

## Verslag bijeenkomst Zinnige Zorg PTSS en Psychose 6 november 2019

Omschrijving                      Bijeenkomst Zinnige Zorg PTSS en Psychose  
Vergaderdatum                    6 november 2019, 16.00 uur  
Vergaderplaats                    Zorginstituut Nederland, Diemen  
Aanwezig                            De heer R. Jongedijk (GGZ NL)  
  Mevrouw M. Strijdonck (GGZ NL)  
  Mevrouw W. Göttgens (KNMP)  
  De heer P. Wognum (KNMP)  
  Mevrouw R. Mous (LVVP)  
  De heer N. Vos de Wael (MIND)  
  Mevrouw M. Oud (NHG)  
  De heer J. Lubbers (NIP)  
  Mevrouw A. Haringsma (NIP)  
  De heer G. Lind (NVP)  
  Mevrouw C. Joldersma (NVvP)  
  De heer A. Ralston (NVvP)  
  De heer M. de Romph (P3NL)  
  De heer H. de Kleij (P3NL)  
  Mevrouw A. van Leeuwen (VNG)  
  Mevrouw N. Houdijk (ZN)

### Toehoorders:

Mw. D. Vijverberg (AKWA)  
Mw. J. Wentink (AKWA)  
Mw. B. Suiker (AKWA)  
Dhr. M. Krijgsheld (NZa)  
Mw. V. Luggenhorst (NZa)  
Dhr. A. Heemskerk (V&VN)  
Mw. M. van der Maas (ZonMw)

### Afwezig met bericht:

De heer E. Pietersma (IGJ)  
Mevrouw M. Rook (NIP)  
De heer A. van Emmerik (P3NL)

### Namens het Zorginstituut:

Mevrouw D. Been  
De heer A. van Halteren  
Mevrouw M. Hermens  
De heer R. Leta  
De heer D. Olthof  
Mevrouw S. Orlebeke  
Mevrouw S. Prins  
Mevrouw B. Redeker (notulist)  
Mevrouw L. Rijnierse  
De heer P. de Beer  
Mevrouw F. Van Vlaardingen (notulist)  
De heer A. Wong

---

### **Opening**

De voorzitter en programmaleider lichten kort de taken van het Zorginstituut toe en het doel van de Zinnige Zorg trajecten. Uit de screeningsfase Zinnige Zorg GGZ bleek binnen twee zorgtrajecten

ruimte te zijn voor verbetering. Dit zijn de zorgtrajecten PTSS en Psychose. Het Zorginstituut heeft deze zorgtrajecten in de verdiepingsfase samen met partijen in de sector onderzocht. Er is o.a. een richtlijnanalyse gedaan en praktijkonderzoek uitgezet. De resultaten van de verdiepingsfase presenteren we in deze bijeenkomst.

*De presentaties van de onderzoeksresultaten vindt u in de bijlage. In dit verslag worden alleen op hoofdlijnen de resultaten, aanbevelingen en reacties weergegeven.*

### **Workshop PTSS**

De adviescommissieleden, in het bijzonder de cliëntenafvaardiging, worden bedankt voor hun inbreng, het meedenken met de onderzoeksvragen en het interpreteren van de resultaten. Niet alle inbreng past binnen de kaders van het Zinnige Zorg traject, maar kan vaak wel op andere manieren onder de aandacht worden gebracht. Dit betreft bijvoorbeeld het door cliënten gewenste onderzoek naar de kosteneffectiviteit van de inzet van hulphonden bij mensen met PTSS.

### **Behandeling PTSS**

Het team Zinnige Zorg PTSS onderzoekt welke behandelingen mensen met PTSS in de praktijk precies ontvangen. Cognitieve gedragstherapie (CGT) en EMDR zijn de eerste keus behandelingen voor PTSS. Uit dit onderzoek blijkt dat slechts 39% van de mensen in de specialistische GGZ met een hoofddiagnose PTSS cognitieve gedragstherapie (CGT) of EMDR krijgt. Dit is onderzocht over de periode 2015 t/m 2018.

Het onderzoek leidt tot de volgende conclusies en aanbevelingen:

- ❖ Het percentage mensen met PTSS dat een traumagerichte behandeling krijgt is lager dan gewenst. Het vraagt om een inspanning om dit percentage omhoog te krijgen.
- ❖ De richtlijn PTSS is uit 2009 en verouderd. Deze dient herzien te worden, zodat professionals, patiënten en verzekeraars weten wat goede zorg is voor deze groep.
- ❖ De Zorgstandaard Psychotrauma is nog niet opgeleverd. Het is ook van belang dat deze wordt gepubliceerd.
- ❖ Het is van belang dat er actuele patiënteninformatie beschikbaar komt.
- ❖ Het is heel moeilijk om te achterhalen welke interventie een patiënt ontvangen heeft. Afdelingen hebben zelf meestal ook beperkt zicht op welke zorg precies verleend wordt.

De aanwezigen zijn verbaasd over het lage percentage cliënten dat een traumagerichte behandeling ontvangt (39%) en vragen zich af welke factoren hierbij een rol spelen. Dit zal in de implementatiefase van Zinnige Zorg nader onderzocht worden, maar bekend is o.a. dat vermijding bij de patiënt en de behandelaar een rol kunnen spelen. Genoemd wordt dat er zowel sprake kan zijn van onder- als overregistratie van CGT en EMDR, er wordt niet altijd correct geregistreerd. Men is het ermee eens dat de richtlijn PTSS herzien dient te worden, met name de NVvP benadrukt dit belangrijk te vinden.

Besproken wordt dat het van belang is dat zaken als richtlijnen en standaarden actueel en beschikbaar zijn, maar dat dit nog niet betekent dat de zorg er in de praktijk beter van wordt. Dus dat dit weliswaar belangrijke aanbevelingen zijn, maar dat de nadruk zou in de implementatiefase moeten liggen op de praktijk.

Andere onderwerpen die aan de orde komen zijn de herkenning van PTSS, de invloed van co-morbiditeit op de herkenning en behandeling van PTSS. De belangrijkste aanbevelingen:

- ❖ Vergroot de kennis over het vóórkomen én het missen van PTSS
- ❖ Ontwikkel een multidisciplinaire richtlijn/generieke module diagnostiek, waarin onder andere aandacht is voor het uitvragen van trauma
- ❖ Wijs ook in de NHG-standaard Depressie op het uitvragen van trauma
- ❖ Vergroot de kennis over PTSS & veelvoorkomende co-morbiditeit en hoe dit te behandelen

De aanbeveling om een generieke module diagnostiek te ontwikkelen wordt in het algemeen

positief ontvangen. AKWA geeft aan dat hierover reeds gesprekken lopen met o.a. MIND en de NVvP. Ten slotte worden kort de nog lopende onderzoeken toegelicht: het gebruik van medisch specialistische zorg door mensen met PTSS, de uitwisseling tussen GGZ en huisartsen (brieven bij o.a. intake en afsluiting behandeling) en het onderzoek naar benzodiazepinegebruik door mensen met PTSS.

Ten aanzien van het onderzoek naar benzodiazepinegebruik kaart de KNMP aan dat er ook een probleem bestaat wat betreft de terugkoppeling aan de apotheek. Ze geven aan dat apothekers wel een startrecept ontvangen, maar geen stoprecept. Dit laatste zou erg helpend zijn om het probleem met benzodiazepinen en breder, met polyfarmacie, aan te pakken.

### **Workshop Psychose**

Ook hier worden de adviescommissieleden en in het bijzonder de ervaring van cliënten en naasten bedankt voor hun inbreng. Concrete voorbeelden van deze inbreng zijn: het advies om in de rapportage aandacht te besteden aan schizofrenie versus psychosegevoeligheid en het advies om in onderzoek naar labonderzoek te kijken in plaats van de gehele somatische screening.

### **Behandeling Psychose**

Het team Zinnige Zorg Psychose onderzocht in de periode van 2014 tot 2018 welke behandelingen mensen met schizofrenie in behandeling van de specialistische GGZ in de praktijk precies ontvangen. Uit dit onderzoek blijkt dat slechts 20% van de mensen cognitieve gedragstherapie als behandeling ontvangt, een nog kleiner ontvangt de aanbevolen 16 sessies. Daarnaast ontvangt slechts 29% van de mensen met schizofrenie jaarlijks labonderzoek, het grootste deel wordt aangevraagd door de huisarts.

Het onderzoek leidt tot de volgende conclusies en aanbevelingen:

- ❖ Het percentage mensen met schizofrenie dat CGT als behandeling krijgt is lager dan gewenst. Het vraagt om een inspanning om dit percentage omhoog te krijgen.
- ❖ Het percentage mensen met schizofrenie dat jaarlijks een somatische screening ontvangt is lager dan gewenst. Het vraagt om een inspanning om dit percentage omhoog te krijgen.
- ❖ Mensen met schizofrenie zijn niet als risicogroep opgenomen in de NHG standaard cardiovasculair risicomanagement terwijl de huisarts een belangrijke rol speelt in de somatische zorg voor deze groep mensen. Het is belangrijk om dit alsnog te doen zodat professionals, patiënten en verzekeraars weten wat goede zorg is voor deze groep.
- ❖ Het is van belang dat er actuele informatie beschikbaar komt voor cliënten en zijn/haar naasten.
- ❖ Het is heel moeilijk om te achterhalen welke interventie een patiënt ontvangen heeft. Afdelingen hebben zelf meestal ook beperkt zicht op welke zorg precies verleend wordt.

De aanwezigen herkennen de onderzoeksresultaten als staande praktijk en noemen een aantal oorzaken. Er wordt benoemd dat psychologische behandeling niet altijd de eerste prioriteit heeft bij mensen met schizofrenie, er is veel sprake van maatschappelijke problematiek waaronder huisvesting en schulden. Daarnaast zijn er niet overal voldoende mensen om CGT uit te voeren. Vanuit P3NL wordt aangegeven dat er voor de behandeling met CGT is nagedacht over een plan van aanpak en dat er gesprekken zijn met verschillende partijen, waaronder GGZ NL. Voor de somatische screening wordt benadrukt dat het gaat om ketenzorg die je regionaal vorm moet kunnen geven. Vanuit de KNMP wordt genoemd dat ze een belangrijke rol spelen in de farmacotherapeutische zorg voor mensen met schizofrenie en denken graag mee over de rol van de apotheker in de somatische screening, ook wordt er vanuit de KNMP een richtlijn cardiovasculair risicomanagement ontwikkeld. Vanuit de NHG/LHV wordt benoemd dat het huisartsen gaat helpen als mensen met schizofrenie zijn opgenomen als risicogroep in de NHG standaard cardiovasculair risicomanagement.

Als reactie op de focus van behandeling geven de deelnemers aan dat ze graag ook andere onderwerpen onderzocht gezien hadden, bijvoorbeeld maatschappelijke problematiek. Daarnaast wordt aangegeven dat mensen niet alleen de 1<sup>ste</sup> of 2<sup>de</sup> aanbevolen behandeling uit de richtlijn ontvangen met het verzoek om in de rapportage duidelijk te maken wat mensen met schizofrenie naast CGT en somatische zorg nog meer ontvangen hebben. De NVvP benadrukt dat het wenselijk

is de analyse van het Zorginstituut te delen met werkgroepen die zich bezig houden met richtlijn ontwikkeling.

### **Gezamenlijke afsluiting**

Er wordt teruggeblikt op de workshops. Herhaald wordt dat de vanavond besproken aanbevelingen allemaal van belang zijn, maar verzocht wordt om in de implementatiefase vooral te focussen op de aanbevelingen die zich richten op verandering in de praktijk. De beschikbaarheid van actuele richtlijninformatie is uiteraard ook belangrijk, maar ondersteunend aan de voorgestelde verbeteringen. Er wordt genoemd dat het jammer is dat de jeugdzorg buiten de kaders van dit programma valt, omdat vroege interventies zo essentieel zijn. Aangevuld wordt dat dit ervoor pleit om te handhaven hoe er nu gewerkt wordt ten aanzien van richtlijnen/standaarden: hierin wordt de zorg voor alle leeftijden beschreven, zonder schotten.

Tot slot wordt toegelicht wat de vervolgstappen van dit programma zijn:

- ❖ November 2019: verslag van deze bijeenkomst
- ❖ December 2019: van verbeterdoelen naar afspraken
- ❖ Eind januari 2019: consultatie Verbetersignalement
- ❖ Maart 2019: vaststellen Verbetersignalement
- ❖ April 2019: start implementatiefase

De voorzitter bedankt alle deelnemers voor hun aanwezigheid en inzet.



Zorginstituut Nederland

# ZINNIGE ZORG BIJENKOMST ZORGINSTITUUT NEDERLAND

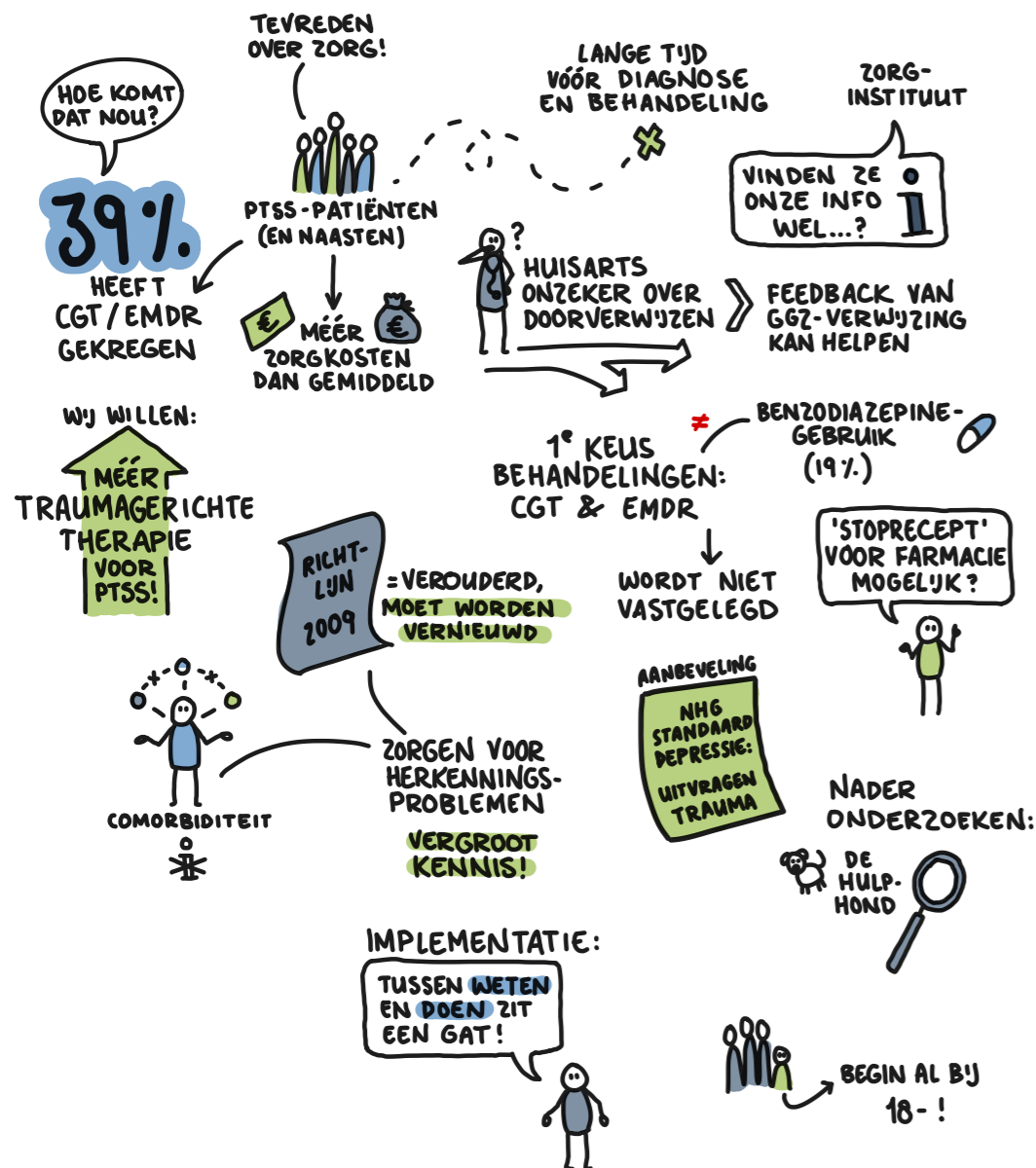
06-11-2019

NIET MEER DAN NODIG  
NIET MINDER DAN NOODZAKELIJK

## PRESENTATIE ONDERZOEKSRESULTATEN

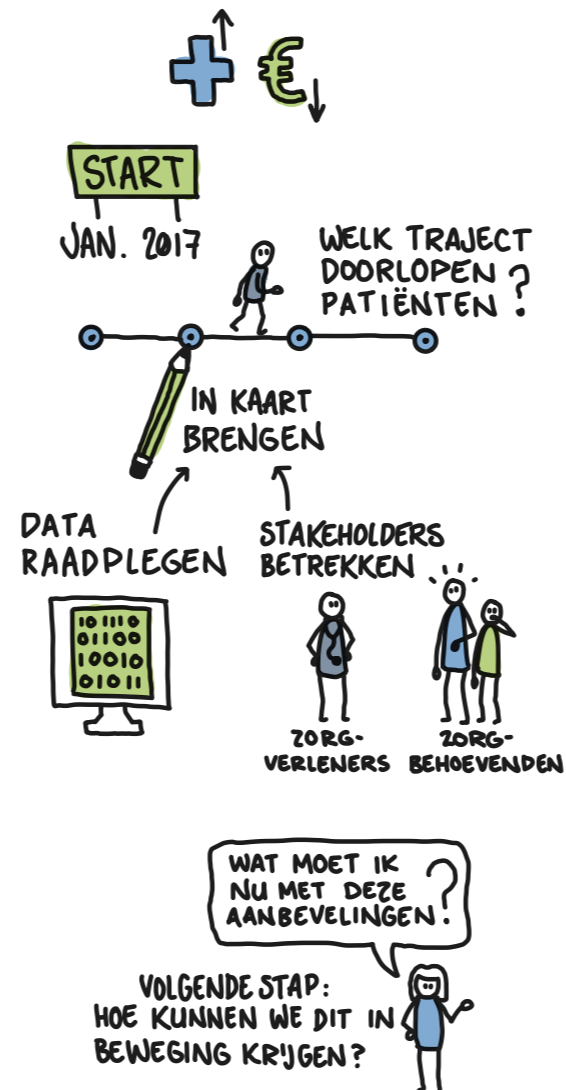


# PTSS



## TERUGBLIK ZINNIGE ZORG

DOEL: NOODZAKELIJKE & BEWEZEN EFFECTIEVE ZORG



# PSYCHOSE

