ervaringen, waarbij de patiënt bepaalt wat er besproken wordt.⁴⁹
- De multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen beschrijft wanneer gedacht kan worden aan een angststoornis, en hoe door te vragen bij vermoeden van een angststoornis. De richtlijn geeft aan dat wanneer het moeilijk blijft om de kans op een angststoornis in te schatten, er gebruik kan worden gemaakt van vragenlijsten. Voor PTSS worden twee mogelijke instrumenten genoemd.⁴⁷
- De NICE richtlijn Post-traumatic stress: management geeft uitgebreid aandacht aan signalen die kenmerkend zijn voor PTSS.⁴⁸

Lijkt er ruimte voor zinnigere zorg in de praktijk?

Engels onderzoek uit 2017 onder patiënten in de eerste- en tweedelijns zorg laat een prevalentie van ongedetecteerde PTSS van 13,9 procent zien.⁵² Ongedetecteerde PTSS leidt voor patiënten tot een slechtere lange termijn prognose en wordt geassocieerd met meer psychische en lichamelijke klachten. Ook leidt het tot hogere algemene zorgkosten. Nederlands onderzoek naar o.a. verslaving en PTSS en psychose en PTSS, laat ook zien dat de diagnose PTSS vaak gemist wordt.^{54,56}

Behandeling PTSS en psychische comorbiditeit

Uit onderzoek komen aanwijzingen naar voren dat patiënten met PTSS en andere psychische klachten (comorbiditeit) vaak niet de meest passende behandeling krijgen. Doordat een andere psychische stoornis op de voorgrond staat, wordt de diagnose PTSS regelmatig gemist. Ook zijn behandelaren vaak terughoudend met het inzetten van een traumagerichte behandeling bij deze patiëntengroepen uit vrees voor onder andere verergering van de comorbide symptomen. We lichten hier PTSS in combinatie met problematisch middelengebruik uit, het gaat om een aanzienlijke groep patiënten (naar schatting 20.000

patiënten per jaar).⁵⁷ In de verdieping onderzoeken we welke comorbide stoornis het meest voor verdieping in aanmerking komt, de sterkste signalen betreffen op dit moment problematisch middelengebruik en depressie.

Wat zeggen de richtlijnen? (kenbaarheid van zorg)

Voor zowel PTSS als de behandeling van problematisch middelengebruik zijn effectieve behandelingen beschikbaar, beschreven in toegankelijke, stoornisspecifieke richtlijnen. Voor de behandeling van de combinatie van middelenproblematiek en angststoornissen (in het bijzonder PTSS) is ook een richtlijn beschikbaar (Richtlijn Middelenmisbruik of –afhankelijkheid en angststoornissen, 2012). Deze richtlijn is geschreven als een addendum op de multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen, maar is niet als zodanig bij deze richtlijn opgenomen en ook niet op dezelfde website te vinden. Deze richtlijn beveelt een gelijktijdige behandeling van zowel de middelenproblematiek als PTSS aan. Reden hiervoor is dat de lijdensdruk bij PTSS hoog is, zodat snelle verlichting hiervan gewenst is. Het hebben van een psychotrauma zou bovendien zorgen voor een snellere terugval en uitval uit de behandeling. Daarbij gaat PTSS vaak vooraf aan middelengebruik: het behandelen van het psychotrauma zou daarmee een belangrijke reden om te gebruiken weg kunnen nemen.

Bij de richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines is een addendum over comorbiditeit bij middelengebruik opgenomen. Ook hierin wordt aangegeven dat er bij comorbide PTSS naast een stoornis in het gebruik van middelen direct aandacht dient te zijn voor de PTSS, zowel tijdens als direct aansluitend op de detoxificatie.⁵⁸ Er is op dit moment nog geen koppeling tussen dit (recent opgeleverde) addendum en de Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving en de Zorgstandaard Opiaatverslaving.^{59,61}

Lijkt er ruimte voor zinnigere zorg in de praktijk?

De combinatie problematisch middelengebruik en PTSS komt erg vaak voor. Gielen (2012) toonde aan dat ongeveer een derde van de patiënten die in behandeling zijn voor problematisch middelengebruik ook voldoet aan de criteria voor PTSS. PTSS wordt bij comorbide problematisch middelengebruik vaak gemist en dus ook niet behandeld.⁵⁸ In het hiervoor genoemde onderzoek werd slechts 2,1 procent van de patiënten gediagnosticeerd met PTSS, terwijl afname van een PTSS-vragenlijst een percentage van 36,6 procent opleverde. Het is waarschijnlijk dat slechts een klein deel van de patiënten met problematisch middelengebruik een traumagerichte behandeling krijgt aangeboden. Een kwalitatief onderzoek onder behandelaren laat zien dat zij zich wel bewust zijn van het belang van geïntegreerde behandeling, maar dat zij het aantal PTSS-patiënten onder de populatie die problematisch middelen gebruikt, onderschatten.⁶¹ Kwalitatief onderzoek onder patiënten (n=10) laat zien dat zij de voorkeur geven aan een geïntegreerde behandeling en dit ook verwachten.⁶²

4.4 Om hoeveel personen gaat het?

Jaarlijks komt PTSS bij 2,6 tot 3,3 procent van de volwassenen voor, oftewel bij ongeveer 340.000 tot 410.000 Nederlanders. Lang niet iedereen met een diagnose PTSS ontvangt hiervoor ook gespecialiseerde zorg: bekend is dat in 2013 ongeveer 90.660 mensen behandeld werden voor PTSS in de gespecialiseerde GGZ^s. Het ging daarbij om 30.055 mannen (3,4 per 1.000 mannen) en 60.605 vrouwen (6,8 per 1.000 vrouwen).⁶³

4.5

Wat is de ziektelast?

De ziektelast van PTSS is hoog, omdat PTSS veel voorkomt en de beperkingen als gevolg van deze stoornis aanzienlijk zijn. Uit Europees bevolkingsonderzoek blijkt dat PTSS (naast de depressieve stoornis, sociale fobie, dysthymie en de paniekstoornis) tot de vijf psychische aandoeningen behoort met de grootste ongunstige invloed op het functioneren. PTSS scoort daarbij niet alleen op mentaal functioneren laag, maar blijkt ook een grote invloed te hebben op het lichamelijk functioneren.⁶⁴ PTSS wordt

s Het is niet bekend hoeveel mensen in de generalistische basis GGZ worden behandeld voor PTSS.

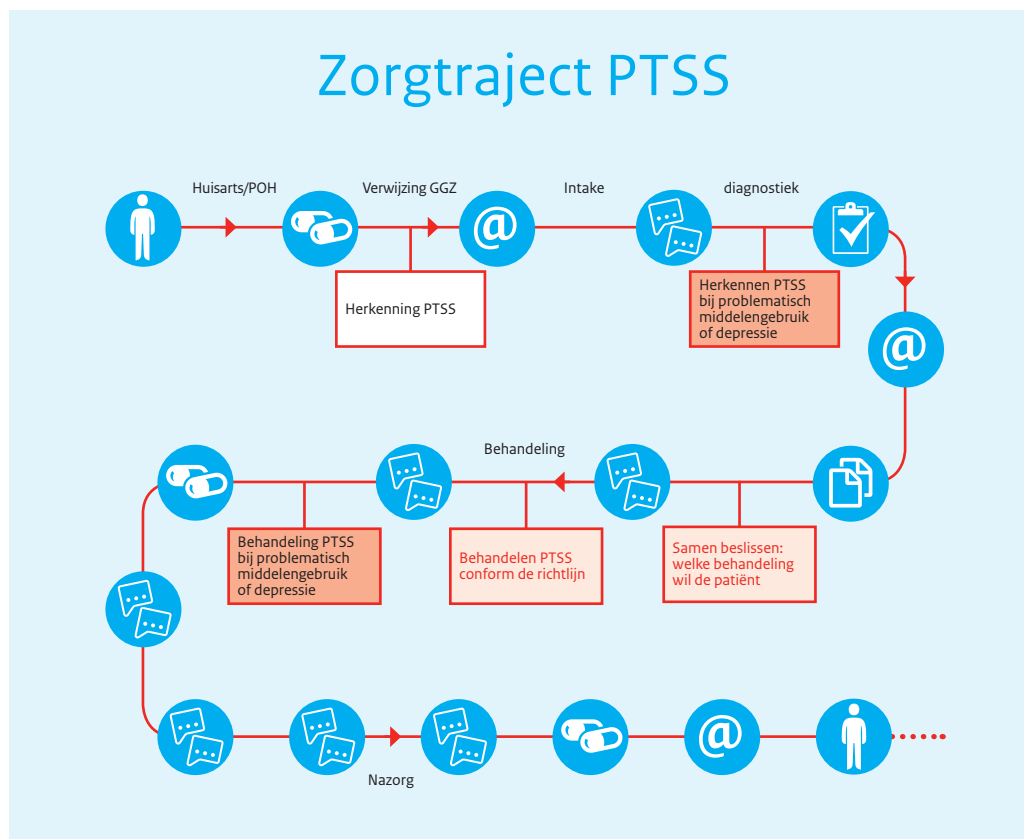
frequent als beroepsziekte gemeld, zeker in risicovolle beroepen zoals bij de politie en in de zorg. Na burn-out, depressie, klachten aan arm, nek en schouder en coronaire hartziekten is PTSS de werkgerelateerde aandoening die voor het meeste gezondheidsverlies zorgt.⁶⁵

4.6

Wat zijn de zorgkosten?

De zorgkosten van PTSS in de gespecialiseerde GGZ bedroegen in 2013 naar schatting 150 miljoen euro.^{46,66} PTSS leidt vaak tot verzuim en zo tot hoge maatschappelijke kosten. Uit internationaal onderzoek is bekend dat wereldwijd het hoogste gemiddeld aantal additionele verzuimdagen voor rekening komen van neurologische aandoeningen (17,4 dagen per jaar), de bipolaire stoornis (17,3) en de post-traumatische stressstoornis (PTSS) (15,2).⁶⁷

Figuur 9 Aanwijzingen voor mogelijke verbeterpunten in het zorgtraject voor mensen met PTSS



5 Het vervolg: de verdiepingsfase

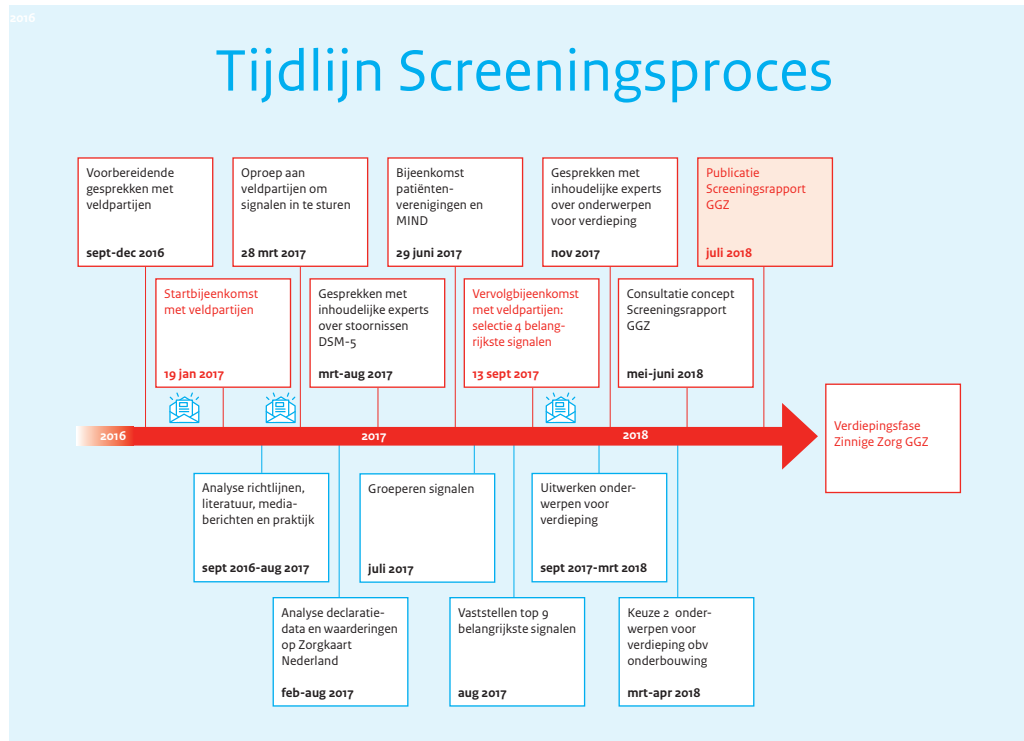
In dit rapport presenteren we de onderwerpen die geselecteerd zijn voor de verdiepingsfase. We beschrijven de aanwijzingen die we hebben gevonden voor zinnigere zorg. De verdiepingsfase start zodra dit screeningsrapport officieel is vastgesteld. Deze fase duurt ongeveer 1,5 jaar. In samenwerking met partijen werken we de gekozen verdiepingsonderwerpen op gestructureerde wijze uit.

Elk onderwerp onderzoeken we gedetailleerd en vullen we aan met kennis die ontbreekt. We doen extra data-analyses, wetenschappelijke reviews, praktijkonderzoek en/of literatuuronderzoek en praten met deskundigen. De onderzoeksvragen worden gezamenlijk (met experts/partijen) geformuleerd en partijen ondersteunen desgewenst bij de begeleiding van onderzoek. Partijen zullen ook in de verdiepingsfase steeds worden geïnformeerd en nauw worden betrokken bij de voortgang.

Het eindresultaat leggen we in samenspraak met betrokken partijen vast in een zogeheten Verbetersignalement. Hierin staat welke verbeteringen in de zorg het Zorginstituut mogelijk acht. Het betreft dan zowel inhoudelijke, organisatorische en zorglogistieke verbeterpunten als een inschatting van mogelijke (te vermijden) kosten. We streven ernaar in het Verbetersignalement zo concreet mogelijke afspraken met partijen op te nemen over verbeteracties en over de wijze waarop de implementatie daarvan kan worden bevorderd. Het Verbetersignalement wordt aangeboden aan partijen in de zorg en tevens in afschrift verstuurd aan de staatssecretaris van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Bijlage 1 Screeningsproces

Figuur 1 Tijdlijn screeningsproces



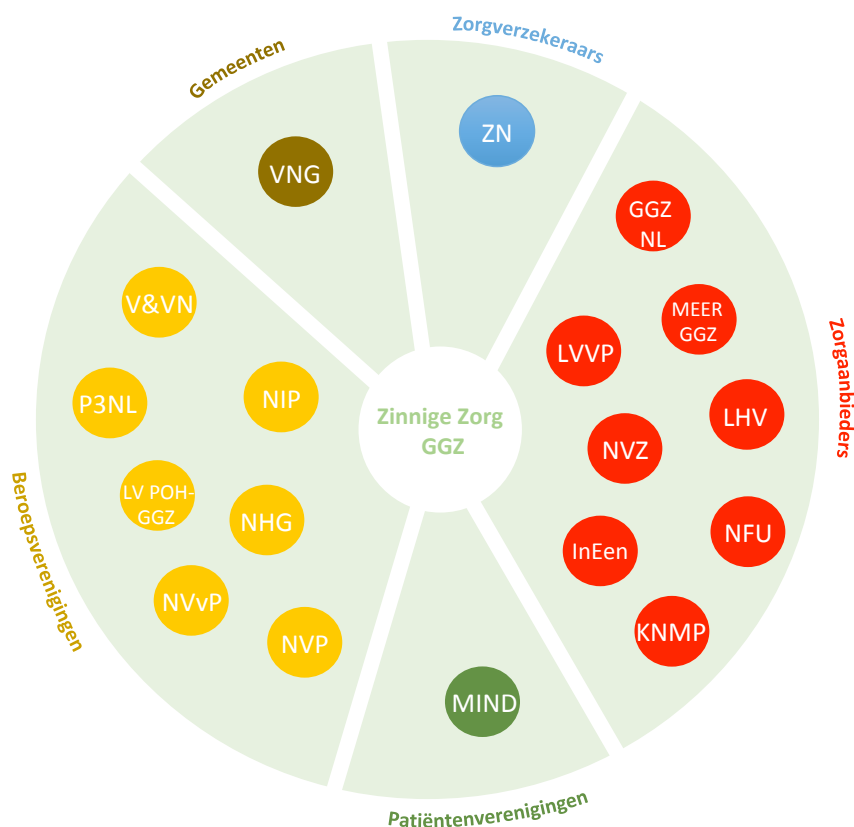
In januari 2017 vond de startbijeenkomst van het programma Zinnige Zorg GGZ plaats. Voorafgaand aan deze bijeenkomst zijn gesprekken gevoerd met partijen die betrokken zijn bij de geestelijke gezondheidszorg. In de bijeenkomst zijn de thema's die in de voorbereidende fase zijn opgehaald met dezelfde partijen besproken en geprioriteerd. Hierna zijn de geprioriteerde thema's op hoofdlijnen verkend en zijn gesprekken met experts gevoerd om meer stoornisspecifieke input te verkrijgen. In een tweede bijeenkomst in september 2017 is er een long list met verbeter signalen aan partijen voorgelegd en is gezamenlijk een prioritering aangebracht. Dit resulteerde in een selectie van vier signalen met aanknopingspunten voor verbetering. Nadere analyse van deze vier signalen heeft geleid tot de keuze voor twee verdiepingsonderwerpen.

Bijlage 2 Overzicht betrokken patiënt-, beroeps- en brancheorganisaties

Betrokken partijen

De totstandkoming van deze systematische analyse is afgestemd met zorgprofessionals, patiënten, instellingen, zorgverzekeraars en overheid. In de figuur 1 hieronder wordt weergegeven welke partijen betrokken zijn in het proces en ook geconsulteerd worden. Naast deze partijen is er ook afstemming met NZa, IGJ, Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ, Patiëntenfederatie Nederland en de FMS. Het Zorginstituut informeert het ministerie van VWS periodiek over de voortgang.

Figuur 1 Betrokken organisaties screeningsfase



Bijlage 3 Methodiek Zinnige Zorg

Uitgangspunten

Zorginstituut Nederland heeft voor het programma Zinnige Zorg een systematische werkwijze ontworpen om de manier waarop gebruik wordt gemaakt van het verzekerde basispakket door te lichten. Kern ervan is het identificeren en terugdringen van ineffectieve en/of onnodige zorg, zodat de kwaliteit van de zorg voor de patiënt verbetert, de gezondheidswinst toeneemt en onnodige kosten worden vermeden. Een systematische doorlichting doen we binnen een aandoeningengebied zoals gedefinieerd via het classificatiesysteem ICD-10. We werken bij een systematische doorlichting vanuit een aantal uitgangspunten:

De patiënt centraal

Bij het kijken naar de zorg stellen we de patiënt en het zorgtraject dat hij/zij doorloopt centraal. Achterliggende vraag is steeds in hoeverre de patiënt baat heeft bij de geleverde zorg. Krijgt hij de zorg die in zijn situatie gepast is, of krijgt hij wellicht te weinig zorg (onderbehandeling) of juist teveel (overbehandeling)?

Gedeelde besluitvorming

Zorg moet aansluiten bij de persoonlijke omstandigheden van de patiënt. Naast de gestelde indicatie spelen bij de keuze van de behandeling ook persoonsgebonden zaken als verwachtingen van de patiënt, beroepssituatie, impact op sociaal functioneren, pijnbeleving, motivatie etc. Voor sommige diagnoses is het duidelijk welke behandelopties ingezet moeten worden. Vaker echter zijn er verschillende behandelopties met elk voor- en nadelen en zal de keuze voor een bepaalde behandeling meer afhangen van de voorkeuren van de patiënt en de behandelaar. Gedeelde besluitvorming is een manier om met de patiënt tot een optimaal behandeltraject te komen. Er zijn verschillende instrumenten die gedeelde besluitvorming van arts en patiënt effectief kunnen ondersteunen, zoals keuzehulpen, option grids en patiëntversies van richtlijnen, en die de kwaliteit van het besluitvormingsproces verhogen.

Stepped care en matched care

We gaan er van uit dat behandelingen worden ingezet vanuit het stepped care principe. Binnen het principe van stepped care wordt zorg geboden vanuit een stappenplan: gestart wordt met de minst belastende effectieve behandeling en pas als deze onvoldoende resultaat oplevert worden complexere of zwaardere interventies aangeboden. Stepped care is een algemeen uitgangspunt en geen dwingende eis. Het 'instapmoment' is niet noodzakelijk bij stap 1 en er kunnen ook stappen worden overgeslagen als het klachtenpatroon waarmee de patiënt zich presenteert daartoe aanleiding geeft. In de GGZ wordt steeds vaker het principe van matched care als uitgangspunt genomen: het uitgangspunt van matched care is dat patiënten direct de juiste, benodigde zorg verkrijgen (niet minder dan noodzakelijk en niet meer dan nodig).

Partijen in de zorg worden gedurende het gehele proces betrokken

Het Zorginstituut streeft naar actieve samenspraak met partijen in de zorg. Dit komt ten goede aan de kwaliteit van de analyses en aan het draagvlak voor verbeteracties. In alle fasen van de systematische doorlichting betrekken we de verantwoordelijke partijen.

Partijen worden via de koepels uitgenodigd voor verschillende overlegmomenten. Ook worden ze in de gelegenheid gesteld om te participeren bij de begeleiding van eventueel onderzoek door externe onderzoeksbureaus. Tenslotte vragen we partijen commentaar en suggesties te leveren op conceptversies van rapporten.

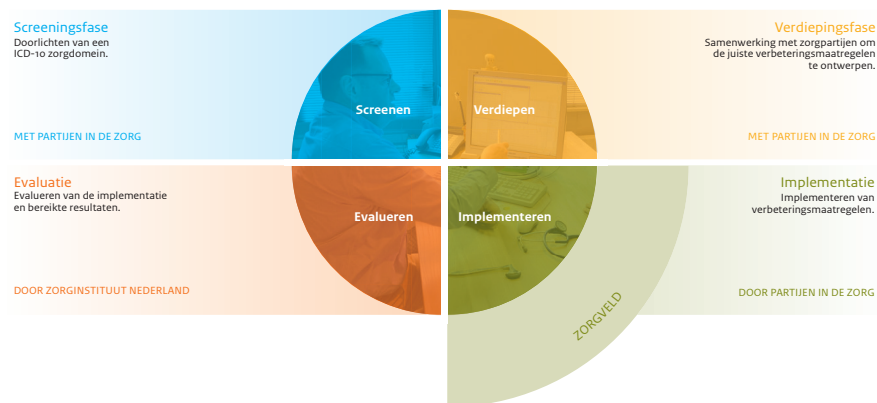
Fasen van systematische doorlichting

Voor het bevorderen van goede zorg voeren we een systematische doorlichting uit volgens een kwaliteits- of verbetercirkel zoals geïllustreerd in onderstaand figuur. Deze cirkel bestaat uit vier opeenvolgende fasen:

1. Screeningsfase
2. Verdiepingsfase
3. Implementatiefase
4. Evaluatiefase

Figuur 1 Verbetercirkel van Zinnige Zorg

Werkwijze



De verbetercirkel van Zinnige Zorg begint met de screeningsfase, waarin we een analyse maken van hoe de zorg op dat moment geleverd wordt ('foto'). Op basis daarvan wordt een keuze gemaakt voor een aantal verdiepingsonderwerpen. In de tweede fase, de verdiepingsfase, bepalen we per onderwerp het verbeterpotentieel. In de derde fase (implementeren) zijn vooral partijen in de zorg aan zet om de afgesproken verbeteracties uit te voeren. Tenslotte kijken we in de evaluatiefase in hoeverre de gestelde doelen bereikt zijn en of een nieuwe verbetercyclus gestart moet worden, met wellicht andere verbeterinstrumenten. Waar nodig kan het Zorginstituut haar wettelijke instrumenten inzetten (bijvoorbeeld duiden, adviseren tot inclusie of uitsluiting uit het pakket, doorzettingsmacht in het kader van de Meerjarenagenda indien er onvoldoende resultaat is bereikt^t). Hieronder beschrijven we de vier fasen van de verbetercirkel meer uitvoerig.

Screeningsfase

Het doel van de screeningsfase is de selectie van een aantal verdiepingsonderwerpen: onderwerpen met een mogelijk verbeterpotentieel voor de kwaliteit en doelmatigheid van zorg door meer gepast gebruik van zorg. Deze onderwerpen worden samen met de onderliggende analyse vastgelegd in een rapport 'Systematische analyse', aangeboden aan partijen in de zorg en aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Figuur 2 geeft weer hoe we in een systematische analyse verschillende bronnen raadplegen om te komen tot een goede onderbouwing van verdiepingsonderwerpen. De bronnen zijn o.a. de kwaliteitsstandaarden (richtlijnen, zorgstandaarden en -modules), wetenschappelijke literatuur, declaratie- en andere data en de partijen in de zorg. Daarbij verzamelen en analyseren we niet alle informatie tot in detail, maar wordt vanuit signalen uit de praktijk of de data, gericht gezocht om een zo scherp mogelijk beeld te krijgen van de geleverde zorg in de huidige situatie. Hierbij kijken we naar het traject dat de patiënt doorloopt vanuit het perspectief (de "bril") van het Zorginstituut, met de elementen die het Zorginstituut als goede en zinnige zorg definieert (zie toelichting in het vervolg).

^t De Meerjarenagenda biedt een overzicht over de gebieden van zorg waarvoor met voorrang kwaliteitsstandaarden, meetinstrumenten en informatiestandaarden (hierna: kwaliteitsproducten) worden ontwikkeld. Wanneer het Zorginstituut na overschrijding van de termijnen in de Meerjarenagenda constateert dat betrokken partijen in gebreke zijn gebleven, zal het Zorginstituut het initiatief of de coördinatie van de ontwikkeling van een kwaliteitsproduct overnemen. Dit wordt doorzettingsmacht genoemd.

Figuur 2 Van bronnen naar verdiepingsonderwerpen in de screeningsfase



De keuze van de verdiepingsonderwerpen is gebaseerd op de systematische analyse (aan de hand van de elementen van goede en zinnige zorg), de grootte van het onderwerp (aantal patiënten, ziektelast, budgetimpact), de verbeteringen die mogelijk zijn en wat de partijen in de zorg belangrijk vinden.

Verdiepingsfase

De verdiepingsfase volgt op de screeningsfase. Het doel van deze fase is om de wijze waarop de potentiële verbeteringen gerealiseerd kunnen worden zo concreet mogelijk te maken.

Per onderwerp voeren we, opnieuw aan de hand van de elementen van goede en zinnige zorg, gedetailleerd onderzoek uit en vullen we ontbrekende kennis aan met extra data-analyses, wetenschappelijke reviews, praktijkonderzoek en/of literatuuronderzoek.

Het eindresultaat wordt vastgelegd in een zogeheten Verbetersignalement. Hierin staat welke verbeteringen in de zorg en de gezondheid naar inhoud en omvang het Zorginstituut mogelijk acht en maken we een schatting van de omvang van de benodigde kosten (budgetimpact). We streven naar zo concreet mogelijke afspraken met partijen over verbeteracties. Ook het Verbetersignalement wordt aangeboden aan partijen in de zorg en aan de minister van VWS.

Implementatiefase

De implementatie is primair de verantwoordelijkheid van partijen in de zorg: patiënten, zorgprofessionals, instellingen en zorgverzekeraars. Ze vindt plaats conform de afspraken gemaakt in de verdiepingsfase. Het Zorginstituut kan in deze fase een ondersteunende en faciliterende rol hebben, bijvoorbeeld door het organiseren van bijeenkomsten, het verstrekken van data en spiegelinformatie en het uitvoeren van aanvullend onderzoek. Om de nakoming van afspraken qua inhoud en tijd te borgen kan het Zorginstituut de in het Verbetersignalement benoemde actiepunten die betrekking hebben op kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten op de Meerjarenagenda plaatsen.

Het Zorginstituut rapporteert periodiek over de voortgang aan de verantwoordelijke partijen en aan de minister van VWS.

Evaluatiefase

In de evaluatiefase kijkt het Zorginstituut samen met de betrokken partijen of de resultaten die benoemd zijn in het Verbetersignalement behaald zijn. Op basis daarvan bepalen we of er een nieuwe verbetercyclus gestart moet worden, met wellicht andere verbeterinstrumenten. In deze fase kijken we ook of alle benodigde informatie op een structurele wijze beschikbaar is.

Elementen van goede en zinnige zorg

Zowel in de screeningsfase als in de verdiepingsfase voeren we een analyse van de zorg uit. We hanteren hiervoor de “Elementen van goede en zinnige zorg”. Deze geven in hun samenhang een beeld van wat het Zorginstituut beschouwt als goede en zinnige zorg. Ze sluiten ook aan op onze kwaliteits- en pakket-beheerstaken. Het gebruikte analyseschema is als volgt:

1. Kenbaarheid goede zorg

Beschrijving van wat we weten over de beschikbaarheid van (inter)nationale kwaliteitsstandaarden (zoals richtlijnen), meetinstrumenten (vragenlijsten en indicatoren) en informatiestandaarden. Wij kijken of deze vindbaar zijn in onder andere het Register van het Zorginstituut. Een Registeropname geeft aan dat ze voldoen aan de procedurele criteria van het Toetsingskader.⁶⁸ We streven ernaar dat alles wat vindbaar is ook op Zorginzicht.nl wordt weergegeven.

Bestaat er patiënteninformatie zoals een patiëntenversie van een richtlijn, of informatie over diagnose en behandeling op een website van een patiëntenvereniging, danwel op KiesBeter of thuisarts.nl?

Zijn er keuzehulp, option grids of uitkomstindicatoren die voor de patiënt relevant zijn, zoals maten voor kwaliteit van leven, PROMs^u en PREMs^v? Op welke websites (openbare database en publieks-informatie) zijn deze te vinden?

Naast de procedurele kant kijken we ook naar de inhoud van standaarden en richtlijnen: welke voor ons onderwerp relevante aanbevelingen worden gedaan en zijn de (aanbevelingen in) richtlijnen voldoende wetenschappelijk onderbouwd? Tot slot kijken we ook naar de aansluiting tussen eerste- en tweedelijns-richtlijnen.

2. Toepassing in de praktijk

Hier kijken we aan de hand van verschillende bronnen (zoals declaratiedata, publicaties, formele en informele consultaties) hoe de uitvoering van de zorg in de praktijk plaatsvindt (waaronder de aansluiting tussen eerste en tweede lijn) en wat de experts ervan vinden.

We relateren wat we in de praktijk hebben gevonden aan de aanbevelingen in kwaliteitsstandaarden.

3. Uitkomsten van zorg

Wat heeft de patiënt aan de behandeling? Is er informatie over de kwaliteit van zorg en de uitkomsten van zorg, en is deze vindbaar voor zorgverleners, patiënten en burgers? Zijn er bijvoorbeeld complicatie-registratie, sterftecijfers na een operatie, ervaringen van patiënten op uitkomsten of ervaringen (geme-ten met PROMs en PREMs)? En waar kunnen we deze informatie vinden, bijvoorbeeld op websites als ZorginZicht.nl (openbare database), Kiesbeter.nl of Zorgkaartnederland.nl.

4. Effectiviteit

Is de zorg effectief? Als we de wetenschappelijke onderbouwing van de richtlijnen, (zoals beoordeeld onder element 1. Kenbaarheid goede zorg), van voldoende kwaliteit achten, hanteren we de aanbevelingen uit de richtlijnen als uitgangspunt voor goede zorg. Mochten de richtlijnen van onvoldoende kwaliteit, danwel gedateerd zijn dan kunnen we partijen er op wijzen dat actualisatie van richtlijnen gewenst is. Een formele beoordeling conform de door het Zorginstituut vastgestelde criteria inclusief een systematische review aan de hand van de GRADE-systematiek⁷² gebeurt indien de gesignaleerde knelpunten daar aanleiding toe geven en de aanbevelingen in de richtlijnen ontbreken of onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd lijken te zijn.

Een belangrijk onderdeel van een beoordeling van de effectiviteit zijn de uitgangsvragen, vervat in de zogenaamde PICOT: Patient – Intervention – Comparator Outcome - Time. Voor welke groep patiënten is de zorg bedoeld en is dat de groep waarvoor onderzoek beschikbaar is? Welke behandeling of zorg wordt

^u PROMs: Patient Reported Outcome Measures: door de patiënt gerapporteerde uitkomstmaten van zorg zonder tussenkomst van een hulpverlener.

^v PREMs: Patient Reported Experience Measures: door de patiënt gerapporteerde beleving van de zorg zonder tussenkomst van een hulpverlener.

er geboden en is die zorg onderzocht? Met welke controlebehandeling (reguliere zorg, standaardtherapie) is die zorg vergeleken en wat voegt de aanbevolen zorg daaraan toe? En naar welke voor de patiënt relevante uitkomsten is gekeken om vast te stellen of de zorg effectief was en voor hoe lang?

5. Kosteneffectiviteit⁷¹

Kosteneffectiviteit geeft aan of de (meer)kosten van een behandeling in een redelijke verhouding staan tot de gewonnen effectiviteit. We kijken of de richtlijnen iets zeggen over kosteneffectiviteit, en naar (wetenschappelijke) literatuur. Waar we dat nodig achten voeren we een eigen kosteneffectiviteitsonderzoek uit.

6. Noodzakelijkheid⁷²

Hierbij kijken we of de zorg behoort tot het domein van de basiszorgverzekering en of het om kosten gaat die mensen eventueel zelf kunnen betalen. Bij die afweging gaat het om twee verschillende aspecten: de ernst van de ziekte (ziektelast) en de maatschappelijke noodzaak om een behandeling ook daadwerkelijk te verzekeren. Waar de nadruk bij ziekte last ligt op de medische noodzakelijkheid, ligt deze bij 'noodzakelijk te verzekeren' op de verzekeringsnoodzaak.

7. Uitvoerbaarheid⁷²

Zorg moet uitvoerbaar zijn, anders kan het niet geleverd worden. Het element uitvoerbaarheid geeft aan of voldaan is aan de randvoorwaarden en de houdbaarheid van het deel uitmaken van een interventie in het basispakket. Relevant daarbij zijn o.a. draagvlak, organisatie (van zorg, indicatie en administratie), bekostiging, jurisdictie en ethiek. Hier hoort bijvoorbeeld ook bij of er een bekostigingstitel (prestatiebeschrijving) is voor een interventie die deel zou moeten uitmaken van het basispakket.

8. Samenhang in de kwaliteitscirkels

Hier kijken we of er gewerkt wordt met kwaliteitscirkels die erop gericht zijn om de zorg te verbeteren, wie zich hiermee bezighouden en wat de onderlinge samenhang van de kwaliteitscirkels is.

Verschil screenings- en verdiepingsfase

De bril waarmee we naar de zorg kijken is in principe in alle fasen van de doorlichting hetzelfde, uitgaande van de hiervoor genoemde acht elementen. Wel verschillen aard en intensiteit van de systematische analyse soms in de screenings- en in de verdiepingsfase. De terminologie geeft al aan dat het bij de eerste een globale inventarisatie betreft, op aandoening (ICD-10) niveau, en dat in de verdiepingsfase meer gedetailleerd naar de geselecteerde onderwerpen wordt gekeken. In die fase is ook vaker sprake van het combineren van verschillende databronnen.

Het gebruik van gegevens bij de analyse

Binnen het programma Zinnige Zorg maken we regelmatig gebruik van kwantitatieve gegevens. Zorgvuldig gebruik daarvan is vanwege de kwaliteit van de analyse, de acceptatie van de bevindingen en de bescherming van de privacy van uitdrukkelijk belang. Het Zorginstituut onderkent dit belang expliciet en neemt alle benodigde maatregelen om zorgvuldig met de beschikbare gegevens om te gaan. Hieronder lichten we kort de kern toe van de wijze waarop we met kwantitatieve gegevens omgaan.

Aan de hand van zorginhoudelijke vragen doet het Zorginstituut data-onderzoek naar hoe zorg uit het basispakket in de praktijk wordt toegepast^w. Hiervoor verzamelen we informatie uit vele bronnen: van gesprekken met belanghebbenden tot wetenschappelijke publicaties, van cijfers van het RIVM tot declaratiegegevens.

Voor een deel gaat het daarbij om kwantitatieve gegevens en veelal om declaratiedata zoals het Declaratie Informatie Systeem (DIS), Zorg Prestaties en Declaraties (ZPD), en Genees- en hulpmiddelen Informatieproject (GIP). We zorgen bij het gebruik van data voor optimale borging van veiligheid en

^w Ook aansluitende gebieden zoals preventie, zelfzorg of andere buiten het basispakket vallende zorg kunnen aan de orde komen, vanuit het uitgangspunt dat we integraal naar het zorgtraject kijken.

privacy door verschillende maatregelen. Zo gebruikt het Zorginstituut gegevens op gepseudonimiseerd persoonsniveau, over meerdere jaren en vanuit verschillende, voor een specifieke vraag te combineren gegevensbronnen.

We gebruiken declaratiedata 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. Desalniettemin zijn deze data wel een belangrijke, en soms zelfs enige, informatiebron en kan deze waardevolle signalen geven over de kwaliteit van de zorg. Nadere verkenning van de mogelijkheid van gebruik van andere databronnen is onderwerp van onderzoek, in samenwerking met VWS en andere partijen in de zorg.

De bescherming van de privacy staat voorop. De gebruikte persoonsgegevens zijn daarom gepseudonimiseerd en niet herleidbaar tot individuen. Desondanks worden ze wel beschouwd als bijzondere persoonsgegevens en betrachten we uiterste zorgvuldigheid ten aanzien van de analyses, met inachtneming van geldende wetgeving. De gegevens worden alleen gebruikt voor vooraf gedefinieerde onderzoeksopdrachten/analyses, worden niet beschikbaar gesteld/ gebruikt voor andere doeleinden en niet verspreid. De resultaten van de analyses worden gepubliceerd op een niveau waarbij ze niet herleidbaar zijn tot het niveau van individuele personen, patiënten, verzekeraars of zorgaanbieders.

Bijlage 4 Lijst met signalen

Signalen Zinnige Zorg GGZ

1. Bij veel patiënten in de generalistische basis GGZ (GB-GGZ) en gespecialiseerde GGZ (SGGZ) worden de gevolgen van psychotrauma niet (direct) herkend, waardoor ze niet de juiste behandeling krijgen en klachten onnodig lang aanhouden.
2. EPA-patiënten gebruiken vaak meerdere geneesmiddelen naast elkaar, waarbij er geregeld sprake is van irrationele combinaties. Daardoor kunnen onnodige bijwerkingen ontstaan en kunnen de klachten langer aanhouden of ernstiger zijn dan nodig.
3. Patiënten met een lichte of matige depressieve stemmingsstoornis krijgen antidepressiva voorgeschreven terwijl deze interventie bewezen niet werkzaam is. Hierdoor gaan de klachten niet weg en is er een grote kans op bijwerkingen.
4. Patiënten krijgen e-mental health interventies aangeboden waarvan zorgaanbieders en zorgverzekeraars onvoldoende weten of ze effectief zijn, waardoor ze mogelijk niet de juiste behandeling krijgen.
5. Patiënten krijgen voorafgaand aan hun behandeling in de GB-GGZ en SGGZ een te beperkt diagnostisch traject aangeboden, waardoor zij niet de best passende behandeling krijgen en onnodig lang klachten houden.
6. Patiënten met een verslaving krijgen niet de juiste behandeling omdat professionals onvoldoende gebruik maken van de beschikbare (recente) kennis over alternatieve medicatie (medications suitable for agonist drug maintenance).
7. Patiënten met schizofreniforme stoornissen krijgen niet de samenhangende zorg en ondersteuning die ze nodig hebben, waardoor de kwaliteit van leven minder hoog is dan mogelijk.
8. De gevolgen van chronisch antipsychotica-gebruik worden onvoldoende onderkend. Patiënten met psychotische stoornissen worden niet (tijdig) behandeld voor deze gevolgen (o.a. metabole stoornissen) en kunnen hierdoor ernstige en blijvende gezondheidsschade oplopen.
9. Patiënten die worden opgenomen in de SGGZ krijgen in beperkte mate behandeling aangeboden (voornamelijk time-out functie), hierdoor is het behandelings-effect van de opname beperkt.
10. Bij patiënten die in de GB-GGZ/SGGZ in behandeling zijn wordt hun (comorbide) nicotine-afhankelijkheid vaak niet meebehandeld. Dit heeft een negatief effect op de behandeling van de primaire stoornis en de patiënt heeft een verhoogd risico op gezondheidsproblemen als gevolg van het roken.
11. Bij de diagnostiek en behandeling van volwassenen in de GB-GGZ/SGGZ/Wlz wordt onvoldoende bekeken of deze patiënten kinderen hebben en of deze kinderen 'at risk' zijn door de problematiek van hun ouders. Deze kinderen, die een verhoogd risico lopen om zelf psychische klachten te ontwikkelen, krijgen hierdoor mogelijk niet de zorg die ze nodig hebben.
12. Veel patiënten die langer dan 2 jaar in de SGGZ worden behandeld met onvoldoende resultaat worden niet geherdiagnosticeerd, waardoor zij mogelijk niet de juiste behandeling ontvangen en klachten toenemen en/of verergeren.
13. Een op de 7 patiënten met een psychotische stoornis heeft ook last van posttraumatische stress (PTSS). Uit angst de patiënt te ontregelen wordt het trauma niet altijd behandeld, terwijl dit in veel gevallen wel kan en klachtenverlichting voor de patiënt oplevert.
14. Patiënten met PTSS krijgen regelmatig niet de behandeling zoals beschreven staat in de richtlijn. Hierdoor zijn hun kansen op herstel kleiner en houden ze langer last van de bestaande klachten.
15. Bij patiënten die in de GB-GGZ/SGGZ psychodiagnostisch onderzocht worden, worden meetinstrumenten gebruikt die onvoldoende zijn gevalideerd. Voor patiënten is onvoldoende duidelijk welke zeggingskracht de testresultaten hebben.
16. Bij vrouwen wordt autisme niet (tijdig) herkend in de GB-GGZ/SGGZ waardoor ze zich onbegrepen voelen en ze niet de juiste behandeling krijgen aangeboden.
17. Meer dan de helft van de patiënten met een angststoornis ontvangt niet de eerste keus (psychologische) behandeling conform de richtlijn, waardoor klachten onnodig lang aanhouden.
18. Patiënten die hersteld zijn van een depressie krijgen onvoldoende terugvalpreventie aangeboden, waardoor zij een grotere kans hebben om nogmaals een depressie te krijgen.

19. Bij veel patiënten met een psychische stoornis en somatische problemen worden deze laatste niet herkend, waardoor daar in de behandeling geen rekening mee wordt gehouden en hun somatische en/of psychische klachten langer aanhouden dan wel ernstiger worden dan nodig.
20. Bij ouderen worden psychische problemen vaak niet herkend, waardoor de kwaliteit van leven onnodig nadelig beïnvloed wordt omdat ze geen of niet de juiste behandeling krijgen.
21. Bij EPA-patiënten wordt de richtlijn somatiek onvoldoende gevolgd, waardoor lichamelijke klachten ontstaan of verergeren en passende behandeling uitblijft.
22. Psychiatrische patiënten die zich in het ziekenhuis of bij de SEH melden met psychische en/of somatische problemen voelen zich onvoldoende begrepen en krijgen niet de (integrale) zorg die ze nodig hebben.
23. Patiënten met psychische klachten die antidepressiva gebruiken nemen deze onvoldoende trouw in, waardoor hun klachten minder afnemen of verergeren.
24. Patiënten met psychische klachten die antipsychotica gebruiken nemen deze onvoldoende trouw in, waardoor hun klachten minder afnemen of verergeren.
25. Patiënten met psychische klachten die antidepressiva gebruiken krijgen deze onnodig lang voorgeschreven, waardoor het risico op bijwerkingen toeneemt.
26. Patiënten met psychische klachten die benzodiazepinen gebruiken nemen deze onnodig lang in, waardoor ze afhankelijkheid ontwikkelen van deze middelen en het risico op bijwerkingen toeneemt.
27. Patiënten maken regelmatig mee dat ze door de huisarts worden naar de GGZ en vervolgens direct na intake weer worden terugverwezen, waardoor ze het gevoel krijgen van het kastje naar de muur te worden gestuurd en niet tijdig te worden behandeld.
28. Patiënten die langdurig of herhaaldelijk in de GGZ in behandeling zijn ondervinden negatieve effecten van eerder gestelde diagnoses ('etiketten') in hun dossier. Ze hebben het idee dat behandelaren hen daarmee in een bepaalde hoek plaatsen en dat dit eventuele nieuwe inzichten t.a.v. diagnostiek en behandeling in de weg staat.
29. Patiënten zijn huiverig voor het gebruik van e-mental health interventies omdat ze twijfelen of de privacy voldoende geborgd is waardoor ze onvoldoende van dit aanbod profiteren.
30. Patiënten krijgen e-mental health interventies aangeboden, waarbij ze zich onvoldoende betrokken voelen. Hierdoor stoppen ze eerder stoppen (therapietrouw) en behalen minder effect.
31. Patiënten met een ernstige psychische stoornis en LVB problematiek kunnen niet altijd terecht bij een daartoe gespecialiseerde instelling, waardoor zij niet tijdig de juiste behandeling krijgen.
32. Bij patiënten met psychische stoornissen wordt shared decision making beperkt toegepast, leidend tot lage(re) behandelmotivatie en behandeltrouw waardoor de effecten van de behandeling minder zijn.
33. Patiënten met antisociaal gedrag ontvangen niet de juiste benadering in de GGZ (niet-forensisch), waardoor de behandeling minder passend en effectief is.
34. Patiënten die in de SGGZ een farmacotherapeutische behandeling hebben gehad, hebben bij overdracht naar de huisarts een grotere kans dat ze niet de optimale farmacotherapeutische behandeling krijgen (als gevolg van minder kennis/matige consultatiemogelijkheden).
35. Patiënten met meerdere psychische stoornissen ontvangen niet de juiste behandeling; bijvoorbeeld persoonlijkheidsstoornis en verslaving (onvoldoende kennis over/aandacht voor in richtlijnen).
36. Patiënten met psychotrauma en een andere diagnose ontvangen niet de juiste behandeling, waardoor hun klachten langer aanhouden dan nodig (ontbreken transdiagnostische richtlijn).
37. Bij patiënten in de leeftijd tot 35 jaar in GB-GGZ/SGGZ worden pre-psychotische symptomen onvoldoende herkend. Daardoor kunnen deze symptomen zich ontwikkelen tot een psychose, een vaak traumatische ervaring voor de patiënt en zijn naasten met grote gevolgen voor het herstel.
38. Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen krijgen zelden meer een klinische behandeling aangeboden waardoor de behandeling minder effectief is.
39. Patiënten met psychische klachten i.c.m. een somatische aandoening krijgen geen integrale behandeling aangeboden (bijv. prikangst bij diabetes) waardoor de behandeling minder effectief is.
40. Patiënten met een IQ tussen 70 en 85 komen niet tijdig op de juist behandelplek terecht omdat voor verwijzers en behandelaren onduidelijk is waar dat is (GGZ of VG-instelling), hierdoor verergeren hun klachten.

41. Patiënten met psychische klachten en suïcidale gedachten krijgen niet tijdig de juiste behandeling omdat behandelaars hiervoor (in hun opleiding) onvoldoende zijn geschoold. Hierdoor neemt het risico op suïcide-pogingen toe.
42. Bij veel patiënten in de GB-GGZ en SGGZ wordt de licht verstandelijke beperking niet (direct) herkend, waardoor ze niet de juiste behandeling krijgen en klachten onnodig lang aanhouden.
43. Patiënten met een eerste psychose krijgen niet de juiste behandeling omdat er in hun regio geen VIP-team voor hen beschikbaar is, waardoor de kans op nieuw optredende psychoses toeneemt.
44. EPA-patiënten krijgen onvoldoende begeleiding bij het (zo veel mogelijk) zelfstandig functioneren omdat betrokkenen (behandelaars, indicatiestellers, aanbieders van welzijnsdiensten, patiënt, mantelzorgers, et cetera) dit met elkaar onvoldoende regisseren. Hierdoor blijven patiënten (meer) op zorg aangewezen dan nodig en wenselijk.
45. Slechts bij een beperkt aantal patiënten is het “farmacogenetisch profiel” bekend, het proces waarbij het metabolisme van medicijnen in kaart wordt gebracht. Hierdoor is mogelijk bij veel patiënten de effectiviteit van de medicatie beperkt en de kans op bijwerkingen groter.

NB de vier samen met partijen geprioriteerde signalen zijn rood.

Bijlage 5 Analyse van waarderingen over de GGZ op ZorgkaartNederland

Om een indruk te krijgen van wat patiënten belangrijk vinden aan zorg in de GGZ hebben we met patiëntorganisaties gesproken en contact gezocht met de Patiëntenfederatie om toegang te krijgen tot hun database van zorgwaarderingen. Deze database staat bekend als ZorgkaartNederland en is als zodanig ook op internet toegankelijk.⁷³

ZorgkaartNederland

ZorgkaartNederland is een ervaringssite, zonder winstoogmerk, van en voor patiënten. Met ZorgkaartNederland probeert de Patiëntenfederatie

- patiënten te voorzien van keuze-informatie op basis van zorgwaarderingen;
- zorgaanbieders inzicht te geven in wat volgens patiënten goed gaat en wat beter kan;
- patiënten invloed te geven op de kwaliteit van de zorg.

Op ZorgkaartNederland kan men erkende aanbieders vinden en waarderen. Patiënten geven zorgaanbieders cijfers en lichten kort hun ervaring toe. Een onafhankelijke redactie leest alle waarderingen en beoordeelt of ze voldoen aan de gedragscode van ZorgkaartNederland.

De numerieke waarderingen ('cijfers') op ZorgkaartNederland voor GGZ-aanbieders hebben betrekking op de volgende aspecten van zorg (tabel 1). Deze aspecten worden gewaardeerd op een schaal van 1 tot 10.

Tabel 1 Aspecten van zorg die op Zorgkaart Nederland numeriek gewaardeerd worden

Zorgaspect	Omschrijving
Afspraken	Hoe verliep het maken van afspraken. En komt de organisatie/medewerker gemaakte afspraken over tijd, tijdstippen en bereikbaarheid na?
Behandeling	Hoe beoordeelt u het (voorlopig) effect van uw behandeling/verzorging/begeleiding?
Omgang medewerkers	Behandelen medewerkers u met aandacht? Wat vindt u van de manier waarop medewerkers met u omgaan?
Informatie	Hoe beoordeelt u de informatie die u krijgt? Is het duidelijk en voldoende?
Luisteren	Wordt u gezien en gehoord? Wordt er passend gereageerd op uw vraag of verzoek?
Accommodatie	Hoe beoordeelt u het gebouw, de voorzieningen en de omgeving?

Bron: ZorgkaartNederland, gepubliceerd door Patiëntenfederatie Nederland op www.zorgkaartnederland.nl

Daarnaast zijn patiënten verplicht een toelichting of tekstuele waardering toe te voegen. Zorgkaart Nederland zegt daarover: "Vooraf met uw toelichting helpt u anderen bij hun keuze. Een goede vraag hierbij is: waarom zou ik deze zorgaanbieder juist wel of niet aanbevelen?"

Aanpak

Uit de database met 500 duizend ervaringen heeft de Patiëntenfederatie een download van 7630 waarderingen met ons gedeeld, die betrekking hadden op een aandoening en/of type zorgaanbieder in de GGZ.

De verdeling van de waarderingen over de verschillende typen zorgaanbieders en aandoeningen is weergegeven in tabel 2 en 3.

Tabel 2 Verdeling over type zorgaanbieders

Type zorgaanbieder	Aantal	Percentage
GGZ	4573	60%
Verslavingszorg	1310	17%
Psychologiepraktijk en psychotherapiepraktijk	1249	16%
Huisartsenpraktijk	270	4%
Psychiatriepraktijk	228	3%

Bron: Zorginstituut Nederland, op basis van waarderingen op ZorgkaartNederland, gepubliceerd door Patiëntenfederatie Nederland op www.zorgkaartnederland.nl

Tabel 3 Verdeling over aandoeningen

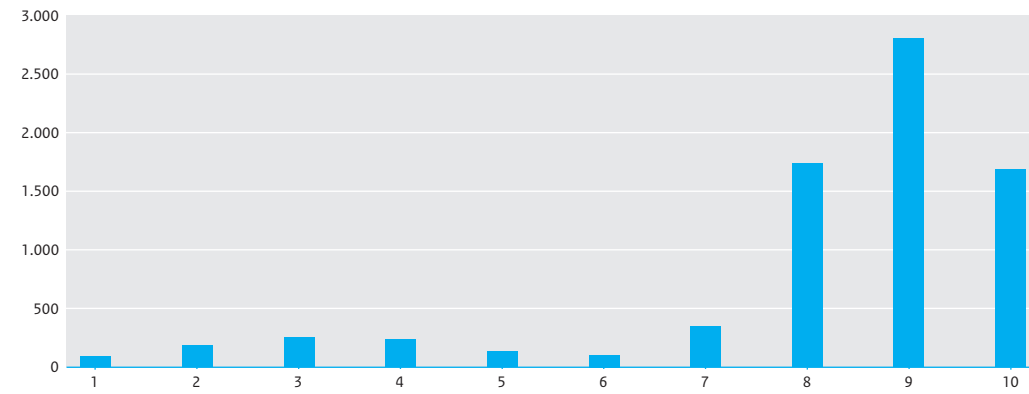
Aandoening	Aantal	Percentage
Verslavingen	1709	22%
Depressie	1420	19%
Psychische problemen	1280	17%
ADHD	828	11%
Angststoornissen	674	9%
Burn-out	515	7%
Autisme	361	5%
Persoonlijkheidsstoornissen	232	3%
Psychische stoornissen	136	2%
Borderline	120	2%
Eetstoornissen	87	1%
Bipolaire stoornissen	78	1%
Psychosen	56	0,7%
Dwangstoornissen	32	0,4%
Stemmingsstoornissen	30	0,4%
Somatoforme stoornissen	28	0,4%
Paniekstoornissen	24	0,3%
Stoornissen in de impulsbeheersing	10	0,1%
Ziektevrees	10	0,1%

Bron: Zorginstituut Nederland, op basis van waarderingen op ZorgkaartNederland, gepubliceerd door Patiëntenfederatie Nederland op www.zorgkaartnederland.nl

Om een indruk te krijgen wat patiënten belangrijk vinden in de GGZ zijn de numerieke waarderingen en de toelichtingen van patiënten die een lage en patiënten die een hoge waardering gaven met elkaar vergeleken. De verdeling van de totaalscore van de waardering (gemiddeld over de waardering van de zes bovengenoemde aspecten van zorg) is weergegeven in figuur 1. Op basis van deze verdeling zijn scores één t/m vijf als lage totaalwaarderingen (n=938) en score negen als hoge totaalwaarderingen gedefinieerd (n=2812).

Voor deze twee groepen zijn de gemiddelde numeriek waarderingen met elkaar vergeleken, evenals de veertig woorden^x die het vaakst voorkwamen in alle waarderingen van de betreffende groep (TagCrowd.com software door Daniel Steinbock, gebruikt onder CC BY 4.0 licentie). De uiteindelijke figuren zijn na samenvoegen van woorden met dezelfde stam en oplossen van een probleem met diakritische tekens gemaakt met behulp van WoordWolk.nl software door Zygomat[®] onder een 'open source' licentie.

^x Afgezien van functiewoorden, uitgefilterd met de taalinstelling Nederlands van TagCrowd

Figuur 1 Verdeling van totaalscores van waarderingen

Bron: Zorginstituut Nederland, op basis van waarderingen op ZorgkaartNederland, gepubliceerd door Patiëntenfederatie Nederland op www.zorgkaartnederland.nl

Resultaten en conclusies

Figuur 1 toont de relatief hoge waardering op ZorgkaartNederland voor de ontvangen GGZ. Het gaat hier om een relatief kleine sample, maar ook grotere samples, met steekproeven onder in principe alle patiënten van een bepaalde aanbieder, en analyses van ZorgkaartNederland voor andere typen van zorg, laten vergelijkbare verdelingen zien. Wat hier opvalt is het relatief geringe aandeel middelmatige waarderingen van zes of zeven punten op een tienpuntschaal.

Figuur 2 laat de gemiddelde waardering voor de zes zorgaspecten zien in de groep met hoge en de groep met lage waarderingen. Wat opvalt is dat in de groep met lage totaalwaardering de aspecten accommodatie en afspraken relatief goed scoren (gemiddeld ongeveer een vier op een tienpuntschaal). De aspecten behandeling, informatie en luisteren scoren relatief laag (gemiddeld ongeveer een twee). In de groep met hoge totaalwaardering worden alle aspecten hoog gewaardeerd met gemiddeld ongeveer een negen.

Figuur 3 en 4 tonen de veertig woorden die het vaakst voorkwamen in de waarderingen van patiënten met een hoge en een lage totaalwaardering.

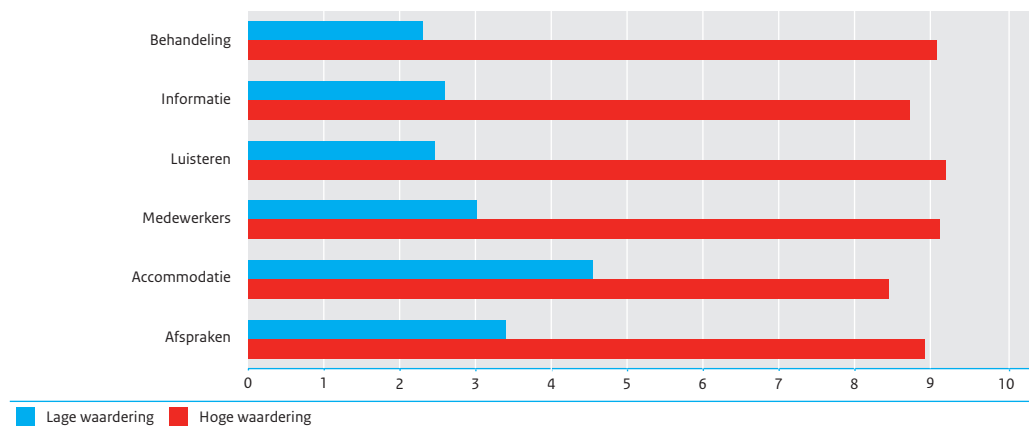
Uit de meest voorkomende woorden in de groep met hoge totaalwaardering was het zinnetje 'Behandeling heel erg/zeer/heel goed geholpen' te vormen. In de top twintig stonden verder termen als 'fijn', 'prettig' en 'tevreden' die in de top veertig van de groep met lage totaalscores ontbraken. Bij de groep met lage totaalscores ontbrak 'geholpen' in de top veertig. Bij hen staat daarna 'afpraak' bovenaan. Nadere beschouwing liet zien dat het dan vaak ging om niet nagekomen afspraken. Hier lijkt verbeterpotentieel te liggen in de bedrijfsvoering. Ook het feit dat tijdsaanduidingen als 'weken', 'maanden' en 'jaar' vaak gebruikt werden wijst hierop. Deze woorden werden vaak gebruikt in combinatie met wachten, maar ook als aanduiding van de snelle beëindiging van de behandeling, mede op initiatief van de patiënt. Bij de groep met hoge totaalwaardering kwam 'snel' juist voor op plaats 21 in de top veertig. Een woord dat wel in de top veertig te vinden was bij de lage totaalwaarderingen maar niet bij de hoge was 'huisarts' (plaats 26). Nadere beschouwing liet zien dat de huisarts vooral instrumenteel beschreven werd, als degenen die doorverwees of waarnaar werd terugverwezen. De huisarts werd dus niet negatief beoordeeld.

Ook kwamen 'intake' (plaats 17) en 'diagnose' (plaats 37) relatief vaak voor in toelichtingen van patiënten met een lage totaalwaardering, terwijl ze niet in de top veertig van de andere groep voorkwamen. Vanuit patiëntperspectief zoals dat uit ZorgkaartNederland gegevens is af te leiden zijn intake en diagnostiek behandelingsfasen met verbeterpotentieel. Wanneer de diagnostiek en de intake negatief beleefd worden door de patiënt draagt dat bij aan een lage totaalwaardering van de geleverde zorg. Waarschijnlijk ook omdat dit de kans verhoogt dat de behandeling dan (mede) op initiatief van de patiënt al vroeg na de negatief beleefde intake wordt afgesloten.

Tenslotte kwam medicatie op plaats 36 nog net voor in de top veertig bij de groep met lage totaalscore en niet in die met hoge totaalscore. Nadere beschouwing liet zien dat het in de betreffende toelichtingen vaak ging om medicatiefouten of onvrede met het medicatiebeleid, mede in verband met bijwerkingen.

Kortom, zowel het nakomen van afspraken en een goede intake en diagnostiek zijn volgens patiënten belangrijke aspecten van GGZ behandeling. Het goed verlopen van deze aspecten lijken noodzakelijke voorwaarden ^y voor een door patiënten hoog gewaardeerde behandeling. Aan deze voorwaarden wordt met regelmaat niet voldaan, oftewel, hier ligt verbeterpotentieel. In iets mindere mate (afgaand op het aantal keren dat dit in de toelichting gemeld wordt) geldt dit ook voor het gebruik van psychofarmaca.

Figuur 2 Waardering voor aspecten van zorg in de groep met lage en hoge totaalwaardering



Bron: Zorginstituut Nederland, op basis van waarderings op ZorgkaartNederland, gepubliceerd door Patiëntenfederatie Nederland op www.zorgkaartnederland.nl

Figuur 3 Veertig woorden die het vaakst voorkwamen in toelichtingen van patiënten met een hoge totaalwaardering



Bron: Zorginstituut Nederland, op basis van waarderingen op ZorgkaartNederland, gepubliceerd door Patiëntenfederatie Nederland op www.zorgkaartnederland.nl

y Deze aspecten worden immers veel minder vaak genoemd in de groep met hoge waarderingen. Bij hen lijken de uitkomst en de opbrengst van het behandelproces cruciaal, hetaen meer een voldoende voorwaarde lijkt.

Figuur 4 Veertig woorden die het vaakst voorkwamen in toelichtingen van patiënten met een lage totaalwaardering



Bron: Zorginstituut Nederland, op basis van waarderingen op ZorgkaartNederland, gepubliceerd door Patiëntenfederatie Nederland op www.zorgkaartnederland.nl

Bijlage 6 Reacties schriftelijke consultatie

Het Zorginstituut heeft inhoudelijke en tekstuele suggesties en correcties van de geconsulteerde partijen besproken en verwerkt in het rapport. Twee door meerdere partijen genoemde punten, de selectie methodiek en de generaliseerbaarheid van de gekozen onderwerpen, zijn in het rapport nader verduidelijkt. We bedanken alle partijen voor het inzenden van waardevolle feedback omtrent het screeningsrapport zinnige zorg GGZ evenals nuttige aanbevelingen voor de verdiepingsfase.

Partijen	Commentaar partijen	Reactie van het Zorginstituut
GGZ Nederland (GGZ-NL)	GGZ Nederland stelt goed te zijn meegenomen in de aanloop naar dit rapport. De gekozen onderwerpen zijn herkenbaar en de onderbouwing van aanwijzingen voor meer zinnige zorg zijn gedegen. GGZ Nederland heeft een aantal inhoudelijke opmerkingen gemaakt en nog een tweetal aanbevelingen gedaan voor de verdiepingsfase.	
	1. Denk binnen de verdiepingsfase aan preventie en het arbeidsmarktprobleem dat met name voor adequate behandeling van mensen met PTSS een rol speelt.	In de verdiepingsfase hebben we voor beide trajecten aandacht voor zowel inhoudelijke, zorglogistieke als organisatorische aspecten.
	2. In paragraaf 1.3 staat dat de kosten van gemeenten voor jeugd ggz en maatschappelijke ondersteuning in 2015 respectievelijk €3,1 miljard en €5,6 miljard bedroegen. Wij gaan er van uit dat dit de gehele jeugdhulp en de gehele WMO betreft, niet alleen de GGZ.	In paragraaf 1.3 is de tekst verduidelijkt en toegevoegd dat niet bekend is welk deel van dit bedrag specifiek is toebedeeld aan de GGZ.
	3. In figuur 8 met mogelijke verbeterpunten in het zorgtraject psychose staat dat het afbouwen van polyfarmacie onder toezicht van de huisarts plaatsvindt. In onze optiek hoort dat ook (of beter) thuis als nazorg binnen de gespecialiseerde ggz onder verantwoordelijkheid van de betreffende behandelaar.	Figuur 8 is aangepast. Het afbouwen van polyfarmacie is in het figuur niet enkel meer toebedeeld aan de huisarts. De rol van de huisarts versus die van de gespecialiseerde GGZ wordt meegenomen in het verdiepingstraject Psychose.
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)	Het rapport oogt uiterst zorgvuldig qua opbouw. De gebruikte taal maakt het document goed toegankelijk voor de doorsnee professional. De opbouw van de zorgvraag en het beschikbare zorgaanbod worden helder toegelicht. De wijze waarop de methodiek Zinnige Zorg gericht is toegepast op de ggz komt IGJ zeer gedegen voor. De opbrengst is naar inschatting voor diverse bij de ggz betrokken partijen goed te benutten.	
	1. De IGJ raadt aan om bij volgende processtappen ook het naasten-perspectief te betrekken, in aanvulling op o.a. het professionele en cliëntperspectief.	De rol van naasten zal meegenomen worden in de verdiepingsfase.
	2. De IGJ vraagt wel aandacht voor de wijze waarop 'diagnostiek' een vervolg krijgt. Mogelijk leidt het meenemen van diagnostiek binnen de zorgtrajecten psychose en PTSS er toe dat kwetsbaarheden in het diagnostisch aanbod voor specifieke doelgroepen hierdoor onderbelicht blijven (zoals diagnostiek van autisme-spectrumstoornissen, persoonlijkheidsproblematiek of LVB).	In de verdiepingsfase is het nadrukkelijk de bedoeling om diagnostiek mee te nemen en te kijken naar de generaliseerbaarheid van de verschillende verbeter signalen. Dit is tevens verduidelijkt in paragraaf 2.4.

InEen	InEen geeft aan het een heldere beschrijving en onderbouwing van de selectie van de zorgtrajecten psychose en PTSS te vinden. Gezien de prioriteit die InEen als brancheorganisatie legt, bij onderwerpen die betrekking hebben op bestuurlijke en organisatorische aspecten van eerstelijnszorg, en het rapport zich specifiek op de analyse van twee medisch inhoudelijke onderwerpen richt, ziet InEen af van een concrete reactie op rapport.	
Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)	Het valt de KNMP op dat de farmacotherapeutische zorg in het screeningsrapport ontbreekt en daarmee ook de rol van de apotheker. KNMP stelt dat de focus ligt op medische zorg, maar dat dit onlosmakelijk verbonden is met de farmacotherapeutische zorg als we het hebben over zinnige zorg. Tevens geeft de KNMP een aantal aanbevelingen voor de verdiepfingsfase. Met name hoe de apotheker een belangrijke rol kan spelen in meer zinnige zorg.	Zowel de algemene als de specifieke reactie van de KNMP is in het rapport verwerkt. De farmacotherapeutische zorg en de rol van de apotheker zijn verduidelijkt. Zie hiervoor o.a. figuur 3 en paragraaf 3.3. De rol van de farmacotherapeutische zorg/apotheker wordt tevens meegenomen in de verdiepfingsfase.
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)	De LHV geeft aan dat zij zich kan vinden in de keuze voor de twee thema's (zorgtrajecten psychose en PTSS) en voor de onderbouwing van de keuze.	
Landelijke Vereniging POH-GGZ (LV-POH-GGZ)	De LV-POH-GGZ is akkoord met de gekozen verdiepfingstrajecten en heeft geen verdere aanvullingen op het rapport.	
Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP)	De LVVP merkt op dat bij het zorgtraject psychose het onderdeel diagnostiek niet aan de orde komt, terwijl eerder wordt aangegeven dat dit bij beide onderwerpen aan de orde komt.	In de verdiepfingsfase is het nadrukkelijk de bedoeling om diagnostiek mee te nemen en te kijken naar de generaliseerbaarheid van de verschillende verbeter signalen, waaronder diagnostiek. Dit is tevens verduidelijkt in paragraaf 2.4.
	1. Inhoudelijke aanvulling zorgtraject PTSS: Mogelijk biedt de Zorgstandaard Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen meer handvatten voor diagnostiek.	We kijken uit naar de publicatie van deze zorgstandaard, om dit punt mee te nemen in de verdiepfingsfase.
	2. Paragraaf 1.2 Onjuiste zin omtrent de ernst en ziektelast van schizofrenie.	Deze zin is aangepast.
	3. Paragraaf 1.3. Het woord jeugd-GGZ klopt niet; gaat om gehele jeugdhulp.	De formulering is aangepast. Zie ook de reactie op punt 2 van GGZ Nederland.
	4. Figuur 3. Het rode balkje jeugdwet 18- moet ook boven psychische klachten en problemen staan.	Figuur 3 is aangepast.
	5. Paragraaf 1.5. Ook de eerste paragraaf is alleen van toepassing op 18+.	Paragraaf 1.5 is aangepast.
	6. Bijlage 3. De paragraaf over stepped en matched care is verwarrend. Het Zorginstituut gaat uit van stepped care terwijl in de GGZ wordt uitgegaan van matched care.	De tekst in bijlage 3 is verduidelijkt.

	7. Bijlage 3. Er wordt gesproken van gepseudonimiseerde data die niet te herleiden is naar personen. Als dit zo is moet er gesproken worden van anonieme data. Anders is dit niet AVG-proof.	Pseudonimiseren en anonimiseren zijn twee verschillende technieken voor de bescherming van de privacy van individuen. Zorginstituut Nederland maakt gebruik van pseudonimisatie omdat wij individuen moeten kunnen onderscheiden terwijl de identiteit geen rol speelt. Wij kunnen dat niet realiseren met anonimiseren. Er wordt gebruik gemaakt van onomkeerbare pseudoniemen. Een trusted third party vervangt de direct identificerende gegevens door unieke pseudoniemen die niet te herleiden zijn tot een persoon. Met de gebruikte cryptografische techniek is het mogelijk voor hetzelfde identificerende gegeven steeds een gelijk pseudoniem te genereren. In opdracht van VWS wordt de verwerking van gegevens getoetst door een onafhankelijke externe auditor om te borgen en te bewaken dat beveiliging en privacy voldoet aan vigerende wet- en regelgeving, in het bijzonder de AVG.
MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid	De casuïstiek rondom Psychose en PTSS is herkenbaar voor MIND. Daarnaast heeft MIND nog een aantal inhoudelijke opmerkingen.	
	1. Paragraaf 1.1. De epidemiologie roept vragen op. Ten eerste ontbreken de persoonlijkheidsstoornissen in de NEMESIS resultaten. Ten tweede is het vreemd dat er 500.000 personen zijn met klachten en 1.900.000 stoornissen. Deze verhouding zou je andersom verwachten.	In paragraaf 1.1. zijn de NEMESIS cijfers en de interpretatie hiervan verduidelijkt.
	2. Het rapport lijkt een blinde vlek te hebben voor persoonlijkheidsstoornissen. Deze groep heeft een significante omvang, geschat wordt dat maar 6% van deze groep behandeling ontvangt op grond van de MDR. Persoonlijkheidsstoornissen is de derde groep qua aantallen patiënten na angst en depressie volgens de Vektis data (zorgprisma publiek), namelijk 63.600 patiënten. MIND ziet graag dat de zorg rondom persoonlijkheidsstoornissen ook verbetert.	Het zorgtraject persoonlijkheidsstoornissen is in de screeningsfase niet geselecteerd. In de verdiepingsfase kunnen persoonlijkheidsstoornissen een plaats krijgen. Bij mensen met een PTSS kan immers tevens sprake zijn van persoonlijkheidsproblematiek of een psychose.
	3. Het beeld dat geschetst wordt rondom de zorg voor mensen met een psychose herkennen we. We missen de samenwerking met andere medicijnen voor lichamelijke aandoeningen.	De genoemde samenwerking tussen medicatie heeft zowel in de casus als in de tekst in paragraaf 3.3 een plaats gekregen.

	4. Tot slot heeft MIND een aantal punten voor het verdiepingstraject aangedragen. Ten eerste moet er breder worden gekeken naar comorbiditeit dan nu beschreven is. Denk daarbij ook aan aandacht voor emotieregulatie en hechtingsproblematiek bij PTSS. Daarnaast moet er bij screening en diagnostisering altijd gevraagd worden naar eventuele aanwezigheid van trauma's, niet enkel bij verdenking op trauma.	De punten worden meegenomen in het verdiepingstraject PTSS.
	5. MIND geeft aan het jammer te vinden dat LVB als specifiek verdiepingsonderwerp is afgefallen.	De motivatie omtrent het afvallen van LVB als verdiepingsonderwerp is verduidelijkt in paragraaf 2.5.
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)	De NFU heeft het conceptrapport voorgelegd aan haar PUK-leden. Deze geven aan geen bezwaren ten aanzien van het concept rapport, c.q. de gekozen onderwerpen, te hebben. De NFU wordt graag bij het vervolg betrokken.	
Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG)	De keuze voor de onderwerpen is goed beargumenteerd. Geen opmerkingen bij de analyse.	
Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)	De NVP geeft aan dat het document goed is opgezet en een mooi overzicht bevat van de ziektelast van verschillende stoornissen en maatschappelijke lasten. De twee verdiepingsonderwerpen waarop uit is gekomen lijkt de NVP goede onderwerpen om onderwerpen uit te destilleren. Wel zijn er een aantal algemene en zorgtraject specifieke opmerkingen.	
	1. Er wordt omschreven dat de implementatie aan de betrokken partijen is. Voor de zorg onder de 18 jaar is dat lastig uitvoerbaar omdat gemeenteraden niet altijd dezelfde prioriteit hebben.	Het opstellen van een implementatieadvies is onderdeel van het opleveren van het verbeter signalement per zorgtraject. Hierbinnen houden we rekening met de rol van verschillende actoren binnen de domeinen.
	2. De argumentatie van psychotische stoornissen benadrukt vooral het tegengaan van onnodig chronisch gebruik van anti-psychotica en het beperken van bijwerkingen.	De argumentatie in de screeningsfase komt voort uit de afwijking tussen zorg beschreven in zorgstandaarden/richtlijnen en de praktijk. De keuze voor een geheel zorgtraject in de verdiepingsfase geeft de mogelijkheid om breder te kijken dan enkel de bevindingen in de screeningsfase.
	3. De keuze voor trauma als speerpunt wordt vooral uitgewerkt als het tijdig onderkennen van specifiek PTSS. Hierdoor ontstaat het risico dat trauma voor andere psychische stoornissen onderbelicht blijft, eveneens andere vormen van trauma-behandeling.	Zie beantwoording punt 2.
	4. De NVP wijst op de risico's van schade door louter op PTSS gerichte behandelingen. Ze pleit voor voldoende aandacht voor een meer geïntegreerde trauma behandeling.	Dit punt wordt meegenomen in het verdiepingstraject PTSS.

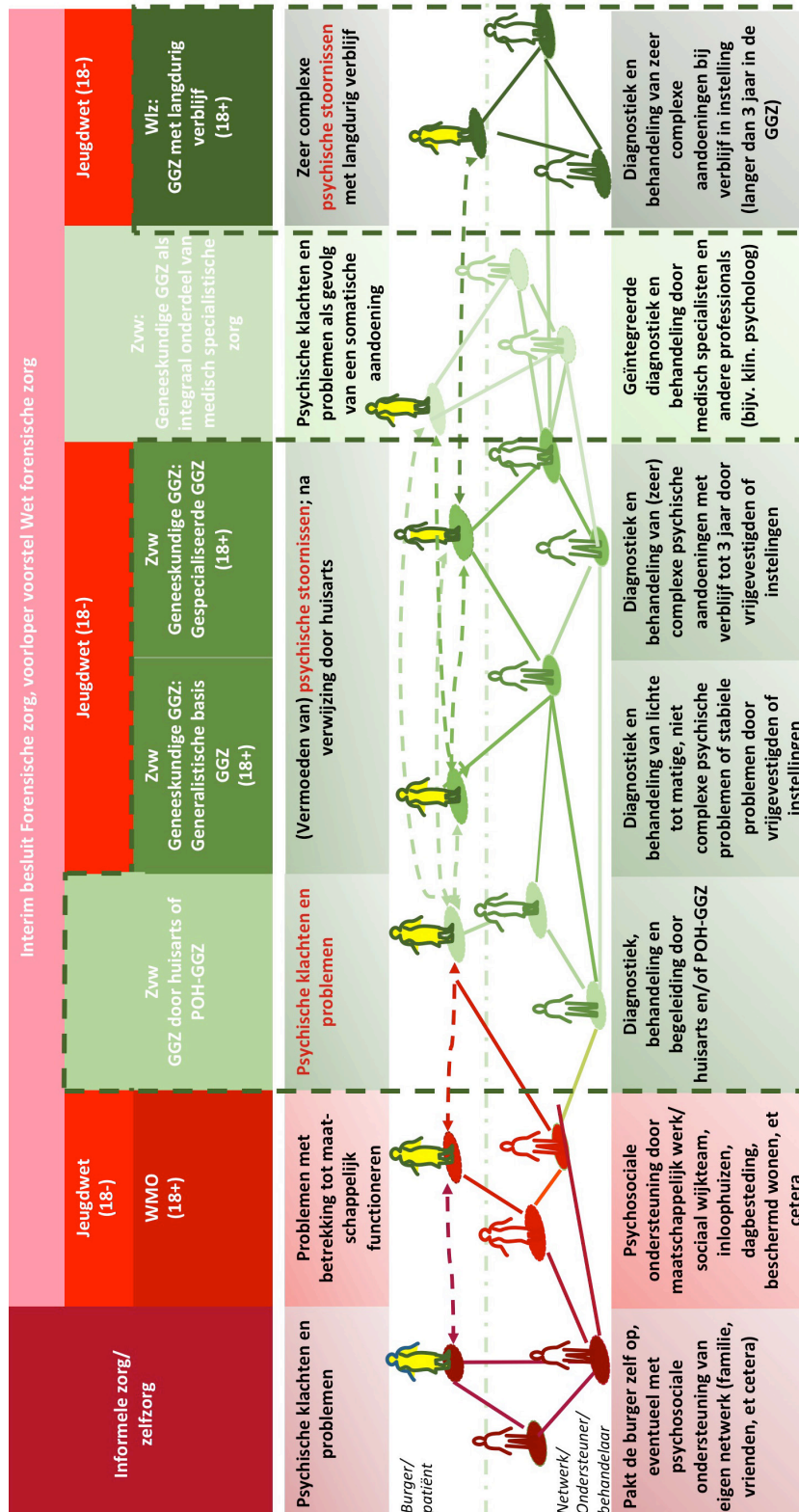
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP)	De Keuze voor de twee gekozen zorgtrajecten psychose en PTSS is op zich goed en herkenbaar. Op beide consultatievragen heeft de NVVP nog een aantal opmerkingen.	
	1. Nadeel van de focus op afzonderlijke trajecten is de comorbide problematiek, de combinatie van psychotische stoornis en PTSS blijft zo mogelijk onderbelicht.	In de verdieping van de twee gekozen zorgtrajecten zal gekeken worden naar comorbide problematiek.
	2. Op de argumentatie voor het niet selecteren van onderwerpen valt af te dingen. Diverse signalen over zinnige zorg vallen af, bijv. LVB en diverse psychische problemen. Diagnostiek en medicatie zoals naar voren is gekomen in enkele signalen wordt nu enkel nog gezien in de relatie met de twee geselecteerde aandoeningen.	In hoofdstuk 2 is de argumentatie voor het kiezen van de twee zorgtrajecten verduidelijkt. In de verdiepfingsfase is het nadrukkelijk de bedoeling om te kijken naar de generaliseerbaarheid van de verschillende verbeter signalen.
	3. Het is wenselijk meer aandacht te besteden aan determinanten van het al dan niet in de klinische praktijk oppakken van richtlijnen en zorgstandaarden. Dit lijkt immers een zwak punt in de keten van zinnige zorg zoals ZIN die onderscheidt.	Bij de verdiepfingsanalyse zal ook naar mogelijke oorzaken van afwijkingen tussen richtlijnen/ zorgstandaarden en de klinische praktijk gekeken worden.
	4. Bij de systematische analyses van de twee zorgtrajecten psychose en PTSS lijkt het vinden van aanwijzingen voor zinnige zorg vooral voort te komen uit implementatie van richtlijnen in de praktijk. Het is de vraag wat er met de aanwijzingen vervolgens valt te doen en wie er wat mee moet doen.	De rapportage over de verdiepfingsfase zal verbeteracties bevatten inclusief waar welke acties belegd worden.
	5. De genoemde aanwijzingen komen arbitrair over. Bij het zorgtraject psychose zijn diverse richtlijnen, protocollen en zorgstandaarden aan de orde. Het is niet helder waarom op het gebied van (poly)farmacie, somatisch onderzoek en medicatieoverdracht wel sprake zou kunnen zijn van zinniger zorg en waarom niet bij toegankelijkheid van goede diagnostiek of vroeg diagnostiek bij ultra high risk patiënten?	In hoofdstuk 2 is de argumentatie voor het kiezen van de twee zorgtrajecten verduidelijkt. De keuze voor een geheel zorgtraject in de verdiepfingsfase geeft de mogelijkheid om breder te kijken dan enkel de bevindingen in de screeningsfase.
	6. Onder psychiaters bestaat veel discussie over de grens tussen rationele en irrationele combinaties van meerdere antipsychotica. Hoe kan en wil het zorginstituut dan een ultimatum oordeel kunnen geven?	De argumentatie in de screeningsfase komt voort uit de afwijking tussen zorg beschreven in zorgstandaarden/richtlijnen en de praktijk, zonder een oordeel te vellen over de inhoud van de zorgstandaard/richtlijn.
	7. Wat is de precieze toegevoegde waarde van de screening, systematische analyse en verdiepfingslag die ZIN wil uitvoeren?	Zinnige Zorg zoekt in de screeningsfase naar afwijkingen tussen zorg zoals beschreven in zorgstandaarden/richtlijnen en de praktijk. Om in de verdiepfingsfase aan de hand van nadere analyse een verbeter signalement op te stellen.

	8. Wordt bij het vormen van een oordeel gebruik gemaakt van dezelfde 'experts' die in het veld de zorgstandaarden en richtlijnen hebben ontwikkeld en is er dan niet sprake van dubbel werk?	Voor de verdiepfingsfase wordt er in afstemming met betrokken partijen opnieuw per zorgtraject gekeken welke deskundigheid/expertise er op verschillende terreinen (zorgstandaarden, richtlijnen, data) noodzakelijk is.
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen	De NVZ heeft de informatie met haar achterban gedeeld en hierover géén reacties ontvangen. De NVZ concludeert dat zij positief staat ten opzichte van het consultatierapport.	
Nederlandse Zorg Autoriteit (NZA)	De genoemde voorbeelden zijn zeer behandelinhoudelijk van aard, waardoor de NZa zich niet de eerst aangewezen instantie vindt om hier een oordeel over te hebben.	
	De aanwijzingen voor verbetering van zorg die in het rapport zijn beschreven, zijn naar onze mening zeer specifiek. In de discussies die wij met partijen voeren zijn de vragen over gepast gebruik vaak veel algemener van aard.	In de verdiepfingsfase hebben we voor beide trajecten aandacht voor zowel inhoudelijke, zorglogistieke als organisatorische aspecten. Tevens biedt de keuze voor een geheel zorgtraject in de verdiepfingsfase de mogelijkheid om breder te kijken dan enkel de bevindingen in de screeningsfase.
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) & Federatie van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen (P3NL)	Het NIP en P3NL benoemen dat medewerkers en leden met veel belangstelling en waardering kennis hebben genomen van het rapport. Er is een zorgvuldig proces doorlopen waarbij op meerdere momenten partijen, waaronder het NIP en P3NL betrokken zijn geweest. Het NIP en P3NL hebben een aantal inhoudelijke opmerkingen en mee gevers voor de beide verdiepfingstrajecten.	
	1. De onderbouwing over hoe de weging is gemaakt op de door u geformuleerde criteria kan in het rapport transparanter.	In hoofdstuk 2 is de argumentatie voor het kiezen van de twee zorgtrajecten verduidelijkt.
	2. Het is van belang dat de inzichten en verbetermogelijkheden na de verdiepfing op de genoemde zorgtrajecten ook op andere terreinen in beeld komen. Het ontstaan van psychotrauma en psychose in de adolescentiefasen verdient meer aandacht alsmede de doorverwijzing naar gekwalificeerde behandelaars.	De keuze voor een geheel zorgtraject in de verdiepfingsfase geeft de mogelijkheid om breder te kijken dan enkel de bevindingen in de screeningsfase.
	3. Zowel bij PTSS als bij Psychose spelen de problemen breder dan omschreven in casussen. Het is belangrijk diagnostiek van onderliggende aandoeningen die een stoornis kunnen versterken en die een eigen behandeling vragen, altijd te onderstrepen. Dat geldt ook voor het gebruik van psychofarmaca in het algemeen.	De casussen hebben niet tot doel een volledig beeld van de problematiek te geven. In de verdiepfingsfase zal analyse van mogelijk onderliggende aandoeningen meegenomen worden.
	4. De principes van samen beslissen kunnen beter tot hun recht komen in dit screeningsrapport.	Samen beslissen is benoemd in hoofdstuk 2 en zal meegenomen worden in de verdiepfingsfase.

	5. Tot slot adviseren het NIP en P3NL om een brede kijk op zorgtrajecten te hebben. Ook buiten de Zvw- en Wlz-zorg valt winst te behalen op zinnige zorg binnen de gekozen zorgtrajecten. Daarbij is het goed om te kijken naar generaliseerbaarheid binnen de gekozen zorgtrajecten, bijvoorbeeld op het punt diagnostiek en het effectiever toepassen van antipsychotica.	In de verdiepfingsfase staan de gekozen zorgtrajecten integraal vanuit het perspectief van de patiënt centraal en niet uitsluitend vanuit de in de screeningsfase gekozen aspecten. Tevens zal er nadrukkelijk gekeken worden naar de generaliseerbaarheid van de verschillende verbeter-signalen waarbij de nood-zakelijke samenhang tussen Zvw en andere zorgdomeinen een aandachtspunt is.
Platform MEER GGZ	Het Platform MEER GGZ heeft kennis genomen van het rapport 'screeningsfase Zinnige Zorg GGZ' en kan zich vinden in de aanpak en de geselecteerde onderwerpen voor de verdiepfingsfase.	
	1. We willen benadrukken dat het van belang is om generieke thema's zoals kosten-effectiviteit in de verdiepfingsfase voldoende aandacht te geven zodat er ook generaliseerbare verbeteracties binnen dit thema uit naar voren kunnen komen. MeerGGZ is namelijk van mening dat niet alleen goede diagnostiek maar ook behandelmanagement als onderdeel van het kwaliteitssysteem van GGZ aanbieders een belangrijke rol speelt c.q. kan spelen bij de kosteneffectiviteit van de GGZ zorg in het algemeen.	De keuze voor een geheel zorgtraject in de verdiepfings-fase geeft de mogelijkheid om breder te kijken dan enkel de bevindingen in de screenings-fase. Tevens zal er nadrukkelijk gekeken worden naar de generaliseerbaarheid van de verschillende verbeter-signalen.
Verpleegkundigen & Verzorgen-den Nederland (V&VN)	V&VN kan zich goed in het rapport vinden. Er wordt goed uitgelegd waar het over gaat. Wat V&VN mist, is de rol van de verschillende hulpverleners in de GGZ. Naast de psychiater en de huisarts hebben verpleegkundigen in de POH praktijk en SGGZ een grote rol. Wat is de rol van verschillende disciplines en het effect hier van op de cliënt tevredenheid?	De rol van verschillende hulpverleners binnen de GGZ wordt meegenomen in de verdiepfingsfase.
Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)	De VNG stelt vast dat het stuk aansluit bij hoe zij het traject hebben ervaren. Wij hebben het prettig gevonden om – door onze deelname – bij de besproken onderwerpen het gemeen-telijke perspectief in te kunnen brengen. We stellen vast dat er in het traject ook voldoende ruimte voor die inbreng was. Verder willen we graag opmerken dat we het jammer vinden dat Licht verstandelijke beperking niet is gekozen als onderwerp in het rapport. De reden waarom LVB niet is gekozen is voor ons ook reden tot ongerust-heid. Nu zien we bij veel cliënten een onjuiste aanpak die geen tot weinig resultaat heeft. Overigens stellen we ook vast dat er op regionaal niveau in de praktijk soms wel aandacht voor dit probleem is.	De motivatie omtrent het afvallen van LVB als verdiepfingsonderwerp is opgenomen in paragraaf 2.5. Tevens staan daar de eventuele mogelijkheden in de verdiepfingsfase beschreven.
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	Algemene opmerking: Hoewel uit het concept-rapport de gevolgde stappen niet direct navolgbaar zijn, zijn de gekozen on-derwerpen naar onze mening relevant voor onderzoek.	In hoofdstuk 2 is de argumen-tatie voor het kiezen van de twee zorgtrajecten verduide-lijkt.

Opmerkingen zorgtraject psychose: In de screeningsfase wordt er sterk gekeken naar psychofarmacagebruik bij psychose. Als er breder wordt gekeken naar de reikwijdte van zinnige zorg op het snijvlak tussen ZVW, WMO en de Jeugdwet wordt het voor partijen eenvoudiger om vanuit de herstelgedachte onderscheid te maken tussen de grens van eigen regie, begeleiding en behandeling. Psychofarmaca is daarin slechts één van de factoren. We achten het daarom relevant om te kijken naar de zorg die wordt geleverd door FACT teams. Zijn er onderdelen die nu vanuit de Zvw aangeboden worden die mogelijk meer thuishoren binnen de Wmo?	De argumentatie in de screeningsfase komt voort uit de afwijking tussen zorg beschreven in zorgstandaarden/richtlijnen en de praktijk. De keuze voor een geheel zorgtraject in de verdiepingsfase geeft ons de mogelijkheid om breder te kijken dan enkel de bevindingen in de screeningsfase. Tevens zal er nadrukkelijk gekeken worden naar de generaliseerbaarheid van de verschillende verbeter-signalen waarbij de noodzakelijke samenhang tussen Zvw en andere zorgdomeinen een aandachtspunt is.
Opmerkingen zorgtraject PTSS: We herkennen het signaal. We vragen ons af of er meer data is, het is kwetsbaar om op 1 bron uit 2014 te vertrouwen.	In de onderbouwing van het zorgtraject psychose is naast Nederlandse ook internationale literatuur gebruikt. Tevens nemen we dit punt mee in de verdiepingsfase.

Bijlage 7 Het zorgnetwerk voor mensen met psychische klachten en stoornissen



Literatuurlijst

1. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Kamerbrief over agenda voor gepast gebruik en transparantie in de ggz. Den Haag 2015. Geraadpleegd maart 2018 via <https://www.rijksoverheid.nl/>
2. Trimbos-Instituut. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht 2010. Geraadpleegd maart 2018 via <https://assets.trimbos.nl/docs/491f70c6-2cb2-4ca2-b902-a205fa0e1784.pdf>.
3. American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. Amsterdam 2014. Geraadpleegd maart 2018 via https://www.boompsychologie.nl/product-groep/101-4_DSM-5/100-80_Handboek-voor-de-classificatie-van-psychische-stoornissen-DSM-5.
4. NIVEL. Zorgregistraties eerstelijns. Utrecht 2015. Geraadpleegd maart 2018 via www.nivel.nl/nl/NZR/zorgregistraties-eerstelijns.
5. Trimbos-Instituut. Ernst van de psychische aandoening als voorspeller van de aard en intensiteit van zorggebruik. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2). Utrecht 2012. Geraadpleegd maart 2018 via <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/999faea5-734d-4278-a2aa-bb6595667275.PDF>.
6. Ten Have M, Verheul R, Kaasenbrood A, et al. Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: a study based on the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. BMC Psychiatry 2016; 16: 249.
7. Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen. Utrecht 2017. Geraadpleegd juni 2018 via <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/persoonlijkheids-stoornissen>.
8. GGZ Nederland. Sectorrapport GGZ 2013. Feiten en cijfers over een sector in beweging. Amersfoort 2015. Geraadpleegd maart 2018 via <http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/GGZ1508-01%20Sectorrapport-2013-1.pdf>.
9. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Volksgezondheid en zorg, Data ziekteelast 2015. Bilthoven 2015. Geraadpleegd maart 2018 via <https://www.volksgezondheidenzorg.info/bestanden/documenten/20170915dataziekteelast2015ods>.
10. Zorginstituut Nederland. Analyse op basis van declaratiedata van zorgverzekeraars, aangeleverd t.b.v. het Geneesmiddelen Informatie project. Diemen 2017.
11. Zorginstituut Nederland. Analyse op basis van declaratiedata van zorgverzekeraars, verstrekt via Vektis. Diemen 2017. Geraadpleegd via <https://www.zorgprismapubliek.nl/producten/geestelijke-gezondheidszorg/geestelijke-gezondheidszorg/>.
12. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Kosten van ziekten 2015. Bilthoven 2017. Geraadpleegd maart 2018 via <https://statline.rivm.nl/#/RIVM/nl/dataset/50040NED/table?graphtype=Table&ts=1512975518824>.
13. Centraal Bureau voor de Statistiek. 1,2 miljard over bij gemeenten voor jeugd- en zorgtaken. Den Haag 2016. Geraadpleegd maart 2018 via <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/44/1-2-miljard-over-bij-gemeenten-voor-jeugd-en-zorgtaken>.
14. Nederlandse Zorgautoriteit. Marktscan forensische zorg 2016. Utrecht 2017. Geraadpleegd maart 2018 via https://www.nza.nl/1048076/1048181/Marktscan_Forensische_Zorg_2016.pdf.
15. Trimbos-Instituut. Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2). Utrecht 2011. Geraadpleegd maart 2018 via <https://www.trimbos.nl/?act=winkeldl.download&prod=315>.
16. Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen. UWV Monitor Arbeidsparticipatie 2017. Aan het werk zijn, komen en blijven van mensen met een arbeidsbeperking. 2017. Geraadpleegd maart 2018 via <https://www.uwv.nl/overuwv/Images/uwv-monitor-arbeidsparticipatie-2017.pdf>.
17. Vektis. Zorgthermometer ggz. Inzicht in de geestelijke gezondheidszorg. Zeist 2017. Geraadpleegd maart 2018 via https://www.vektis.nl/uploads/Publicaties/Zorgthermometer/Zorgthermometer_ggz_2017.pdf.
18. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Kamerbrief over voortgang aanpak wachttijden GGZ. Den Haag 2018. Geraadpleegd via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/04/11/kamerbrief-over-voortgang-aanpak-wachttijden-ggz>.

19. Vektis. Ernstige Psychiatrische Aandoeningen. Update: informatie over het jaar 2015 toegevoegd. Zeist 2017. Geraadpleegd maart 2018 via <https://www.zorgprismapubliek.nl/producten/geestelijke-gezondheidszorg/ernstige-psychiatrische-aandoeningen/>.
20. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. De kosteneffectiviteit van interventies gericht op verslaving aan alcohol en middelen : Een review van de literatuur. Bilthoven 2014. Geraadpleegd via <https://www.rivm.nl/dsresource?objectid=2be7a392-79ed-409c-b2f9-a2733dd6fb98&-type=org&disposition=inline>.
21. Soeteman DI, Busschbach JJ, Verheul R, et al. Cost-effective psychotherapy for personality disorders in the Netherlands: the value of further research and active implementation. Value Health 2011; 14: 229-39.
22. Trimbos-Instituut. Tijd tussen ontstaan van een psychische aandoening en eerste zorgcontact. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2). Utrecht 2012. Geraadpleegd maart 2018 via <https://assets.trimbos.nl/docs/8880e2cb-1310-4bf3-a885-3de04bf763f.pdf>.
23. Stichting Benchmark GGZ. Deep Dive 8: Is een tevreden patiënt een genezen patiënt? Bilthoven 2017. Geraadpleegd maart 2018 via <https://www.sbggz.nl/Deep-Dives?contentitem=bfb7c6c1-2190-4513-b5c9-692f84b65a61#Deep-Dive-8:-Is-een-tevreden-patiënt-een-genezen-patiënt?>
24. Trimbos-Instituut. Leefsituatie en ervaringen met zorg van mensen met langdurige psychische problemen. Nieuwe bevindingen van het panel Psychisch Gezien. Utrecht 2016. Geraadpleegd maart 2018 via <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/6de375ad-d567-49bf-86d3-codc7e160c71.pdf>.
25. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. 2016. Geraadpleegd maart 2018 via <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>.
26. Nederlandstalige vereniging voor Psychotrauma. Diagnostiek en indicatiestelling van trauma-gerelateerde stoornissen. Utrecht 2018. Geraadpleegd maart 2018 via <https://www.ntvp.nl/wp-content/uploads/Diagnostiek.pdf>.
27. Delespaul P and Consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. Tijdschr Psychiatr 2013; 55: 427-38.
28. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Utrecht 2012. Geraadpleegd maart 2018 via <https://www.ypsilon.org/download/?id=17980827&download=1>
<https://www.ggzrichtlijnen.nl/psychotische-stoornissen>.
29. Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Zorgstandaard Psychose. Utrecht 2017. Geraadpleegd maart 2018 via <https://www.ggzstandaarden.nl/>.
30. Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Bijwerkingen. Generieke Module. Utrecht 2017. Geraadpleegd maart 2018 via <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/bijwerkingen>.
31. Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Comorbiditeit. Generieke Module. Utrecht 2017. Geraadpleegd maart 2018 via <https://www.ggzstandaarden.nl/>.
32. Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Ernstige Psychische Aandoeningen. Generieke Module. Utrecht 2017. Geraadpleegd Maart 2018 via <https://www.ggzstandaarden.nl/>.
33. Werkgroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl. Multidisciplinaire richtlijn somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening. Utrecht 2015. Geraadpleegd maart 2018 via <https://www.ggzrichtlijnen.nl/>.
34. Zorginstituut Nederland. Zorg in Zicht. Inzicht in kwaliteit van de zorg. Diemen 2017. Geraadpleegd maart 2018 via <https://www.zorginzicht.nl/opendata/>.
35. Landelijk Platform GGZ. Meldactie: Bezuinigingen in de ggz: meer pillen, minder kwaliteit. Utrecht 2015. Geraadpleegd maart 2018 via <http://www.platformggz.nl/lpggz/>.
36. 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.
37. Nederlands Huisartsen Genootschap. Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Utrecht 2012. Geraadpleegd maart 2018 via https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/polyfarmacie_bij_ouderen.pdf.
38. Nottinghamshire Healthcare N.H.S.Trust. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. CG178. Nottingham 2014. Geraadpleegd maart 2018 via nice.org.uk/guidance/cg178.
39. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Richtlijn Overdracht van

- medicatiegegevens in de keten. Utrecht 2008. Geraadpleegd juni 2018 via <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/overdracht-van-medicatiegegevens-in-de-keten.htm>.
40. Graveland PE, Beex-Oosterhuis MM, Gosker-Venis A, et al. Medication review in the mental health care service: experiences on long-stay units. *Tijdschr Psychiatr* 2016; 58: 262-71.
 41. Sterrenburg-van de Nieuwegiessen CM, Loonen AJM and Bakker JB. Polyfarmacie en irrationele combinaties van psychofarmaca bij verblijfspatiënten in het apz: kunstfout of onvermijdelijk? *Tijdschr Psychiatr* 2000; 42: 565-74.
 42. Gallego JA, Bonetti J, Zhang J, et al. Prevalence and correlates of antipsychotic polypharmacy: a systematic review and meta-regression of global and regional trends from the 1970s to 2009. *Schizophr Res* 2012; 138: 18-28.
 43. Broekema WJ. Polyfarmacie met atypische antipsychotica: prevalentie en motivatie. *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52: 5-13.
 44. NIVEL. Zorgregistraties eerste lijn. Utrecht 2017. Geraadpleegd maart 2018 via <https://www.nivel.nl/nl/nzr/zorgregistraties-eerste-lijn>.
 45. Bebbington PE, Angermeyer M, Azorin JM, et al. The European Schizophrenia Cohort (EuroSC): A naturalistic prognostic and economic study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005; 40: 707-17.
 46. Vektis. Geestelijke Gezondheidszorg. Zeist 2017. Geraadpleegd maart 2018 via <https://www.zorgprismapubliek.nl/producten/geestelijke-gezondheidszorg/geestelijke-gezondheidszorg/>.
 47. Trimbos-instituut. Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis. Utrecht 2013. Geraadpleegd maart 2018 via <https://www.ggzrichtlijnen.nl/angststoornissen>.
 48. NICE. Post-traumatic stress disorder: management (clinical guideline). 2005. Geraadpleegd maart 2018 via <https://www.nice.org.uk/guidance/cg26/resources/posttraumatic-stress-disorder-management-pdf-975329451205>.
 49. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standaard Angst. Utrecht 2011. Geraadpleegd maart 2018 via <https://www.nhg.org/standaarden/ volledig/nhg-standaard-angst#Verwijzing>.
 50. van den Berg M and van Minnen A. EMDR en (imaginaire) exposure: waarom niet? Indicatiestelling eerste keus richtlijnbehandeling bij PTSS. *De Psycholoog* 2014; 48: 48-57.
 51. Becker CB, Zayfert C and Anderson E. A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy* 2004; 42: 277-92.
 52. Lewis C, Raisanen L, Bisson JI, et al. Trauma exposure and undetected posttraumatic stress disorder among adults with a mental disorder. *Depress Anxiety* 2018; 35: 178-84.
 53. Zammit S, Lewis C, Dawson S, et al. Undetected post-traumatic stress disorder in secondary-care mental health services: systematic review. *Br J Psychiatry* 2018; 212: 11-8.
 54. de Bont PAJM, van den Berg DPG, van der Vleugel BM, et al. Predictive validity of the Trauma Screening Questionnaire in detecting post-traumatic stress disorder in patients with psychotic disorders. *Br J Psychiatry* 2015; 206: 408-16.
 55. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). Richtlijn psychiatrische diagnostiek (Tweede, herziene versie). Utrecht 2015. Geraadpleegd maart 2018 via <https://www.nvvp.net/stream/richtlijn-psychiatrische-diagnostiek-2015>
 56. Gielen N, Havermans RC, Tekelenburg M, et al. Prevalence of post-traumatic stress disorder among patients with substance use disorder: it is higher than clinicians think it is. *Eur J Psychotraumatol* 2012; 3.
 57. Jellinek. Hoeveel mensen in Nederland zijn verslaafd en hoeveel zijn er in behandeling? 2016. Geraadpleegd maart 2018 via <https://www.jellinek.nl/vraag-antwoord/hoeveel-mensen-zijn-verslaafd-en-hoeveel-zijn-er-in-behandeling/>.
 58. Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines. Utrecht 2018. Geraadpleegd april 2018 via <https://www.ggzstandaarden.nl/richtlijnen/stoornissen-in-het-gebruik-van-cannabis-cocaine-amfetamine-ecstasy-ghb-en-benzodiazepines>.
 59. Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving. Utrecht 2017. Geraadpleegd april 2018 via <https://www.ggzstandaarden.nl/zorg-standaarden/problematisch-alcoholgebruik-en-alcoholverslaving>.

60. Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz. Zorgstandaard Opiaatverslaving. Utrecht 2017. Geraadpleegd april 2018 via <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/opiaatverslaving>.
61. Gielen N, Krumeich A, Havermans RC, et al. Why clinicians do not implement integrated treatment for comorbid substance use disorder and posttraumatic stress disorder: a qualitative study. *Eur J Psychotraumatol* 2014; 5.
62. Gielen N, Krumeich A, Tekelenburg M, et al. How patients perceive the relationship between trauma, substance abuse, craving, and relapse: A qualitative study. *J Subst Use* 2016; 21: 466-70.
63. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Volksgezondheid en zorg, Posttraumatische stressstoornis - Cijfers & Context - Huidige situatie. Bilthoven 2018. Geraadpleegd Maart 2018 via <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/posttraumatische-stressstoornis/cijfers-context/huidige-situatie#bronverantwoording>.
64. Alonso J, Angermeyer M, Bernert S, et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004; 109: 38-46.
65. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Ziektebelasting van ongunstige arbeidsomstandigheden in Nederland. Utrecht 2007. Geraadpleegd maart 2018 via <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270012001.pdf>.
66. Zorginstituut Nederland. Analyse van declaratiegegevens van zorgaanbieders, verstrekt door de NZa. Diemen 2018.
67. Alonso J, Petukhova M, Vilagut G, et al. Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. *Mol Psychiatry* 2011; 16: 1234-46.
68. Zorginstituut Nederland. Toetsingskader kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden & meetinstrumenten. Diemen 2015. Geraadpleegd maart 2018 via www.zorginstituutnederland.nl.
69. Zorginstituut Nederland. Begrippenkader gepaste zorg en praktijkvariatie. Diemen 2015. Geraadpleegd maart 2018 via <https://www.zorginstituutnederland.nl/>.
70. Zorginstituut Nederland. Beoordeling stand van wetenschap en praktijk. Definitief geactualiseerde versie. Diemen 2015. Geraadpleegd december 2017 via www.zorginstituutnederland.nl.
71. Zorginstituut Nederland. Kosteneffectiviteit in de praktijk. Diemen 2015. Geraadpleegd maart 2018 via www.zorginstituutnederland.nl.
72. Zorginstituut Nederland. Pakketbeheer in de praktijk deel 3. Diemen 2013. Geraadpleegd maart 2018 via www.zorginstituutnederland.nl.
73. Patiëntenfederatie Nederland. Zorgkaart Nederland. Utrecht 2017. Geraadpleegd augustus 2017 via <https://www.zorgkaartnederland.nl/>.

Colofon

Dit is een uitgave van

Zorginstituut Nederland
Postbus 320
1110 AH Diemen

Afdeling

Sector Zorg
Team GGZ

Contact

Ayla Lokhorst
zz-ggz@zinl.nl
www.zorginstituutnederland.nl

Volgnummer: 2018030529