Zorginstituut Nederland

Verbetersignalement Posttraumatische stress-stoornis

Zinnige Zorg | ICD-10: F43.1

9 JUNI 2020 | DEFINITIEF

Zorginstituut Nederland en Zinnige Zorg

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

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

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

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

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

Inhoudsopgave

Samenvatting 4

Inleiding 8

1 Hoe zorgen we ervoor dat meer mensen met PTSS een traumagerichte behandeling krijgen? 11
1.1 Wat staat er in de richtlijnen? 11
1.2 Welke zorg ontvangen cliënten in de praktijk? 12
1.3 Welke publieks- en cliënteninformatie is beschikbaar? 14
1.4 Wat zijn de verbeterafspraken? 14
1.5 Wat leveren de verbeterafspraken op? 15
1.6 Zijn er kennislacunes? 16

2 Hoe verminderen we het gebruik van benzodiazepinen bij mensen met PTSS? 17
2.1 Wat staat er in de richtlijnen? 17
2.2 Hoe gaat het voorschrijven in de praktijk? 18
2.3 Welke publieks- en cliënteninformatie is beschikbaar? 19
2.4 Wat zijn de verbeterafspraken? 19
2.5 Wat leveren de verbeterafspraken op? 20
2.6 Zijn er kennislacunes? 20

3 Hoe zorgen we ervoor dat PTSS beter wordt herkend? 21
3.1 Wat staat er in de richtlijnen? 21
3.2 Hoe gaat het met herkenning in de praktijk? 22
3.3 Welke publieks- en cliënteninformatie is beschikbaar? 23
3.4 Wat zijn de verbeterafspraken? 23
3.5 Wat leveren de verbeterafspraken op? 24
3.6 Zijn er kennislacunes? 24

4 Hoe verbeteren we de informatie-uitwisseling tussen GGZ en huisarts? 25
4.1 Wat staat er in de richtlijnen? 25
4.2 Hoe verloopt de berichtgeving in de praktijk? 25
4.3 Welke publieks- en cliënteninformatie is beschikbaar? 26
4.4 Wat zijn de verbeterafspraken? 26
4.5 Wat leveren de verbeterafspraken op? 26
4.6 Zijn er kennislacunes? 27

5 Realiseren van de verbeteringen 28
5.1 Verbeteringen per onderwerp 28
5.2 Vervolgstappen: implementatie, monitoring en evaluatie 29

Bijlagen
Bijlage A Verantwoording werkwijze Zinnige Zorg 31
Bijlage B Overzicht betrokken partijen 33
Bijlage C Samenvatting reacties schriftelijke consultatie 34
Bijlage D Richtlijnanalyse 38
Bijlage E Onderzoek 45
Bijlage F Analyse publieks- en cliënteninformatie 50
Bijlage G Impactanalyse 55
Bijlage H Leden van de adviescommissie Zinnige Zorg PTSS 62

Begrippenlijst 63
Literatuurlijst 66

Samenvatting

Een posttraumatische stress-stoornis (PTSS) raakt het welzijn van een groot aantal Nederlanders. Dit heeft grote invloed op hun kwaliteit van leven en die van hun naasten. Zij ervaren ernstige klachten als gevolg van het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis. Veel mensen met PTSS, circa 90.000, krijgen jaarlijks hulp in de GGZ. Wij hebben onderzocht op welke onderdelen deze zorg beter kan. Dit verbetersignalement beschrijft de resultaten van het verdiepingsonderzoek naar de zorg voor mensen met PTSS. In samenspraak met experts en betrokken partijen hebben we het zorgtraject van mensen met PTSS nader in beeld gebracht.

We concluderen dat de zorg voor mensen met PTSS op de volgende onderdelen kan verbeteren:

1. Herkenning van PTSS

PTSS wordt niet altijd herkend. Uit internationaal onderzoek is bekend, dat PTSS niet wordt herkend bij een groot aantal mensen dat professionele hulp zoekt. Dit betreft naar schatting 18-35% van de mensen die in de GGZ worden behandeld. Verder komt uit onderzoek naar voren dat veel mensen met PTSS geen hulp zoeken.

2. Traumagerichte psychologische behandeling

Traumagerichte psychologische behandeling heeft de voorkeur bij mensen met PTSS. Deze behandelingen zijn effectief en veel mensen met PTSS zijn hier zeer tevreden over. De resultaten van data-onderzoek laten zien dat ongeveer 39% van de mensen met PTSS deze behandeling krijgt. Mogelijk is dit percentage lager, omdat 41% van deze mensen minder dan het aantal sessies krijgt dan de richtlijn aanbeveelt (8 tot 12 sessies).

3. Benzodiazepinegebruik

Benzodiazepinen worden niet aanbevolen in de richtlijn ‘PTSS’ en werken mogelijk zelfs contraproductief bij mensen met PTSS. Langdurig gebruik wordt afgeraden, mede vanwege de kans op verslaving. Op basis van ons onderzoek ramen we, dat 40% van de mensen die in de gespecialiseerde GGZ worden behandeld voor PTSS benzodiazepinen krijgt voorgeschreven. Een groot deel van hen krijgt de medicatie langdurig voorgeschreven.

4. Informatie-uitwisseling tussen GGZ en huisarts

De informatie-uitwisseling tussen de GGZ en de huisarts voldoet niet aan de landelijke afspraken hierover. Uit onderzoek in opdracht van het Zorginstituut blijkt, dat bij 42% van de verwijzingen van huisartsen naar de GGZ binnen twee jaar een terugkoppeling heeft plaatsgevonden vanuit de GGZ naar de huisarts. Per verwezen cliënt bedraagt dit percentage 51%. Deze percentages omvatten alle verwijzingen naar de GGZ, niet alleen die van mensen met PTSS.

We concluderen dat de zorg voor mensen met PTSS op genoemde onderdelen aanzienlijk beter kan. We willen de herkenning van PTSS vergroten, opdat meer mensen voor PTSS worden behandeld. Ook willen we erop inzetten dat meer cliënten een behandeling conform de richtlijn krijgen. Als meer mensen met PTSS een traumagerichte psychologische behandeling krijgen, leidt dit in veel gevallen tot verbetering van hun kwaliteit van leven.

Meer mensen traumagericht behandelen is in belangrijke mate te realiseren door de huidige beschikbare middelen in de GGZ effectiever in te zetten. Ook het beter herkennen - en daardoor vaker behandelen van mensen met PTSS - zal niet leiden tot een grote kostenstijging.

We vragen nadrukkelijk aandacht voor het verminderen van benzodiazepinegebruik bij mensen met PTSS. Verder is verbetering mogelijk in de informatie-uitwisseling vanuit de GGZ naar de huisartsen. Huisartsen zijn het eerste aanspreekpunt en de continue factor voor mensen met een psychische aandoening, waaronder PTSS. Het is van groot belang dat de huisarts op de hoogte is van de voortgang en resultaten van de behandeling in de GGZ.

Dit verdiepingsonderzoek heeft ons geleerd, dat inzicht in veel aspecten van zorg voor mensen met PTSS ontbreekt. Niet alleen op het niveau van cliënt en zorgverlener (o.a. juiste informatie) en zorgverleners onderling (o.a. zorgen voor continuïteit bij overdracht), maar ook op het niveau van organisaties en de samenleving als geheel (o.a. inzicht in geleverde behandelingen en resultaten). We hechten er waarde aan dat meer informatie beschikbaar komt en zullen vanuit dit Zinnige Zorg-project de dialoog hierover aanjagen.

We hebben met de betrokken partijen afspraken gemaakt om de zorg daadwerkelijk te verbeteren op alle genoemde onderdelen. Ook hebben we partijen voorgesteld om de richtlijnen, zorgstandaarden en cliënteninformatie op onderdelen te actualiseren of aan te scherpen.

De volgende fase van het project Zinnige Zorg PTSS is de implementatie. Hierin staat het daadwerkelijk verbeteren van de zorg voor mensen met PTSS centraal. In de implementatiefase vragen we partijen het voortouw te nemen bij het realiseren van de verbeteringen. Het Zorginstituut vervult een ondersteunende en faciliterende rol. We gaan de verbeterafspraken uitwerken in een gezamenlijk op te stellen plan van aanpak. Hierin leggen we concreet vast welke doelen we willen behalen en stellen we streefpercentages vast. In het plan van aanpak leggen we ook vast hoe we de resultaten gaan monitoren en evalueren. Wat leveren de verschillende verbeteringen op voor mensen met PTSS en welke ambitie spreken we uit over het moment van realisatie? Door de inspanningen en resultaten in beeld te brengen en hierover met elkaar in gesprek te gaan, kunnen we leren en verbeteren.

Posttraumatische stress-stoornis

Wat is PTSS en waardoor wordt het veroorzaakt?

Iemand kan een posttraumatische stress-stoornis ontwikkelen na het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis. Door blootstelling aan bijvoorbeeld:

- een feitelijke of dreigende dood
- een natuurramp
- oorlogservaringen
- een terroristische aanslag
- een auto-ongeluk
- een ernstige verwonding
- fysiek geweld / mishandeling
- emotionele mishandeling
- seksueel geweld
- incest

Iemand kan deze gebeurtenis zelf hebben ondergaan of er bijvoorbeeld getuige van zijn geweest dat een ander de gebeurtenis overkwam.

Symptomen

De diagnose PTSS wordt gesteld wanneer iemand een minimaal aantal symptomen heeft uit alle vier de symptoomclusters (zie hieronder), er langer dan één maand sprake is van symptomen en deze klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociaal-maatschappelijk functioneren tot gevolg hebben. Er zijn 2 subtypes, PTSS met verlaat begin en PTSS met dissociatieve symptomen.

Herbeleven
Het herhaaldelijk herbeleven van een traumatische gebeurtenis door flashbacks, nachtmerries en het voelen van emoties en lichamelijke sensaties, alsof het trauma opnieuw plaatsvindt.

Vermijden
Vermijding van interne prikkels (gedachten, gevoelens, herinneringen) en externe prikkels(mensen, plaatsen, voorwerpen) die aan de traumatische gebeurtenis doen denken.

Negatieve gedachten en stemming
Aanhoudende negatieve gedachten of overtuigingen over zichzelf, anderen en de wereld; onvermogen zich (delen van) de gebeurtenis te herinneren; onvermogen positieve emoties te ervaren; persisterend zelfverwijt, schaamte, afschuw, boosheid en/of angst; verminderde belangstelling voor belangrijke activiteiten; gevoelens van vervreemding van anderen.

Prikkelbaarheid en hyperactivatie
Verhoogde waakzaamheid, concentratieproblemen, overdreven schrikreacties, prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen, roekeloos en zelfdestructief gedrag, verstoring van de slaap.

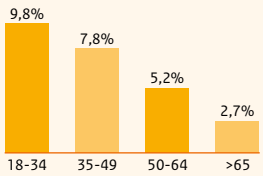
Aantal

80%

Traumatische ervaring
Ruim tachtig procent van de Nederlanders maakt in hun leven ten minste één traumatische ervaring mee.

7%

PTSS
Gemiddeld ruim zeven procent van de Nederlanders ontwikkelt op enig moment in hun leven een posttraumatische stress-stoornis (PTSS).



Hoe maken we de zorg voor mensen met PTSS beter?

Betrokken partijen

Cliënten

MIND

Zorgprofessionals

P3NL, NVvP, V&VN, NtVP, NHG/LHV, LVVP, KNMP

Zorginstellingen

GGZ Nederland

Zorgverzekeraars

ZN

ZIN

Zorginstituut Nederland

Ondersteunt partijen

Verbeterdoelen

PTSS wordt vaker herkend, hierdoor ontvangen meer mensen hulp bij hun klachten

Mensen met PTSS ontvangen vaker een traumagerichte behandeling, hierdoor nemen hun klachten af

Mensen met PTSS gebruiken minder benzodiazepinen, hierdoor hebben ze minder last van bijwerkingen en kleiner risico op verslaving

Opbrengst

betere kwaliteit van leven

betere inzet van de beschikbare middelen

Betere informatie over PTSS

De verouderde richtlijn voor PTSS wordt herzien

Er komt actuele en toegankelijke informatie beschikbaar voor cliënten en naasten

De beschikbare richtlijnen en standaarden zijn vindbaar op één plek

Inleiding

Er zijn in Nederland jaarlijks ongeveer 400.000 mensen met PTSS. Lang niet iedereen krijgt hier hulp bij. We schatten dat jaarlijks 90.000 mensen met PTSS[1] in zorg zijn in de GGZ[2].
Krijgen zij de juiste zorg? Dit verbetersignalement beschrijft de resultaten van het verdiepingsonderzoek naar de zorg voor mensen met PTSS. Samen met partijen is voor dit zorgtraject gekozen omdat we meerdere aanwijzingen voor verbetering zagen. In de verdiepingsfase hebben we met partijen het hele zorgtraject PTSS onder de loep genomen vanuit het perspectief van de cliënt. We zijn nagegaan op welke onderdelen de zorg aan mensen met PTSS beter kan.

Zinnige Zorg PTSS als onderdeel van het programma Zinnige Zorg

Het Zorginstituut wil met het programma Zinnige Zorg onderzoeken of diagnostiek en interventies op een cliëntgerichte, effectieve en doelmatige manier worden ingezet. Het programma omvat een groot aantal projecten, waarin we een bepaald aandoeningsgebied systematisch doorlichten. Meestal hanteren we daarbij de ICD-10 (2016) voor de indeling van aandoeningen.[2] Voor de Zinnige Zorg-trajecten in de GGZ hanteren we de DSM-5,[3] omdat deze beter aansluit bij de Nederlandse GGZ-praktijk. Een systematische doorlichting bestaat uit vier opeenvolgende fasen: screening, verdieping, implementatie en evaluatie. Het verdiepingsonderzoek naar het zorgtraject voor mensen met PTSS is de tweede fase van het project Zinnige Zorg PTSS. Bijlage A bevat meer informatie over de werkwijze van Zinnige Zorg.

In juli 2018 publiceerden we het screeningsrapport over de eerste fase van dit project.[4] Hierin staat, dat het Zorginstituut samen met de betrokken partijen twee zorgtrajecten heeft geselecteerd die naar verwachting kunnen verbeteren door meer gepast gebruik. Dit zijn:
- de zorg voor mensen met een posttraumatische stress-stoornis (PTSS);
- de zorg voor mensen met een psychose.

Afbakening verdiepingsfase PTSS

Hieronder beschrijven we binnen welke kaders we te werk zijn gegaan.

Wettelijke kaders

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

Richtlijnen en DSM-5

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

In de Nederlandse GGZ worden classificaties vastgelegd op basis van de DSM-5, een internationaal classificatiesysteem. Dit is nodig, omdat een diagnose uit een veelheid van beschrijvende elementen bestaat en een gemeenschappelijke taal wenselijk is voor de cliënt, voor professionals onderling en voor wetenschappelijk onderzoek. Door vastlegging van deze classificaties hebben wij dit onderzoek kunnen uitvoeren. We vinden het echter van belang om ook op de beperkingen van dit systeem te wijzen.

1 *Jaarlijks komt PTSS bij 2,6 tot 3,3% van de volwassenen voor.*[1]
2 *Volgens het CBS zijn er in 2016 81.570 mensen met een hoofd- of nevendiagnose PTSS behandeld in de GGZ. Naar schatting worden er jaarlijks tussen de 8.000 en 9.000 mensen met PTSS geholpen in de generalistische basis GGZ.*

Een classificatie hangt niet één-op-één samen met een behandelindicatie. Psychiatrische en psychologische diagnostiek gaan in op de oorzaken en betekenis van een stoornis. Vandaaruit volgt de keuze voor een passende behandeling, in samenspraak met de cliënt.

In dit verdiepingsonderzoek hebben wij geen onderscheid gemaakt naar PTSS en complexe PTSS. Met complexe PTSS wordt vaak geduid op klachten die samenhangen met herhaalde, langdurige en vaak interpersoonlijke, schokkende gebeurtenissen. De richtlijn PTSS maakt geen onderscheid naar PTSS en complexe PTSS. Ook in de DSM-5 wordt dit onderscheid niet gemaakt.

Onderzoek verdiepingsfase PTSS

In het verdiepingsonderzoek hebben we de richtlijnen vergeleken met hoe de zorg in de praktijk wordt geleverd. Hierbij heeft het Zorginstituut in samenspraak met de betrokken partijen onderzoeksvragen opgesteld over:

- de herkenning van PTSS;
- de mate van toepassing van eerstekeuzebehandelingen;
- de behandeling van PTSS naast een andere psychische stoornis;
- het gebruik van benzodiazepinen;
- de informatie-uitwisseling tussen de specialistische GGZ en de huisarts.

Een deel van het verdiepingsonderzoek heeft het Zorginstituut zelf uitgevoerd, namelijk:

- een analyse van nationale en internationale richtlijnen voor PTSS;
- een analyse van websites met cliënteninformatie over PTSS;
- een analyse van de uitvoering van de zorg in de praktijk, op basis van bij het Zorginstituut beschikbare data.

Daarnaast hebben we onderzoek uitbesteed om:

- inzichtelijk te krijgen welke specifieke interventies mensen met PTSS ontvangen;
- de informatie-uitwisseling tussen huisartsen en GGZ in beeld te brengen.

Deze onderzoeken zijn uitgevoerd onder begeleiding van het Zorginstituut. Een adviescommissie van deskundigen, die zijn afgevaardigd door de betrokken partijen, heeft het Zorginstituut hierbij geadviseerd.

We weten op basis van ander onderzoek dat er lange wachttijden zijn voor de zorg aan mensen met PTSS. Dit staat de toegang tot goede zorg in de weg. We weten dat dit onderwerp bekend is en dat er actie op wordt ondernomen. We onderstrepen het belang hiervan. In het verdiepingsonderzoek wordt ook gekeken naar proces- en uitkomstinformatie. Deze informatie is voor PTSS nog niet beschikbaar. Met begeleiding van de Alliantie kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg (Akwa GGZ) wordt hier door partijen aan gewerkt. Zo werken ze samen aan toegang tot keuze-informatie via de website ‘Kiezen in de GGZ’ en wordt bij de zorgstandaard[3] ‘Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen’ (in ontwikkeling) een meetinstrument opgeleverd.

Betrokken partijen verdiepingsfase PTSS

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

3 *Richtlijnen informeren zorgprofessionals over wat goede zorg is voor mensen met een bepaalde aandoening. Zorgstandaarden zijn vaak op richtlijnen gebaseerd. Zorgstandaarden informeren cliënten, burgers en zorgverzekeraars wat goede zorg is voor mensen met een bepaalde aandoening. De zorgstandaarden gaan verder dan de inhoud van de zorg en gaan ook in op de organisatie van het zorgproces en de bijbehorende kwaliteitsindicatoren.*

Leeswijzer

Dit verbetersignalement beschrijft de belangrijkste conclusies van het verdiepingsonderzoek PTSS en de verbeterafspraken die daaruit zijn voortgekomen. We starten met een hoofdstuk over behandeling, omdat we verwachten dat op dit punt de grootste impact te behalen is voor de cliënt. Hoofdstuk 1 gaat over de behandeling van PTSS, hoofdstuk 2 gaat over het gebruik van benzodiazepinen. Hoofdstuk 3 gaat over de herkenning van PTSS en hoofdstuk 4 gaat over de informatie-uitwisseling tussen de GGZ en de huisarts. In het afsluitende hoofdstuk 5 beschrijven we de afspraken die het Zorginstituut met de betrokken partijen heeft gemaakt over het realiseren van de verbeteringen.

CASUS

Eline (36) meldt zich bij de huisarts. Ze heeft paniekaanvallen, slaapproblemen en piekert veel. Ze komt steeds minder buiten, kan zich niet tot dingen zetten en wordt daardoor ook steeds somberder. Als de huisarts doorvraagt op de slaapproblemen, blijkt dat ze bang is om te gaan slapen. Ze heeft veel last van nachtmerries. Ze zegt dat de huisarts de eerste is aan wie ze durft te vertellen dat ze in het verleden nare seksuele ervaringen heeft gehad. Overdag ziet ze regelmatig beelden van wat er is gebeurd. Ze piekert veel over wat ze anders had kunnen doen tijdens het misbruik. Ze neemt zichzelf kwalijk dat ze niet heeft teruggevochten. Het lukt haar niet om deze gedachten te stoppen. Steeds vaker gebruikt ze alcohol om wat te ontspannen. Ze is eerder behandeld voor depressieve klachten en heeft daar antidepressiva voor gekregen. Maar nu vertelt ze voor het eerst over het misbruik. De huisarts vermoedt een posttraumatische stress-stoornis en mogelijk een depressie, en verwijst Eline naar de GGZ. Ze krijgt hier na een wachttijd van vijf maanden een traumagerichte behandeling aangeboden. Tijdens de wachttijd heeft Eline zich ziek gemeld op haar werk. Haar huisarts heeft haar in deze periode ter overbrugging gesprekken met de praktijkondersteuner GGZ aangeboden.

1 Hoe zorgen we ervoor dat meer mensen met PTSS een traumagerichte behandeling krijgen?

Uit ons verdiepingsonderzoek blijkt dat ongeveer 39% van de mensen met PTSS een traumagerichte behandeling krijgt. Aangezien deze traumagerichte behandeling bewezen effectief is en als eerstekeuzebehandeling wordt aanbevolen in de richtlijn, moeten meer mensen met PTSS deze ontvangen. We zetten er samen met partijen op in dat mensen met PTSS vaker een traumagerichte psychologische behandeling krijgen; de eerste stap is een gezamenlijk plan van aanpak. Ook bevelen we aan om de richtlijn PTSS en de cliënteninformatie te actualiseren. In de volgende paragrafen beschrijven we hoe we tot deze aanbevelingen zijn gekomen. Daartoe hebben we onderzoek gedaan naar richtlijnen, in de praktijk verleende zorg en beschikbare publieksinformatie.

1.1 Wat staat er in de richtlijnen?

We hebben voor dit verbetersignalement een overzicht gemaakt van de beschikbare richtlijnen voor de behandeling van PTSS.

1.1.1 *Richtlijn 'Angststoornissen/PTSS'*

In de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn 'Angststoornissen/PTSS'[5] wordt een traumagerichte psychologische behandeling als eerstekeuzebehandeling aanbevolen bij PTSS. Deze richtlijn uit 2009[4], in dit rapport verder aangeduid als de richtlijn 'PTSS', beveelt twee eerstekeuzebehandelingen aan: traumagerichte cognitieve gedragstherapie (TF-CGT) of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). Als de ene variant van traumagerichte psychologische behandeling te weinig werkt, beveelt de richtlijn 'PTSS' aan om de andere variant aan te bieden.

Wat zijn traumagerichte psychologische behandelingen?

Traumagerichte cognitieve gedragstherapie (TF-CGT): bij deze behandeling gaat de cliënt in gedachten terug naar de schokkende gebeurtenis. Onder begeleiding van de behandelaar beleeft de cliënt de gebeurtenis herhaaldelijk opnieuw, zo levendig en gedetailleerd mogelijk. Dit heet imaginaire exposure. De cliënt beluistert thuis een geluidsopname hiervan. Door dit meerdere keren te herhalen, veranderen de gevoelens en gedachten over de herinnering.

Eye movement desensitization reprocessing (EMDR): bij EMDR vraagt de behandelaar aan de cliënt om over de traumatische gebeurtenis te vertellen. Daarbij kijken ze welk beeld van de herinnering de meeste spanning oproept. Ook bespreken ze de betekenis van dit beeld en de bijbehorende emoties. Terwijl de cliënt het beeld in gedachten neemt en zich richt op de spanning in het lichaam, verricht de behandelaar een afleidende taak. De behandelaar beweegt bijvoorbeeld zijn hand en de cliënt moet die met zijn ogen volgen. Door op deze manier het werkgeheugen te belasten tijdens het ophalen van de beelden, krijgt de herinnering een minder emotionele lading.

De richtlijn 'PTSS' is op onderdelen verouderd. De recente Engelse NICE-richtlijn[6] beveelt voor PTSS nu ook andere traumagerichte psychologische interventies aan dan in de huidige Nederlandse richtlijn staan. Ook is de bewijskracht voor traumagerichte interventies sinds 2009 toegenomen. Tot slot beveelt de richtlijn 'PTSS' voor TF-CGT acht tot twaalf behandelsessies aan. Voor EMDR staat het aantal sessies niet in de richtlijn. De NICE-richtlijn beveelt acht tot twaalf sessies aan voor zowel TF-CGT als EMDR, waarbij aangegeven wordt dat voor mensen met meervoudige trauma's meer sessies nodig kunnen zijn. De betrokken beroepsorganisaties zijn van plan om de richtlijn 'PTSS' te herzien. In bijlage D is een uitgebreide analyse van de Nederlandse en internationale richtlijnen opgenomen.

4 *Het betreft een hoofdstuk in de multidisciplinaire richtlijn 'Angststoornissen' uit 2013.*

In de afgelopen periode zijn zogeheten zorgstandaarden opgesteld. Deze standaarden beschrijven niet alleen de inhoud van de zorg vanuit het perspectief van de cliënt, maar ook de organisatie van het zorgproces en de bijbehorende kwaliteitsindicatoren. De zorgstandaard 'Psychotrauma- en stressor-gerelateerde stoornissen' zal naar verwachting in 2020 verschijnen.

1.1.2 *Richtlijnen voor andere psychische stoornissen (in geval van comorbiditeit)*

Mensen met PTSS hebben vaak ook andere psychische klachten (comorbiditeit).[5] We hebben onderzocht wat de richtlijnen voor deze comorbide aandoeningen aanbevelen over de behandeling van PTSS (zie de volledige analyse in bijlage D). Voor depressie en problematisch middelengebruik is in de richtlijnen het duidelijkst omschreven welke zorg wordt aanbevolen voor mensen die ook PTSS hebben.

Comorbide depressie

De richtlijn 'PTSS' adviseert om bij mensen met PTSS en een lichte depressie te starten met een op het trauma gerichte psychologische behandeling. Bij een ernstige depressie is het advies om met medicatie te starten en na voldoende opklaren van de depressie te starten met de psychologische behandeling voor PTSS. De multidisciplinaire richtlijn 'Depressie' uit 2013[7] en de zorgstandaard 'Depressieve stoornissen' uit 2018[8] bevatten geen aanbevelingen voor de behandeling van PTSS naast een depressie. Gezien de hoge mate van comorbiditeit[6] is het wenselijk om ook in de richtlijn en zorgstandaard voor depressie informatie op te nemen over de behandeling van PTSS.

Comorbide problematisch middelengebruik

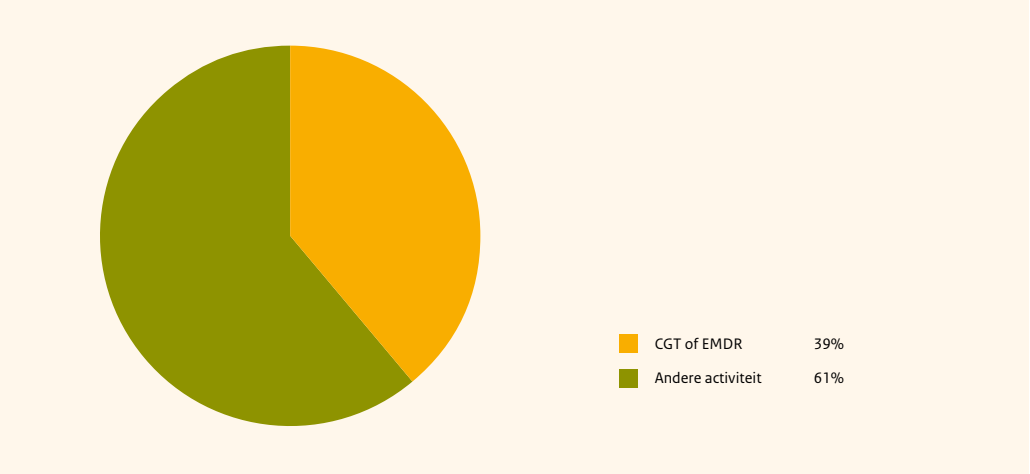
De addenda bij de Nederlandse richtlijnen met aanbevelingen over problematisch middelengebruik en PTSS[9, 10] zijn niet goed vindbaar. Deze addenda bevatten de aanbevelingen om verslaving en PTSS geïntegreerd te behandelen, en na detoxificatie direct te starten met een traumagerichte psychologische behandeling. De richtlijn 'PTSS' maakt een minder expliciete keuze door te zeggen dat bij verslaving in combinatie met PTSS vastgesteld moet worden wat als eerste behandeling nodig heeft. De vindbaarheid van dit soort informatie is een breder probleem, er zijn namelijk meerdere bronnen.[7] Akwa GGZ zet zich in om deze informatie zoveel mogelijk op één plek te verzamelen, dan wel te verwijzen naar de vindplaats van andere bronnen.

1.2 Welke zorg ontvangen cliënten in de praktijk?

Er zijn geen zorg- of declaratiegegevens beschikbaar die informatie bieden over specifieke behandelingen als TF-CGT en EMDR. Om toch zicht te krijgen op de Nederlandse praktijk, hebben we de leverancier benaderd van een elektronisch patiëntendossier (EPD) waarin EMDR en CGT vastgelegd kunnen worden. Drie middelgrote GGZ-instellingen waren bereid om via deze EPD-leverancier de gegevens over deze interventies te delen. Met deze gegevens hebben we een analyse uitgevoerd bij nieuwe cliënten met een hoofddiagnose PTSS in 2015, waarbij we hebben gekeken of deze cliënten CGT of EMDR hebben gehad in de periode 2015 tot en met 2018. Uit deze analyse blijkt dat ongeveer 39% van de mensen met PTSS in de gespecialiseerde GGZ (SGGZ)[8] een traumagerichte psychologische behandeling krijgt.[9] Een uitgebreide weergave van deze analyse vindt u in bijlage E. Het percentage van mensen dat een traumagerichte behandeling heeft gekregen komt overeen met de inschatting die experts voorafgaand aan het onderzoek hebben gemaakt. In een Australisch onderzoek komt op basis van de beschikbare data in dat land een vergelijkbaar percentage naar voren van mensen die een richtlijnconforme behandeling ontvingen.[14] Uit wetenschappelijk onderzoek is bekend dat een deel van de mensen met PTSS niet voor een traumagerichte therapie kiest of niet geschikt of in staat is de traumagerichte therapie te volgen. Deskundigen schatten het maximaal haalbare percentage te behandelen cliënten op circa 70%.

5 *Uit de declaratiegegevens komt naar voren, dat bij 79% van de mensen met PTSS ook een andere DSM- classificatie is geregistreerd.*
6 *39% van de mensen met een hoofddiagnose PTSS heeft ook een depressie.*
7 *www.ggzstandaarden.nl, www.ggzrichtlijnen.nl, www.resultatenscoren.nl, en www.richtlijnendatabase.nl zijn belangrijke bronnen.*
8 *Dit is 7% van de volwassenen met een nieuwe hoofddiagnose PTSS in 2015 in de SGGZ. Vergeleken met gegevens uit het DBC informatiesysteem van de NZa.*
9 *Op basis van de beschikbare onderzoeksgegevens hebben we niet voldoende representatief in beeld kunnen brengen welke behandeling plaatsvindt bij mensen met PTSS en comorbide depressie of een comorbide stoornis problematisch middelengebruik. Wel is uit de literatuur bekend dat juist bij cliënten met comorbide stoornissen minder traumabehandeling plaatsvindt.*[11-13]

Figuur 1 | Percentage cliënten met hoofddiagnose PTSS dat traumagerichte psychologische behandeling kreeg

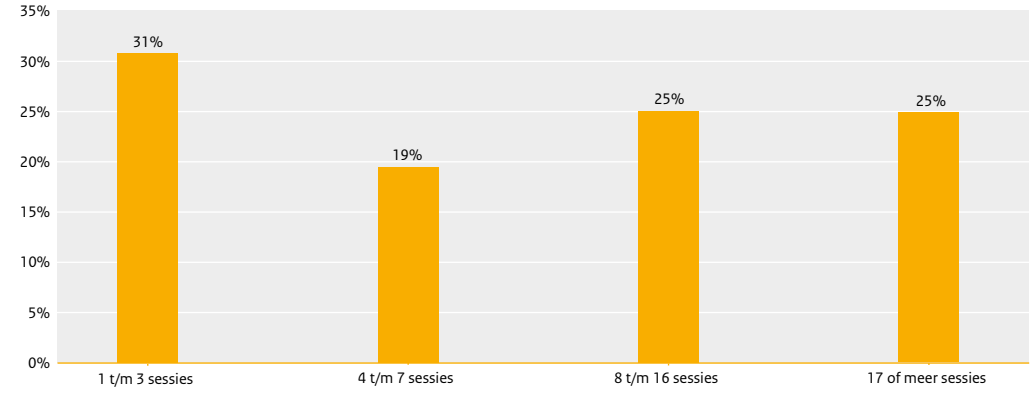


Periode 2015 tot en met 2018, n=892

Bron: Gegevens uit het EPD van 3 middelgrote SGGZ-instellingen.

31% van de cliënten waarbij CGT werd gegeven, kreeg minder dan vier sessies. 25% van de cliënten waarbij EMDR werd gegeven, kreeg minder dan vier sessies. Een aantal cliënten kreeg zowel CGT als EMDR. Sommige cliënten herstellen snel, maar het is ook bekend dat bij traumagerichte behandelingen veel uitval voorkomt.

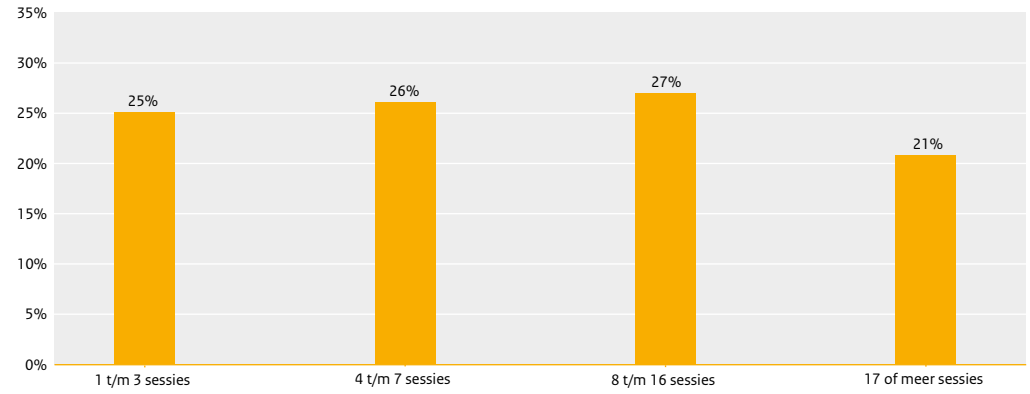
Figuur 2 | Aantal sessies CGT bij cliënten met een hoofddiagnose PTSS en behandeling met CGT



Periode 2015 tot en met 2018, n=215

Bron: Gegevens uit het EPD van drie middelgrote SGGZ-instellingen.

Figuur 3 | Aantal sessies EMDR bij cliënten met een hoofddiagnose PTSS en behandeling met EMDR

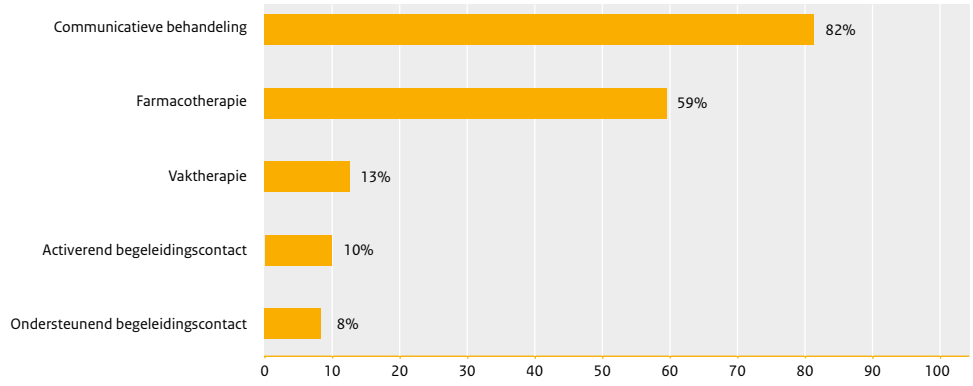


Periode 2015 tot en met 2018, n=212

Bron: Gegevens uit het EPD van drie middelgrote SGGZ-instellingen.

De cliënten die geen traumagerichte behandeling kregen, ontvingen vaak een combinatie van communicatieve behandeling en farmacotherapie (figuur 4). Van deze groep cliënten kreeg 82% een vorm van communicatieve behandeling en 59% een contactmoment voor farmacotherapie. Onder communicatieve behandeling valt een aantal activiteiten. Zo had 69% van de cliënten een follow-up contact, 40% een steunend en structurerend contact en 6% overige psychotherapie. Een verder uitsplitsing is te vinden in bijlage E.

Figuur 4 | Activiteiten bij cliënten met een hoofddiagnose PTSS waarbij geen behandeling met CGT of EMDR is gegeven



Periode 2015 tot en met 2018, n=541

Bron: Gegevens uit het EPD van drie middelgrote SGGZ-instellingen.

1.3 Welke publieks- en cliënteninformatie is beschikbaar?

We hebben voor dit verbetersignalement een overzicht gemaakt van de op internet beschikbare publieks- en cliënteninformatie over de behandeling van PTSS. Het complete overzicht vindt u in bijlage F. Hieruit blijkt, dat de informatie niet op alle websites en in alle cliëntenfolders actueel is. Zo worden bijvoorbeeld niet altijd beide eerstekeuzebehandelingen genoemd en toegelicht. Het is belangrijk mensen met PTSS en hun naasten voldoende te informeren zodat zij op basis van deze informatie samen met de behandelaar voorafgaand en tijdens de behandeling keuzes kunnen maken.

1.4 Wat zijn de verbeterafspraken?

Om ervoor te zorgen dat meer mensen met PTSS een traumagerichte behandeling krijgen, hebben we samen met de betrokken partijen de volgende verbeterafspraken opgesteld. Welke partijen de verbeterafspraken gaan trekken wordt geconcretiseerd in hoofdstuk 5.

1.4.1 *Meer mensen met PTSS krijgen een traumagerichte psychologische behandeling*

We maken samen met de betrokken partijen een plan van aanpak om het percentage mensen met PTSS dat een traumagerichte psychologische behandeling krijgt te vergroten. Daarbij brengen we de factoren in beeld, die het aanbieden en daadwerkelijk geven van een traumagerichte behandeling belemmeren en bevorderen. Ook inventariseren we welke goede voorbeelden er zijn waarvan we kunnen leren.

1.4. 2 *Herziening van de multidisciplinaire richtlijn 'PTSS'*

De richtlijn 'PTSS' is verouderd (zie paragraaf 1.1). Er bestaat voor meer varianten van TF-CGT-behandelingen bewijs dat deze effectief zijn. Internationale richtlijnen bevelen deze al aan (zie bijlage D). Ook is de bewijskracht voor traumagerichte psychologische behandeling sterker geworden ten opzichte van andere soorten behandeling. Wij bevelen aan de richtlijn te herzien.

1.4. 3 *Publicatie van de zorgstandaard 'Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen'*

De totstandkoming van de zorgstandaard 'Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen' heeft vertraging opgelopen. Het is van belang om ervoor te zorgen dat de zorgstandaard beschikbaar komt. Voor mensen met PTSS en professionals levert de zorgstandaard belangrijke informatie over de inhoud en organisatie van het zorgproces. Mogelijk is er een update van de zorgstandaard nodig als de richtlijn is herzien.

1.4. 4 *Actualisatie van publieks- en cliënteninformatie over PTSS en behandeling*

De publieks- en cliënteninformatie over PTSS en de behandeling van PTSS hebben een update nodig. Het is belangrijk dat cliënten, hun naasten en andere geïnteresseerden toegang hebben tot actuele informatie. Cliëntenversies van richtlijnen en zorgstandaarden dragen daar in belangrijke mate aan bij. Op basis hiervan kan ook de informatie op de verschillende cliëntenwebsites worden aangescherpt. Ook kan het onderwerp Samen Beslissen door cliënten en zorgverleners meer expliciet worden opgenomen in richtlijnen en zorgstandaarden en kunnen keuzehulpen hiertoe worden ontwikkeld.

1.4. 5 *Vergroten vindbaarheid richtlijninformatie*

Er bestaat wetenschappelijk onderzoek naar wat de beste zorg is voor mensen met PTSS en comorbide depressie of comorbide problematisch middelengebruik. Het is wenselijk dat informatie over de behandeling van PTSS wordt toegevoegd in de richtlijn en zorgstandaard over depressieve stoornissen. Bij problematisch middelengebruik zetten we in op het vergroten van de vindbaarheid van de bestaande richtlijninformatie. Relevante informatie is verspreid op verschillende websites terug te vinden. Zo staat de richtlijn Angststoornissen/PTSS op de ene website en het addendum hierbij met informatie over angststoornissen en verslaving op een andere website. We bevelen aan de informatie zoveel mogelijk op één plek aan te bieden en/of verwijzingen naar relevante andere websites op te nemen.

1.4. 6 *Registratie van interventies*

Het bleek in dit verdiepingsonderzoek lastig te achterhalen welke behandeling een cliënt heeft gehad. Laat staan welke resultaten dit heeft opgeleverd. De declaratiegegevens zijn hiervoor niet specifiek genoeg. Diverse GGZ-professionals hebben aangegeven dat op hun eigen afdeling deze gegevens niet te achterhalen zijn. Om te leren en verbeteren is het noodzakelijk om op organisatieniveau over informatie te beschikken. We zullen in het implementatietraject van partijen vragen om inzichtelijk te maken welke zorg mensen met PTSS ontvangen. Er lopen diverse initiatieven om registratie aan de bron in de GGZ te verbeteren. We willen met partijen bespreken hoe ook de registratie van interventies (voor PTSS en andere aandoeningen) daarin kan worden meegenomen. Een goede weging tussen de administratieve belasting en toegevoegde waarde van informatie voor leren en verbeteren is daarbij van belang.

1.5 Wat leveren de verbeterafspraken op?

We verwachten dat de gezondheidswinst toeneemt als meer mensen met PTSS een traumagerichte psychologische behandeling krijgen. Deze behandelingen leiden tot vermindering van de PTSS-klachten, vermindering van klachten van eventuele comorbide stoornissen en tot een toename van de kwaliteit van leven. Daarnaast verwachten we dat hierdoor de klachten bij meer mensen zodanig afnemen, dat ze niet meer voldoen aan de criteria voor de classificatie PTSS.[15] De netto kosten zijn niet goed te bepalen.

Cliënten met PTSS waarbij geen traumagerichte psychologische behandeling wordt gegeven, krijgen namelijk wel andere zorg. Het is echter niet duidelijk in welke mate dit vervangen kan worden door een traumagerichte psychologische behandeling. Daarnaast is de verwachting dat overige zorgkosten[10] en de maatschappelijke kosten afnemen, bijvoorbeeld door minder ziekteverzuim.[11] Ook worden mensen met PTSS minder blootgesteld aan behandelingen die niet of minder effectief zijn, waarmee de doelmatigheid toeneemt. De volledige analyse is te vinden in bijlage G.

1.6 Zijn er kennislacunes?

Uit ons verdiepingsonderzoek kwamen diverse kennislacunes naar voren. We hebben deze verzameld, zodat ze meegenomen kunnen worden bij het opstellen van onderzoeksagenda's[12] en richtlijnontwikkeling.

- Uit onze data-analyses blijkt dat bij 20% van de mensen met de hoofddiagnose PTSS ook een persoonlijkheidsstoornis werd geregistreerd. Het is wenselijk meer onderzoek hiernaar te doen.
- Er is naar ons bekend in Nederland of elders nog geen onderzoek gedaan naar de lange termijn (kosten) effectiviteit van traumagerichte behandeling bij mensen met PTSS.
- Tijdens de cliëntenbijeenkomst die we begin 2019 organiseerden, gaven de deelnemers aan interesse te hebben in onderzoek naar de effectiviteit van vaktherapieën (zoals creatieve therapie) en lichaamsgerichte therapieën als aanvulling op de behandeling van PTSS. Er is wel enig onderzoek hiernaar verricht, maar de bewijskracht of kwaliteit van deze onderzoeken wordt gering geacht.[17]
- Sommige mensen met PTSS geven aan veel baat te hebben bij de inzet van een hulphond. De (kosten) effectiviteit van de inzet van hulphonden is echter onduidelijk.
- Cliënteninformatie en samen beslissen: voor zo ver ons bekend is er in Nederland nog weinig onderzoek uitgevoerd naar samen beslissen in relatie tot de zorg voor mensen met PTSS. Kennis hierover kan de kans op succesvolle zorg vergroten.

10 *Zo blijkt uit analyse van de declaratiegegevens dat mensen met PTSS hogere zorgkosten hebben dan de gemiddelde burger, niet alleen in de GGZ en huisartsenzorg maar ook in de medisch specialistische zorg (zie bijlage E en G voor een toelichting op deze analyse).*

11 *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 posttraumatische stress-stoornis (PTSS) (15,2).*[16]

12 *Het Zorginstituut brengt deze punten ook naar voren bij besprekingen met ZonMw over gezondheidsonderzoek.*

2 Hoe verminderen we het gebruik van benzodiazepinen bij mensen met PTSS?

Uit ons verdiepingsonderzoek blijkt dat een groot aantal mensen met PTSS langdurig benzodiazepinen krijgt voorgeschreven. Mensen met PTSS moeten minder benzodiazepinen gebruiken. Het (chronisch) gebruik van benzodiazepinen staat de behandeling van PTSS in de weg en verhoogt onder meer het risico op verslaving. We stellen samen met partijen een implementatieplan op om het gebruik van benzodiazepinen bij mensen met PTSS te verminderen. Ook vragen we partijen om de richtlijnen op dit onderdeel aan te passen. In de volgende paragrafen beschrijven we hoe we tot deze aanbevelingen zijn gekomen. Daartoe hebben we onderzoek gedaan naar richtlijnen, in de praktijk verleende zorg en beschikbare publieksinformatie.

2.1 Wat staat er in de richtlijnen?

In deze paragraaf laten we zien welke aanbevelingen de Nederlandse standaarden en richtlijnen bevatten voor het voorschrijven van benzodiazepinen.

2.1.1 Multidisciplinaire richtlijn 'Angst/PTSS'

Benzodiazepinen worden niet aanbevolen in de richtlijn PTSS, anders dan eventueel in te zetten voor acute slaapproblemen. Benzodiazepinen is de verzamelnaam voor een grote groep van slaap- en kalmerende middelen (zoals oxazepam, diazepam et cetera). De richtlijn 'PTSS' adviseert als eerste stap bij de behandeling van PTSS cognitieve gedragstherapie of EMDR boven farmacotherapie. Als de cliënt kiest voor farmacotherapie of wanneer er sprake is van een co-morbide depressie, gaat de voorkeur uit naar voorschrijven van een antidepressivum.

De richtlijn is weinig expliciet over de indicaties, duur en mogelijke gevolgen van het voorschrijven van benzodiazepinen aan mensen met PTSS. Er zijn steeds meer aanwijzingen dat de behandeling met benzodiazepinen ineffectief is of zelfs contraproductief werkt bij de behandeling van mensen met PTSS. Een recente review[18] wijst erop dat benzodiazepinegebruik juist voor mensen met PTSS aanzienlijke risico's met zich meebrengt. Het geeft een hogere kans op verslechtering van de uitkomsten van traumagerichte behandeling en op depressies, agressie en verslaving. Benzodiazepinen kunnen worden voorgeschreven bij de behandeling van comorbide aandoeningen, zoals verschillende angststoornissen. In de richtlijn Angst wordt aangegeven dat zo nodig het begin van de behandeling met antidepressiva ondersteund kan worden met een benzodiazepine. Deze wordt dan kortdurend voorgeschreven. Langdurig voorschrijven van benzodiazepinen vormt vanwege de bijwerkingen en het risico op afhankelijkheid geen eerste keuze.

2.1.2 NHG-Standaard 'Angst'

De aanbeveling aan huisartsen is om bij PTSS voorlichting te geven of door te verwijzen naar de GGZ.[19]. Dit impliceert dat eventuele farmacotherapie in de GGZ wordt gegeven. De NHG-standaard angst geeft algemene aanbevelingen inzake farmacotherapie. Bij een gegeneraliseerde-angststoornis, een sociale fobie of een paniekstoornis kan bij de start van een behandeling met antidepressiva een initiële angsttoename gedurende 2 tot 4 weken met benzodiazepinen worden opgevangen. Behandeling met uitsluitend benzodiazepinen is ongewenst, vanwege het risico op afhankelijkheid en bijwerkingen. Geadviseerd wordt benzodiazepinen zo kort mogelijk in een zo laag mogelijke dosering voor te schrijven en afspraken te maken over de wijze van gebruik, de duur van de medicatie en wanneer en hoe de medicatie wordt gestopt.

2.1.3 *Generieke GGZ-module 'Bijwerkingen'*

De generieke GGZ-module 'Bijwerkingen' bevat handvatten voor alle behandelaren voor het optimaliseren van farmacotherapie. Voor benzodiazepinen[13] betreft dit onder andere de hiernavolgende aanbevelingen.

- indicaties (waaronder slapeloosheid): slechts als de lijdensdruk onaanvaardbaar hoog is, of bij angststoornissen alleen bij cliënten waarbij SSRI, SNRI én psychologische behandeling niet effectief zijn gebleken;
- gebruik benzodiazepinen zo kort mogelijk, maximaal 2-4 weken. Bij slapeloosheid eenmalig maximaal 5-10 tabletten voorschrijven. In de startperiode van een antidepressivum tot maximaal 4-6 weken;
- gebruik benzodiazepinen in een zo laag mogelijke dosering. Hoge dosering van 30mg/dag diazepam of equivalent kan schade toebrengen en moet daarom vermeden worden;
- laat de cliënt voor een herhalingsrecept terugkomen op het spreekuur en handel dit niet via de assistent af.

2.2 Hoe gaat het voorschrijven in de praktijk?

In deze paragraaf laten we zien hoe het in de praktijk gaat met het voorschrijven van benzodiazepinen. Uit ons verdiepingsonderzoek blijkt dat een groot aantal mensen met PTSS langdurig benzodiazepinen krijgt voorgeschreven.

2.2.1 *Groot aantal gebruikers van benzodiazepinen*

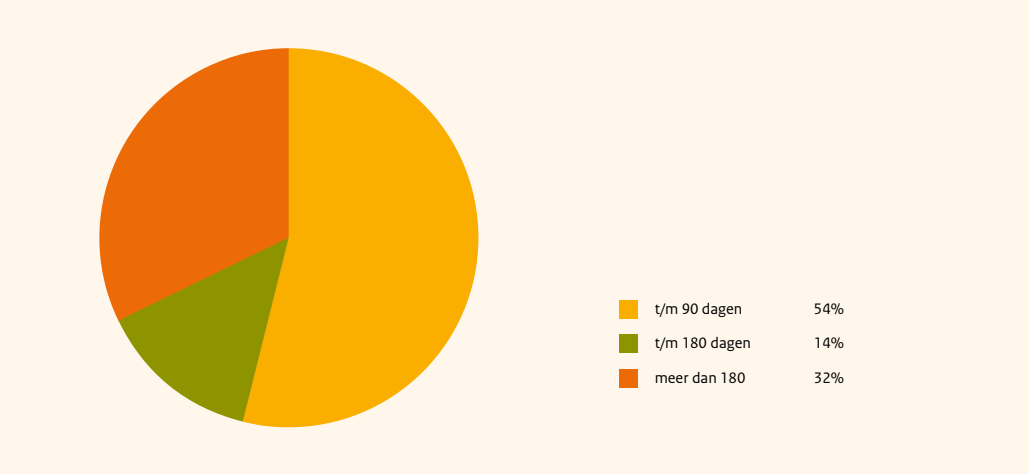
Uit analyse van declaratiegegevens blijkt, dat mensen met een hoofddiagnose PTSS die worden behandeld in de gespecialiseerde GGZ[14], regelmatig benzodiazepinen[15] krijgen voorgeschreven (ongeveer 20% in 2016). De voorschrijvers kunnen huisartsen, psychiaters en verpleegkundig specialisten zijn. Omdat zorgverzekeraars vanwege een overheidsmaatregel benzodiazepinen alleen onder bepaalde voorwaarden vergoeden, zal het daadwerkelijk voorgeschreven benzodiazepinen veel hoger liggen. Uit cijfers van de Stichting Farmaceutische Kengetallen blijkt bijvoorbeeld, dat bijna de helft van de mensen die benzodiazepinen krijgen voorgeschreven de medicijnen zelf betaalt. Op basis van deze gegevens schatten wij dat minimaal 40% van de mensen met PTSS benzodiazepine gebruikt. In onderzoek in de Verenigde Staten komt een gebruik van benzodiazepinen naar voren van 30-74% bij mensen met PTSS[20, 21] Een mogelijke verklaring voor het relatief hoge percentage benzodiazepinegebruikers is, dat zij andere psychische klachten of aandoeningen hebben waarvoor benzodiazepinen worden voorgeschreven. Bijvoorbeeld ter ondersteuning van de behandeling met antidepressiva bij depressie of andere angststoornissen. Gebruikers krijgen benzodiazepinen mogelijk ook voorgeschreven ter overbrugging van de wachttijd tot de start van de PTSS-behandeling.

2.2.2 *Langdurig gebruik van benzodiazepinen*

Bij ongeveer 46% van de mensen met een hoofddiagnose PTSS die benzodiazepinen krijgen voorgeschreven gebeurt dit langdurig, meer dan 90 dagen[16] per jaar. Bij 32% van de gebruikers gaat het zelfs om meer dan 180 dagen. Dit percentage ligt hoger dan het langdurige gebruik van benzodiazepinen in het algemeen. Ongeveer een kwart van de gebruikers in Nederland kreeg in 2018 meer dan 90 dagen per jaar benzodiazepinen voorgeschreven en 17% meer dan 180 dagen.[22]

13 *De module schaart onder benzodiazepinen ook de zogenaamde z-medicatie (zolpidem, zopiclon). Officieel zijn dit geen benzodiazepinen zijn, maar ze hebben dezelfde werking en vergelijkbare bijwerkingen.*
14 *Voor de basis-GGZ hebben wij het gebruik van benzodiazepinen niet in beeld kunnen brengen.*
15 *Inclusief de benzodiazepine-achtige hypnotica zolpidem en zopiclon.*
16 *Het aantal dagen is bepaald op basis van een DDD. DDD staat voor Defined Daily Dose (standaarddagdosering). Dit is de theoretische hoeveelheid van een geneesmiddel, vastgesteld door de WHO, die door volwassenen per dag voor de hoofdindicatie wordt gebruikt.*

Figuur 6 | Dagen verstrekking benzodiazepine tijdens een behandeling voor een hoofddiagnose PTSS in de SGGZ (2016)



Bron: Onderzoek op basis van landelijke declaratiegegevens met betrekking tot de SGGZ (verstrekt door de NZa) en de door de ZVW vergoede medicatie (afkomstig uit de GIPdatabank).

2.3 Welke publieks- en cliënteninformatie is beschikbaar?

Wij hebben voor dit verbetersignalement een overzicht gemaakt van de op internet beschikbare publieks- en cliënteninformatie over farmacotherapie bij PTSS. Het complete overzicht vindt u in bijlage F. Hieruit blijkt dat de beschikbare informatie beperkt is, waardoor gebruikers zich misschien niet genoeg bewust zijn van de voor- en nadelen van benzodiazepinegebruik en het beschikbaar zijn van (niet-medicamenteuze) alternatieven.

2.4 Wat zijn de verbeterafspraken?

Om het gebruik van benzodiazepinen bij mensen met PTSS te verminderen, hebben we samen met de betrokken partijen de volgende verbeterafspraken opgesteld.

2.4.1 *Benzodiazepinengebruik verder beperken*

We maken samen met de betrokken partijen een plan van aanpak om het langdurig voorschrijven van benzodiazepinen aan mensen met PTSS verder te beperken. Dit zien we als ongepaste zorg, niet alleen bij de behandeling van PTSS, maar ook bij de behandeling van klachten zoals slapeloosheid, of bij psychische stoornissen zoals angst. Mensen met PTSS die in de GGZ in behandeling zijn, komen regelmatig bij een behandelaar, die het (langdurig) gebruik van benzodiazepinen kan signaleren. Deskundigen noemen een periodiek medicatiereview of het afgeven van zogenaamde stoprecepten als mogelijke oplossingen voor het verminderen van langdurig benzodiazepinegebruik.

2.4.2 *Verduidelijken van benzodiazepinegebruik in richtlijn PTSS*

In aanvulling op wat al in de richtlijn PTSS staat, zijn er aanwijzingen dat het gebruik van benzodiazepinen ineffectief is, of zelfs contraproductief werkt bij de behandeling van mensen met PTSS. Wij vragen de betrokken partijen om het al dan niet voorschrijven van benzodiazepinen verder te verduidelijken in de richtlijn PTSS, ook bij overbrugging naar de behandeling of bij kortdurende ondersteuning van het voorschrijven van antidepressiva. Er zijn ook niet-medicamenteuze alternatieven te benoemen voor slaapproblemen en angstklachten (bijvoorbeeld voorlichting over slaaphygiëne en ontspannings-oefeningen). Ook de informatie voor professionals zoals het farmaceutisch kompas kan op basis hiervan worden aangepast.

2.4.3 *Verbeteren van publieks- en cliëntinformatie over gebruik van benzodiazepinen*

Betere publieks- en cliënteninformatie kan ertoe bijdragen dat mensen met PTSS zich meer bewust zijn van de voor- en nadelen van benzodiazepine. Wij gaan daarover nadere afspraken maken met betrokken

partijen. Ook het maken van een cliëntenversie van de richtlijn PTSS of zorgstandaard 'Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen', waarin uitleg staat over benzodiazepinen en alternatieven, draagt bij aan betere informatievoorziening voor cliënten en hun naasten.

2.5 Wat leveren de verbeterafspraken op?

Als mensen met PTSS minderen met het (chronisch) gebruik van benzodiazepinen, verwachten we dat hun de gezondheidswinst toeneemt. Vermindering van gebruik van benzodiazepinen verkleint de kans op contraproductieve effecten en verhoogt de kans op een meer effectieve behandeling. Vermindering in gebruik van benzodiazepinen voorkomt ook nadelige risico's, zoals valincidenten, verslaving, et cetera. Het afbouwen van benzodiazepinen bij langdurig gebruik vraagt om inspanning van behandelaren en gebruikers en zal niet altijd slagen, zo blijkt uit diverse onderzoeken.[23] De financiële gevolgen van minder benzodiazepinegebruik zijn beperkt dan wel lastig in beeld te brengen. De kosten van geneesmiddelen zullen beperkt afnemen vanwege de lage prijzen van deze middelen. De kosten van een beter toezicht op het gebruik van benzodiazepinen en de baten daarvan, bijvoorbeeld door minder valincidenten, zijn lastig in beeld te brengen. De volledige analyse is te vinden in bijlage G.

2.6 Zijn er kennislacunes?

Uit ons verdiepingsonderzoek kwam het voorschrijfgedrag van huisartsen, psychiaters en verpleegkundig specialisten bij benzodiazepinen voor mensen met PTSS in Nederland als kennislacune naar voren. Vragen hierbij zijn:

- Wat zijn de verschillen in voorschrijven en wat is hiervoor de verklaring?
- Wat zijn de redenen van voorschrijven?
- Welke informatie ontvangt de cliënt?
- Hoe is langdurig voorschrijven te voorkomen?

3 Hoe zorgen we ervoor dat PTSS beter wordt herkend?

De herkenning van PTSS door behandelaren in de GGZ, huisartsen en andere verwijzers kan beter. Dit vergroot voor mensen met PTSS de kans op een goede behandeling en herstel. Wij willen samen met partijen in de GGZ een plan maken om het missen van PTSS zo veel mogelijk te voorkomen. We vragen aan partijen om een multidisciplinaire richtlijn of generieke module diagnostiek in de GGZ te maken. Ook is op onderdelen aanvulling van cliënteninformatie nodig en vragen we partijen aan te sluiten bij de voorgenomen landelijke publiekscampagne die zich richt op de herkenning van PTSS. In de volgende paragrafen beschrijven we hoe we tot deze aanbevelingen zijn gekomen. Daartoe hebben we onderzoek gedaan naar richtlijnen, herkenning in de praktijk en beschikbare publieksinformatie.

3.1 Wat staat er in de richtlijnen?

Veel richtlijnen besteden aandacht aan de herkenning van ingrijpende levensgebeurtenissen en klachten die kunnen wijzen op PTSS. Mensen met PTSS hebben vaak ook andere psychische stoornissen (psychische comorbiditeit). Ook kan sprake zijn van comorbide somatische klachten, bijvoorbeeld hoofdpijn, pijn of een hoge bloeddruk. Wij zijn nagegaan wat de richtlijnen en zorgstandaarden vermelden over de herkenning van PTSS of over traumatische gebeurtenissen. De volledige richtlijnanalyse vindt u in bijlage D. De focus lag hierbij op de multidisciplinaire richtlijnen en zorgstandaarden of generieke modules in de GGZ, en op de NHG-Standaarden van de huisartsen voor psychische problemen. De diagnose PTSS wordt meestal in de GGZ gesteld en behandeld. Huisartsen zijn de belangrijkste verwijzers van mensen met PTSS naar de GGZ.[17]

3.1.1 *Wat staat er in de GGZ-richtlijnen over herkenning?*

Richtlijn 'PTSS'

De richtlijn 'PTSS' bevat de aanbeveling om bij diagnostiek na te vragen of sprake is van een ingrijpende levensgebeurtenis en daarmee samenhangende klachten. Anders kan immers de diagnose PTSS niet worden gesteld.

Richtlijnen andere psychische stoornissen (ingeval van comorbiditeit)

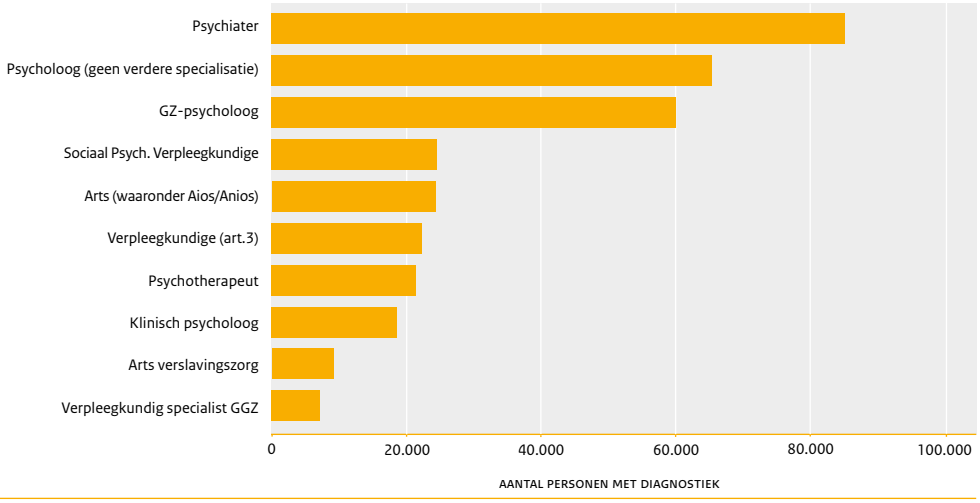
De meeste meer recente multidisciplinaire richtlijnen en zorgstandaarden voor verschillende psychische stoornissen besteden aandacht aan ingrijpende gebeurtenissen en daarmee samenhangende klachten. Deze aandacht ontbreekt nog in een aantal - meer gedateerde - richtlijnen en zorgstandaarden.

Richtlijn diagnostiek

Er is geen multidisciplinaire richtlijn of generieke module diagnostiek in de GGZ. Alleen psychiaters hebben een richtlijn 'Psychiatrische diagnostiek'.[24] Hierin wordt geadviseerd om bij de anamnese te vragen naar traumatische levensgebeurtenissen. In deze richtlijn staat ook: "Er wordt ervaren dat psychiaters vaak onvoldoende over trauma's doorvragen en al snel concluderen dat cliënten niet stabiel genoeg zijn om trauma's te bespreken". Diagnostiek vormt de basis voor het bepalen van passende zorg. Vanuit de betrokken partijen en het veld komen signalen dat een algemene multidisciplinaire richtlijn of generieke module diagnostiek wenselijk is. Meerdere disciplines leveren een bijdrage aan diagnostiek (zie figuur 7). Het opstellen van algemene aanbevelingen voor goede diagnostiek bevordert dat dit direct vanaf de start van het zorgtraject en eenduidig voor alle betrokken disciplines kan worden ingezet, zonder dat op basis van de classificatiecriteria al (een vermoeden van een) specifieke stoornis is vastgesteld.

17 *Ook in de somatische, medisch-specialistische zorg is steeds meer aandacht voor PTSS. Mensen met PTSS presenteren zich daar met somatische klachten en PTSS zich kan ontwikkelen als gevolg van een ernstige ziekte of de behandeling daarvan, bijvoorbeeld op de IC. In de bedrijfsgezondheidszorg is aandacht voor PTSS als gevolg van beroepsrisico's, bijvoorbeeld bij politie, brandweer of in de zorg.*

Figuur 7 | Top 10 behandelaren met tijdsbesteding diagnostiek



Bron: DBC-informatie (2016)

3.1.1 *Wat staat er in de standaarden voor huisartsen?*

Generieke module 'Psychische klachten in de huisartsenpraktijk'
De generieke module 'Psychische klachten in de huisartspraktijk'[25] benoemt het belang van het uitvragen van risicofactoren, zoals psychotrauma en levensgebeurtenissen met verlies of geweld.

NHG-Standaard 'Angst'
De NHG-Standaard 'Angst' (2019)[19] beveelt aan om bij vermoeden van PTSS specifiek naar traumatische ervaringen te vragen. Daarbij bepaalt de cliënt wat besproken wordt en vraagt de behandelaar waar iemand bang voor is. Dit in het kader van de herbeleving van een traumatische gebeurtenis. In deze standaard staat ook: "Veel cliënten met PTSS informeren hun huisarts niet spontaan over hun angsten en presenteren zich met somatische klachten of problemen die achteraf blijken samen te hangen met angst. Diagnostiek vraagt vaak meerdere contacten. Veiligheid en aandacht zijn voorwaarden voor een goed diagnostisch gesprek".

NHG-Standaarden voor andere psychische stoornissen (in geval van comorbiditeit)
Veel NHG-Standaarden voor specifieke klachten en stoornissen besteden aandacht aan het belang van het herkennen van ingrijpende gebeurtenissen. Er zijn echter ook NHG-Standaarden waarin dit ontbreekt, zoals die voor 'Slaapproblemen en slaapmiddelen'. Het volledige overzicht vindt u in bijlage D.

3.2 Hoe gaat het met herkenning in de praktijk?

In deze paragraaf laten we zien hoe het in de praktijk gaat met het herkennen van PTSS. In de GGZ en in de huisartsenpraktijk blijkt dit onvoldoende te zijn.

3.2.1 *Herkenning in de GGZ*

Wij hebben in dit verdiepingstraject niet nader onderzocht in hoeverre het uitvragen van ingrijpende gebeurtenissen en daarmee samenhangende klachten in de Nederlandse praktijk daadwerkelijk plaatsvindt.[18] Mensen met PTSS en zorgprofessionals met deskundigheid op het gebied van PTSS signaleren dat de (tijdige) herkenning van PTSS in de GGZ onvoldoende is. Beschikbare onderzoeken en data bevestigen dit signaal. Zo komt uit een onlangs uitgevoerde internationale review van wetenschappelijk onderzoek met 29 geselecteerde studies[26] naar voren, dat PTSS niet is herkend bij 18-39% van de mensen die voor een psychische stoornis in de GGZ in behandeling zijn.[26] Gemiddeld werd PTSS, of een vermoeden daarvan, slechts vastgelegd in ongeveer 5% van de onderzochte dossiers.

18 *Het uitvoeren van onderzoek naar herkenning van PTSS is complex en niet haalbaar geacht binnen de beschikbare tijd en middelen van het project Zinnige Zorg.*

Bij 22 van de 29 van de studies is PTSS niet herkend in minimaal 10% van de gevallen. In deze review zijn twee Nederlandse onderzoeken opgenomen: naar herkenning van PTSS bij mensen met psychotische stoornissen[27] en naar herkenning bij mensen met een verslaving.[28]

3.2.2 *Herkenning in de huisartsenpraktijk*

Wij hebben in dit verdiepingstraject ook niet kunnen onderzoeken in welke mate het uitvragen van ingrijpende gebeurtenissen door huisartsen gebeurt. Uit praktijk en literatuur komen signalen naar voren dat ingrijpende gebeurtenissen niet altijd worden uitgevraagd en dat PTSS, of een vermoeden daarvan onvoldoende wordt vastgesteld in de huisartsenpraktijk.[29, 30]

3.3 Welke publieks- en cliënteninformatie is beschikbaar?

We hebben voor dit verbetersignalement een overzicht gemaakt van de op internet beschikbare publieks- en cliënteninformatie over de herkenning van PTSS. Het complete overzicht vindt u in bijlage F. Veel websites geven informatie over de klachten en de oorzaken daarvan. Een enkele website geeft mensen met PTSS en hun naasten ook tips voor wat te doen als zij symptomen herkennen. Maar de informatie voor cliënten en hun naasten op websites is niet toereikend. Het is van belang om daar verbetering in te brengen.

Betere publieks- en cliënteninformatie over PTSS kan ertoe bijdragen dat mensen met PTSS hulp zoeken en hun ervaringen en klachten bespreken. Veel mensen met PTSS zoeken namelijk geen, of pas in een laat stadium, hulp voor hun klachten, ongeacht het type traumatische gebeurtenis. Zij denken dat hun klachten vanzelf overgaan of niet te verhelpen zijn. Uit onderzoek blijkt echter, dat bij 56% van de mensen met PTSS die geen hulp krijgen, de klachten niet spontaan over gaan en vele jaren kunnen aanhouden.[31] Ook gevoelens van schaamte en angst voor stigma kunnen een rol spelen. Verdere geldt voor mensen met PTSS vaak, dat zij zorgen hebben over het herbeleven van traumatische gebeurtenissen en het daarom liever vermijden om erover te spreken. Aanmoediging van familie en vrienden en andere betrokkenen kan het zoeken naar hulp bevorderen.[32] Kennis over de mogelijke gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen en realisatie van het belang om zo nodig hulp te zoeken kunnen daarbij helpen. Dat geldt ook voor concrete tips aan cliënten en hun naasten voor wat zij kunnen doen als zij klachten signaleren die samenhangen met een ingrijpende gebeurtenis.

3.4 Wat zijn de verbeterafspraken?

Om te zorgen voor betere herkenning van PTSS, hebben we samen met de betrokken partijen de volgende verbeterafspraken opgesteld.

3.4.1 *Bij meer mensen PTSS herkennen*

We maken samen met de betrokken partijen een plan van aanpak om herkenning van PTSS in de GGZ, bij huisartsen en bij cliënten en naasten te vergroten. Bij opstellen van het plan maken we gebruik van kennis en ervaringen uit praktijk. Andere onderdelen van het plan zijn: onderzoek naar barrières en kansen bij het zoeken naar hulp en het herkennen van PTSS en de implementatie van richtlijnen in het algemeen.

3.4.2 *Ontwikkelen van een multidisciplinaire richtlijn of generieke module diagnostiek GGZ*

Partijen plaatsen de ontwikkeling van een richtlijn of generieke module diagnostiek hoog op de agenda van Akwa GGZ.[19] Deze richtlijn of module bevordert dat mensen die een verwijzing naar de GGZ krijgen, direct bevraagd worden op ingrijpende levensgebeurtenissen en klachten die zij als mogelijk gevolg hiervan ondervinden. Een richtlijn diagnostiek bevordert dat standaard wordt gelet op relevante signalen die van belang zijn voor het vaststellen van de zorgvraag en behandelopties. Het zo vroeg mogelijk herkennen van eventuele alcoholproblemen of een psychose vormen belangrijke elementen van diagnostiek. Omdat meerdere disciplines in de GGZ betrokken zijn bij het diagnostisch proces (zie figuur 7), verdient het aanbeveling deze richtlijn multidisciplinair tot stand te brengen.

19 *Akwa GGZ is een door partijen in de GGZ opgericht kwaliteitsinstituut met als kerntaken de (door)ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsstandaarden en kwaliteitsregistraties.*

3.4.3 *Uitvragen van ingrijpende levensgebeurtenissen opnemen in richtlijnen en standaarden*

Om PTSS beter te herkennen is het behulpzaam dat ook bestaande daarmee samenhangende richtlijnen aandacht besteden aan ingrijpende gebeurtenissen en klachten. Belangrijke richtlijnen zijn de NHG-Standaard 'Problematisch alcoholgebruik'[33] voor huisartsen en de multidisciplinaire richtlijn 'Angststoornissen'. Betrokken organisaties krijgen het verzoek om hun richtlijnen en standaarden hierop aan te passen.

3.4.4 *Verbeteren van publieks- en cliëntinformatie over het herkennen PTSS*

Mensen met PTSS en hun naasten zijn gebaat bij het verbeteren van de publieksinformatie over herkennen van PTSS. Het betreft vooral specifieke tips om PTSS te kunnen herkennen en wat mensen dan het beste kunnen doen. Wat mogen zij van hun arts kunnen verwachten? Hoe kunnen zij zich goed voorbereiden op een afspraak? Wij gaan hierover nadere afspraken maken met betrokken organisaties. Ook een cliëntenversie van de richtlijnen kan bijdragen aan het beter informeren van cliënten en hun naasten. Er is een publiekscampagne van de overheid in voorbereiding voor de bewustwording en herkenning van PTSS. Partijen krijgen het verzoek om hierop aan te sluiten.

3.5 Wat leveren de verbeterafspraken op?

De verbeterafspraken in dit hoofdstuk zijn erop gericht de herkenning van PTSS te vergroten. PTSS komt vaak voor en heeft grote gevolgen voor de gezondheid en het maatschappelijk functioneren van de mensen die ermee te maken krijgen. Als mensen met PTSS-klachten vaker en eerder hulp zoeken en als zorgverleners PTSS beter herkennen, worden cliënten vaker en eerder behandeld. Mensen met PTSS kunnen goed worden behandeld. Bij velen leidt het tot een afname en zelfs het helemaal verdwijnen van klachten en neemt hun kwaliteit van leven toe.[15] Wanneer er meer mensen met PTSS worden herkend en behandeld, dan zullen er extra kosten gemaakt worden. De exacte kosten zijn lastig te bepalen. Dit komt omdat een deel van de mensen waarbij PTSS extra wordt herkend al in de GGZ wordt behandeld onder een andere classificatie. Het is daarbij niet duidelijk in welke mate een gedeelte van de huidige behandeling kan worden vervangen door een traumagerichte psychologische behandeling. Daarnaast is het aannemelijk dat wanneer deze mensen met PTSS worden herkend en behandeld, de afname in klachten ook een verlaging in andere zorgkosten (buiten de GGZ) en een afname in maatschappelijk kosten tot gevolg heeft. Een volledige analyse is te vinden in bijlage G.

3.6 Zijn er kennislacunes?

Uit ons verdiepingsonderzoek kwamen de volgende kennislacunes naar voren:

- Het ontbreekt aan onderzoek naar de mate waarin bij mensen met psychische klachten en stoornissen wordt nagevraagd én in het dossier wordt vastgelegd of zij ingrijpende gebeurtenissen hebben meegemaakt, en welke klachten zij naar aanleiding hiervan ervaren.
- Het ontbreekt aan onderzoek naar hoe huisartsen en GGZ-professionals, en mensen met PTSS en hun naasten PTSS beter kunnen leren herkennen, bijvoorbeeld door het stellen van juiste vragen, training en andere hulpmiddelen.

4 Hoe verbeteren we de informatie-uitwisseling tussen GGZ en huisarts?

Uit diverse onderzoeken32 komt naar voren dat de informatie-uitwisseling tussen GGZ en huisartsen beter kan. Ons onderzoek naar de informatie-uitwisseling vanuit de GGZ naar de huisartsen bevestigt dit vermoeden. Huisartsen ontvangen vaak geen terugkoppeling uit de GGZ over de uitkomsten van de diagnostische fase, de resultaten van de behandeling en benodigde follow-up. Dit geldt niet alleen voor mensen met PTSS, maar voor iedereen die naar de GGZ wordt verwezen. Een adequate en tijdige terugkoppeling is belangrijk zodat de huisarts het overzicht kan houden over de zorg die zijn cliënt ontvangt en samen met zijn cliënt afspraken kan maken over de zorg die na behandeling in de GGZ eventueel nog nodig is.

4.1 Wat staat er in de richtlijnen?

In deze paragraaf laten we zien welke aanbevelingen de Nederlandse standaarden en richtlijnen bevatten voor de informatie-uitwisseling tussen de GGZ en huisartsen.

4.1.1 *NHG-richtlijn 'Informatie-uitwisseling huisarts-tweedelijns GGZ'*

De NHG-richtlijn 'Informatie-uitwisseling huisarts-tweedelijns GGZ'[34] geeft aan welke informatie (inhoudelijke, logistieke, administratieve en financiële gegevens) wanneer (na verwijzing, afspraak, na intake, overdracht, voortgang, wijziging somatiek, therapie, einde behandeling) wordt uitgewisseld. Het standaardformat van de verwijsbrief is recent geactualiseerd. Een revisie van de richtlijn is in de maak en zal aansluiten op de richtlijn 'Informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist'.[35]

4.1.2 *Module landelijke samenwerkingsafspraken GGZ en Kwaliteitsstatuut*

Ook in de generieke module 'Samenwerkingsafspraken GGZ' staat welke berichten met welke inhoud op welk moment moeten worden uitgewisseld (na intake, jaarlijks de voortgang als langer dan een half jaar in behandeling en bij afsluiten van de behandeling, mits de cliënt hier toestemming voor geeft). In het Kwaliteitsstatuut GGZ staat dat de GGZ een afsluitingsbrief naar de huisarts stuurt. Als de behandeling langer duurt, ontvangt de huisarts ook een samenvatting van het behandelplan.

4.1.3 *Multidisciplinaire richtlijn 'Angst/PTSS'*

De multidisciplinaire richtlijn 'PTSS' besteedt geen nadere aandacht aan de inhoudelijke berichtgeving voor huisarts of GGZ.

4.1.4 *Zorgstandaard 'PTSS'*

De zorgstandaard 'PTSS' stelt dat het belangrijk is om bij afronding van de behandeling een terugval-preventieplan op te stellen en huisartsen daarover te informeren.

4.1.5 *NHG-Standaard 'Angst'*

De NHG-Standaard 'Angst' beveelt huisartsen aan om bij voorkeur te verwijzen naar zorgverleners die ervaring hebben met cognitieve gedragstherapie (CGT) en daarmee afspraken te maken over verwijzing, eventuele terugverwijzing en inhoud en frequentie van informatie-uitwisseling over de cliënt.

4.2 Hoe verloopt de berichtgeving in de praktijk?

Huisartsen ontvangen vaak geen terugkoppeling vanuit de GGZ over mensen met PTSS en andere zorgvragen. Dit komt naar voren uit een representatief onderzoek dat wij hebben laten uitvoeren naar de schriftelijke informatie-uitwisseling vanuit de GGZ naar de huisartsen.[36] De schriftelijke informatie-overdracht[20] van huisartsen naar de GGZ, meestal in de vorm van een verwijsbrief, is in het onderzoek buiten beschouwing gelaten. De verwijsbrief is in de praktijk altijd aanwezig, omdat die een voorwaarde vormt voor betaling van GGZ-zorg door zorgverzekeraars. Uit het onderzoek komt naar voren dat er bij 42% van de verwijsberichten van de huisarts uit de periode 2011-2016 binnen 2 jaar inkomende correspondentie vanuit de GGZ is teruggevonden in de huisartsenregistratie.

20 *Deze informatie-uitwisseling gaat steeds vaker digitaal via berichtendiensten of e-mail.*

Per verwezen cliënt bedraagt dit percentage 51%. Voor de jaren 2017 en 2018 beschikken we niet over gegevens met twee volledige jaren. De perioden waarvoor wel wordt beschikt over de volledige gegevens, laten geen ander beeld zien dan 2011-2016. De gemiddelde duur voor het éérste inkomende bericht vanuit de GGZ per verwijzing bedraagt gemiddeld 9,1 maanden, de mediaan bedraagt 3,7 maanden. Zie bijlage E voor uitgebreidere informatie over dit onderzoek.

De resultaten van dit onderzoek bevestigen dat een goede en tijdige informatieoverdracht vanuit de GGZ vaak ontbreekt. In 2017 signaleerde de LHV op basis van een peiling dat 52% van de deelnemende huisartsen aangaf geen goede en tijdige informatieoverdracht vanuit de GGZ te ontvangen.[37] Ook de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) constateerde in 2018 op basis van gesprekken met cliënten en naasten en hun vertegenwoordigende organisaties, dat de samenwerking in de GGZ inclusief huisartsen en praktijkondersteuners (POH's) te wensen overlaat.[38] Die samenwerking omvat naast schriftelijke of elektronische informatie-uitwisseling meer aspecten, waaronder bereikbaarheid en mondelinge afstemming bij consultatie of crisis. Er zijn ook goede voorbeelden. In de regio Zwolle hebben huisartsen en GGZ-aanbieders onlangs afspraken gemaakt over een warme overdracht van specialistische GGZ naar de huisarts en de generalistische basis-GGZ. Warme overdracht kan bijvoorbeeld plaatsvinden in de vorm van aanvullende instructies in de ontslagbrief en telefonische overlegmogelijkheden.[39]

4.3 Welke publieks- en cliënteninformatie is beschikbaar?

Het Kwaliteitsstatuut van elke GGZ-zorgaanbieder biedt aan cliënten informatie over wat zij tijdens hun behandeling mogen verwachten. In dit Kwaliteitsstatuut is onder andere opgenomen dat de huisarts per brief op de hoogte wordt gesteld van het behandelplan of bij een kortdurende behandeling op de hoogte wordt gesteld van het verloop en resultaat van de behandeling, tenzij de cliënt hiertegen bezwaar maakt. Cliënten hebben recht op inzage in dossiers, waaronder verwijs- en terugkoppelingsberichten, bij huisarts en GGZ.

4.4 Wat zijn de verbeterafspraken?

4.4.1 *Inbrengen resultaten ZZ-onderzoek*

Er zijn veel initiatieven om de informatie-uitwisseling tussen cliënten, huisartsen en GGZ te verbeteren. Zo zetten veel GGZ-zorgaanbieders intern acties in om overeenkomstig de landelijke afspraken periodiek voortgangsberichten te versturen aan huisartsen. Partijen werken gezamenlijk aan het verbeteren van de digitale informatie-uitwisseling tussen cliënten, zorgprofessionals en zorgorganisaties in het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional GGZ (VIPP-GGZ) en het programma Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg. Met het oog op continuïteit heeft de overdracht van een gestructureerde set patiëntengegevens daarbij prioriteit.[40] Wij zullen de resultaten van ons onderzoek actief inbrengen in deze lopende trajecten.

4.4.2 *Opleveren gereviseerde richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts-tweedelijns GGZ*

Al geruime tijd bestaat het voornemen de NHG-richtlijn 'Informatie-uitwisseling huisarts-tweedelijns GGZ' te actualiseren. Het is van belang dat deze richtlijn opgeleverd wordt, zodat de nieuwe afspraken over informatie-uitwisseling vindbaar zijn.

4.5 Wat leveren de verbeterafspraken op?

De verbeterafspraken in dit hoofdstuk zijn erop gericht de informatie-uitwisseling tussen huisartsen en GGZ te versterken. Huisartsen zijn eerste aanspreekpunt en constante factor voor hun cliënten.[41] Het is belangrijk dat zij overzicht houden over de zorg die hun cliënten krijgen en waar nodig de regie voeren. Huisartsen en hun cliënten kunnen samen op basis van de terugkoppeling van het zorgtraject in de GGZ afspreken wat het vervolgbeleid is. Ook is een terugkoppeling voor de huisarts van belang om te kunnen leren en verbeteren. Zo ziet een huisarts in een terugkoppeling of er - al dan niet - sprake is van PTSS en welke behandeling is ingezet en wat de resultaten zijn. Dit vergroot zijn kennis met betrekking tot herkennen en behandelen van PTSS. Een adequate en tijdige informatie-uitwisseling vanuit de GGZ naar de huisarts (en vice versa) verbetert de kwaliteit van zorg voor mensen met psychische problemen, waaronder PTSS.

4.6 Zijn er kennislacunes?

Het is onbekend wat de kwaliteit van de informatie-uitwisseling is. Dit geldt zowel voor de berichten van de huisarts naar de GGZ (o.a. verwijsbrief) als de terugkoppeling vanuit de GGZ naar de huisarts (o.a. intakebrief, afsluitbrief).

5 Realiseren van de verbeteringen

In de voorgaande hoofdstukken hebben we laten zien welke verbeteringen mogelijk zijn in het zorgtraject voor mensen met PTSS. De onderzoeksbevindingen en de daarop gebaseerde verbeterpunten geven aanleiding tot de formulering van een aantal verbeterafspraken om de kwaliteit van zorg te vergroten en meer in lijn te brengen met wetenschappelijke bevindingen en aanbevelingen. De onderzoeksresultaten en verbeterdoelen hebben we besproken in een bijeenkomst met betrokken partijen op 6 november 2019. In dit hoofdstuk beschrijven we de geïdentificeerde verbeterpunten en benoemen we per verbeterafspraak één of meerdere trekkers. Deze trekkers zijn benoemd zodat duidelijk is waar het initiatief ligt, bij veel onderwerpen is actieve betrokkenheid van alle relevante GGZ-partijen gewenst.

De volgende fase van het project Zinnige Zorg PTSS is de implementatie. Hierin staat het daadwerkelijk verbeteren van de zorg voor mensen met PTSS centraal. In de implementatiefase vragen we partijen het voortouw te nemen bij het realiseren van de verbeteringen. Het Zorginstituut heeft een ondersteunende en faciliterende rol, bijvoorbeeld door het organiseren van volgende bijeenkomsten, het zo nodig verstrekken van data en spiegelinformatie, en eventueel uitvoeren van aanvullend (kwalitatief) onderzoek. De verbeterafspraken worden uitgewerkt in een gezamenlijk op te stellen plan van aanpak. Hierin leggen we concreet vast welke doelen we willen behalen en hoe we de resultaten gaan monitoren en evalueren. Wat leveren de verschillende verbeteringen op voor mensen met PTSS en welke ambitie spreken we uit over het moment van realisatie? Door de inspanningen en resultaten in beeld te brengen en hierover met elkaar in gesprek te gaan, kunnen we leren en verbeteren.

5.1 Verbeteringen per onderwerp

5.1.1 *Hoe zorgen we ervoor dat meer mensen met PTSS een traumagerichte behandeling krijgen?*

Actie	Trekker(s)	Betrokken partijen	Gereed
Meer mensen met PTSS krijgen een traumagerichte psychologische behandeling			
Alle betrokken partijen committeren zich aan dit doel		NtVP, P3NL, GGZ NL, NVvP, MIND, LVVP, V&VN en ZN	April 2020
Plan van aanpak opstellen	P3NL i.s.m. GGZ Nederland	NtVP, NVvP, MIND, LVVP, V&VN, en ZN	Eind 2020
Herziening van de multidisciplinaire richtlijn PTSS			
Richtlijn 'PTSS' herzien	NVvP	Alle relevante partijen	Eind 2022
Publicatie van de zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen			
Publicatie zorgstandaard 'Psychotrauma -en stress-orgerelateerde stoornissen'	Akwa GGZ	Alle relevante partijen	Eind 2020
Actualisatie van publieks- en cliënteninformatie over PTSS en de behandeling van PTSS			
Actuele informatie op Thuisarts.nl en andere relevante websites	Akwa GGZ en MIND		Eind 2020 Evt. updaten met nieuwe informatie herziene richtlijn PTSS
Vergroten vindbaarheid richtlijninformatie			
Centrale plek inrichten voor richtlijnen en standaarden	Akwa GGZ	I.s.m. relevante partijen	2021
Registratie van interventies			
Gesprekken organiseren	NVvP, P3NL en GGZ NL	I.s.m. relevante partijen	2020/2021

5.1.2 *Hoe verminderen we het gebruik van benzodiazepinen bij mensen met PTSS?*

Actie	Trekker(s)	Betrokken partijen	Gereed
Benzodiazepinegebruik verder beperken			
Commitment van alle relevante partijen op dit doel		NVvP, NHG, KNMP, GGZ NL, V&VN, MIND, LVVP, P3NL, ZN en NtVP	April 2020
Plan van aanpak	NVvP en NHG	KNMP, GGZ NL, V&VN, MIND, LVVP, P3NL, ZN en NtVP	Eind 2020
Verduidelijken van benzodiazepinegebruik in richtlijn PTSS of zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen			
Richtlijn 'PTSS' op punt benzodiazepinen verduidelijken bij herziening	NVvP		Eind 2022
Evt. zorgstandaard 'Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen' updaten na herziening richtlijn	Akwa GGZ		Na oplevering richtlijn PTSS
Het verbeteren van publieks- en cliëntinformatie over gebruik van benzodiazepinen			
Cliënteninformatie over benzodiazepinegebruik	MIND	I.s.m. Akwa GGZ, NVvP	2021

5.1.3 *Hoe zorgen we ervoor dat PTSS vaker wordt herkend?*

Actie	Trekker(s)	Betrokken partijen	Gereed
PTSS vaker herkennen			
Commitment van alle relevante partijen op dit doel		NtVP, P3NL, MIND, GGZ NL, NVvP, LVVP, V&VN en ZN	April 2020
Plan van aanpak (in samenhang met het plan van aanpak voor behandeling)	P3NL, MIND	NtVP, GGZ NL, NVvP, LVVP, V&VN en ZN	Eind 2020
Publiekscampagne PTSS	VWS	Gesteund door alle partijen	2020
Verbeteren van publieks- en cliëntinformatie over het herkennen PTSS	Akwa GGZ en MIND	Gesteund door alle partijen	Eind 2020
Ontwikkelen van een multidisciplinaire richtlijn of generieke module diagnostiek GGZ			
Ontwikkelen generieke module Diagnostiek	Akwa GGZ	I.s.m. alle relevante partijen	Eind 2020
Uitvragen van ingrijpende levensgebeurtenissen in relevante richtlijnen/standaarden opnemen			
Aanpassen richtlijnen/ standaarden	NHG, NVvP, Akwa GGZ	In overleg met relevante partijen	2021

5.1.4 *Hoe verbeteren we de informatie uitwisseling tussen GGZ en huisarts?*

Actie	Trekker(s)	Betrokken partijen	Gereed
Informatie-uitwisseling tussen GGZ en huisarts verbeteren			
Inbrengen resultaten Zinnige Zorg-onderzoek bij lopende trajecten (o.a. VIPP)	Zorginstituut	GGZ NL, ZN	2020
Opleveren gereviseerde richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts-tweedelijns GGZ	NHG	Relevante GGZ-partijen	2021

5.2 Vervolgstappen: implementatie, monitoring en evaluatie

Nu de Raad van Bestuur van het Zorginstituut het definitieve verbetersignalement heeft vastgesteld, start de implementatiefase van het Zinnige Zorg-project PTSS. Het doel van deze fase is het realiseren van de verbeterafspraken. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij partijen. Het Zorginstituut kan een ondersteunende en faciliterende rol spelen. In de plannen van aanpak van de implementatiefase worden streefpercentages per verbeterdoel opgenomen.

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

Het Zorginstituut zal na ongeveer 3 jaar na publicatie van dit verbetersignalement een integrale evaluatie uitvoeren (op zowel procesafspraken als resultaat op de verbeterdoelen) en hierover rapporteren aan de minister voor Medische Zorg en Sport.

Bijlage A Verantwoording werkwijze Zinnige Zorg

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

Uitgangspunten

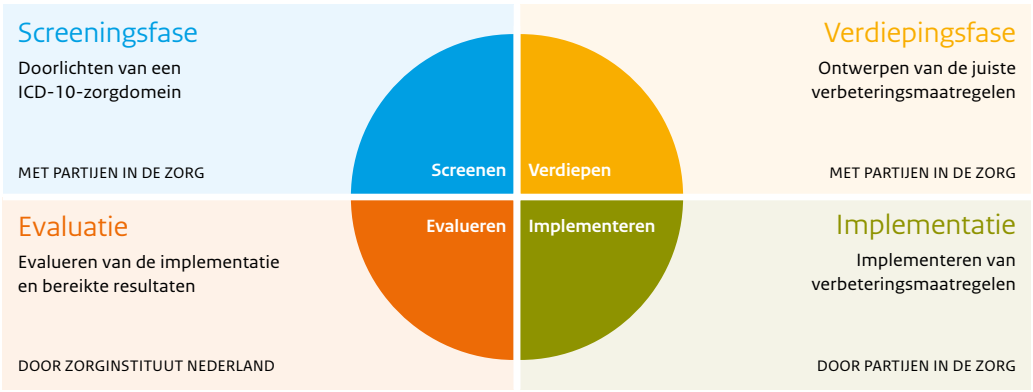
Zorginstituut Nederland heeft voor het programma Zinnige Zorg een systematische werkwijze ontworpen om de manier waarop gebruik wordt gemaakt van zorg in het verzekerde basispakket door te lichten. De kern van deze systematische doorlichting is het identificeren en terugdringen van ineffectieve of onnodige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

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

Cyclus

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

Figuur A.1 | Cyclus Zinnige Zorg



Screeningsfase

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

Verdiepingsfase

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

Implementatiefase

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

Evaluatiefase

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

Onderzoek

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

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

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

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

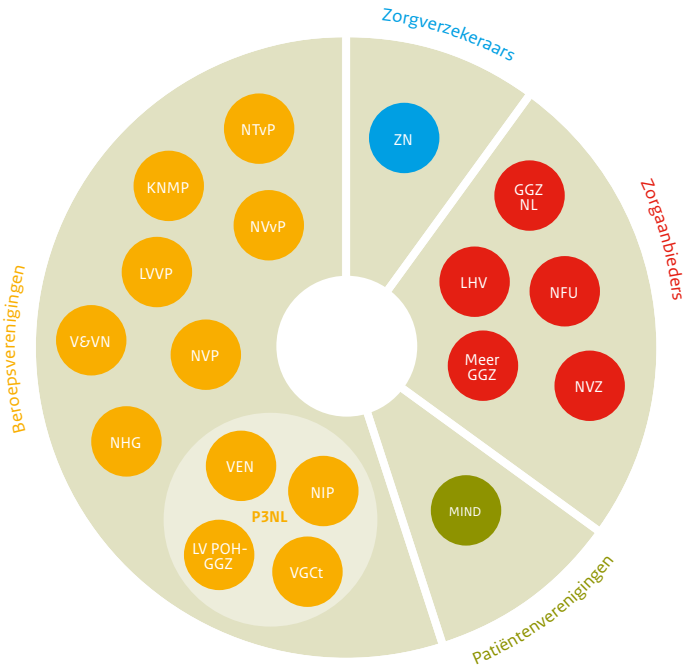
Bijlage B Overzicht betrokken partijen

Voor deze verdiepingsfase hebben we samengewerkt met partijen die bij de zorg voor mensen met PTSS betrokken zijn: cliënten, zorgprofessionals, zorginstellingen en zorgverzekeraars. Deze partijen zijn weergegeven in figuur 2.1 Met deze partijen hebben we afspraken gemaakt om de zorg voor mensen met PTSS zinniger te maken.

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

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

Figuur B.1 | Overzicht van betrokken partijen



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

Bijlage C Samenvatting reacties schriftelijke consultatie

Voorafgaand aan de publicatie van dit Verbetersignalement zijn de partijen uitgenodigd voor een schriftelijke bestuurlijke consultatie. Het commentaar van de partijen en de eventuele reactie van het Zorginstituut daarop kunt u vinden in onderstaande tabel. Eerst geven we de hoofdpunten van de commentaren weer en vervolgens een aantal meer specifieke punten.

Partijen	Commentaar partijen	Reactie van het Zorginstituut
Hoofdpunten		
GGZ NL	In algemene zin onderschrijven we dat verbeteringen nodig zijn in de zorg voor mensen met PTSS. In de samenvatting en de hoofdrapporten zouden we graag meer aandacht willen voor het feit dat uitdrukkelijk is gezocht naar onderwerpen met het meeste verbeterpotentieel. En dat naast de geconstateerde verbetermogelijkheden patiënten nu ook al passende zorg en behandeling ontvangen.	In het verdiepings-onderzoek hebben wij ons geconcentreerd op die onderwerpen waarbij in afstemming met deskundigen geconstateerd is dat er verbeteringen wenselijk en mogelijk zijn. Wij hebben in de samenvatting en inleiding deze werkwijze verder verduidelijkt.
KNMP	De KNMP kan instemmen met het rapport. Wel vindt KNMP het een groot gemis dat het onderwerp farmacogenetica bij de behandeling met geneesmiddelen niet is meegenomen. Voor de effectiviteit van psychofarmaca en uiteindelijk de klinische uitkomst is dit een essentieel onderwerp.	Bij Zinnige Zorg staat zorg zoals verwoord is in richtlijnen centraal. Farmacogenetica is nog niet in de ggz-richtlijnen opgenomen. We hebben aandacht voor farmacogenetica in het rapport over psychose opgenomen.
LHV	De LHV kan zich vinden in de voorgestelde verbeteringen voor het zorgtraject PTSS. Het is belangrijk dat de verbetering wordt opgenomen in de bestaande instrumenten die huisartsen gebruiken (richtlijnen etc.). Onderzoek naar hoe artsen kunnen leren trauma beter te herkennen is belangrijk.	
LVVP	We kunnen ons vinden in voorgestelde verbeteringen voor dit zorgtraject en in de verbeterafspraken in het rapport. De LVVP onderschrijft het zorgtraject PTSS en wil er aan bijdragen om dit onder de aandacht te brengen van onze leden. In de vrijgevestigde GGZ praktijk zien we veel cliënten met het vermoeden van- en na intake en diagnostiek een bevestigde diagnose PTSS. Behandeling is in de vrijgevestigde praktijk goed realiseerbaar. De LVVP committeert zich aan de doelen van het zorgtraject PTSS, onze actieve betrokkenheid bij uitwerking van de verschillende onderdelen kan er ook zijn en mag gevraagd worden.	
MIND	MIND is positief over het verloop van de trajecten Zinnige Zorg voor de GGz tot nu toe. Het is een goede zaak dat de behandelpraktijk bij twee belangrijke aandoeningen kritisch tegen het licht wordt gehouden. De wijze waarop onze achterban daarbij betrokken is waarderen we zeer. MIND ziet de inbreng van ervaringsdeskundigen op sommige punten nog onvoldoende terug (zie hierna).	
	Het rapport geeft aanleiding tot grote zorgen over de kwaliteit van de geboden zorg. Dwingende acties zijn nodig om tot verbetering te komen. MIND vindt het van groot belang dat de implementatieplannen op basis van de verbeterafspraken operationeel worden opgesteld, zodat duidelijk wordt wie wanneer welke maatregelen gaat nemen. Graag zien wij toegelicht hoe de kwaliteit en de voortgang geborgd zal worden en welke rol het Zorginstituut voor zichzelf daarin ziet en voor andere partijen.	Wij nemen deze aanbeveling mee naar het implementatietraject en zullen bij de start daarvan met alle betrokkenen nagaan hoe dit in de implementatieplannen kan worden vastgelegd.
	MIND is verder van mening dat de onderbehandeling waar het rapport een beeld van geeft niet los gezien kan worden van de wijze waarop behandeling in de ggz georganiseerd en gefinancierd wordt. Wij wijzen daarbij op de contractering van ggz-zorg op basis van gemiddelde prijs, waardoor het voor zorgaanbieders onaantrekkelijk is om veel te investeren in patiëntgroepen met een relatief zware zorgvraag, zoals patiënten met psychose of complexe PTSS.	In het implementatietraject worden belemmerende en bevorderende factoren nader in beeld gebracht.

Partijen	Commentaar partijen	Reactie van het Zorginstituut
NFU	Het rapport Zinnige Zorg PTSS wordt gezien als een mooi en voldoende bondig rapport, waarin belangrijke knelpunten in de zorg van patiënten met een post-traumatische stress-stoornis geadresseerd worden. We kunnen ons herkennen in het belang van het verbeteren de herkenning van de stoornis, het verbeteren van de beschikbaarheid van adequate psychotherapeutische zorg en terugdringing van het benzodiazepine-gebruik voor deze patiëntengroep. We kunnen ons dan ook vinden in de voorgestelde verbeteringen/ verbeterafspraken die gemaakt zijn.	
NtVP	Het is een uiterst belangrijke rapportage, die zich rekenschap geeft van huidige ontwikkelingen (ontwikkeling Zorgstandaard, noodzaak update richtlijn) en koers uit zet voor verbeteringen in de toekomst. Wij onderschrijven die zeer.	
NVvP	De NVvP is positief en vindt dit een goede weg die wordt ingeslagen. De NVvP deelt de analyse op basis van het verdiepend onderzoek naar PTSS. Het rapport toont aan dat de zorgpraktijk niet altijd overeenkomt met wat er in de richtlijn wordt gesteld. Dat is zorgelijk. Een van de aandachtspunten die wij onderschrijven is het belang van een adequate en tijdige terugkoppeling aan de huisarts.	
P3NL	P3NL heeft de afzonderlijke reacties van de aangesloten verenigingen NIP, NVRG, NVVS, VGCt, VEN en NVGzP aangeleverd (zie hierna). P3NL werkt graag mee aan de implementatiefase.	
P3NL/ VEN, NVGzP en VGCt	Wij kunnen ons vinden in de inhoud van het rapport Zinnige Zorg PTSS dat de vinger legt op de bekende zwakke plekken. We zijn van mening dat de voorgestelde verbeteringen de potentie hebben om de zorg voor mensen met PTSS te verbeteren, maar zijn van mening dat hiervoor gecoördineerde samenwerking tussen verschillende betrokkenen noodzakelijk is om tot resultaat te komen.	
P3NL/ NIP	De sectie verslavingspsychologie is positief over de gestelde verbeterstappen met betrekking tot de PTSS zorg. De toegang tot richtlijnbehandeling en de herkenning zijn van belang. Ook de andere verbeterslagen met aandacht voor benzodiazepine-gebruik en voorschrift en informatie-uitwisseling GGZ en huisarts zijn herkenbaar voor het werkveld.	
P3NL/ NVS	Namens de NVVS kan ik u mededelen dat wij de diverse verbeterpunten en verbeterafspraken van harte onderschrijven, ofwel er zeker geen bezwaar tegen maken.	
V&VN	Gaat akkoord met de voorgestelde verbeteringen en afspraken met inachtneming van enkele aanvullingen.	Genoemde aanvullingen zijn verwerkt in het rapport.
ZN	De rapporten van de Zinnige Zorg trajecten voor psychose en PTSS zijn degelijk opgesteld. De resultaten zijn ronduit verontrustend. De aanbevelingen onderschrijven wij volledig. Deze aanbevelingen komen de kwaliteit van zorg en uiteindelijk ook de doelmatigheid van de zorg ten goede. Wij rekenen op commitment van de veldpartijen om tot aantoonbare progressie hierin te komen.	
NHG	Enkele inhoudelijke opmerkingen.	Opmerkingen zijn verwerkt.
NZa	Wij kunnen ons vinden in de voorgestelde verbeteringen voor het zorgtraject PTSS.	

Partijen	Commentaar partijen	Reactie van het Zorginstituut
Meer specifiek ten aanzien van de verschillende verbeteringen en verbeterafspraken		
GGZ NL	De genoemde verbeterpunten zijn vooral aanbodgericht. Voor de mogelijke toepassing van de interventies in de praktijk is ook de rol van de patiënt van cruciaal belang. Patiënten willen mogelijk andere zorg dan de professional volgens de richtlijnen aanbiedt of haken vroegtijdig af. Ook hier zijn verbeteringen mogelijk.	Mensen met PTSS en hun naasten hebben uiteraard een essentiële rol bij het vragen naar hulp en in het behandelproces. Publieks- en cliënten-informatie z9ijn als belangrijk verbeterpunt benoemd. Bij de keuze voor en invulling van een behandeling spelen cliëntenvoorkeuren en zogenaamde 'dropouts' een rol. Wij hebben dit nader geduid in paragraaf 1.2.
	Bij de verbeterafspraken missen we de rol van zorgverzekeraars. Voor het extra inzetten en/of opleiden van professionals is ook de hulp van de zorgverzekeraars nodig. Bijvoorbeeld door hogere tarieven, gemiddelde prijs, etc. te vergoeden, zodat de extra inzet van professionals ook gefinancierd kan worden.	In de implementatiefase stellen we met partijen vast welke maatregelen nodig zijn om de gewenste verbeteringen te realiseren. Daarbij zal ook de rol van de zorgverzekeraars en zo nodig de bekostiging worden betrokken.
GGZ NL	Bij de verbeterafspraak over registratie van interventies zien we graag toegevoegd dat een afweging van belang is tussen enerzijds de administratieve belasting van benodigde informatie en anderzijds de toegevoegde waarde van informatie voor leren en verbeteren.	We hebben dit punt nu expliciet benoemd in paragraaf 1.4.6.
	Bij de verbeterafspraken om het gebruik van benzodiazepinen bij mensen met PTSS te verminderen kan ook het verbeteren van de beschikbaarheid van informatie voor professionals van toegevoegde waarde zijn. Zoals bijvoorbeeld informatie in het farmacotherapeutisch kompas.	Wij hebben het belang van informatie aan professionals/actualisatie van het farmaco-therapeutisch kompas toegevoegd.
	Wij onderschrijven het belang van goede en tijdige informatie overdracht van ggz aanbieders naar de huisarts. Omdat dit grotendeels geautomatiseerd verloopt, herkennen leden van GGZ Nederland zich niet in het lage percentage van 57%. Dit zou in hun optiek hoger moeten zijn.	Het genoemde percentage komt voort uit een onderzoek naar een representatieve groep van cliënten en registratie via het huisartsendossier. Wij zijn nog nagegaan hoe hoog het percentage per cliënt is en hebben toegevoegd in het rapport.
	We hebben onze vraagtekens bij de voorgenomen integrale evaluatie 3 jaar na publicatie van het verbetersignalement. Een afgeronde evaluatie in 2023 is gezien het tijdpad van sommige verbeter-afspraken niet realistisch. Dit onder meer in relatie tot de huidige knelpunten rondom de beschikbaarheid en het opleiden van de benodigde professionals. Hiervoor zullen we met elkaar passende creatieve oplossingen moeten vinden. Inzet en facilitering van E-health zouden daarbij ondersteunend kunnen zijn.	Onderdeel van de implementatiefase is dat partijen gezamenlijk in de implementatieplannen afspraken maken over de doelstellingen en de wijze waarop deze kunnen worden gerealiseerd. We zullen met partijen nadere afspraken maken over het tijdpad en de wijze van monitoring/evaluatie.
LHV	De LHV kan zich vinden in de voorgestelde verbeterafspraken in dit rapport. Er is steeds meer aandacht voor PTSS, straks ook in de richtlijnen. Informatie-uitwisseling met de ggz (in algemene zin) is een belangrijk aandachtspunt. Het is belangrijk dat de terugkoppeling naar de huisarts beter wordt. Regionale samenwerkingsafspraken gaan wellicht ook helpen. De lange wachttijden in de ggz bemoeilijken vlotte afstemming rond de patiënt.	
MIND	MIND staat het rapport genoemd als trekker bij verbeterafspraken voor cliënt- en publieksinformatie. Wij willen deze rol graag op ons nemen, mits de voorwaarden daarvoor gerealiseerd zijn. De belangrijkste voorwaarden zijn de inhoudelijke medewerking van professionals en de beschikbaarheid van voldoende financiële middelen. De implementatieplannen zullen niet alleen gericht moeten zijn op de ontwikkeling van de goede informatie, maar ook op een optimale verspreiding van die informatie.	Wij zullen dit punt bij de start van het implementatietraject met MIND en andere partijen bespreken.

Partijen	Commentaar partijen	Reactie van het Zorginstituut
	Dee wijze waarop de kennislacunes in het rapport gepresenteerd is nog te vrijblijvend. Wij missen duidelijke aanbevelingen hoe deze kennislacunes opgevuld kunnen worden. Bij PTSS wordt onvoldoende aandacht geschonken aan kennis die al wél aanwezig is. Een aanzienlijke groep cliënten met PTSS geeft aan baat te hebben bij creatieve therapieën of lichaamsgerichte therapieën. Er is internationaal onderzoek dat de effectiviteit van deze interventies onderbouwt, maar deze informatie vinden we onvoldoende terug in het rapport. Voor een specifieke groep met PTSS lijkt een hulphond grote meerwaarde te hebben en te helpen bij het voorkómen van crisissituaties en het terugdringen van overig zorggebruik. Binnen defensie heeft onderzoek plaatsgevonden naar het effect van een hulphond bij PTSS. Discussies over effectiviteit en kosten van een hulphond vinden plaats zowel in de ggz (zvw) als in het sociaal domein (wmo). MIND vindt belangrijk dat bestaande kennis gebundeld wordt en aangevuld wordt met gericht onderzoek.	In het verbetersignalement gaan wij uit van de richtlijnen en de toepassing in de praktijk. In de richtlijn PTSS wordt geen aandacht besteed aan vak- of lichaamsgerichte therapieën of inzet van een hulphond. Wij hebben dit als kennislacunes geformuleerd, mede op basis van ons bekende reviews die wijzen op het belang van nader onderzoek (bijv. creatieve therapie). Partijen kunnen deze onderwerpen in het kader van richtlijn-aanpassing of onderzoeks-agenda's plaatsen. Wij hebben ZONMW gevraagd nader aandacht aan de genoemde onderwerpen te besteden.
NVvP	De NVvP kan zich vinden in de belangrijkste verbeteringen: herziening richtlijn PTSS (voortrekkersrol NVvP), gesprekken organiseren rond registratie van interventies (NVvP met GGZNL en P3NL), en Plan van aanpak rond benzodiazepine-gebruik (NVvP met NHG). De NVvP is voornemens een aanvraag in te dienen voor een multidisciplinaire richtlijn PTSS, maar is daarbij afhankelijk van beschikbare financiële middelen.	
NtVP	Contextuele kennis en expertise wordt niet als factor in de behandeling genoemd: dus kennis met betrekking tot achtergronden van specifieke doelgroepen zoals vluchtelingen / militairen en veteranen / politie, maar ook langs andere lijnen: slachtoffers vs daders.	De richtlijnen maken geen expliciet onderscheid in behandelbeleid naar doelgroep. In de implementatiefase zullen we partijen vragen onderscheid tussen doelgroepen mee te nemen waar dit relevant is.
	Het risico bestaat dat huisartsen te laat of naar de verkeerde plek doorverwijzen, waardoor er kans is op hogere kosten en verslechtering van de kwaliteit van leven. Tijdig doorverwijzen en goede indicatie/ screeningsmogelijkheden zijn dus van belang.	
P3NL/ VEN, NVGzP en VGCt	Ten aanzien van de verbeterafspraken zouden we er sterk voor willen pleiten deze SMART te formuleren in concrete afspraken die ervoor zorgen dat de geconstateerde zwakke plekken aangepakt worden en dat het doel van 70% evidence based interventies ook echt gehaald gaat worden.	We nemen dit punt en de door u voorgestelde nadere invulling van de afspraken mee naar het implementatietraject en bespreken dit met betrokken partijen.
ZN	Het rapport biedt een goede basis voor het starten van een proces, dat vorm en inhoud geeft aan samen leren en verbeteren. Het Zorginstituut kan partijen helpen regie te pakken. Voor ons is van belang dat bij het de start van de vervolgfase uitgangspunten en toetsingscriteria worden opgesteld voor de plannen van aanpak. Dit helpt om de gezamenlijke koers vast te houden en te komen tot aantoonbare resultaten. Wij vragen wel aandacht voor de doorlooptijd van de plannen. Het Zorginstituut geeft in haar rapporten aan dat eind 2020 de plannen van aanpak gereed zijn. Belangrijk is te kijken waar nu al kan worden aangesloten bij lopende trajecten, vast te stellen wat al op korte termijn kan starten en waar meer tijd voor nodig is.	Wij zullen genoemde punten bij de start van het implementatietraject met alle partijen bespreken en nagaan hoe dit in de implementatieplannen een plaats kan krijgen.
	Op kwaliteit werken zorgverzekeraars nauw samen binnen het Kenniscentrum GGZ. Het Kenniscentrum neemt dan ook graag haar verantwoordelijkheid in de verbetertrajecten, die nu opgestart worden. Voor zorgverzekeraars is het van belang kwaliteit een stevigere plek te (kunnen) geven in de processen van zorginkoop, verantwoording en controle. Deze Zinnige Zorg-trajecten leveren waardevolle en concrete informatie op om de dialoog met zorgaanbieders beter in te vullen.	
ZN	De Zinnige Zorg-trajecten voor psychose en PTSS sluiten aan op twee zorgstandaarden. De concept zorgstandaard Psychotrauma ligt nu ter consultatie voor bij veldpartijen. Wat daarna volgt is de uitvoerbaarheidstoets (fase 2) en het opstellen van het implementatieplan (fase 3). Bij het opstellen van het implementatieplan zal het verbeterplan van het zinnige zorg-traject geïntegreerd moeten worden. Echter, daar waar de meeste winst voor verzekerden valt te verwachten dient het veld vooruitlopend op de zorgstandaard "quick wins" te identificeren en implementeren.	Wij zijn ons van deze samenhang bewust en zullen dit punt bij de start van het implementatietraject met partijen bespreken.

Bijlage D Richtlijnanalyse

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

1. Diagnostiek en behandeling van PTSS

Methode van selectie van richtlijnen

In januari 2019 is systematisch gezocht naar de meest recente nationale en internationale richtlijnen voor PTSS, onder andere via de zoekfunctie van Google en op de volgende websites waar kwaliteitstandaarden gepubliceerd worden: www.ggzstandaarden.nl, www.ggzrichtlijnen.nl, www.richtlijnendatabase.nl, www.nhg.org, www.nice.org en het KCE (www.kce.fgov.be). Bij de selectie is gekeken naar actualiteit (niet verouderd), diagnose PTSS (niet alleen gericht op complexe PTSS of vroegkinderlijk trauma) en leeftijd (de leeftijdscategorie die onder de zorgverzekeringswet valt). Richtlijnen die hieraan niet voldeden werden geëxcludeerd. Ook de recente richtlijn 'Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment Guidelines Methodology and Recommendations' (2019) van de International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) werd niet meegenomen in de analyse, omdat de analyse afgerond was voordat deze gepubliceerd werd.

Uiteindelijk zijn zes richtlijnen, waarvan vier Nederlandse, geïncludeerd in de richtlijnanalyse. Een overzicht van deze richtlijnen is te vinden in tabel 1.

Tabel 1 | Overzicht van de geïncludeerde richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van PTSS.

Herkomst	Titel	Versie	Publicatiedatum	Uitgever
Nederland	Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen	1.0	2013 (onderdeel PTSS uit 2009)	Trimbos Instituut
	NHG-Standaard Angst M62	3e (partiële) herziening	2019	NHG
	Richtlijn Middelenmisbruik en -afhankelijkheid en angststoornissen	1.0	2012	Resultaten scoren
	Addendum Stoornissen in middelenmisbruik in combinatie met andere psychiatrische aandoeningen	1.0	2018	NKO
Verenigd Koninkrijk	Post-traumatic stress disorder NG116	?	2018	NICE
Verenigde Staten	Clinical practice guideline for the treatment of PTSD	?	2017	APA

Methode van analyse

De volgende onderdelen werden bekeken en vergeleken:

- Aanbeveling, wetenschappelijke onderbouwing en niveau van bewijs betreffende diagnostiek in de geselecteerde richtlijnen.
- Aanbeveling, wetenschappelijke onderbouwing en niveau van bewijs betreffende psychologische interventies in de geselecteerde richtlijnen.
- Aanbeveling, wetenschappelijke onderbouwing en niveau van bewijs betreffende farmacotherapie in de geselecteerde richtlijnen.
- Aanbeveling, wetenschappelijke onderbouwing en niveau van bewijs betreffende PTSS en comorbide depressie in de geselecteerde richtlijnen.
- Aanbeveling, wetenschappelijke onderbouwing en niveau van bewijs betreffende PTSS en comorbide middelenafhankelijkheid in de geselecteerde richtlijnen.
- Aanbeveling, wetenschappelijke onderbouwing en niveau van bewijs betreffende nazorg/ terugvalpreventie in de geselecteerde richtlijnen.

De volgende aanbevelingen in de richtlijnen zijn vergeleken:
- Diagnostisch proces.
- Type aanbevolen behandelingen.
- Algoritmes.

Resultaten van de analyse

In de tabellen 2 t/m 5 presenteren we de resultaten van de richtlijnanalyse, gegroepeerd naar de onderwerpen zoals benoemd in de vorige paragraaf.

Tabel 2 | Resultaten van de richtlijnanalyse* voor diagnostiek.

Richtlijn*	Beschrijving en aanbevelingen voor de diagnostiek bij PTSS
NHG-Standaard Angst (2019)	• Beschrijving van de signalen, symptomen. Diagnose o.b.v. DSM-5-criteria. • Aanbevelingen voor somatisch onderzoek, anamnese. • Geen aanbeveling voor een PTSS sensitief meetinstrument.
MDR Angst-stoornissen (2013)	• Beschrijving van enkele signalen en symptomen op basis van DSM-IV criteria. • Aanbeveling voor meetinstrument (screeningslijsten).
NICE PTSD-richtlijn (2018)	• Beschrijving van de signalen, symptomen. Diagnose o.b.v. DSM-5-criteria. • Aanbeveling voor anamnese.

**Richtlijnen, standaarden of zorgstandaarden.*

Tabel 3 | Resultaten van de richtlijnanalyse* voor behandeling.

Richtlijn*	Aanbevelingen voor traumagerichte psychologische behandeling bij PTSS
NHG-Standaard Angst (2019)	Kracht aanbeveling onbekend • TF-CGT • EMDR
MDR Angst-stoornissen (2013)	Kracht aanbeveling onbekend. Op basis van algoritme valt de eerste keuze op: • TF-CGT - Imaginaire Exposure (IE) bij TF-CGT • EMDR En in mindere mate op: • CT • Schrijftherapie
APA PTSD-richtlijn (2017)	Sterke aanbeveling voor: • Cognitive Behavioral Therapy (CBT) • Cognitive Processing Therapy (CPT) • Cognitive Therapy (CT) • Prolonged Exposure Therapy (PE) Conditionele aanbeveling voor: • Eye Movement Desensitization and Reprocessing therapy (EMDR) • Narrative Exposure Therapy (NET) • Brief Eclectic Psychotherapy (BEP)
NICE PTSD-richtlijn (2018)	Sterke aanbeveling voor: • TF-CGT - Cognitive Processing Therapy (CPT) - Cognitive Therapy (CT) for PTSD - Narrative Exposure Therapy (NET) - Prolonged Exposure Therapy (PE) Conditionele aanbeveling voor: • EMDR • Supported trauma-focused computerized CBT

**Richtlijnen, standaarden of zorgstandaarden.*

Tabel 4 | Resultaten van de richtlijnanalyse* voor behandeling bij comorbide depressie.

Richtlijn	Aanbevelingen voor traumagerichte psychologische behandeling bij PTSS en comorbide depressie
NHG-Standaard Angst (2019)	Kracht aanbeveling onbekend Bij een combinatie van een angststoornis en een ernstige depressie: medicamenteuze behandeling of combinatiebehandeling (eerst medicatie, gevolgd door CGT als de depressie voldoende is opgeklaard).
MDR Angst-stoornissen (2013)	Kracht aanbeveling onbekend • Lichte depressie: PTSS algoritme, met enige voorkeur voor psychologische behandeling. • Ernstige depressie: eerst medicatie (antidepressivum) en na voldoende opklaren van de depressie CGT of EMDR.
APA PTSD-richtlijn (2017)	Sterke aanbeveling voor: • Gedragstherapie • Cognitieve therapie • Prolonged exposure • BEPP • EMDR Conditionele aanbeveling voor: • Medicatie
NICE PTSD-richtlijn (2018)	Sterke aanbeveling voor: • Eerst PTSS behandelen. • Bij ernstige depressie of als sprake is van een verhoogd risico voor de patiënt op zelfbeschadigend gedrag: eerst de depressie behandelen.

**Richtlijnen, standaarden of zorgstandaarden.*

Tabel 5 | Resultaten van de richtlijnanalyse* voor behandeling bij comorbide middelenmisbruik

Richtlijn	Aanbevelingen voor traumagerichte psychologische behandeling bij PTSS en comorbide middelenmisbruik
MDR Angst-stoornissen (2013)	Kracht aanbeveling onbekend Leefstijltraining toevoegen aan de behandeling.
NHG-Standaard Angst (2019)	Kracht aanbeveling onbekend • Eerst verslaving behandelen. • Bij onvoldoende resultaat, overweeg een gelijktijdige behandeling van de verslaving en de angststoornis.
NICE PTSD-richtlijn (2018)	Sterke aanbeveling voor: • Traumagerichte behandeling.
Resultaten Scoren Richtlijn middelen-gebruik (2012)	Sterke aanbeveling voor: • Direct aandacht voor PTSS, tijdens en zo snel mogelijk na detoxificatie. • Geïntegreerde behandeling. • Nooit alleen psychofarmaca .
NKO Addendum middelenmisbruik (2018)	Sterke aanbeveling voor: • Direct aandacht voor PTSS, zowel tijdens als direct aansluitend op detoxificatie. • Traumagerichte behandeling: bijvoorbeeld EMDR.

**Richtlijnen, standaarden of zorgstandaarden.*

2. Informatie-uitwisseling en samenwerking met de huisarts

De volgende nationale en internationale bronnen zijn bekeken om de afspraken over informatie-uitwisseling tussen huisartsen en de GGZ in kaart te brengen.

Methode van selectie en analyse

In april 2019 is gezocht naar de meest recente nationale richtlijnen voor informatie-uitwisseling in de GGZ en specifiek voor PTSS, onder andere via de zoekfunctie van Google. De in tabel 6 opgegeven richtlijnen en standaarden bevatten hierover elementen.

Tabel 6 | Overzicht van geïncludeerde richtlijnen en standaarden in Nederland voor informatie-uitwisseling en samenwerking met de huisarts

Titel	Versie	Publicatiedatum	Uitgever
NHG-richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts-tweede-lijns GGZ		2011	NHG
NHG-Standaard Angst M62	3e (partiële) herziening	2019	NHG
Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist	3e geheel herziene versie	2017	NHG
Model kwaliteitsstatuut GGZ		2016	GGZ, patiënten organisaties, zorgaanbieders en zorg-verzekeraars
Landelijke GGZ-samen-werkingsafspraken		2016	NHG
Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen	1.0	2013 (onderdeel PTSS uit 2009)	Trimbos Instituut

Gezocht is wat in de geselecteerde richtlijn over informatie-uitwisseling en berichtgeving tussen huisarts en GGZ wordt beschreven. Zie voor een overzicht tabel 7.

Tabel 7 | Resultaten van de analyse t.a.v. de informatie-uitwisseling en samenwerking met de huisarts

Document	Aanbevelingen voor informatie-uitwisseling en samenwerking met de huisarts
NHG-richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts-tweede-lijns GGZ (2011)	Beschrijft welke informatie moet worden uitgewisseld tijdens verschillende stadia (verwijzing, afspraak, na intake, overdracht, voortgang, wijziging somatiek, therapie, einde behandeling. Revisie aangekondigd. Voor verwijsbrief een update in 2017.
NHG-Standaard Angst (2010)	Berichtgeving niet genoemd
Richtlijn Informatie-uit-wisseling tussen huisarts en medisch specialist (HASP 2018)	Afspraken over overdracht, verantwoordelijkheid en vaste informatiemomenten. Gedragscode ten aanzien van tijdigheid. Het ontslagbericht vanuit de kliniek volgt in principe direct bij het moment van ontslag (maar uiterlijk binnen 24 uur). Het ontslagbericht vanuit de polikliniek volgt zo snel als continuïteit van zorg vereist (maar uiterlijk binnen 5 dagen).
Landelijke GGZ-samenwerkingsafspraken (2016)	Inhoud en moment van rapportage na een consultatie, na intake en bij afsluiten van de behandeling. Bij langdurige behandeling minimaal 1x per jaar voortgangsverslag, mits de patiënt toestemming geeft.
Kwaliteitsstatuut GGZ 2016	Afhankelijk van de duur behandeling een (samenvatting van het) behandelplan en afsluitingsbrief bij afronding van de behandeling.
MDR Angststoornissen (2013) PTSS (2009)	Geen berichtgeving genoemd.

3. Aanbevelingen voor herkennen (diagnostiek) en behandeling in alle richtlijnen

Als sprake is van comorbide problematiek, blijkt PTSS vaak gemist te worden door zorgverleners. En als het als het al herkend is, is niet altijd duidelijk welke behandeling dient te worden ingezet. Nagegaan is of de richtlijnen, zorgstandaarden en generieke modules wijzen op de (mogelijke) aanwezigheid van een ingrijpende gebeurtenis en PTSS met betrekking tot diagnostiek en behandeling.

Methode van selectie en analyse

In december 2019 en januari 2020 zijn door twee onderzoekers alle multidisciplinaire GGZ-richtlijnen, generieke modules en zorgstandaarden en NHG-Standaarden voor psychische problemen onderzocht op de aanwezigheid van de woorden ingrijpende gebeurtenissen, trauma, comorbiditeit, herbelevingen, nachtmerries, PTSS bij de diagnostiek.

Bij het onderwerp behandeling is gezocht naar PTSS, traumabehandeling, EMDR, imaginaire exposure, traumagerichte cognitieve gedragstherapie. Richtlijnen specifiek voor kinderen ofwel richtlijnen waarvoor werd ingeschat dat deze geen relatie hebben met PTSS (bijv. delier) zijn buiten beschouwing gelaten.

Tabel 8 | Resultaten van de richtlijnanalyse met aandacht voor trauma en PTSS in richtlijnen

Richtlijn of zorgstandaard	Herkenning en diagnostiek		Behandeling	
	Ingrijpende gebeurtenis	Klachten/ symptomen PTSS	Trauma-behandeling	Specifiek voor PTSS
NHG-Standaard Angst (3e (partiële) herziening, 2019)	✔	✔	✔	✔
NHG-Standaard Depressie (gedeeltelijke update t.o.v. de versie uit 2012, 2019)	✔	✘	✘	✘
NHG-Standaard Overspanning en burn-out (2018)	✘	✘	✘	✘
NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen (tweede herziening, 2011)	✘	✘	✘	✘
NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik (derde herziening, 2014)	✔	✘	✘	✘
Multidisciplinaire richtlijn Angst-stoornissen (2013), waaronder PTSS (2009)	✔	✔	✔	✔
Multidisciplinaire richtlijn Depressie (2013)	✘	✘	✘	✘
Multidisciplinaire richtlijn ADHD (2006)	✔	✘		
Multidisciplinaire richtlijn Opiaat-verslaving (2013)	✘	✘	✘	✘
Multidisciplinaire richtlijn Depressie (3e revisie, 2013) versie 1.0	✘	✘	✘	✘
Multidisciplinaire richtlijn in het gebruik van alcohol (2008)	✘	✘	✔	✘
Richtlijn Opiaatverslaving (2013)	✘	✘	✘	✘
Multidisciplinaire richtlijn Aanpassingsstoornissen bij kanker (2016)	✔	✘	✔	✔
Multidisciplinaire richtlijn Stoor-nissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines (2018)	✘	✘	✘	✘
Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie (2012)	✘	✘	✘	✘
Multidisciplinaire richtlijn Autisme Spectrum bij volwassenen (2013)	✘	✔	✘	✘
Multidisciplinaire richtlijn Bipolaire stoornissen (2015)	✘	✘	✘	✘
Multidisciplinaire richtlijn Dubbele diagnose (2008)	✘	✔	✔	✘
Multidisciplinaire richtlijn Eetstoornissen (2008)	✘	✘	✘	✘
Multidisciplinaire richtlijn Familiaal huiselijk geweld (2009)	✔	✔	✔	✔
Multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening (2015)	✘	✘	✘	✘
Multidisciplinaire richtlijn Soma-tische screening bij patiënten met ernstige psychische aandoening (2015)	✘	✘	✘	✘
Multidisciplinaire richtlijn Werk en Ernstige Psychische Aandoeningen (EPA, 2013)	✘	✘	✘	✘
Multidisciplinaire richtlijn Suïcidaal gedrag (2012)	✔	✘	✘	✘
Richtlijn Somatisch onvoldoende verklaarde klachten (2012)	✘	✘	✘	✘

Richtlijn of zorgstandaard	Herkenning en diagnostiek		Behandeling	
	Ingrijpende gebeurtenis	Klachten/ symptomen PTSS	Trauma-behandeling	Specifiek voor PTSS
Zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde aandoeningen (nog niet geautoriseerd)	✔	✔	✔	✔
Zorgstandaard Angst (2018)	✔	✔	✘	✔
Zorgstandaard ADHD (2019)	✘	✘	✘	✘
Zorgstandaard Aanpassingsstoornis (incl. overspanning en burn-out) (2018)	✔	✘	✘	✘
Zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen (2017)	✔	✔	✔	✔
Zorgstandaard Autisme (2017)	✘	✔	✔	✔
Zorgstandaard Bipolaire stoornissen (2017)	✘	✘	✔	✘
Zorgstandaard Conversiestoornis (2017)	✔	✔	✔	✔
Zorgstandaard Depressieve stoornissen (2018)	✔	✘	✘	✘
Zorgstandaard Eetstoornissen (2017)	✔	✘	✔	✘
Zorgstandaard Opiaatverslaving (2017)	✔	✘	✘	✘
Zorgstandaard Parafiele en hyperseksuele stoornissen (2018)	✘	✘	✔	✘
Zorgstandaard Persoonlijkheids-stoornis (2017)	✔	✔	✔	✔
Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving (2017)	✔	✘	✘	✘
Zorgstandaard Psychose (2017)	✔	✘	✔	✔
Zorgstandaard Seksuele disfuncties (2018)	✔	✔	✔	✘
Zorgstandaard Somatisch Onvol-doende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK, 2018)	✔	✔	✔	✔
Generieke module Acute Psychiatrie (2019)	✘	✘	✘	✘
Generieke module Arbeid als medicijn (2017)	✘	✘	✘	✘
Generieke module Bijwerkingen (2017)	✘	✘	✘	✘
Generieke module Comorbiditeit (2018)	✘	✘	✘	✘
Generieke module Daginvulling en participatie (2017)	✘	✘	✘	✘
Generieke module Destigmatisering (2017)	✘	✘	✘	✘
Generieke module Diversiteit (2018)	✔	✘	✔	✔
Generieke module Dwang en drang (2019)	✔	✘	✘	✘
Generieke module Ernstige psychische aandoeningen (2017)	✔	✔	✔	✔
Generieke module Herstelonder-steuning (2017)	✘	✘	✘	✘
Generieke module Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ (LGA, 2016)	✘	✘	✘	✘
Generieke module Ouderen met psychische aandoeningen (2017)	✘	✘	✔	✔

Richtlijn of zorgstandaard	Herkenning en diagnostiek		Behandeling	
	Ingrijpende gebeurtenis	Klachten/ symptomen PTSS	Trauma-behandeling	Specifiek voor PTSS
Generieke module Psychische klachten in de huisartsenpraktijk (2017)	✔	✘	✘	✘
Generieke module Psychische klachten in de kindertijd (2018)	✔	✔	✔	✘
Generieke module Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of lichte verstandelijke beperking (LVB) (2018)	✔	✔	✔	✘
Generieke module Psychotherapie (2019)	✘	✘	✘	✘
Generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek (2016)	✘	✘	✘	✘
Generieke module Stemmen horen (2017	✔	✔	✘	✔
Generieke module Vaktherapie (2017)	✘	✔	✘	✘
Generieke module Vroege opsporing van psychische klachten in de volwassen bevolking (2018)	✔	✔	✘	✔
Generieke module Zelfmanagement (2016)	✘	✘	✘	✘
Generieke module Ziekenhuis-psychiatrie (2017)	✘	✘	✘	✘
Generieke module Zorg voor ouders met psychische en/of verslavings-problematiek en hun (volwassen) kinderen (KOP/KOVV, 2019)	✔	✔	✔	✔
Generieke module e-Health (2017)	✘	✘	✘	✘

✔ = ja; ✘ = nee

Bijlage E Onderzoek

In samenspraak met de betrokken partijen zijn hypotheses en onderzoeksvragen geformuleerd voor de verdiepingsfase van dit Zinnige Zorg-traject. De hypotheses en onderzoeksvragen werden verdeeld over verschillende onderzoekstrajecten (intern en extern), namelijk:

- Behandeling bij PTSS op basis van patiëntgebonden activiteiten in het elektronisch cliëntendossier (EPD).
- Gebruik van benzodiazepinen en overige geneesmiddelen bij cliënten met PTSS.
- Informatie-uitwisseling tussen GGZ-zorgaanbieders en de huisarts.
- Comorbiditeit bij cliënten met PTSS.
- Betrokken disciplines bij diagnostiek in de GGZ.
- Zorgkosten bij cliënten met PTSS.

De geformuleerde hypotheses en onderzoeksvragen zijn in de volgende paragrafen weergegeven.

1. Behandeling bij PTSS op basis van patiëntgebonden activiteiten in het elektronisch cliëntendossier (EPD)

Het Zorginstituut heeft toegang tot de landelijke declaratiegegevens uit de specialistische en generalistische basis GGZ. Deze gegevens zijn echter niet geschikt voor het beantwoorden van onze kernvraag, namelijk of cliënten met PTSS traumagericht behandeld worden conform de richtlijn. Het is met name is lastig te achterhalen op basis van declaratiegegevens welke behandeling(en) uitgevoerd zijn, onder andere omdat EMDR niet apart wordt vastgelegd. Sommige instellingen leggen in het elektronisch cliëntendossier (EPD) wel vast of er EMDR gegeven wordt.

Het Zorginstituut heeft contact gelegd met drie grote EPD leveranciers om te inventariseren wat de mogelijkheden zijn om op een kwantitatieve wijze te onderzoeken welke behandeling cliënten met PTSS krijgen. Uiteindelijk kon één EPD leverancier data leveren over geregistreerde activiteiten bij cliënten die bij de start van het zorgtraject 18 jaar of ouder waren en waarbij in de periode 2015 t/m 2018 een hoofd- of nevendiagnose PTSS geregistreerd was. Bij deze cliënten zijn alle geregistreerde afspraken t/m 2018 meegenomen. Afhankelijk van de instelling was er een omschrijving van de afspraak in de agenda of de aan de afspraak gekoppelde zorgmodule beschikbaar. Daarnaast werd ook de code waaronder de afspraak uiteindelijk gedeclareerd was, meegeleverd. De data werden anoniem en onherleidbaar (naar organisatie en cliënt) geleverd, conform de wetgeving AVG. Het rapport is opvraagbaar.

De activiteiten bevatten onder andere EMDR en CGT, plus alle andere (behandel)activiteiten die voor deze persoon geregistreerd zijn. Het bleek niet mogelijk om CGT verder te specificeren naar traumagerichte CGT. De drie deelnemende instellingen bleken dit niet nader vast te leggen.

Doel

Inzichtelijk maken van de diagnostische activiteiten en behandelactiviteiten bij mensen met PTSS.

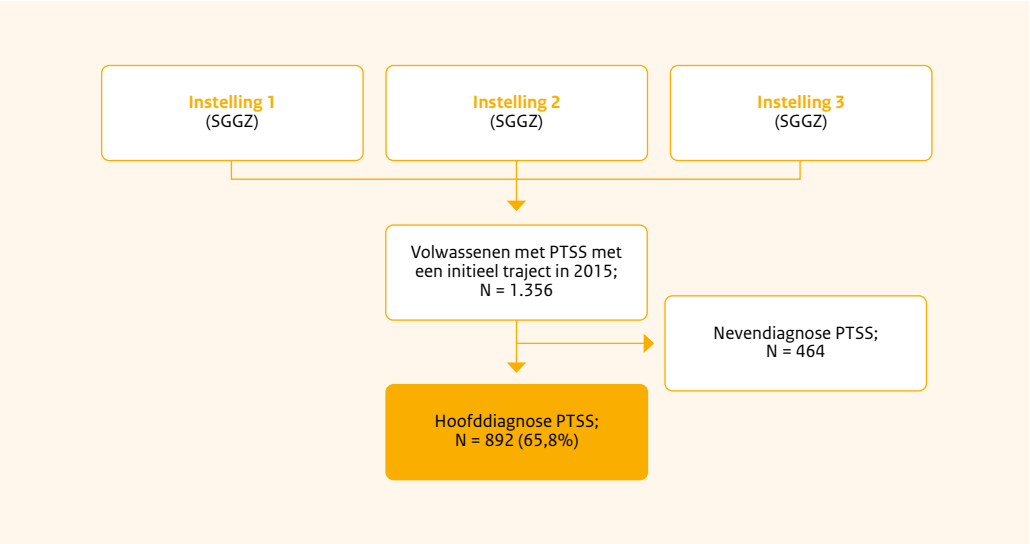
Onderzoeksvragen

Met behulp van deze gegevens werden de volgende vragen beantwoord:
Welk percentage van de mensen met een hoofddiagnose PTSS (in de SGGZ) kreeg een behandeling met EMDR of CGT?
In hoeveel sessies heeft deze behandeling plaatsgevonden?
Wat kregen mensen met een hoofddiagnose PTSS als er geen EMDR of CGT werd gegeven?

Methode

In totaal waren vijf GGZ instellingen bereid om deel te nemen aan het onderzoek. Bij twee van de vijf instellingen bleek na onderzoek door de EPD-leverancier niet mogelijk om te achterhalen of er EMDR of CGT gegeven was. Deze instellingen werden uitgesloten van het onderzoek. Data van de GB-GGZ werd tevens niet meegenomen in de analyses, omdat op basis hiervan niet te achterhalen is welk type behandeling gegeven is. De uiteindelijk deelnemende instellingen zijn alle drie middelgrote, algemene GGZ instellingen.

Om te bepalen of er CGT/EMDR tijdens een afspraak gegeven werd is eerst gekeken naar de zorgmodule en omschrijving bij de agenda afspraak. Wanneer er geen CGT/EMDR werd aangetroffen werd gekeken naar de declaratiecode. Het was niet mogelijk om CGT verder te specificeren naar traumagerichte CGT. Wel zijn een aantal CGT behandelingen buiten beschouwing gelaten die niet ingezet worden voor de behandeling bij PTSS, namelijk eHealth CGT, MBCT en DGT.



In totaal zijn er 1.356 volwassenen met PTSS bij deze 3 SGGZ instellingen behandeld. Hiervan hebben 892 volwassenen (66%) een hoofddiagnose PTSS gehad. De analyses zijn op de groep met een hoofddiagnose PTSS uitgevoerd.

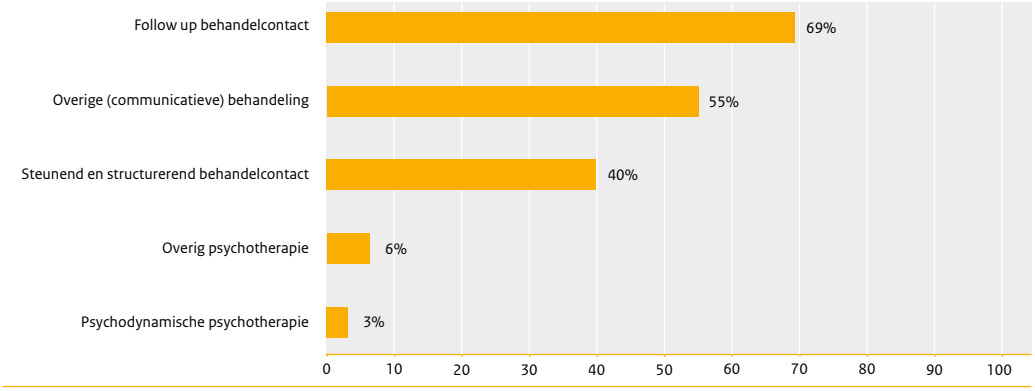
Onderzoekspopulatie

Van de 892 volwassenen met een hoofddiagnose PTSS was 617 vrouw (69%). De gemiddelde leeftijd van de onderzoekspopulatie was 38 jaar met een range van 71 jaar.

Aanvullende resultaten

In hoofdstuk 1, figuur 4, wordt weergegeven dat bij de cliënten waarbij geen CGT of EMDR is gegeven (n = 541) 82% een communicatieve behandeling heeft gehad. Dit is een verzameling van activiteiten waarvan hieronder een uitsplitsing wordt gegeven.

Figuur 1 | Uitsplitsing communicatieve behandeling bij cliënten met een hoofddiagnose PTSS waarbij geen behandeling met CGT of EMDR is gegeven (n=541)



Bron: Gegevens uit het EPD van 3 middelgrote SGGZ-instellingen.

2. Gebruik van benzodiazepinen en overige geneesmiddelen bij cliënten met PTSS

Het Zorginstituut heeft op basis van landelijke gegevens in kaart gebracht welke geneesmiddelen volwassenen met een hoofddiagnose PTSS in Nederland gebruiken.

Onderzoeksvragen

- In welke mate gebruiken volwassen met PTSS een benzodiazepine?
- Wat is de duur van het benzodiazepinegebruik?
- Welke andere geneesmiddelen worden gebruikt door volwassenen met PTSS?

Methode

Voor de analyse is gebruik gemaakt van 2 gegevensbronnen, namelijk:

- Declaratiegegevens van zorgaanbieders in de specialistische GGZ, verstrekt door de NZa. Dit zijn landelijke gegevens waarbij op persoonsniveau te achterhalen is of er zorg geleverd werd voor een hoofddiagnose PTSS.
- De databank van het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP). Deze databank bevat gegevens over de geneesmiddelen die extramuraal (buiten een instelling) zijn verstrekt en vergoed op grond van de Zorgverzekeringswet.

Onderzoekspopulatie

Volwassen cliënten (18+ bij het openen van een DBC) met een hoofddiagnose PTSS in de specialistische GGZ. Geïncludeerde DBC trajecten zijn geopend tussen 1 januari 2016 en 31 december 2016

Geanalyseerde medicatie

Benzodiazepine agonisten (ATC: N05BA, N05CD, N05CF)[21]
Psycholeptica (ATC: N05)
Psychoanaleptica (ATC: N06)

Uitkomsten

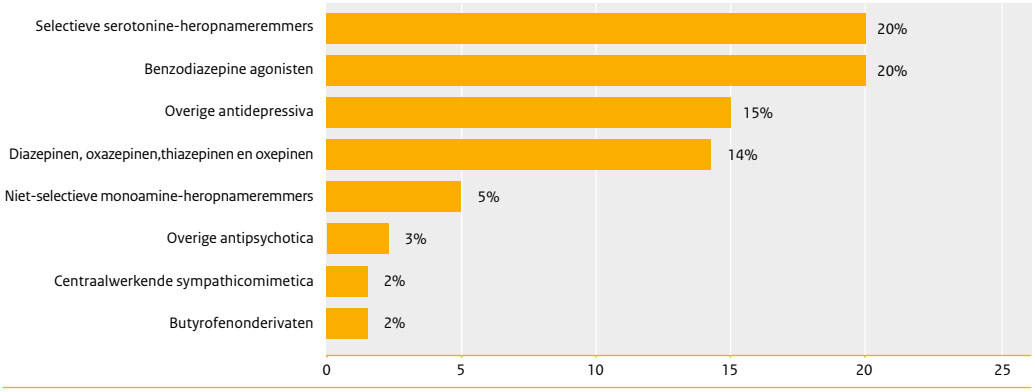
- Percentage personen met een hoofddiagnose PTSS met een declaratie voor een benzodiazepine agonist (N05BA, N05CD, N05CF).
- Gebruiksduur van benzodiazepine op basis van de opgehaalde dosering in standaarddagdosering (DDD).
- Percentage personen met een hoofddiagnose PTSS per geneesmiddel (behorende tot de psycholeptica of psychoanaleptica) weergegeven op het 4e niveau volgens de ATC systematiek.

Aanvullende resultaten

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op het benzodiazepine gebruik bij mensen met een hoofddiagnose PTSS. Naast benzodiazepine agonisten wordt er ook andere medicatie bij deze groep mensen voorgeschreven. In het onderstaande figuur wordt weergegeven hoeveel procent van de mensen met een hoofddiagnose PTSS een psycholeptica of psychanaleptica heeft opgehaald bij de apotheek (en vergoed gekregen volgens de Zorgverzekeringswet).

21 *Sinds 1 januari 2009 is de bijlage 2 bij de regeling zorgverzekering van toepassing op benzodiazepine agonisten. Onder deze regels worden benzodiazepines slechts in bepaalde gevallen vergoed. Gevolg hiervan is dat een groot deel van de benzodiazepine agonisten op eigen kosten aangeschaft worden. De GIP-databank bevat alleen de vergoede benzodiazepine agonisten. Hierdoor ontstaat een onderschatting van het daadwerkelijke percentage personen met een benzodiazepine.*

Figuur 2 | Percentage personen met een hoofddiagnose PTSS in 2016 dat een psycholeptica of pyscho-analeptica heeft opgehaald bij de apotheek.



Bron: analyse op basis van declaratiegegevens over de SGGZ van de NZa en declaratiegegevens over de geneesmiddelen uit de GIP-databank.

3. Kwantitatief onderzoek: informatie-uitwisseling tussen GGZ-zorgaanbieders en huisartsen

In 2017 heeft de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) een LHV-GGZ peiling[42] gepubliceerd waarin 52% van de huisartsen (1303 respondenten) heeft aangegeven dat er geen goede en tijdige informatieover-dracht is vanuit de GGZ. In zowel de NHG-richtlijn (2011) als in de landelijke GGZ-afspraken is beschreven op welke momenten er informatie vanuit de GGZ naar de huisarts verstuurd moet worden.

In de NHG-richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts – tweedelijns GGZ (2011) worden de volgende momenten benoemd waarop de GGZ informatie verstuurd naar de huisarts[35]:
nadat de patiënt een intake-afspraak heeft gemaakt bij de GGZ. (Bericht kennisgeving patiënt heeft afspraak);

- na de intake. (Bericht: na intake);
- wanneer de behandeling wordt overgedragen naar een andere afdeling binnen de GGZ-instelling. (Bericht: kennisgeving overdracht behandeling);
- bij een langdurige behandeling minstens eenmaal per jaar. (Bericht: voortgang);
- bij het afsluiten van de behandeling door de GGZ-instelling. (Bericht: Einde behandeling).

Naar aanleiding van verschillende signalen uit het veld heeft het Zorginstituut het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) verzocht om te analyseren hoe de correspondentie tussen de eerste lijn en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) vanaf 2011 tot en met 2018 heeft plaatsgevonden.

Onderzoeksvragen

Hoeveel volwassen personen (18 jaar of ouder) van de landelijke huisartsenpopulatie zijn door de huisarts naar de GGZ (generalistische basis GGZ en specialistische GGZ) verwezen?
Bij welk percentage van de verwezen personen heeft huisarts bericht ontvangen vanuit de GGZ, en op welke termijn?

Methode

Er is een observationeel retrospectief dynamische cohortstudie verricht. De primaire uitkomstmaat was de aanwezigheid van correspondentie aan de eerste lijn vanuit de GGZ voor volwassenen die naar de GGZ zijn verwezen in de periode 2011 t/m 2018.

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van het PHARMO Datanetwerk. In dit datanetwerk zijn gegevens uit verschillende huisarts informatie systemen (HIS) verwerkt waarmee informatie over de zorg bij de huisarts geanalyseerd kan worden. In deze gegevens is terug te vinden naar welk specialisme een patiënt is verwezen en of er correspondentie teruggekomen is. De gegevens hebben betrekking op ongeveer 2,5 miljoen inwoners van Nederland.

Voor alle volwassenen vanaf 2011 tot en met 2018 is geanalyseerd of er een verwijzing plaatsvond naar de GGZ (onafhankelijk van de diagnose) en op welke kalenderdatum deze verwijzing plaatsvond. Daarnaast is gekeken of er post retour is gekomen binnen 2 jaar na verwijzing en op welke kalenderdatum deze post binnenkwam bij de huisarts.

4. Comorbiditeit bij cliënten met PTSS

Het Zorginstituut heeft onderzocht hoe vaak er sprake is van comorbiditeit bij mensen met PTSS.

Onderzoeksvraag

Hoeveel procent van de mensen met PTSS heeft daarnaast nog een andere DSM classificatie?

Methode

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van declaratiegegevens van zorgaanbieders in de specialistische GGZ, verstrekt door de NZa. Volwassenen met een DBC waarbij een hoofd- en of nevendiagnose PTSS in 2015 is geregistreerd werden geïncludeerd. Bij deze mensen werd geanalyseerd bij hoeveel procent naast PTSS nog een andere DSM classificatie was geregistreerd in 2015.

5. Betrokken disciplines bij diagnostiek in de GGZ

Het Zorginstituut heeft op basis van landelijke gegevens in kaart gebracht welke disciplines er betrokken zijn bij diagnostiek in de specialistische GGZ.

Onderzoeksvraag

Welke disciplines hebben tijd geschreven op een diagnostische activiteit in de SGGZ in 2016?

Methode: Voor de analyse is gebruik gemaakt van declaratiegegevens van zorgaanbieders in de specialistische GGZ over 2016, verstrekt door de NZa. Alle volwassen personen (18+ bij het openen van een DBC in 2016) in de SGGZ zijn geïncludeerd. Per DBC wordt geregistreerd hoeveel minuten er aan directe en indirecte tijd per activiteit is gespendeerd. Bij deze activiteiten wordt ook de betreffende discipline met behulp van een beroepscodering geregistreerd. Bij de geïncludeerde personen is gekeken welke DBC's er geopend zijn in 2016 en welke disciplines er tijd hebben geschreven op een activiteit die volgens de NZa referentielijst onder diagnostiek worden gerekend. Per discipline is het aantal unieke personen waarbij tijd onder diagnostiek is geregistreerd bepaald.

Uitkomst: Aantal personen waarbij een discipline betrokken was bij de diagnostiek.

6. Zorgkosten bij cliënten met PTSS

Het Zorginstituut heeft onderzocht wat de gemiddelde gedeclareerde kosten zijn voor mensen met PTSS ten opzichte van personen in de GGZ en de algemene bevolking.

Onderzoeksvraag

Wat zijn de gemiddelde kosten bij personen met PTSS, personen zonder PTSS maar in behandeling in de GZG en de algemene bevolking?

Methode

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van het basisverzekering informatiesysteem van Vektis. Hierin zijn de via de basisverzekering gedeclareerde zorgkosten op verzekerdenniveau beschikbaar. Voor de analyse zijn de gegevens over verslagjaar 2015 gebruikt. Alle volwassen verzekerden t/m 65 jaar zijn geïncludeerd. De grens van 65 is gekozen, omdat bij ouderen de zorgkosten vaak al hoger zijn.

Onderzoekspopulatie

De geïncludeerde mensen zijn in 3 groepen verdeeld, namelijk:

- Mensen in de SGGZ met een hoofd of nevendiagnose PTSS in 2015
- Mensen met een declaratie in de GGZ, maar geen declaratie met een hoofd- of nevendiagnose PTSS in de SGGZ.
- De overige verzekerden.

Bijlage F Analyse publieks- en cliënteninformatie

In deze bijlage beschrijven we de analyse van publieks- en cliënteninformatie.

Aanleiding

De keuze van de cliënt ten aanzien van de behandeling heeft invloed op de effectiviteit hiervan. Van cliëntenorganisaties en zorgaanbieders ontvingen wij signalen dat mensen met een PTSS vaak niet weten wat ze kunnen verwachten bij de behandeling. De multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen adviseert dat de keuze voor behandeling gemaakt wordt door de behandelaar op basis van de behandelwensen van de cliënt. In de toelichting wordt het volgende geadviseerd: "In overleg met de cliënt wordt er een keuze gemaakt tussen EMDR en CGT. De keuze kan mede worden bepaald door voorkeur van de cliënt, behandelmogelijkheden, wachttijden en type trauma."[5] Echter, als cliënten onvoldoende geïnformeerd zijn, kunnen zij niet goed meebeslissen. De hierboven genoemde aanwijzingen zijn aanleiding geweest om te onderzoeken welke informatie online beschikbaar is voor cliënten met PTSS, hun naasten en het algemene publiek. Tevens is gekeken naar de kwaliteit en de vindbaarheid ervan.

Methode van selectie van websites met publieks- en cliënteninformatie

In oktober en november 2019 zijn met de zoekfunctie van Google de volgende zoektermen afzonderlijk van of in combinatie met elkaar gebruikt: posttraumatische stress-stoornis, PTSS, PTSS behandeling, traumagerichte behandeling, EMDR, traumagerichte cognitieve gedragstherapie, imaginaire exposure. Vervolgens zijn alle zoekresultaten op de eerste vijf pagina's nagelopen op publieksgeoriënteerde Nederlandse informatiebronnen, ongeacht de beheerder.

Naast publieksinformatie zochten we ook naar informatie voor cliënten en naasten op websites van GGZ-instellingen en specifieke traumabehandelcentra. Dit deden we steekproefsgewijs. Als de informatie op een website hoofdzakelijk bestond uit een verwijzing naar een andere website, dan hebben we de verwijzende website niet meegenomen in de analyse. In sommige gevallen werd de zoekfunctie binnen een website gebruikt om bij de beschikbare cliënteninformatie te komen.

Methode van analyse

Alle geïncludeerde websites met publieks- en cliënteninformatie zijn door twee onderzoekers geanalyseerd. Als de cliënteninformatie van een website verspreid stond over meerdere secties, pagina's of digitale documenten, is deze ook meegenomen in de analyse.
Naast de vindbaarheid is informatie over de volgende onderwerpen per website geanalyseerd:

- PTSS;
- PTSS en diagnostiek;
- PTSS en behandeling;
- PTSS en comorbide depressie;
- PTSS en comorbide middelenmisbruik.

Waar mogelijk is bij ieder onderwerp onderzocht in hoeverre de informatie inhoudelijk overeenkomt of afwijkt van de multidisciplinaire richtlijn.

Resultaten van de analyse

Op basis van de zoekresultaten in Google zijn na selectie zeven websites met publieks- en cliëntenin-formatie geïncludeerd in de website-analyse. In tabel 1 staat een overzicht van de geïncludeerde websites met publieksinformatie. In tabel 2 staan de resultaten van de analyse van de inhoud van deze websites, gegroepeerd naar de onderwerpen benoemd in de vorige paragraaf. In tabel 2 is een andere volgorde van websites aangehouden dan in tabel 1. In tabel 3 staan de resultaten van de analyse van de cliënteninformatie op websites van GGZ-instellingen en traumabehandelcentra. We hebben de informatie van 29 websites geanalyseerd.

Tabel 1 | De negen geïncludeerde websites met publieksinformatie

	Website	Titel
1	MIND	PTSS; Symptomen van PTSS; Oorzaken van PTSS; Behandeling PTSS; Tips bij PTSS
2	Thuisarts.nl	Posttraumatische stress-stoornis (PTSS); Ik heb een posttraumatische stress-stoornis
3	Trimbos-instituut	Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen Patiëntenversie
4	VGCt voor cliënten	Trauma; PTSS: heb je een traumatische gebeurtenis meegemaakt die je leven blijft beheersen?
5	Vereniging EMDR Nederland	EMDR. Informatie voor cliënten
6	NVvP	Posttraumatische stress-stoornis (PTSS). Patiënteninformatie
7	ADF Stichting	Posttraumatische stress-stoornis (PTSS)
8	Kiezen in de ggz	Posttraumatische stressstoornis
9	Apotheek.nl	Geneesmiddelen en PTSS (informatie gelijk aan thuisarts.nl)

Tabel 2 | Resultaten van de website-analyse

Onderwerp van analyse	Zorg volgens richtlijn	Websites								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Diagnostiek	Diagnostiek PTSS	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
Traumagerichte behandeling	Richtlijnbehandelingen worden genoemd	Deels	✔	Deels	Deels	Deels	✔	Deels	Deels	Deels
	EMDR wordt genoemd	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✘
	EMDR wordt beschreven	✘	✘	✘	✘	✔	✔	✔	✘	✘
	TF-CGT wordt genoemd	Psychotherapie genoemd, maar niet specifiek CF-CGT	✔	8 weken exposure in vivo gecombineerd met cognitieve therapie, geen IE	✔	✘	✔	✘	✘	✘
	TF-CGT wordt beschreven	Deels	✘	✘	CGT wordt genoemd, geen IE	✘	✔	✘	✘	✘
Wisselen van behandeling		✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘
Medicatie	Algemeen	✔	✔	✔	✘	✘	✔	✔	✔	✔
	Antidepressiva	✔	✔	✔	✘	✘	✔	✘	✔	✔
	Benzodiazepinen	✔	✔ Met waarschuwing	✘	✘	✘	✔ Met waarschuwing	✘	✘	✔ Naast SSRI's andere antidepressiva en antipsychotica
Tips voor cliënten en naasten		✔	✔	✔	✘	✘	✔	✘	✘	✔
Comorbiditeit		✘	Inadequate coping wel: alcohol, drugs of kalmerende middelen	✘	✘	✘	✘	✘	✘	Inadequate coping wel: alcohol, drugs of kalmerende middelen
Andere behandelingen		✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘

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

Toelichting tabel

- Met diagnostiek PTSS wordt bedoeld dat de symptomen van de stoornis worden beschreven.
- Met traumagerichte behandeling wordt bedoeld dat de eerstekeuzebehandelingen voor PTSS worden benoemd en uitgelegd. Een vraagteken hierbij betekent dat de uitleg (deels) aanwezig is, maar een update kan gebruiken.
- Met medicatie wordt bedoeld dat beschreven is dat er medicamenteus behandeld kan worden bij PTSS. Een vraagteken hierbij betekent dat er andere medicatie dan de richtlijnmedicatie wordt benoemd.
- Met comorbiditeit wordt bedoeld dat beschreven is dat PTSS vaak tegelijk met andere psychische stoornissen voorkomt.

- Met medicatie algemeen wordt bedoeld dat farmacotherapie als behandeloptie wordt genoemd. Met antidepressiva en benzodiazepinen wordt bedoeld dat specifiek op deze medicatie wordt ingegaan.

Tabel 3 | Resultaten van de analyse van websites van algemene GGZ-instellingen en specifieke traumacentra

GGZ Instellingen	Informatie over PTSS?	EMDR	TF-CGT			BEPP	NET	Farmaco-therapie	Overig zorgaanbod bij PTSS
			IE	In vivo exposure	CGT				
1	✔	✔	✘	✔	✔	✘	✘	✔	Psychotherapie Schrijfopdrachten
2	✔	✔	✘	✘	✘	✘	✘	✘	Andere behandelingen Bij complexe problematiek wordt verwezen naar het een gespecialiseerd centrum
3	✔	✔	✘	✘	✔	✘	✔	✔	
4	✔	✔	✔	✘	✔	✘	✔	✘	
5	✔	✔	✘	✘	✔	✘	✘	✘	Activerende, steunende en structure-rende behandeling Psycho-educatie Gedragstherapie Herstellen doe je zelf Non-verbale therapie Ondersteuning voor naasten/familie Psychodiagnostisch onderzoek Second opinion Speltherapie Supportieve coaching
6	✔	✔	✘	✘	✘	✘	✘	✘	Individuele behandelingen Groepsbehandelingen Behandeling via internet
7	✔	✔	✘	✘	✔	✘	✘	✔	Systeemtherapie Vaktherapie Crisisplan en crisiskaart
8	✔	✔	✘	✘	✔	✘	✘	✘	Psychotherapie Cognitieve groepstherapie E-health
9	✔	✔	✘	✘	✔	✘	✘	✘	
10	✔	✔	✘	✘	✔	✘	✘	✔	Dialectische gedragstherapie Schematherapie Psycho-educatie Speltherapie Gezinstherapie Beeldende/creatieve therapie Online hulp Psychomotore gezinstherapie Psychomotore therapie
11	✔	✔	✘	✘	✔	✘	✘	✘	
12	✔	✔	✘	✘	✔	✘	✘	✘	Bij complex trauma wordt verwezen naar een specifieke behandelafdeling
13	✔	✔	✔	✘	✘	✘	✘	✔	Stabilisatiebehandeling Schrijftherapie Groepstherapie Lichaamsgerichte behandelingen Dagbehandeling: groepsgesprekken, individuele gesprekken, muziekthera-pie, dramatherapie en psychomotore therapie
14	✔	✔	✘	✘	✔	✘	✘	✘	
15	✔	✔	✘	✘	✘	✘	✘	✘	
16	✔	✔	✔	✘	✔	✘	✘	✘	
17	✔	✔	✔	✘	✘	✘	✘	✘	
18	✔	✔	✘	✘	✘	✘	✘	✘	
19	✔	✔	✘	✘	✔	✘	✘	✘	Er staan veel behandelvormen beschreven, maar daarvan is niet helder welke bij PTSS wordt ingezet

GGZ Instellingen	Informatie over PTSS?	EMDR	TF-CGT			BEPP	NET	Farmaco-therapie	Overig zorgaanbod bij PTSS
			IE	In vivo exposure	CGT				
20	✔	✔	✔	✘	✔	✔	✔	✘	3MDR HITT (EMDR of exposure, trauma sensitive yoga) CT IRT BEP-TG
21	✔	✔	✔	✘	✘	✔	✔	✘	Specialistische Intensieve Trauma Therapie (SITT): IE, EMDR, psycho-motorische therapie (PMT), sport, psycho-educatie (groep), systeemdag
22	✔	✘	✔	✔	✘	✘	✘	✘	Exposure in tekeningen Consult bij psychiater Partnerprogramma
23	✔	✔	✔	✘	✔	✔	✔	✔	COMET Vaardighedenmodules Re-integratiemodules Vaktherapie
24	✔	✔	✔	✘	✘	✘	✔	✘	Imaginaire rescripting (ImRs)
25	✔	✔	✔	✘	✔	✘	✔	✔	Imaginaire rescripting (ImRs) Medische psychiatrische behandeling Groepsschematherapie Groepspsychotherapie Groep 'Slaapproblemen en nacht-merries bij psychotrauma' Groep 'Stopmechanisme' Voorlichtingsbijeenkomsten (psycho-educatie) Cursussen
26	✔	✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘	Groepsbehandelingen of individuele behandelingen
27	✔	✔	✘	✘	✔	✘	✘	✘	Psychotherapeutische gesprekken Systeemtherapie Module zelfbeeld Module rouw Module nachtmerries Module slapen Psychodramagroep Non-verbale therapieën Module vrije tijd en hobby Training terug naar werk
28	✔	✔	✔	✘	✘	✘	✔	✔	Imaginaire rescripting (ImRs) Het verbeteren van de emotieregulatie Aanvullende modules voor comorbiditeit of ter ondersteuning van traumaverwerking (beeldende of creatieve therapie, PMT)
29	✔	✔	✔	✘	✘	✘	✘	✘	Activerend sport- en bewegings-programma Psycho-educatie

Toelichting:
EMDR = Eye Movement Desensitization and Reprocessing therapy; TF-CGT = Trauma Focused Cognitieve Gedragstherapie; IE = (Imaginaire) Exposure; CGT = Cognitieve GedragsTherapie; BEPP = Beknopte Eclectische Psychotherapie voor PTSS; NET = Narrative Exposure Therapie

Bijlage G Impactanalyse

7. Traumagerichte psychologische behandeling bij PTSS

1.a. Effecten traumagerichte psychologische behandeling bij mensen met PTSS

De traumagerichte psychologische behandelingen in de vorm van traumagerichte cognitieve gedragstherapie (TF-CGT) en Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) zijn effectieve behandelingen bij mensen met PTSS.

Volgens de meta-analyse Cusack et al. (2016)[15] heeft behandeling van mensen met PTSS met behulp van TF-CGT of EMDR de volgende effecten:

- een deel van de behandelde personen voldoet na behandeling niet meer aan de criteria voor de classificatie PTSS. Bij het behandelen van 2 personen met TF-CGT of EMDR, voldoet 1 persoon daarna niet meer aan de criteria voor de classificatie PTSS. (Number needed to treat = 2);
- bij een deel van de personen nemen de klachten af, maar blijft de persoon voldoen aan de criteria voor de classificatie PTSS;
- bij een deel van personen nemen de comorbide depressieve symptomen af.[43]

Volgens de meta-analyse Van Minnen et al. (2015)[44] heeft de behandeling met prolonged exposure (onderdeel TF-CGT) bij mensen met PTSS naast de afname van comorbide depressieve symptomen ook de volgende effecten.

- toename van kwaliteit van leven;
- toename van het sociaal en werk gerelateerd functioneren;
- afname van algemene gezondheidsklachten;
- afname van symptomen van comorbide angststoornissen;
- afname van negatieve emoties.[44]

Bovenstaande effecten geven weer dat het behandelen van PTSS met TF-CGT of EMDR naast het effect op de aandoening (PTSS) ook effect heeft op de algehele gezondheid en kwaliteit van leven. Verwacht kan worden dat wanneer mensen met PTSS een traumagerichte psychologische behandeling krijgen, de maatschappelijke kosten zullen afnemen (bijvoorbeeld door minder ziekteverzuim en hogere productiviteit) en dat zorgkosten buiten de GGZ afnemen (bijvoorbeeld huisarts en ziekenhuiskosten) doordat algemene gezondheidsklachten afnemen.

Momenteel krijgt een substantieel deel van de mensen met een hoofddiagnose PTSS geen traumagerichte psychologische behandeling. Uit ons onderzoek blijkt dat aan ongeveer 39% van de mensen met een hoofddiagnose PTSS in de SGGZ EMDR of CGT is gegeven. Het gaat daarbij om nieuwe cliënten in 2015, waarvoor is nagegaan welke traumagerichte psychologische behandeling er tot en met 2018 is gegeven. In bijlage E wordt dit onderzoek nader toegelicht.

1.b. Kwantitatieve impact analyse

Het is erg lastig om een inschatting te maken van de kosten en baten die gepaard gaan met een vergroting van het percentage mensen met PTSS dat een traumagerichte behandeling krijgt. Er ontbreken namelijk op belangrijke onderdelen essentiële gegevens. Hieronder geven we aan wat we wel en niet hebben kunnen kwantificeren.

In de analyse gaan we uit van de kosten en baten van personen die in 1 jaar instromen bij de SGGZ. De generalistische basis GGZ laten we buiten beschouwing. We schatten op basis van aanvullende gegevens het aantal mensen met PTSS in de generalistische basis GGZ als beperkt; dat geldt eveneens voor de kosten van deze behandeling[22]. We hebben echter onvoldoende gegevens over welke behandeling deze groep mensen nu krijgt.

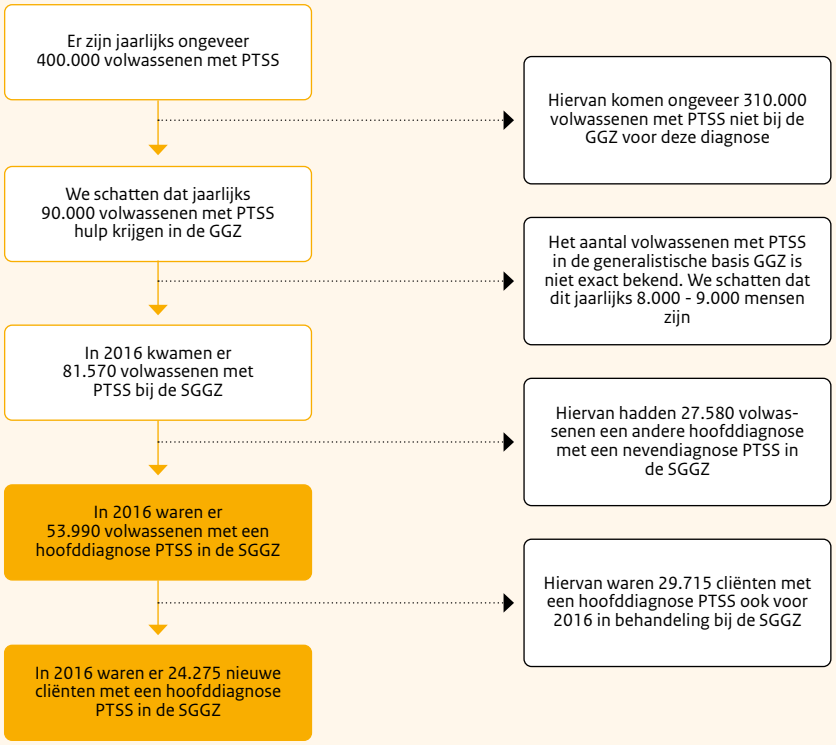
22 *In de generalistische basis GGZ is het aantal sessies per jaar beperkt.*

We nemen in de analyse alleen mensen mee waarbij sprake is van een hoofddiagnose PTSS. Mensen met een nevendiagnose PTSS bij een andere hoofddiagnose laten we in deze berekening buiten beschouwing. Uit de richtlijnen blijkt dat bij mensen met een verslaving of depressieve stoornis als hoofddiagnose en PTSS als nevendiagnose een traumagerichte psychologische behandeling vaak wenselijk is. We hebben echter onvoldoende gegevens over welke behandeling deze groep mensen op dit moment krijgt.

In de analyse maken we twee soorten berekeningen, namelijk:
- we bereken de kosten/baten voor een toekomstige situatie waarbij nieuwe cliënten met een hoofddiagnose PTSS vaker behandeld worden met een traumagerichte psychologische behandeling (structureel);
- we berekenen de kosten/baten voor een inhaalslag waarbij een groter deel van de al in zorg zijnde cliënten met een hoofddiagnose PTSS ook behandeld worden met een traumagerichte psychologische behandeling (incidenteel).

Om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van het aantal cliënten met PTSS in Nederland maken we gebruik van de door het CBS gepubliceerde cijfers.[23] Hierbij is 2016 het meest recente jaar waarover informatie beschikbaar is. Het aantal cliënten en zorgtrajecten is vergelijkbaar met de jaren daarvoor, we nemen daarom aan dat het huidige aantal mensen met een hoofddiagnose PTSS in de SGGZ vergelijkbaar is met 2016.[45]

Figuur 1 | Het aantal mensen met PTSS in Nederland



23 *Het CBS heeft deze cijfers gecorrigeerd voor zorgaanbieders die niet of onvolledig hebben aangeleverd bij het DBC informatiesysteem. Hierdoor geeft dit een completer beeld van het aantal behandelde cliënten in de SGGZ ten opzichte van het DBC informatiesysteem.*

Volgens het CBS kwamen er in 2016 81.570 volwassenen met een diagnose PTSS bij de SGGZ. Hiervan hadden 53.990 mensen een hoofddiagnose PTSS. Voor de berekening bij de eenmalige inhaalslag doen we de aanname dat er ook op dit moment 53.990 volwassenen met een hoofddiagnose PTSS worden behandeld in de SGZZ.[45]

In 2016 zijn er 24.275 zorgtrajecten gestart met een nieuwe zorgvraag en een hoofddiagnose PTSS. Een nieuwe zorgvraag houdt in dat de cliënt in het jaar daarvoor niet in behandeling was voor dezelfde hoofddiagnose bij dezelfde praktijk of instelling. Om de berekening overzichtelijk te houden doen we de aanname dat het aantal zorgtrajecten gelijk is aan het aantal unieke cliënten.[24] Het aantal nieuwe in 2016 was vergelijkbaar met de jaren daarvoor. Voor de berekening bij de toekomstige situatie doen we de aanname dat er ook in de toekomst jaarlijks 24.275 volwassenen met een hoofddiagnose PTSS instromen in de SGGZ. Zie ook figuur 1 voor de eerder genoemde aantallen.[45]

1.c. Vaker meer mensen traumagericht behandelen (structureel)

We hebben de kosten en baten van traumagerichte behandeling bij twee groepen cliënten in beeld gebracht, namelijk:

- nieuwe cliënten met een hoofddiagnose PTSS in de SGGZ waarbij vaker dan in de huidige situatie een traumagerichte psychologische behandeling wordt gegeven;
- mensen die aan de criteria voor de classificatie PTSS voldoen en door betere herkenning extra instromen in de SGGZ.

Ad 1 Nieuwe cliënten met een hoofddiagnose PTSS waarbij vaker TF-CGT of EMDR wordt gegeven.
Op basis van gegevens uit 2016 doen we de aanname dat er jaarlijks 24.275 volwassenen met een hoofddiagnose PTSS instromen in de SGGZ.

Op basis van onderzoek gaan we ervan uit dat er bij ongeveer 39% van de mensen met een hoofddiagnose PTSS in de SGGZ een traumagerichte psychologische behandeling wordt gegeven. Door experts wordt het haalbaar geacht om uiteindelijk 70% van de cliënten met een hoofddiagnose PTSS een traumagerichte psychologische behandeling te geven. Er zijn diverse redenen waarom niet 100% van de mensen met PTSS een traumagerichte psychologische behandeling wordt gegeven. Er kan bijvoorbeeld sprake zijn van cliëntvoorkeuren (voorkeur om niet of niet direct traumagericht behandeld te worden), ernstige comorbiditeit, specifieke omstandigheden (bijvoorbeeld psychosociale problemen).

Op basis van bovenstaande cijfers en aannames, zou onder de huidige situatie per jaar per jaar 24.275 ÷ 100 x 39 = 9.467 mensen mensen met een hoofddiagnose PTSS een traumagerichte psychologische behandeling krijgen. Wanneer er in de toekomst 70% van de mensen met een hoofddiagnose PTSS een traumagerichte psychologische behandeling ontvangen, dan zijn dit 24.275 ÷ 100 x 70 = 16.993 personen. Het aantal personen dat een traumagerichte psychologische behandeling zal ontvangen, gaat dus met 16.993 - 9.467 = 7.526 mensen per jaar stijgen.

Kosten
Bij de behandeling met TF-CGT en EMDR wordt geadviseerd om 8-12 sessies te geven met een frequentie van 1 sessie per week. Hierbij wordt in de recente NICE richtlijn (2018) aangegeven dat bij meervoudige trauma's meer sessies nodig kunnen zijn. In de onderstaande berekening voor de kosten gaan we uit van 8 t/m 12 sessies.

Voor de prijs per sessie TF-CGT en EMDR maken we gebruik van de kostenhandleiding (2016). Hierin wordt voor een ambulante behandeling in de SGGZ een referentieprijs van € 112 per sessie gehanteerd.[46]

24 *Het is mogelijk dat een cliënt verwezen is door een andere praktijk/instelling en er daarom een zorgtraject met een nieuwe zorgvraag is geopend. Dit zorgt voor een (beperkte) overschatting van het aantal unieke cliënten.*

Met het bovenstaande kunnen we de volgende twee berekeningen maken:
Bij 8 sessies: 7.526 × 8 × 112 = € 6.743.296
Bij 12 sessies: 7.526 × 12 × 112 = € 10.114.944

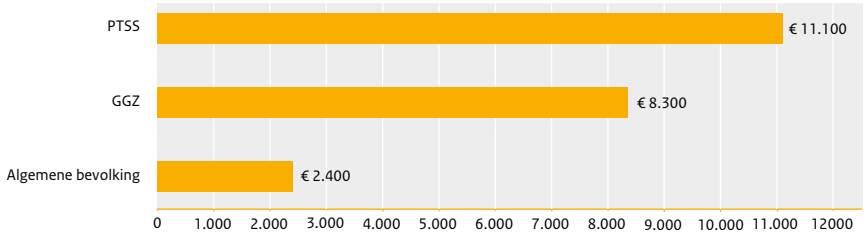
De maximale extra kosten die nodig zijn om 70% van de nieuwe cliënten met een hoofddiagnose PTSS te behandelen met TF-CGT of EMDR ligt dus tussen 6,7 en 10,1 miljoen euro.

Dit bedrag geeft een beeld van de extra kosten als de volledige behandeling met TF-CGT of EMDR bovenop de bestaande behandeling komt. We verwachten dat de daadwerkelijke kosten aanmerkelijk lager zullen zijn. Deze cliënten zullen in de huidige situatie ook een GGZ behandeling krijgen, maar krijgen in plaats van TF-CGT of EMDR andere (begeleidende) activiteiten, waaronder steunende en structurerende gesprekken. We verwachten dat een deel van deze activiteiten vervangen kan worden door TF-CGT of EMDR. Het is echter niet mogelijk om deze vermijdbare kosten te kwantificeren, omdat op basis van de beschikbare gegevens en inzichten niet duidelijk is in welke mate de activiteiten in de huidige situatie kunnen worden vervangen door TF-CGT of EMDR en in welke mate de behandelduur zal afnemen.

Baten
De baten van traumagerichte behandeling zijn op basis van de ons beschikbare gegevens lastig te kwantificeren. Het is nodig om 2 personen te behandelen met EMDR of TF-CGT om bij 1 persoon de symptomen zodanig af te laten nemen dat er niet meer wordt voldaan aan de criteria voor de classificatie (“number needed to treat is 2”). Indien in de toekomst 70% van de mensen met een hoofddiagnose PTSS wordt behandeld met TF-CGT of EMDR, dan stijgt het aantal cliënten dat deze behandeling krijgt met 7.526 mensen per jaar . Het is dan de verwachting dat de helft van dit aantal personen na behandeling niet meer aan de criteria voldoet. Dit komt neer op: 7.526 ÷ 2 = 3.763 personen per jaar.
Onbekend is wat de GGZ-kosten voor deze mensen zouden zijn als zij geen traumagerichte behandeling zouden hebben ontvangen. Verondersteld wordt dat deze hoger liggen en de GGZ-kosten dus afnemen. Bij veel andere cliënten zullen de klachten afnemen. Mogelijk leidt dit ook tot lagere GGZ-kosten.

Daarnaast zijn er voor alle cliënten ook baten te verwachten met betrekking tot de GGZ en de overige zorgkosten. Op basis van onderzoek met declaratiegegevens weten we dat de totale zorgkosten gemiddeld hoger zijn bij mensen met PTSS ten opzichte van de algemene bevolking (zie figuur 2 en voor meer informatie bijlage E). Hoewel we vermoeden dat behandeling met TF-CGT of EMDR een positief effect kan hebben op deze zorgkosten, kunnen we dit niet kwantificeren.

Figuur 2 | De gemiddelde zorgkosten bij mensen met PTSS zijn hoger dan bij de algemene bevolking. (2016)



Bron: Zorginstituut Nederland o.b.v. declaratiedata van zorgverzekeraars, verstrekt via Vektis.

We verwachten ook baten buiten de geestelijke gezondheidszorg. Het is aannemelijk dat doordat er meer mensen behandeld worden, deze mensen minder zorg buiten de GGZ nodig hebben omdat gezondheidsklachten afnemen en de kwaliteit van leven toeneemt. Daarnaast is het aannemelijk dat het meer behandelen met TF-CGT of EMDR ook lagere maatschappelijke kosten tot gevolg heeft door bijvoorbeeld minder ziekteverzuim. Er zal echter verder onderzoek gedaan moeten worden naar de exacte mate waarin deze effecten optreden om dit verder te kwantificeren.

Ad 2 PTSS wordt vaker herkend

PTSS wordt niet altijd herkend. Dit betreft zowel cliënten in de GGZ (in behandeling voor een andere classificatie) als mensen met klachten buiten de GGZ. Bij 18-39% van de mensen in behandeling voor een psychische stoornis in de GGZ niet herkend dat er sprake is van PTSS.[26]

Het is wenselijk dat PTSS vaker wordt herkend. We doen een (voorzichtige) aanname dat door betere herkenning het aantal mensen met een hoofddiagnose PTSS in de SGGZ met 5% zal toenemen.

In 2016 werden er 24.275 nieuwe mensen met een hoofddiagnose PTSS in de SGGZ gezien. Wanneer dit aantal met 5% toeneemt door betere herkenning, komt dit neer op: komt dit neer op: 24.275 ÷ 100 x 5 = 1.214 personen. Het is wenselijk dat 70% van deze mensen een traumagerichte psychologische behandeling krijgt. Het aantal mensen met een traumagerichte behandeling door betere herkenning is dan: 1.214 ÷ 100 x 70 = 850.

Kosten

Bij de behandeling met TF-CGT en EMDR wordt geadviseerd om 8-12 sessies te geven met een frequentie van 1 sessie per week. Hierbij wordt in de recente NICE richtlijn (2018) aangegeven dat bij meervoudige trauma's meer sessies nodig kunnen zijn. In de onderstaande berekening voor de kosten gaan we uit van 8 t/m 12 sessies.

Voor de prijs per sessie TF-CGT en EMDR maken we gebruik van de kostenhandleiding (2016). Hierin wordt voor een ambulante behandeling in de SGGZ een referentieprijs van €112 per sessie gehanteerd.[46]

We doen de aanname dat de helft van de personen waarbij PTSS extra herkend wordt, al in behandeling was voor een andere psychische stoornis en dat de andere helft nieuw binnenstroomt in de SGGZ door betere herkenning.

Met het bovenstaande kunnen we de volgende twee berekeningen maken:

Bij 8 sessies:	850 × 8 × € 112 = € 761.600
Bij 12 sessies:	850 × 12 × € 112 = € 1.142.400

De maximale extra kosten voor het behandelen van 70% van de personen met een hoofddiagnose PTSS welke door betere herkenning extra instromen bij de SGGZ, liggen tussen 0,8 en 1,1 miljoen euro. We verwachten dat de daadwerkelijke kosten lager zijn. De helft van het bovenstaande bedrag heeft betrekking op personen die al voor een andere psychische stoornis in behandeling zijn in de SGGZ. We schatten in dat wanneer PTSS vaker wordt herkend en daarna behandeld met een traumagerichte psychologische behandeling een deel van de andere behandelactiviteiten kan vervallen. Omdat we niet weten in welke mate dit plaats zal vinden, kunnen we dit niet verder kwantificeren. De andere helft van het bedrag heeft betrekking op mensen die nog niet in behandeling waren en zal extra gemaakt worden als kosten.

Baten

Voor de 850 mensen waarbij PTSS wordt herkend en behandeld doen we de aanname dat ook hier de helft van de personen na behandeling met TF-CGT of EMDR niet meer voldoet aan de criteria voor de classificatie PTSS. Dit komt neer op 850 ÷ 2 = 425 personen. Bij veel andere cliënten zullen de klachten afnemen. Mogelijk leidt dit ook tot lagere GGZ-kosten.. Ook verwachten we dat er baten zijn met betrekking tot de GGZ- en overige zorgkosten en op maatschappelijk gebied (zie ad 1). Er is verder onderzoek nodig zijn naar de daadwerkelijke effecten om dit te kunnen kwantificeren.

1.d. Eénmalige inhaalslag bij huidige cliënten (incidenteel)

Op basis van gegevens uit 2016 doen we de aanname dat er momenteel 53.990 volwassenen met een hoofddiagnose PTSS worden behandeld in de SGZZ.

Op basis van onderzoek (zie bijlage E) hanteren we als uitgangspunt dat er bij ongeveer 39% van de mensen met een hoofddiagnose PTSS in de SGGZ een traumagerichte psychologische behandeling wordt gegeven. Door experts wordt het haalbaar geacht om uiteindelijk 70% van de cliënten met een hoofddiagnose PTSS een traumagerichte psychologische behandeling te geven. Er zijn diverse redenen waarom niet 100% van de mensen met PTSS een traumagerichte psychologische behandeling krijgen. Er kan bijvoorbeeld sprake zijn van cliëntvoorkeuren (voorkeur om niet of niet direct traumagericht behandeld te worden), ernstige comorbiditeit, specifieke omstandigheden (bijvoorbeeld psychosociale problemen).

Op basis van bovenstaande cijfers en aannames, gaan we er vanuit dat momenteel 53.990 ÷ 100 x 39 = 21.056 mensen een traumagerichte psychologische behandeling krijgen. Wanneer in plaats van deze 39% 70% van deze groep mensen een traumagerichte psychologische behandeling krijgt, dan zijn dit 53.990 ÷ 100 x 70 = 37.793 personen. Bij een eenmalige inhaalslag waarbij meer van de bestaande cliënten met een traumagerichte psychologische behandeling worden behandeld, is het nodig om 37.793 - 21.056 = 16.737 extra personen te behandelen met een traumagerichte psychologische behandeling.

Kosten

Bij de behandeling met TF-CGT en EMDR wordt geadviseerd om 8-12 sessies te geven met een frequentie van 1 sessie per week. Hierbij wordt in de recente NICE richtlijn (2018) aangegeven dat bij meervoudige trauma's meer sessies nodig kunnen zijn. In de onderstaande berekening voor de kosten gaan we uit van 8 t/m 12 sessies.

Voor de prijs per sessie TF-CGT en EMDR maken we gebruik van de kostenhandleiding (2016). Hierin wordt voor een ambulante behandeling in de SGGZ een referentieprijs van €112 per sessie gehanteerd.[46]

Met het bovenstaande kunnen we de volgende twee berekeningen maken:

Bij 8 sessies:	16.737 × 8 × 112 = € 14.996.352
Bij 12 sessies:	16.737 × 12 × 112 = € 22.494.528

De extra kosten die nodig zijn om in totaal 70% van de huidige cliënten met een hoofddiagnose PTSS te behandelen met TF-CGT of EMDR ligt dus tussen 15,0 en 22,5 miljoen euro. Dit betreft een eenmalige investering. In de berekening hebben we geen rekening gehouden met mensen met een meervoudige traumatisering. Volgens de recente NICE richtlijn wordt geadviseerd om bij deze mensen meer dan 12 sessies te geven. Het is niet duidelijk bij hoeveel van de huidige cliënten sprake is van een meervoudige traumatisering.

Baten

De baten van traumagerichte behandeling zijn op basis van de ons beschikbare gegevens lastig te kwantificeren. Uit literatuur weten we dat bij het behandelen van 2 personen met EMDR of TF-CGT, bij 1 persoon de symptomen zodanig afnemen dat er niet meer wordt voldaan aan de criteria voor de classificatie PTSS. Bij het behandelden van 16.737 extra cliënten, komt dit neer op 16.737 ÷ 2 = 8.369 personen. Daarnaast is het aannemelijk dat de behandeling bij deze personen korter zal duren als er wel wordt behandeld met een traumagerichte psychologische behandeling. Bij veel andere cliënten zullen de klachten afnemen. Mogelijk leidt dit ook tot lagere GGZ-kosten.

We verwachten ook buiten de geestelijke gezondheidszorg baten, omdat we zien dat mensen met PTSS meer zorgkosten maken dan de algemene bevolking (zie figuur 2 en bijlage E voor meer informatie). We vermoeden dat TF-CGT en EMDR hier een positief effect op kunnen hebben, maar kunnen dit niet kwantificeren. Daarnaast is het aannemelijk dat het meer behandelen met TF-CGT of EMDR ook lagere maatschappelijke kosten tot gevolg heeft door bijvoorbeeld minder ziekteverzuim. Er zal echter verder

onderzoek gedaan moeten worden naar de exacte mate waarin deze effecten optreden om dit verder te kwantificeren.

Conclusie

Het is belangrijk dat mensen met PTSS behandeld worden met traumagerichte psychologische behandelingen. Hiermee worden de cliënten beter geholpen waardoor een deel niet meer aan de criteria voor een PTSS-classificatie voldoet. Daarnaast nemen symptomen af en heeft het een positief effect op de kwaliteit van leven van deze mensen. De netto kosten van het meer en vaker behandelen van mensen met PTSS zijn niet goed te bepalen, omdat de verschuiving in kosten (andere behandeling) en de baten (minder behandelen en maatschappelijke baten) lastig te kwantificeren zijn. We hebben daarom de maximale kosten berekend, die bestaan uit een behandeling van 8-12 sessies EMDR of TF-CGT. Hierbij maken we wel de kanttekening dat de daadwerkelijke kosten naar verwachting lager zijn, omdat een deel van de huidige behandeling vervangen kan worden door TF-CGT of EMDR en de behandelduur bij een deel van de cliënten zal afnemen. Daarnaast heeft het meer traumagericht behandelen naar verwachting een positief effect op andere zorgkosten in de GGZ en daarbuiten en maatschappelijke kosten.

8. Benzodiazepinen

Op basis van declaratiegegevens zien we dat er in 2016 door 20% van de mensen met een hoofddiagnose PTSS in de SGGZ een benzodiazepine is vergoed op basis van de zorgverzekeringswet. Vanwege een overheidsmaatregel wordt benzodiazepine niet altijd vergoed en schatten we het daadwerkelijke percentage mensen met een benzodiazepine hoger in (40%).

Kosten/Baten

Het verminderen van (chronisch) gebruik van benzodiazepinen bij mensen met PTSS heeft een positief effect op de gezondheid van deze mensen. Het voorkomt nadelige risico's, zoals valincidenten, verslaving, et cetera. En door vermindering van het benzodiazepinegebruik is er mogelijk meer kans op een succesvolle behandeling

Eventuele baten zullen met name liggen in de vermindering in kosten ten gevolge van de nadelige risico's zoals valincidenten en verslaving en de effectievere behandeling van de PTSS. De directe baten van minder benzodiazepinegebruik zijn beperkt omdat de prijs van deze geneesmiddelen relatief laag is met een gemiddelde prijs per dag van €0,05 t/m €2,47 per persoon (afhankelijk van het geneesmiddel).[47]

Conclusie

Er zijn vooral indirecte baten te verwachten als gevolg van een positief effect door minder gezondheidskosten als gevolg van verslaving en valincidenten. Wij hebben dit niet nader gekwantificeerd.

9. Informatie-uitwisseling

We hebben geen kwantitatieve impact analyse gedaan op dit punt. Het is wel wenselijk dat er een goede informatie-uitwisseling plaatsvindt tussen de GGZ en de huisarts. Hierdoor is het voor de huisarts o.a. duidelijk wat het vervolgbeleid is.

Bijlage H Leden van de adviescommissie Zinnige Zorg PTSS

Mevrouw C. Arnoldus (MIND)
Mevrouw M. van den Berg (VGCt/P3NL)
Mevrouw A. Brunet de Rochebrune (ZN, tot 30 december 2019)
Mevrouw P. Feldmann (MIND)
De heer J. de Jong (NVvP)
De heer R. Jongedijk (GGZ Nederland)
Mevrouw S. Matthijssen (VEN/P3NL)
Mevrouw M. Schoorl (NtVP)
Mevrouw K. Thomaes (NVvP)
Mevrouw M. Wildschut (NVP)

Begrippenlijst

Anamnese	Wat een cliënt zijn zorgverlener aan medische en psychiatrische voorgeschiedenis kan vertellen
Antidepressiva	Verzamelnaam voor geneesmiddelen die veelal worden ingezet om depressieve klachten te verminderen
Benzodiazepinen	Verzamelnaam voor een grote groep psychotrope middelen met een kalmerende, slaap bevorderende en angst verlagende werking
BEPP	Beknopte Eclectische Psychotherapie
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
Chronisch	Als een aandoening/stoornis meer dan zes maanden voortduurt
Cliënteninformatie	Informatie voor cliënten op websites, in folders, brochures, etc.
Cliëntenversie	Een beschrijving van een kwaliteitsstandaard in lekentaal
Communicatieve behandeling	Verzamelnaam voor meerdere interventies/activiteiten, waaronder follow-up steunend en structurerend contact en overige psychotherapie
Comorbiditeit	Het tegelijkertijd voorkomen van twee of meer aandoeningen bij één persoon
DBC	Diagnose Behandel Combinatie. DBC's worden gebruikt om zorg te declareren en de rechtmatigheid ervan te onderbouwen. In een DBC worden gegevens vastgelegd over de diagnose, de tijd die behandelaars aan de behandeling besteden, verblijfsdagen en overige producten
Detoxificatie	Ontgiften; stoppen met regelmatig alcohol- en/of middelengebruik
Diagnostisch proces	Proces dat plaatsvindt na de aanmelding (van het eerste contact van de cliënt) tot de start van de behandeling
DIS	Declaratie Informatie Systeem
DSM 5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – vijfde editie, een classificatiesysteem voor psychische aandoeningen
Eerstekeuze-behandeling	Behandeling die de expliciete voorkeur heeft boven andere behandelingen
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EPD	Elektronisch patiëntendossier
Farmacotherapie	Behandeling met medicijnen
IE	Imaginaire Exposure
Generieke module	Kwaliteitstandaard. Module die relevantie heeft voor meerdere psychische aandoeningen.
Gezondheidswinst	Positieve gevolgen van een interventie voor het lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GB-GGZ	Generalistische Basis GGZ; Geestelijke gezondheidszorg bij lichte tot matige psychische problematiek
GIP	Genees- en hulpmiddelen Informatieproject
Hoofddiagnose	De classificatie waarop de behandeling die de cliënt ontvangt gericht is
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – tiende editie. Classificatie van ziekten en met gezondheid verband houdende problemen, bijgehouden door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)
ICPC	International Classification of Primary Care; standaard voor het coderen en classificeren van klachten, symptomen en aandoeningen in de huisartsenpraktijk

Intake	Eerste gesprek van een cliënt met een GGZ hulpverlener
Jeugdwet	Wet met betrekking tot de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en ouders bij opvoedkundige problemen, psychische problemen en stoornissen
Kwaliteitsindicatoren	Afspraken over meetbare aspecten van zorg die een beeld geven van de kwaliteit van zorg
Kwaliteitsstandaarden	Richtlijnen, zorgstandaarden en modules. Een kwaliteitsstandaard beschrijft goede zorg vanuit het perspectief van de cliënt. Een kwaliteitsstandaard kan in verschillende vormen voorkomen. Richtlijnen en zorgstandaarden kunnen een kwaliteitsstandaard zijn, maar ook een module of een handreiking, zolang zij voldoen aan de criteria van het Toetsingskader
Meetinstrumenten	Meetinstrumenten geven een directe aanwijzing van de kwaliteit van de geleverde zorg. De term meetinstrument is de verzamelnaam voor kwaliteits-indicatoren en cliëntvragenlijsten
Multidisciplinair	Met of door meerdere disciplines samen, zoals psychologen, psycho-therapeuten, psychiaters en huisartsen
NET	Narratieve Exposure Therapie
Richtlijnen	Richtlijnen zijn vakinhoudelijke aanbevelingen voor goede diagnostiek en behandeling van een bepaalde aandoening. Ze vormen de basis voor de klinische besluitvorming in de spreekkamer en vormen de grondslag voor zorgstandaarden.
PMT	Psychomotore therapie
POH-GGZ	Praktijkondersteuner huisarts – geestelijke gezondheidszorg
Problematisch middelengebruik	Middelengebruik dat leidt tot psychosociale, psychische of lichamelijke problemen / lijdensdruk
Psychotrauma- en Stressorgerelateerde stoornissen	Hoofdcategorie in de DSM-5 waar PTSS onder valt
PTSS	Posttraumatische stress-stoornis
Review	Overzichtsstudie waarin de uitkomsten van verschillende onderzoeken samen gecombineerd worden
Screeningsrapport	Rapport over de eerste fase van de systematische doorlichting van een bepaald aandoeningengebied (in dit geval de GGZ)
Sessie	Zitting van een cliënt met een zorgprofessional
SGGZ	Gespecialiseerde GGZ. Geestelijke gezondheidszorg bij de meer ernstige vormen van psychische problematiek
Slaaphygiëne	Gedragsregels om beter te kunnen slapen
SNRI	Serotonine en noradrenaline heropname remmer; een antidepressivum
Spiegelinformatie	Informatie over de praktijk om variatie op te sporen en te leren van verschillen ten behoeve van kwaliteitsverbetering
SSRI	Selectieve serotonine heropname remmer; een antidepressivum
Stoprecept	Een recept waarmee aan de apotheek kan worden doorgegeven dat een cliënt een bepaald geneesmiddel niet meer gebruikt. Ook kunnen met dit recept wijzigingen in dosering/sterkte van een geneesmiddel worden doorgegeven
TF-CGT	Traumagerichte cognitieve gedragstherapie.

Update	Herziening of revisie (vaak genoemd in relatie tot richtlijnen)
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning, aangaande de zorgverlening gericht op maatschappelijk herstel
Wlz	Wet langdurige zorg
Ziektelast	Impact van de aandoening(en) op de kwaliteit van leven van de cliënt
Zorgstandaard	Een zorgstandaard beschrijft in algemene termen vanuit het perspectief van de patiënt wat goede zorg is voor mensen met een bepaalde psychische aandoening. Een zorgstandaard geeft de landelijke norm waaraan multidisciplinaire, integrale zorg bij psychische aandoeningen moet voldoen. Dit maakt het voor alle partijen in de brede ggz inzichtelijk wat zij kunnen en mogen verwachten in het zorgtraject. Aan één bepaalde zorgstandaard kunnen meerdere richtlijnen ten grondslag liggen, die bovendien door of onder toezicht van verschillende disciplines zijn opgesteld (bijvoorbeeld psychiaters, psychologen, verpleegkundigen, huisartsen, etc.). Anders dan een richtlijn omvat een zorgstandaard het complete zorgcontinuüm (de 'patient journey')
ZPD	Zorg Prestaties en Declaratie
Zvw	Zorgverzekeringswet

Literatuurlijst

1. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Prevalentie van PTSS in de bevolking. Bilthoven 2018. Geraadpleegd op 12 december 2019 via http://bit.ly/3bYFdY3.
2. World Health Organization (WHO). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. 2016. Geraadpleegd op 29 januari 2019 via http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en.
3. American Psychiatric Association (APA). Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. Amsterdam 2014. Geraadpleegd op 12 februari 2019 via https://bit.ly/2SmNVrg.
4. Zorginstituut Nederland. Screeningsfase Systematische analyse Geestelijke Gezondheidszorg. Diemen 2018. Geraadpleegd op 12 november 2019 via http://bit.ly/2SZdHkm.
5. Trimbos-instituut. Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (3e revisie). Utrecht, Trimbos-instituut 2013.
6. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Post-traumatic stress disorder NG116.National Institute for Health and Care Excellence, 2018.
7. Trimbos-instituut. Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Derde revisie). Utrecht Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis.2013. Geraadpleegd op 12 februari 2019 via http://bit.ly/2HHPnOw.
8. Akwa GGZ. Zorgstandaard depressieve stoornissen. 2018. Geraadpleegd op 2 februari 2020 via https://bit.ly/2WoASop.
9. Resultaten Scoren. Richtlijn Middelenmisbruik of -afhankelijkheid en angststoornissen. Amersfoort 2012. Geraadpleegd op 11 december 2019 via http://bit.ly/39Z6tDH.
10. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS). Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal betreffende e-health en gegevensuitwisseling in de ggz [kenmerk 1293405-173151-CZ]. Den Haag 2018. Geraadpleegd op 16 februari 2018 via http://bit.ly/3bQhtVH.
11. De Wildt W. Screening, diagnostiek en behandeling van problematisch middelengebruik in de ggz. Gedragstherapie 2015; 48: 96-110.
12. Creamer M, Burgess P and McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. Psychological Medicine 2001; 31: 1237-47.
13. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. Archives of general psychiatry 1995; 52: 1048-60.
14. Mihalopoulos C, Magnus A, Lal A, et al. Is implementation of the 2013 Australian treatment guidelines for posttraumatic stress disorder cost-effective compared to current practice? A cost-utility analysis using QALYs and DALYs. Aust N Z J Psychiatry 2015; 49: 360-76.
15. Cusack K, Jonas DE, Forneris CA, et al. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 2016; 43: 128-41.
16. 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.
17. Baker FA, Metcalf O, Varker T, et al. A systematic review of the efficacy of creative arts therapies in the treatment of adults with PTSD. Psychol Trauma 2018; 10: 643-51.
18. Guina J, Rossetter SR, De RB, et al. Benzodiazepines for PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Psychiatr Pract 2015; 21: 281-303.
19. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). NHG-Standaard Angst M62. Utrecht 2019. Geraadpleegd op 12 februari 2019 via http://bit.ly/3bU7cYI.
20. Harpaz-Rotem I, Rosenheck RA, Mohamed S, et al. Pharmacologic treatment of posttraumatic stress disorder among privately insured Americans. Psychiatr Serv 2008; 59: 1184-90.
21. Lund BC, Bernardy NC, Vaughan-Sarrazin M, et al. Patient and facility characteristics associated with benzodiazepine prescribing for veterans with PTSD. Psychiatr Serv 2013; 64: 149-55.
22. Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK). Helft benzo-gebruikers krijgt hooguit twee verstrekkingen. 2019. Geraadpleegd op 12 februari 2019 via https://bit.ly/31KYmYs.
23. Oude Voshaar R, Krabbe P, Gorgels W, et al. Tapering off benzodiazepines in long-term users - An economic evaluation. PharmacoEconomics 2006; 24: 683-94.
24. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). Psychiatrische diagnostiek. 2015. Geraadpleegd op 1 februari 2019 via http://bit.ly/2Pb4PqH.

25. Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (NKO). Psychische klachten in de huisartsenpraktijk. Generieke Module. Utrecht 2017. Geraadpleegd op 22 januari 2020 via http://bit.ly/2HI8TdX.
26. 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.
27. de Bont P, van den Berg David PG, 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.
28. 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.
29. Ehlers A, Gene-Cos N and Perrin S. Low recognition of post-traumatic stress disorder in primary care. London J Prim Care (Abingdon) 2009; 2: 36-42.
30. Mol SSL. Trauma, life events and PTSD: a challenge for patients and family doctors. Universiteit Maastricht, 2002. [thesis].
31. Morina N, Wicherts JM, Lobbrecht J, et al. Remission from post-traumatic stress disorder in adults: a systematic review and meta-analysis of long term outcome studies. Clin Psychol Rev 2014; 34: 249-55.
32. Kantor V, Knefel M and Lueger-Schuster B. Perceived barriers and facilitators of mental health service utilization in adult trauma survivors: A systematic review. Clin Psychol Rev 2017; 52: 52-68.
33. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). NHG-standaard Problematisch alcoholgebruik-M10. Utrecht 2014. Geraadpleegd op 12 januari 2020 via http://bit.ly/2VhK9RO.
34. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). NHG-Richtlijn Informatieuitwisseling huisarts - tweedelijns GGZ. Utrecht 2011. Geraadpleegd op 18 november 2019 via https://www.nhg.org/hasp-ggz.
35. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist (Richtlijn HASP). Utrecht 2017. Geraadpleegd op 18 november 2019 via https://www.nhg.org/hasp-ggz.
36. Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Verwijzingen en correspondentie tussen de huisarts en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). In opdracht van Zorginstituut Nederland – Programma Zinnige Zorg GGZ. Leiden, LUMC 2020.
37. Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Landelijke Huisartsen Vereniging peiling GGZ. 2017. Geraadpleegd op 10 februari 2019 via https://bit.ly/2UMz5LZ.
38. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Toezicht op de ambulante ggz. Betere zorg nodig voor thuiswonende mensen met chronische psychische aandoeningen. 2018. Geraadpleegd op 9 januari 2020 via https://bit.ly/2SiWwuM.
39. Weg van de wachtlijst. Geraadpleegd op 12-02-2019 via http://bit.ly/2v1eIjS.
40. Informatieberaad. Concept Roadmap Gegevensuitwisseling - Eerste Editie. 2019. Geraadpleegd op 12 februari 2019 via http://bit.ly/2P6C4eI.
41. NHG, Ineen, LHV, et al. Toekomst huisartsenzorg. 2019. Geraadpleegd op 12 februari 2019 via https://bit.ly/2Sl83Kj.
42. Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Peiling Uw ervaringen met de GGZ in het afgelopen jaar. Utrecht 2017. Geraadpleegd op 12 febrauari 2019 via http://bit.ly/2wq4klZ.
43. Jonas DE, Cusack K, Forneris CA, et al. Psychological and Pharmacological Treatments for Adults With Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2013.
44. van Minnen A, Zoellner LA, Harned MS, et al. Changes in comorbid conditions after prolonged exposure for PTSD: a literature review. Curr Psychiatry Rep 2015; 17: 549.
45. Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). DBC-gefinancierde GGZ; zorgtrajecten per diagnose, leeftijd, zorgkenmerken. 2019. Geraadpleegd op 12 februari 2019 via http://bit.ly/2ujg2OM.
46. Zorginstituut Nederland. Kostenhandleiding: Methodologie van kostenonderzoek en referentieprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg. Diemen 2016. Geraadpleegd op 12 februari 2019 via https://bit.ly/34GPK6O.
47. Zorginstituut Nederland. Farmacotherapeutisch Kompas. Geneesmiddelenoverzicht benzodiazepine agonisten. Diemen 2019. Geraadpleegd op 16 maart 2019 via http://bit.ly/2v3hRQm.

Colofon

Dit is een uitgave van
Zorginstituut Nederland
Postbus 320
1110 AH Diemen

Afdeling
Sector Zorg
Project Zinnige Zorg PTSS

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