

**CELSUS**  
ACADEMIE VOOR  
BETAALBARE  
ZORG



Onderzoeksrapport

**De relatie tussen behandelduur en behandelsucces  
in de GGZ**

# De relatie tussen behandelduur en behandelsucces in de GGZ

## **Projectgroep**

Dr. Edwin Oberjé

Dr. Marit Tanke

Wieteke van Dijk, Msc

Prof. dr. Patrick Jeurissen

## **Correspondentie**

Celsus, academie voor betaalbare zorg

Postbus 9101 (route 114)

6500 HB Nijmegen

T: +31(0)24 3615305

E: [info@celsusacademie.nl](mailto:info@celsusacademie.nl)

Nijmegen, 12 april 2016

## Inhoud

Managementsamenvatting .....	4
1    Waarom dit onderzoek? .....	6
Doelmatige GGZ op de agenda.....	6
Vraagstelling: mogelijkheden voor doelmatige ‘afschaling’ in de specialistische GGZ? .....	6
Afbakening.....	7
Werkwijze .....	7
Leeswijzer .....	8
2    Nederlandse GGZ in internationaal perspectief.....	9
Ruim aanbod geestelijke gezondheidszorg .....	9
Veel bedden .....	10
Relatief weinig eerstelijns behandeling .....	10
Hoge kosten per patiënt met schizofrenie .....	11
3    Kwantitatieve verkenning relatie behandelminuten en behandel-effectiviteit.....	13
Relatie behandelduur en effectiviteit: verkenning van de data.....	14
Kans op gezondheidsverbetering .....	15
Depressie en schizofrenie.....	19
Verkenning mogelijkheden ‘afschaling’ .....	21
4    Kwalitatieve verkenning relatie behandelminuten, behandelkwaliteit en praktijkervaringen ....	26
Meer effect door doelgericht werken en beter toepassen van bestaande kennis.....	26
Afsluiten van behandelingen met weinig tot geen toegevoegde waarde .....	29
Efficiënte inzet behandelaren .....	35
Conclusies.....	37
5    Conclusies.....	38
Belangrijkste bevindingen .....	38
Oplossingsrichtingen tot doelmatig afschalen .....	40
Methodologische kanttekeningen .....	43
6    Bijlagen .....	44
Bijlage 1: Klankbordgroep leden .....	44
Bijlage 2: Verschil tussen aanbieders per diagnosegroep.....	45
Bijlage 3: Wat staat er in de behandelrichtlijnen over het aanbevolen aantal sessies?.....	48
7    Referenties .....	50

## Managementsamenvatting

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft Celsus, academie voor betaalbare zorg gevraagd te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn voor het 'afschalen' van behandelingen in de specialistische GGZ: het verminderen van de totale behandeltime per patiënt zonder verlies van effect van de behandeling. Doel is in kaart te brengen wat bekend is over de relatie tussen de duur van de behandeling en de kans op een succesvolle uitkomst in de specialistische GGZ. De achterliggende gedachte is dat sommige behandelingen te lang doorgaan zonder dat daarmee nog (substantiële) gezondheidswinst wordt geboekt. In een situatie van budgettaire schaarste kan dit andere behandelingen met een hogere kosteneffectiviteit en gezondheidswinst 'verdringen'. De focus ligt op drie vragen:

1. Wat is er bekend over de relatie tussen aantal behandelminuten en behandeluitkomst?
2. Waar liggen kansen voor 'afschalen'?
3. Hoe wordt in de praktijk omgegaan met 'afschalen' van het aantal behandelminuten?

Dit rapport beantwoordt deze vragen met behulp van een kwantitatieve analyse naar de relatie tussen aantal behandelminuten en behandeluitkomsten (GAF score) en met een kwalitatieve analyse van literatuur, interviews en een klankbordgroep. Data en gegevens in dit rapport hebben betrekking op de ambulante curatieve gespecialiseerde GGZ voor patiënten tussen 18 en 65 jaar. In overleg met de opdrachtgever is verder besloten om te focussen op een drietal aandoeningen, namelijk: (1) schizofrenie, (2) depressie, en (3) angststoornissen (uitgesplitst naar OCS, GAS en PTSS). De resultaten van de behandeling worden bepaald aan de hand van het verschil in GAF-score tussen begin en eind van de behandeling. De GAF-score is een maat waarmee het psychisch, sociaal, en beroepsmatig functioneren van een persoon wordt gescoord op een schaal van 0 tot 100. GAF staat voor Global Assessment of Functioning.

De belangrijkste conclusies uit dit rapport zijn:

**Overgrote deel behandelingen leidt tot winst in GAF:** Dit onderzoek maakt duidelijk dat het totaal van de behandelingen in de extramurale geneeskundige geestelijke gezondheidszorg heeft geleid tot winst in GAF op populatieniveau. De winst in GAF is het hoogst bij de gegeneraliseerde angststoornissen en het laagst bij schizofrenie.

**De meeste patiënten krijgen een hoeveelheid zorg die overeenkomt met de richtlijn. Een kleine groep patiënten ontvangt veel meer zorg:** het gemiddelde aantal behandelminuten schommelt op jaarbasis tussen 1100 minuten (gegeneraliseerde angststoornis) en 1900 minuten (schizofrenie). Voor zover er aanbevelingen over aantal behandelingen in de richtlijnen staan lijkt het grootste deel van de patiënten een hoeveelheid zorg te krijgen die in de buurt ligt van wat de richtlijnen aanbevelen. Daarnaast bestaat er een relatief kleine groep die heel veel zorg krijgt. Bijna 40% van de uitgaven gaat naar de 13% patiënten waarvoor meer dan 3000 minuten per jaar wordt gedeclareerd. De kans op verbetering van het functioneren bij deze groep is zeker niet hoger dan voor patiënten die korter behandeld worden.

**Beschikbare tijd kan efficiënter ingezet worden voor behandelcontact:** uit interviews komen verschillende manieren naar voren om de beschikbare tijdefficiënter in te zetten. Behandeltime kan efficiënter benut worden door het inzetten van nieuwe, meer doelmatige behandelvormen en – methoden, zoals groepstherapieën en blended therapy (combinatie van individuele therapie, E-health en zelfmanagement).

**Behandelaren staan positief ten opzichte van meer doelmatige zorg, maar zien ook barrières:** zowel uit de interviews als uit klankbordgroepbijeenkomst blijkt dat veel behandelaren positief staan tegenover het doelmatig 'afschalen' van zorg. Tegelijkertijd noemen behandelaren ook een aantal barrières: dat het vaak onduidelijk is wanneer een behandeling (blijvend) effectief is, dat de richtlijnen weinig houvast bieden voor afsluiten van een behandeling; dat het afsluiten op korte termijn meer administratie vergt dan doorbehandelen; en dat zowel behandelaar als patiënt er niet altijd gerust op zijn dat een patiënt terug kan komen. Daarnaast wordt benadrukt niet alle langdurige behandelingen 'zonder' gezondheidswinst zijn ineffectief. Het behandeldoel kan namelijk ook zijn dat er *geen gezondheidsverlies* optreedt of dat zorgwekkende neveneffecten worden voorkomen.

Uit de interviews en data-analyse komen verschillende oplossingsrichtingen naar voren om te komen tot doelmatige 'afschaling' in de ambulante specialistische GGZ. Deze zijn:

**Focus op langsturende trajecten:** de afgelopen jaren is er veel beleid ingezet op het doelmatiger behandelen van patiënten in kortdurende trajecten, in de basis-GGZ en via de POH GGZ. Tegelijkertijd zien we in de specialistische GGZ een groep patiënten die langdurig in behandeling is en relatief weinig gezondheidswinst bereikt. De vraag is of al deze patiënten het best op hun plaats zijn in de specialistische GGZ.

**Bevorderen van gepast gebruik via richtlijnen, opleiding en evaluatie van behandelingen :** in de huidige richtlijnen is weinig aandacht voor doelmatig behandelen, periodieke evaluatie en afschalen/afsluiten van behandeling. Aandacht hiervoor in de richtlijnen en opleiding kan behandelaren de benodigde handvatten geven om te sturen op doelgerichte en gepaste zorg.

**Stimuleren van gepaste en doelmatige zorg via bekostiging en contracteerproces:** in een ideale situatie ondersteunt het bekostigingsmodel de inhoudelijke koers en gepaste gebruik van zorg. De huidige bekostigingswijze doet dit nog onvoldoende. Wij adviseren om te onderzoeken hoe de bekostigingsvorm beter kan aansluiten op de gewenste situatie, in het bijzonder het wegnemen van ongewenste prikkels tot doorbehandelen en belemmeringen bij doelmatig 'afschalen' van zorg.

Tot slot bevelen we aan nieuw beleid te toetsen in proeftuinen. De doelen zoals hierboven beschreven kunnen alleen bereikt worden door samenwerking door veel verschillende partijen: professionals, zorgaanbieders, verwijzers, zorgverzekeraars, gemeenten, etc. De verschillende partijen zijn nog bezig hun rol te vinden in de werkwijze zoals deze sinds een paar jaar geldt. Proeftuinen kunnen helpen om dit spel beter op de rails te krijgen. In deze proeftuinen kunnen aanbieders en verzekeraars ook experimenteren met het terugdringen van administratieve lasten zodat de beschikbare tijd optimaal ten goede komt aan de behandeling van de patiënt.

# 1 Waarom dit onderzoek?

## Doelmatige GGZ op de agenda

Veel mensen kampen met psychische aandoeningen. Het NEMESIS onderzoek stelt dat het elk jaar gaat om bijna twintig procent van de bevolking tussen de 18 en 64 jaar [1]. Om deze mensen te helpen of te genezen is veel geld nodig [2]. Op jaarbasis hebben we het dan naar schatting over ongeveer 6½ miljard euro<sup>i</sup>. Na jaren van snelle stijgingen is kostenstijging van de curatieve geestelijke gezondheidszorg sinds 2012 sterk afgevlakt [2,3].

Binnen de geneeskundige GGZ ging de afvlakking van deze kostenstijging gepaard met minder behandelingen<sup>ii</sup>. In de afgelopen vier jaar is het aantal patiënten dat in de specialistische GGZ werd behandeld afgenomen met ongeveer 20-25% [4]. Deze zorgvraag is (deels) verschoven naar de nieuwe basis GGZ. In de specialistische GGZ is de behandelintensiteit per patiënt (mede hierdoor) behoorlijk toegenomen [4].

Inspanningen voor doelmatige zorgverlening blijven nodig. Temeer omdat nog steeds sprake is van onderbehandeling bij bepaalde groepen [5]. Dit rapport brengt in kaart wat we weten over de relatie tussen de duur van de behandeling en de kans op een succesvolle uitkomst.

## Vraagstelling: mogelijkheden voor doelmatige ‘afschaling’ in de specialistische GGZ?

VWS heeft Celsus, academie voor betaalbare zorg gevraagd te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn voor het ‘afschalen’ van behandelingen. Onder ‘afschalen’ verstaan wij: het verminderen van de totale behandelingsduur per patiënt in de specialistische GGZ zonder dat het effect van de behandeling eronder lijdt. De achterliggende gedachte is dat sommige behandelingen te lang doorgaan zonder dat daarmee (substantiële) gezondheidswinst wordt geboekt of gezondheidsverlies wordt voorkomen [6]. In een situatie van budgettaire schaarste kan dit bovendien andere behandelingen met een hogere kosteneffectiviteit en gezondheidswinst ‘verdringen’.

Deze inventariserende studie kent twee hoofddoelen. Ten eerste onderzoeken we de relatie tussen het aantal minuten per DBC en behandeluitkomsten. We proberen met name inzicht te krijgen in welke mate meer (intensiever) behandelen tot extra gezondheidswinst leidt. Op de tweede plaats onderzoeken we welke strategieën voor ‘afschaling’ van het aantal minuten per DBC mogelijk zijn en in hoeverre deze in de praktijk worden toegepast. De doelen van dit onderzoek worden vertaald in de onderstaande drie onderzoeksvragen:

- 1) Wat is er bekend over de relatie tussen het aantal behandelminuten en behandeluitkomst?
- 2) Waar liggen kansen voor ‘afschalen’ van het aantal behandelminuten?
- 3) Hoe wordt in de praktijk omgegaan met ‘afschalen’ van het aantal behandelminuten?

---

<sup>i</sup> De curatieve geestelijke gezondheidszorg beslaat ongeveer € 4.1 miljard; en de langdurige geestelijke gezondheidszorg € 1.6 miljard (2014). Daarnaast zijn er nog aanzienlijke uitgaven voor extramurale geneesmiddelen, de eerste lijn en de basis GGZ, de kinderpsychiatrie, persoonsgebonden budgetten (vooral voor kinderen met autismespectrum stoornissen) en de publieke gezondheid.

<sup>ii</sup> XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport Rijksbegroting 2016, pp 145.

## Afbakening

De data en gegevens in dit rapport hebben betrekking op de ambulante curatieve gespecialiseerde GGZ voor patiënten tussen 18 en 65 jaar. De resultaten zijn dus niet direct te generaliseren naar andere doelgroepen, zoals kinderen, mensen die kortdurende zorg met verblijf ontvangen of langdurig worden opgenomen. In overleg met de opdrachtgever is verder besloten om te focussen op een drietal aandoeningen, namelijk: (1) schizofrenie, (2) depressie, en (3) angststoornissen. Binnen de categorie van de angststoornissen kijken we specifiek naar de gegeneraliseerde angststoornis (GAS), de posttraumatische stress stoornis (PTSS) en de obsessief compulsieve stoornis (OCS). We hebben voor deze selectie gekozen omdat we daarmee een breed palet aan zorgintensiteit bestrijken en omdat er behandelrichtlijnen beschikbaar zijn. In het totaal werd aan de curatieve GGZ voor deze vijf aandoeningen circa € 530 miljoen besteedt in 2013 (eigen berekeningen). In de hele extramurale specialistische geestelijke gezondheidszorg gaat circa € 1.7 miljard om. Tot slot is in onderling overleg gekozen om met name te kijken naar de potentiële bijdrage die instellingen, managers en behandelaren kunnen bieden aan doelmatig 'afschalen' van zorg.

Het kwantitatieve deel van dit onderzoek heeft betrekking op de periode 2008 tot en met 2013. Dit betekent dat de consequenties van de introductie van de basis GGZ op 1 januari 2014 niet in dit rapport zijn meegenomen. Het ligt echter in de rede om te verwachten dat een deel van de kortdurende behandelingen uit de gespecialiseerde GGZ inmiddels zijn verschoven naar de basis GGZ. In de basis GGZ gaat inmiddels ruim € 200 miljoen om. Deze verschuivingen kunnen de doelmatigheid van GGZ hebben vergroot<sup>iii</sup>, maar dat valt buiten het bestek van deze studie.

## Werkwijze

### Kwantitatief onderzoek

Het kwantitatieve deel van deze studie is gebaseerd op een notitie die het Centraal Planbureau (CPB) op verzoek van het ministerie van VWS heeft uitgebracht. Het CPB gebruikt in die notitie GGZ data, zoals informatie over DBC's en GAF-scores, die afkomstig zijn van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De specifieke analyses met de data zijn met het oog op de betrouwbaarheid van de gegevens door het CPB gedaan. Celsus en het CPB hebben de analyses in de notitie samen afgestemd en geïnterpreteerd. De volledige CPB notitie is sinds 11 maart 2016 terug te vinden op <http://www.cpb.nl/publicatie/relatie-behandelduur-en-gaf-scores-in-de-ggz>.

### Kwalitatief onderzoek

Voor het kwalitatieve deel van deze studie hebben we gebruik gemaakt van vier databronnen. Op de eerste plaats heeft een literatuurstudie plaatsgevonden naar de ervaringen met het 'afschalen' van de behandelduur en de positie van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg binnen de internationale context. Op de tweede plaats zijn bestaande multidisciplinaire richtlijnen bestudeerd om beter inzicht te krijgen in gepaste zorg voor patiënten met psychische aandoeningen [7]. Daarbij

---

<sup>iii</sup> Deze conclusie berust op bevindingen die betrekking hebben op drie deelnemende regio's en de betrokken aanbieders daarbinnen. Op basis van deze bevindingen is het niet mogelijk om de resultaten te generaliseren naar landelijk niveau. Dit onderzoek werd uitgevoerd door KPMG [3].

is vooral gekeken naar het aanbevolen aantal behandelsessies. Ten derde zijn interviews gehouden met managers en behandelaren van instellingen om nader inzicht te krijgen in specifieke strategieën die gebruikt worden om doelmatig te behandelen. Praktijkervaringen en de mogelijkheden tot implementatie van evidence-based afschalingsstrategieën stonden centraal. De geïnterviewden zijn werkzaam bij GGZ Delfland, Arkin, Indigo en Pro Persona. Daarnaast is één vrijgevestigde psychiater geïnterviewd. Tot slot is er een klankbordgroep geformeerd. Deze bestond uit deskundigen die op persoonlijke titel meedachten en kritisch reflecteerden op de bevindingen. Bijlage 1 bevat de namen van de leden van de klankbordgroep.

### **Leeswijzer**

Dit rapport bestaat uit vijf hoofdstukken, naast een Management Samenvatting. Het eerste hoofdstuk bespreekt het waarom van dit onderzoek, de vraagstelling en de methodologie. Hoofdstuk 2 geeft een korte typering van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg in relatie tot die in andere landen. Hoofdstuk 3 presenteert de resultaten van het kwantitatieve deel van dit onderzoek. Hier wordt de relatie tussen aantal behandelminuten en behandeluitkomsten in kaart gebracht. Hoofdstuk 4 bespreekt de bevindingen van het kwalitatieve deel van dit onderzoek (literatuurstudie, interviews en klankbordgroep). De praktijkervaring staat centraal. In dit hoofdstuk worden ook de mogelijke strategieën voor 'afschaling' van aantal behandelminuten in kaart gebracht. Hoofdstuk 5 bevat de belangrijkste bevindingen, aanbevelingen en conclusies.



## 2 Nederlandse GGZ in internationaal perspectief

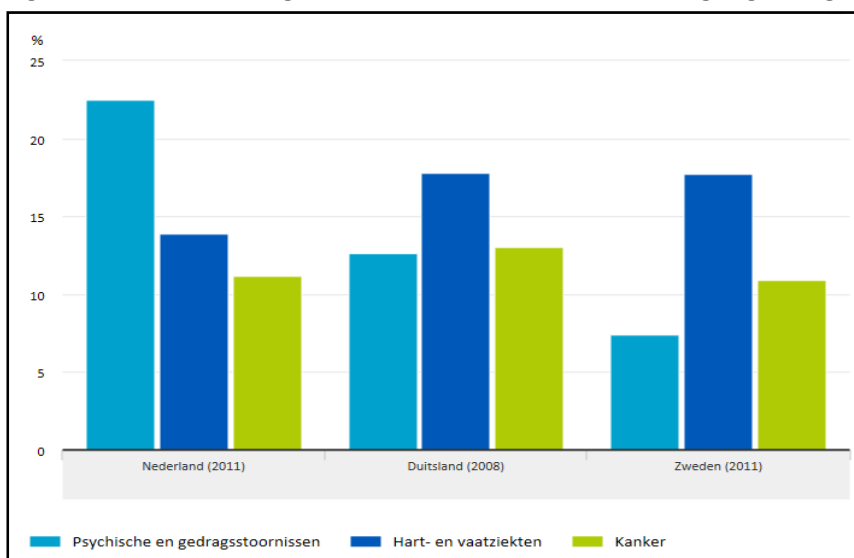
Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de GGZ zorgkosten in Nederland in relatie tot andere westerse landen. De gegevens komen uit twee recent gepubliceerde rapporten van de Organization for Economic Co-operation and Development (OECD): 'Health at a Glance 2015' en 'Making Mental Health Count' [8,9] en uit het persbericht hierover waarin het CBS de achtergrondinformatie voor Nederland uitgebreider heeft uitgewerkt [10]. De conclusie van deze studies is dat het Nederlandse GGZ stelsel in vergelijking tot andere Europese landen een ruim aanbod heeft met relatief hoge kosten. Dat laatste wordt mede veroorzaakt omdat (tot voor kort) in de Nederlandse GGZ in vergelijking relatief veel intramurale zorg plaatsvindt, met relatief weinig behandelingen in de eerste lijn.

De kosten per patiënt in Nederland voor angststoornissen en stemmingsstoornissen zijn vergelijkbaar met die van andere ontwikkelde landen in Europa; de kosten voor behandeling van schizofrenie liggen iets hoger. In de literatuur is geen informatie bekend over internationale verschillen in gemiddeld aantal behandelminuten. Er is enig bewijs dat de hogere kosten voor GGZ in ons land meer samenhang lijken te hebben met volume dan met prijs [11].

### Ruim aanbod geestelijke gezondheidszorg

Nederland besteedt vrij veel aan kortdurende opnames voor psychische problemen en voor gedragsstoornissen. Mede daarom heeft Nederland in vergelijking tot andere westerse samenlevingen 'een ruim en open aanbod aan psychische behandelingen' [11]. Van elke euro die in de gezondheidszorg wordt uitgegeven, gaat in Nederland 21 cent naar de behandeling van psychische klachten. Gemiddeld is dat in westerse economieën 9 cent. Duitsland geeft 13 cent per euro uit en Zweden 7 cent. Daarbij past wel de nuancering dat in de cijfers voor ons land ook de kosten voor verstandelijk gehandicaptenzorg en dementie zijn opgenomen, terwijl die in Duitsland en Zweden deels op de algemene middelen drukken.

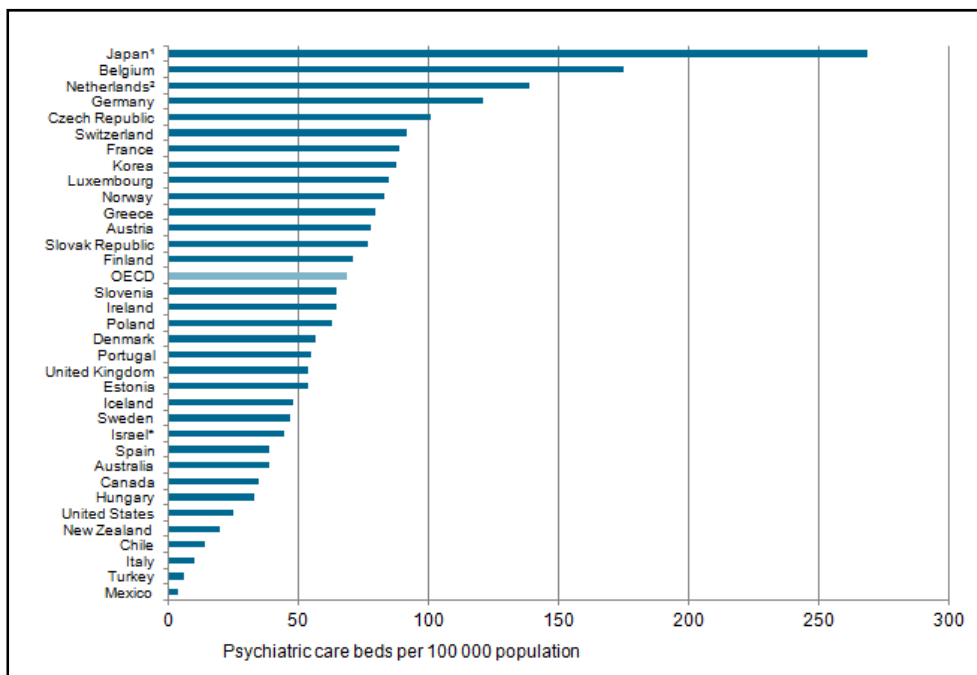
Figuur 2.1: Een relatief groot aandeel van Nederlandse zorguitgaven gaat naar de GGZ <sup>Bron: CBS [11]</sup>



## Veel bedden

Veel GGZ zorg vindt intramuraal plaats. Nederland heeft 140 psychiatrische bedden per 100.000 inwoners. Dit is ongeveer 2 tot 3 keer zoveel als het OECD gemiddelde. Alleen Japan en België hebben met respectievelijk 265 en 170 psychiatrische bedden per 100.000 inwoners een hoger aantal. Italië heeft het laagste aantal met 10 psychiatrische bedden per 100.000 inwoners [9]. Hierbij moet worden opgemerkt dat het aantal psychiatrische bedden in Nederland de afgelopen jaren geleidelijk gedaald is. In veel andere landen is het aantal bedden echter nog sterker gedaald dan in Nederland. Momenteel lijkt er echter wel sprake van een inhaalslag. Intramurale zorg wordt vaak verbonden aan acute behandeling of langdurige verzorging met verblijf.

Figuur 2.2: Wereldwijde verschillen in het beschikbare aantal psychiatrische bedden Bron: CBS [11]



Bron: CBS [11]

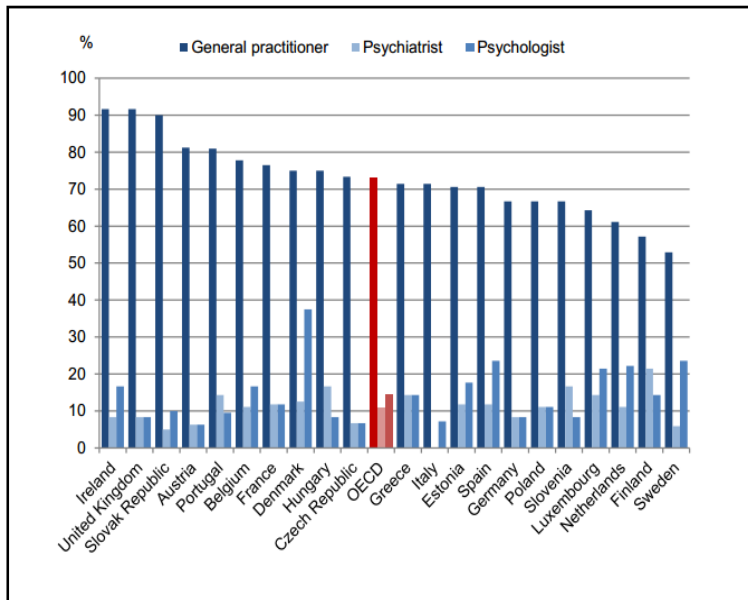
## Relatief weinig eerstelijns behandeling

De prevalentie van ernstige mentale aandoeningen is veel lager dan van lichte tot matige aandoeningen, maar er worden substantieel meer zorgkosten gemaakt voor de zware aandoeningen [9]. Specialistische patiëntenzorg wordt in toenemende mate verplaatst van een instelling naar de eerste lijn en naar specialistische ambulante zorg. Ondanks deze ambulantisering is de totale hoeveelheid klinische zorg veelal niet afgenomen. In Nederland is dit proces relatief recent opgestart. De intramurale capaciteit wordt afgebouwd en het doel is dat GGZ de zorgvraag ambulant opvangt.

Figuur 2.3 laat het percentage patiënten met psychische klachten zien dat wordt behandeld door huisarts, psychiater of psycholoog [9]. In het Verenigd Koninkrijk werd in 2010 meer dan 90% van de patiënten behandeld in de eerstelijns zorg. In Nederland was dit 60%. Het OECD-gemiddelde lag rond de 70%. Zweden scoorde het laagst van alle OECD-landen met 50%. De recente hervormingen in de Nederlandse GGZ leidt tot de verwachting dat het percentage eerstelijns GGZ behandeling inmiddels

is gestegen en dat het blijft stijgen [12]. Sinds 2014 heeft de huisarts een cruciale rol gekregen binnen de GGZ. De huisarts signaleert, behandelt, of verwijst mensen naar de basis GGZ of de Specialistische GGZ. De huisarts krijgt hierbij ondersteuning van de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ). Het aanbieden van E-health behoort ook tot de mogelijkheden. Deze eerstelijns behandeling wordt gezien als een goedkope maar effectieve aanvulling op de basis GGZ.

Figuur 2.3: Geraadpleegde professionals bij psychische problemen in 2010



Bron: OECD, 2011 [9]

### Hoge kosten per patiënt met schizofrenie

Internationaal gezien is de prevalentie van psychische aandoeningen vergelijkbaar tussen landen. Tabel 2.1 laat zien dat Nederland, België, Zweden en Duitsland evenveel patiënten gediagnosticeerd worden met schizofrenie, stemmingsstoornissen en angststoornissen. Alleen Duitsland heeft een marginaal hoger aantal patiënten per inwoner. Ook de kosten per patiënt in de GGZ zijn vergelijkbaar tussen landen. Het is opvallend dat Nederland relatief veel betaalt per patiënt met schizofrenie (zie tabel 2.2). Met €25,300 per patiënt per jaar steekt Nederland boven België, Zweden en Duitsland uit.

Tabel 2.1: Internationale prevalentie van psychische aandoeningen in 2010

Land	Schizofrenie	Stemmingstoornissen	Angststoornissen
Nederland	160,000 (1 per 100 inwoners)	1,050,000 (6 per 100 inwoners)	2,190,000 (13 per 100 inwoners)
België	100,000 (1 per 100 inwoners)	690,000 (6 per 100 inwoners)	1,440,000 (13 per 100 inwoners)
Zweden	90,000 (1 per 100 inwoners)	600,000 (6 per 100 inwoners)	1,240,000 (13 per 100 inwoners)
Duitsland	820,000 (1 per 100 inwoners)	5,410,000 (7 per 100 inwoners)	11,100,000 (14 per 100 inwoners)

Bron: Gustavsson et al. 2010 [10]

Tabel 2.2: Internationale verschillen in kosten per patiënt in 2010

<b>Land</b>	<b>Schizofrenie</b>	<b>Stemmingsstoornissen</b>	<b>Angststoornissen</b>
Nederland	€25,300	€3420	€1390
België	€22,500	€3870	€1250
Zweden	€21,700	€3790	€1270
Duitsland	€19,100	€4540	€1350

Bron: Gustavsson et al. 2010 [10]

### 3 Kwantitatieve verkenning relatie behandelminuten en behandel-effectiviteit

De behandelduur is verzameld in termen van het aantal behandelminuten per DBCs en de behandel-effectiviteit in termen van GAF.

#### Definities

##### *DBC*

DBC staat voor Diagnose Behandeling Combinatie. In de geestelijke gezondheidszorg bevat een DBC het behandeltraject tot maximaal 365 kalenderdagen voor een specifieke diagnose<sup>iv</sup>. De DBC vormt de basis voor de declaratie bij de zorgverzekeraar. Een DBC is opgebouwd uit patiëntgerichte activiteiten, verblijfsdagen, dagbesteding, verrichtingen en de daaraan bestede tijd of aantallen. In dit onderzoek beperken we ons tot extramurale DBC's. Aan behandel- en verblijfsprestaties zijn tarieven verbonden. Deze worden door de NZa vastgesteld.

##### *Behandelminuten per DBC*

De tariefstelling van de DBC's is gebaseerd op het aantal behandelminuten. De behandelminuten per DBC worden gemeten aan de hand van tijdsregistraties. In deze registraties wordt onderscheid gemaakt tussen directe tijd en indirecte tijd. Directe tijd bevat bijvoorbeeld de intake, diagnose en individuele (telefonisch, via het internet, of face-to-face) of groepstherapie. Indirecte tijd bestaat uit administratietijd, reistijd en multidisciplinair overleg (binnen de organisatie, maar ook daarbuiten met bijvoorbeeld mantelzorgers, politie en woningbouwverenigingen). Bij een groepsbehandeling wordt de totale tijd verdeeld over het aantal patiënten dat deelneemt in sessies.

##### *Behandeluitkomsten*

In dit rapport wordt onder 'behandeluitkomsten' verstaan: de uitkomsten gemeten aan de hand van GAF-scores. Dit is een maat waarmee het psychisch, sociaal, en beroepsmatig functioneren van een persoon wordt gescoord op een schaal van 0 tot 100. GAF staat voor Global Assessment of Functioning en is onderdeel van de DSM-IV, dat gebruikt wordt voor diagnosticeren van psychische aandoeningen. Mensen met 'alledaagse' problemen scoren hoog, maar mensen met psychische en/of sociale problemen scoren lager. De GAF-score wordt beoordeeld door de behandelaar. Dit gebeurt (1) bij opening van een DBC; en (2) na afsluiting van een DBC.

Doordat er scoringsverschillen tussen behandelaren zijn, lijkt de GAF minder geschikt om individuele patiënten of instellingen met elkaar te vergelijken. Dit is een belangrijke beperking. Studies hebben wel aangetoond dat GAF-scores bruikbaar en valide zijn om op groepsniveau de mate van (psychisch) functioneren te meten [13,14].

---

<sup>iv</sup> Bij de interpretatie van data moet rekening worden gehouden dat een DBC ook korter dan 365 geopend kan zijn: de behandelintensiteit is het aantal behandelminuten in relatie tot het aantal dagen dat een DBC geopend is.

## Relatie behandelduur en effectiviteit: verkenning van de data

### Variatie in aantal behandelminuten en -effectiviteit tussen diagnosegroepen

Tabel 3.1 beschrijft het aantal behandelminuten en de toename in GAF voor vijf diagnosegroepen. Het aantal DBC's geeft het totale aantal DBC's weer voor de jaren 2008 tot en met 2013. Een individu kan meerdere malen voorkomen als een persoon meerdere DBC's met dezelfde diagnose heeft gehad gedurende deze periode (meerjarige behandeling). verderop in dit hoofdstuk wordt ingezoomd op meerjarige trajecten.

Het gemiddelde aantal behandelminuten van een DBC verschilt tussen de vijf diagnosegroepen. Een DBC bevat bij patiënten met de diagnose schizofrenie bijvoorbeeld gemiddeld 1885 minuten terwijl het aantal behandelminuten per DBC voor GAS, PTSS, OCS en depressie beduidend lager ligt (gemiddeld 1124 tot 1378 minuten).

Tabel 3.1: Beschrijvende statistiek van de vijf diagnosegroepen in 2008-2013.

	Schizofrenie	Depressie	GAS	OCS	PTSS
Aantal DBC's	235,439	630,599	48,745	41,791	57,634
Behandelminuten	1885	1124	1096	1219	1378
- Directe tijd	998 (54%)	693 (62%)	700 (64%)	753 (62%)	847 (62%)
- Indirecte tijd	873 (46%)	429 (38%)	395 (36%)	464 (38%)	528 (38%)
Mediaan aantal behandelminuten	1316	810	840	861	1006
Begin GAF <sup>v</sup>	47.8	54.6	56.2	55.0	52.6
Eind GAF	48.8	59.7	62.4	59.1	57.8
Toename in GAF	0.9	5.1	6.2	4.0	5.2

Bron: CPB, 2016

Het aantal behandelminuten per DBC is opgedeeld in directe tijd (face-to-face contact, telefonisch contact, en elektronisch contact via e-mail of internet) en indirecte tijd (voorbereiding, verslaglegging en reistijd). Gemiddeld genomen is het aandeel van de indirecte tijd 36% - 46% van het totale aantal behandelminuten. Bij de diagnose schizofrenie is de indirecte tijd het hoogst (46%). Dit komt doordat bij de behandeling van schizofrenie vaker meerdere partijen betrokken zijn (naast psychologen en psychiaters voornamelijk ook sociaal psychiatrisch verpleegkundigen) waardoor meer onderlinge afstemming en samenwerking nodig is.

De mediaan – het aantal behandelminuten dat in de populatie het meest voorkomt – ligt aanzienlijk lager dan het gemiddelde aantal behandelminuten per DBC. Dit impliceert dat er relatief veel korte behandelingen zijn en/of dat langere behandelingen heel veel meer minuten hebben (zie figuur 3.5 voor de verdelingen van behandelminuten per DBC voor alle diagnosegroepen). De helft van alle schizofrenie DBC's duurt minder dan 1300 minuten, maar er zijn uitschieters met tot een totaal van

<sup>v</sup> Bij het berekenen van de gemiddelde GAF-score zijn de tien GAF-categorieën (1-10, 11-20, ..., 91-100) vertaald naar GAF punten op een schaal van 1-100. Hierbij wordt het gemiddelde berekend door het middelpunt van de schaal te nemen (dus categorie 1-10 wordt een score van 5 etc.).

8000 behandelminuten per DBC . Dit zorgt voor een hoger gemiddelde met een lagere mediaan. Hetzelfde patroon is zichtbaar bij de andere diagnosegroepen.

Tabel 3.1 toont ook informatie over de GAF aan het begin van een DBC, de GAF bij het sluiten van een DBC en het verschil tussen de begin en eind GAF. Hierbij geldt dat een lagere GAF overeenkomt met een slechter psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren. De gemiddelde begin GAF score is lager bij schizofrenie (48 punten bij binnenkomst), dan depressie en GAS (begin GAF van respectievelijk 55 en 56 punten). Dit heeft vermoedelijk te maken met de ernst van de aandoening. De winst in GAF bij depressie of één van de angststoornissen ligt per DBC rond de 5 punten op een schaal van 100, terwijl de winst bij schizofrenie gemiddeld slechts 1 punt is (zie ook bijlage 2).

### **Verschillen in behandelminuten tussen instellingen en vrijevestigden**

In deze sectie zijn de beschrijvende statistieken opgedeeld op basis van het type aanbieder. Er zijn drie groepen: (1) vrijevestigde psychiaters; (2) de vrijevestigde psychologen; en (3) instellingen. Instellingen vormen een heterogene groep aanbieders, hier vallen bijvoorbeeld psychiatrische ziekenhuizen, RIAGG's, en ZBC's onder. De data stelt ons niet in staat deze groep nader te specificeren.

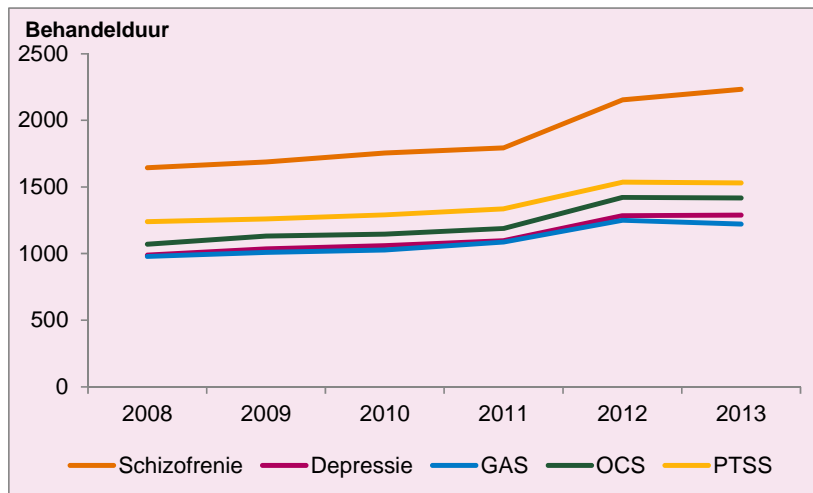
Het grootste deel van de DBC's wordt geopend door instellingen (ongeveer 78%). De overige 22% wordt geopend door vrijevestigde psychiaters en psychologen. Psychologen behandelen gemiddeld 1150 minuten per DBC. Dit is aanzienlijk meer dan psychiaters (670 minuten). Er zijn ook aanzienlijke verschillen in de toename in GAF score tussen aanbiederstypen. De vrijevestigde psychiaters en psychologen rapporteren de hoogste toename in GAF (respectievelijk gemiddeld 9.1 en 10.2 punten) en instellingen de laagste (gemiddeld 3.8 punten). Het is aannemelijk dat deze verschillen in deels zijn te verklaren door verschillen in patiëntenpopulatie of verschillen in de manier van registreren door aanbieders. Bijlage 2 bevat deze verschillen uitgesplitst naar diagnosegroep. Daarnaast worden daar de verschillen getoond tussen instellingen en vrijevestigde psychologen/psychiaters.

## **Kans op gezondheidsverbetering**

### **Opwaartse trend in behandelminuten per DBC, winst in GAF blijft stabiel**

Figuur 3.1 toont de ontwikkeling van het aantal behandelminuten per DBC voor de vijf geselecteerde diagnosegroepen. De vijf diagnosegroepen laten een vergelijkbare trend zien. Het aantal minuten per DBC neemt licht toe, met een sterkere groei in 2012. Dit kan een aantal oorzaken hebben. Ten eerste functioneerden tussen 2008 tot 2012 twee parallelle afrekensystemen, waarbij de bestaande aanbieders wel DBC minuten registreerden, maar hier niet op afgerekend werden. Hoogstwaarschijnlijk heeft dit geleid tot onderregistratie in de periode 2008-2012. Dit gold niet voor de zogenaamde 'nieuwe aanbieders'. Zij werden direct bekostigd via DBC's. Daarnaast is in 2012 een eigen bijdrage ingevoerd in de curatieve GGZ. Het aantal patiënten liep in dat jaar met 15% terug; tegelijkertijd nam het aantal behandelminuten per DBC nam toe [15]. Misschien dat sommige lichtere patiënten afzagen van gespecialiseerde zorg, waardoor de gemiddelde zorgzwaarte toenam. Het kan ook zijn dat instellingen intensiever zijn gaan behandelen om de negatieve budgeteffecten op te vangen. Waarschijnlijk is sprake van een combinatie van oorzaken.

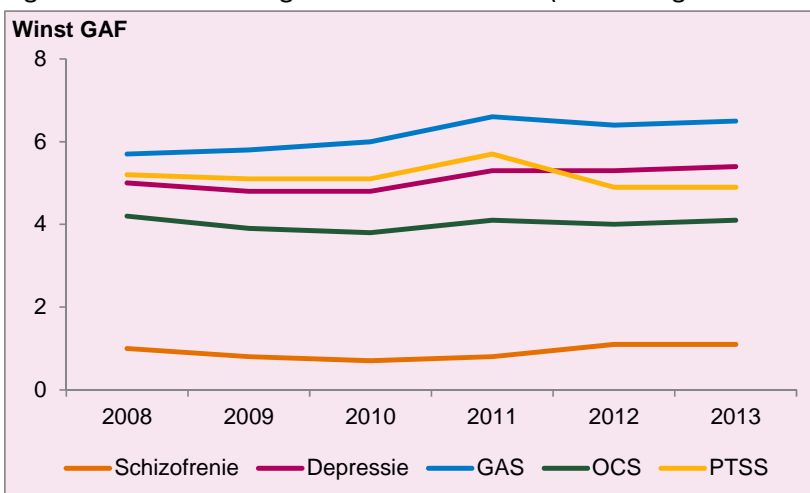
Figuur 3.1: Ontwikkeling van het aantal behandelminuten per DBC over de jaren



Bron: CPB, 2016

De ontwikkeling van de winst in GAF laat geen duidelijke trend zien. Bij de depressie en GAS is een lichte stijging over de tijd zichtbaar. Bij schizofrenie, OCS, en PTSS zien we de dit niet terug (zie figuur 3.2).

Figuur 3.2: Ontwikkeling van toename in GAF (tussen begin DBC en eind DBC) over de jaren



Bron: CPB, 2016

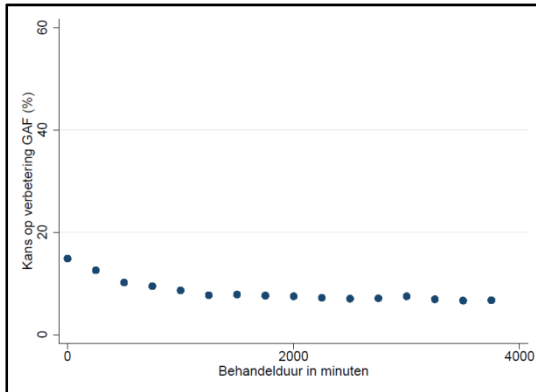
### Minder verbetering in GAF bij behandelingen met meer minuten

Figuur 3.3 toont de cross-sectionele relatie tussen het aantal behandelminuten per DBC en de kans op verbetering in GAF per diagnosegroep. Bij de diagnose schizofrenie lijkt de kans op verbetering in GAF zeer beperkt samen te hangen met het aantal behandelminuten per DBC. Bij depressie en de angststoornissen zien we een ander patroon. Daar is er een lichte toename in de kans op verbetering tot 750-1000 minuten; maar een lichtere afname bij patiënten die een zwaardere DBC hebben gehad, dat wil zeggen een DBC met meer behandelminuten hebben gehad.

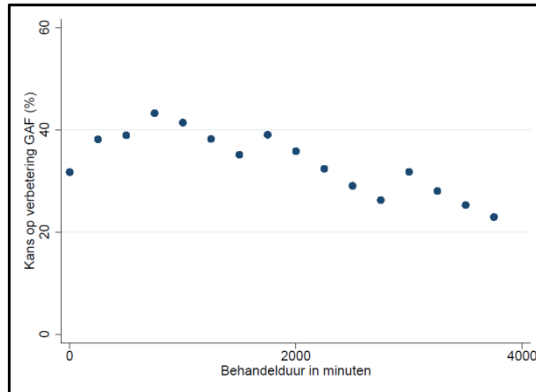
Figuur 3.3: Kans op verbetering in GAF per aantal behandelminuten categorie



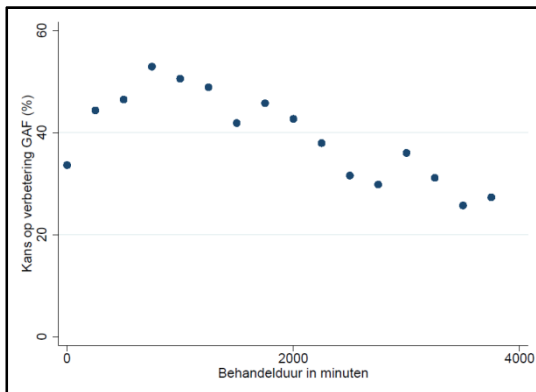
Schizofrenie



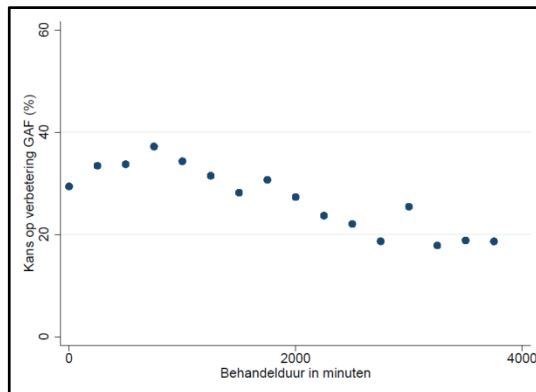
Depressie



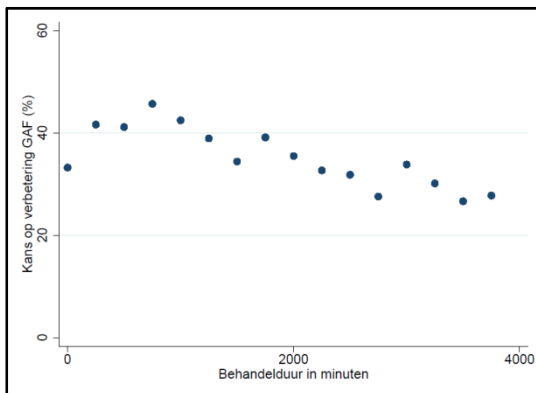
GAS



OCS



PTSS



Bron: CPB, 2016

### Geen claims over causaliteit

De gepresenteerde resultaten mogen niet causaal geïnterpreteerd worden. De resultaten geven slechts per DBC categorie (aantal minuten) aan wat de gemiddelde kans is dat de GAF score van een individuele patiënt aan het einde van de behandeling hoger is dan aan het begin van behandeling. De richting van deze samenhang is niet bepaald. Het kan zijn dat bij een hoger aantal behandelminuten per DBC de winst in GAF nog maar weinig toeneemt en dat langer behandelen dus weinig toegevoegde waarde heeft. Het kan ook zijn dat patiënten langer doorbehandeld worden juist *doordat* ze weinig verbetering laten zien, bijvoorbeeld door de complexiteit of zwaarte van de aandoening en eigenschappen van de patiënt.

### Minder winst in GAF bij de zeer lange zorgtrajecten

In de analyses is tot nu toe steeds van (unieke) DBC's uitgegaan. Echter, een zorgtraject van een patiënt kan ook uit meerdere (opeenvolgende) DBC's bestaan. In deze paragraaf gaan we in op de gezondheidswinst van patiënten in meerjarige trajecten.

Tabel 3.2 toont de winst in GAF afhankelijk van het aantal opeenvolgende jaren waarin een individu met dezelfde diagnose in de database voorkomt. De groep '1 jaar' bestaat uit alle patiënten die slechts één keer voorkomen in de beschikbare database en de groep '4 jaren' bestaat uit alle patiënten die van 2009 tot 2013 elk jaar voorkomen. Patiënten die in 2008 of 2013 een openstaande DBC hadden zijn uitgesloten, om te voorkomen dat we naar patiënten kijken die ook voor of na deze periode langer onder behandeling waren. Uit de cijfers blijkt dat ongeveer 25% van de patiënten meer dan 1 jaar in behandeling is (m.u.v. schizofrenie: hier is het ongeveer 40%).

Tabel 3.2: Winst in GAF bij meerjarige trajecten<sup>vi</sup>

	1 jaar	2 jaren	3 jaren	4 jaren
<b>Schizofrenie</b>				
Aantal patiënten	13,340	4,843	2,205	916
Begin GAF (jaar 1)	43.8	46.0	46.3	46.2
Eind GAF (laatste jaar)	47.0	48.8	49.5	49.7
Vershil	3.2	2.8	3.1	3.5
<b>Depressie</b>				
Aantal patiënten	129,388	35,971	9,465	1,987
Begin GAF (jaar 1)	53.8	53.0	52.6	52.3
Eind GAF (laatste jaar)	62.0	61.1	60.3	59.2
Vershil	8.2	8.1	7.7	6.9
<b>GAS</b>				
Aantal patiënten	12,761	3,199	690	134
Begin GAF (jaar 1)	55.7	55.0	54.7	54.4
Eind GAF (laatste jaar)	64.9	63.8	62.7	59.6
Vershil	9.2	8.8	8.0	5.3
<b>OCS</b>				
Aantal patiënten	6,827	2,537	698	165
Begin GAF (jaar 1)	54.8	53.9	53.7	53.4
Eind GAF (laatste jaar)	61.9	61.6	60.9	58.5
Vershil	7.1	7.7	7.2	5.1
<b>PTSS</b>				
Aantal patiënten	13,541	3,405	958	204
Begin GAF (jaar 1)	53.0	51.7	51.5	52.1
Eind GAF (laatste jaar)	61.8	59.8	58.2	58.0
Vershil	8.9	8.1	6.7	6.0

Bron: CPB, 2016

<sup>vi</sup> De winst in GAF is hier relatief hoger dan getoond in tabel 3.1. In tabel 3.2 is namelijk een selectie gemaakt van patiënten die maximaal van 2009 tot 2012 in zorg waren. Deze groep is dus relatief gezonder dan de groep in tabel 3.1 die van 2008 tot 2013 (of zelfs langer) in zorg konden zijn.

De totale winst in GAF over tijd lijkt gerelateerd aan het aantal behandeljaren (zie Tabel 3.2). Patiënten die één, twee of drie jaar onder behandeling zijn hebben gemiddeld een grotere winst in GAF dan patiënten die vier jaar behandeld worden. Hierbij moet opgemerkt worden dat het aantal patiënten dat drie of vier jaar achter elkaar behandeld wordt gering is, zeker bij depressie en angststoornissen (voor beide aandoeningen ongeveer 6%).

## Depressie en schizofrenie

### Depressie: meer winst bij een lagere begin GAF-score

In de diagnosegroep depressie kunnen personen met een lichte of tijdelijke depressie voorkomen maar ook personen met een zware (en chronische) depressie. Tabel 3.3 deelt de diagnose groep depressie op in een ernstige, matige of lichte depressie. Dit onderscheid is gemaakt op basis van de GAF score bij het openen van de DBC. Patiënten met een begin GAF van 40 punten of lager zijn geclassificeerd als ernstig, patiënten met een GAF van 41 tot en met 60 punten als matig en patiënten met een GAF van 61 punten of hoger zijn geclassificeerd als licht [16].

Zoals verwacht hebben patiënten met een minder ernstige depressie minder behandelminuten per DBC. Daarnaast neemt de winst in GAF af naarmate de begin-GAF score hoger is. Met andere woorden, patiënten met een zware depressie boeken binnen een DBC meer vooruitgang dan patiënten met een lichte depressie. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat er bij patiënten met een lage begin GAF meer ruimte is om de GAF te verbeteren en dat ze daardoor meer punten GAF te winnen dan bij patiënten met een hoge begin GAF. Bij een patiënt met een GAF van 90 is bijvoorbeeld maximaal 10 punten te winnen (de maximale GAF is 100) en bij een patiënt met een GAF van 30 is maximaal 70 punten te winnen.

Tabel 3.3: Zwaarte van depressie in 2008-2013

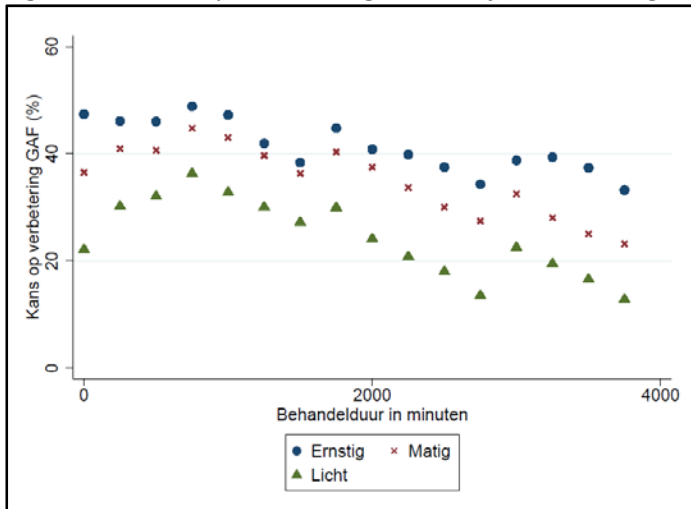
	Ernstig	Matig	Licht
Aantal DBC's	29,390	445,178	156,031
Gemiddelde behandelminuten / DBC	1483	1209	813
- Directe tijd	835 (56%)	741 (61%)	527 (65%)
- Indirecte tijd	644 (43%)	465 (38%)	284 (35%)
Mediaan aantal behandelminuten	945	886	520
Begin GAF	32.6	51.7	67.7
Eind GAF	42.8	57.3	69.9
Toename in GAF	10.2	5.6	2.4

Bron: CPB, 2016

Figuur 3.4 toont de winst in GAF voor verschillende lengtes van het aantal behandelminuten per DBC voor de drie categorieën van depressie. De kans op een verbetering fluctueert met het aantal behandelminuten per DBC. Bijvoorbeeld, bij de groep matige en lichte depressie is de kans op een verbetering in GAF iets hoger bij 750-1000 minuten behandelminuten per DBC dan in de categorieën met een lager aantal behandelminuten per DBC van 0-750 minuten. Verder lijkt het belangrijkste verschil tussen de drie groepen een niveauverschil te zijn: de groep met een ernstige depressie heeft

een constante hogere kans op verbetering in GAF dan de groep met een matige of lichte depressie. De groep met een lichte depressie heeft een lagere kans op verbetering dan de andere groepen.

Figuur 3.4: Kans op verbetering in GAF bij (lichte, matige en ernstige) depressie



Bron: CPB, 2016

### Schizofrenie: minimale winst in GAF bij behandeling eerste psychose

Bij schizofrenie is het belangrijk onderscheid te maken tussen behandeling voor de eerste psychose en eventuele opvolgende behandelingen. Een eerste psychose is over het algemeen een ingrijpende gebeurtenis en wordt intensief behandeld. Tabel 3.4 toont het verschil tussen beide groepen patiënten. De groep met een eerste psychose heeft meer behandelminuten, is korter geopend, heeft een lagere begin GAF, maar iets meer winst in GAF als gevolg van de behandeling. Een mogelijke verklaring is dat bij de eerste psychose nog veel te winnen is, terwijl bij opvolgende behandelingen het vooral belangrijk is om erger te voorkomen.

Tabel 3.4: Onderscheid tussen eerste en opvolgende DBC's

	Eerste psychose	Opvolgende behandelingen
Aantal DBC's	10,742	224,697
Behandelminuten	2437	1859
- Directe tijd	1217 (50%)	988 (53%)
- Indirecte tijd	1206 (49%)	857 (46%)
Mediaan aantal behandelminuten	1,861	1,296
Aantal dagen geopend	277	322
Begin GAF	44.0	48.0
Eind GAF	46.5	48.9
Toename in GAF	2.5	0.9
Gemiddelde patiënt		
- Geslacht (% vrouw)	27	38
- Leeftijd	24	44

Bron: CPB, 2016

## Verkenning mogelijkheden 'afschaling'

### Toepassen 'voorgeschreven' sessies behandelrichtlijn

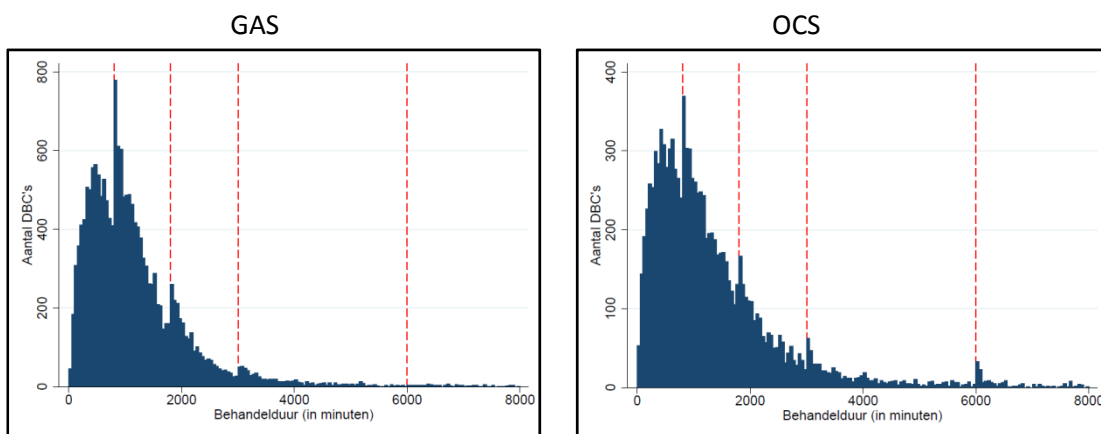
In deze paragraaf verkennen we in hoeverre de behandelrichtlijnen (wat betreft het aantal behandelsessies) gevolgd worden. Dit doen we alleen voor de diagnosegroepen OCS en GAS, omdat de aanbevelingen in de multidisciplinaire richtlijnen van de andere diagnosegroepen onvoldoende concrete aanbevelingen over behandelduur en aantal sessies bevatten. Bijlage 3 geeft een overzicht van de aanbevelingen rondom behandelduur en aantal sessies per diagnosegroep.

Bij gegeneraliseerde angststoornis worden 12 sessies cognitieve gedragstherapie aanbevolen als standaard therapie. Als we veronderstellen dat 1 sessie cognitieve gedragstherapie 60 minuten in beslag neemt (45 minuten directe tijd en 15 minuten indirecte tijd) en dat de eerste 2 à 3 sessies worden besteed aan intake en diagnose, zouden veel patiënten moeten zijn uitbehandeld na 870 minuten. Bij obsessief compulsieve stoornissen worden 20 sessies cognitieve gedragstherapie aanbevolen als standaard therapie. Volgens dezelfde rekensom zouden dan 1350 minuten besteed moeten worden aan de hele behandeling.

In de praktijk wordt tijdens de initiële DBC regelmatig langer behandeld dan de 870 respectievelijk 1350 minuten (figuur 3.5). Bij gegeneraliseerde angststoornis wordt 55% van de patiënten langer behandeld dan 870 minuten; 22% van de patiënten wordt langer behandeld dan 1590 minuten (2 x 12 sessies cognitieve gedragstherapie); 5% wordt langer behandeld dan 3000 minuten; en 1% van de patiënten wordt langer behandeld dan 6000 minuten. Bij obsessief compulsieve stoornis wordt 36% van de patiënten langer behandeld dan de aanbevolen 1350 minuten; ongeveer 11% van de patiënten wordt langer behandeld dan 2550 minuten (2 x 20 sessies cognitieve gedragstherapie); 8% van de patiënten wordt langer behandeld dan 3000 minuten; en 2% van de patiënten wordt langer behandeld dan 6000 minuten.

Het is belangrijk om hier te constateren dat patiënten ook regelmatig korter worden behandeld dan de richtlijnen voorschrijven. Bij GAS wordt 45% van de patiënten korter behandeld dan 12 sessies en voor OCS wordt maar liefst 64% korter behandeld dan de aanbevolen 20 sessies.

Figuur 3.5: Verdeling van behandelminuten voor initiële DBC's

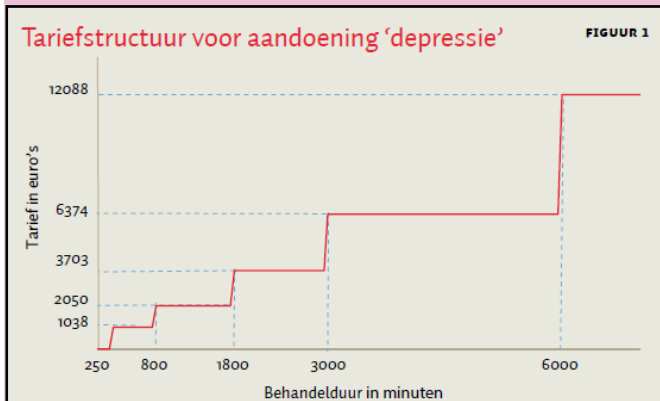


Bron: CPB, 2016

### Vergoedingssysteem heeft invloed op aantal behandelminuten

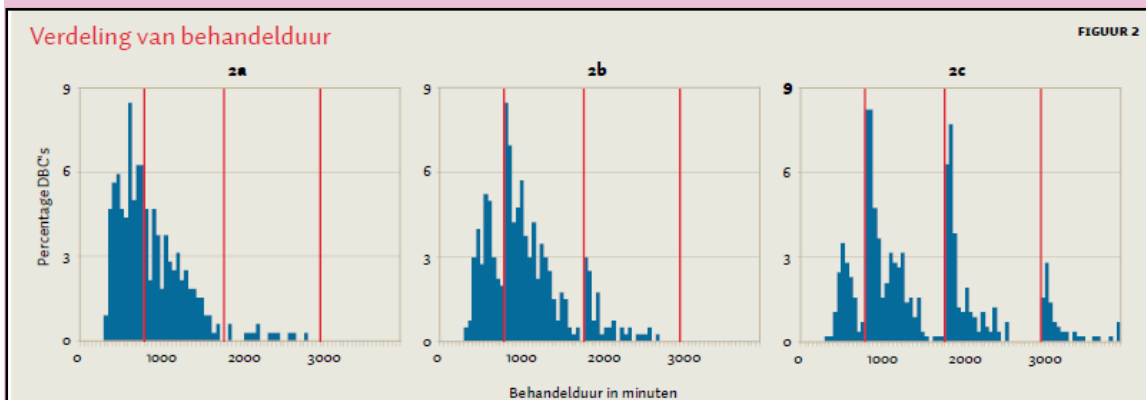
Het vergoedingssysteem heeft invloed op het volume en de daarmee gepaarde behandelkosten [17]. De behandeling wordt namelijk trapsgewijs vergoed – er wordt pas extra vergoed nadat de behandelaar een bepaald afkappunt heeft bereikt (figuur 3.6). Behandelaren worden dus financieel geprikkeld zorg te blijven leveren totdat ze een volgende traptrede hebben bereikt. Figuur 3.7 laat zien dat ongeveer 11 tot 13% van de patiënten behandeld worden totdat de behandeling extra vergoed wordt. Dit correspondeert met een kostenstijging van ongeveer 7 tot 9%.

Figuur 3.6: Vergoeding op basis van behandelminuten per DBC



Bron: Douven, Remmerswaal & Zoutenbier, 2015 [17]

Figuur 3.7: Voorbeelden: verdelingen van het aantal behandelminuten per DBC



Bron: Douven, Remmerswaal & Zoutenbier, 2015 [17]

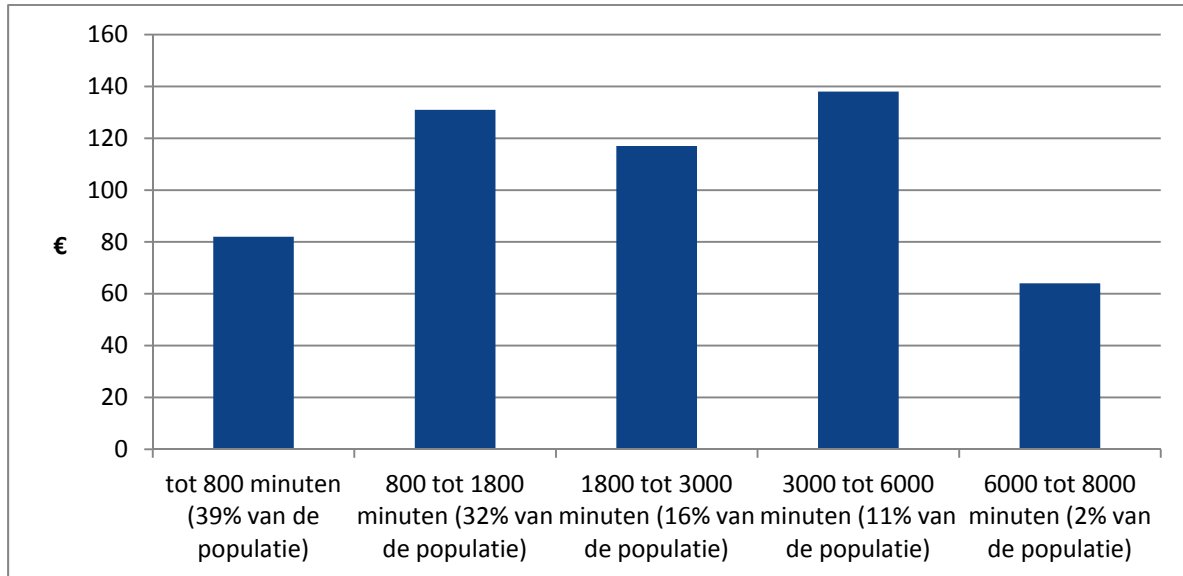
### Afschalen van zorg voor patiënten die langdurig behandeld worden

Figuur 3.8 laat zien dat een kleine groep patiënten die langdurig behandeld wordt verantwoordelijk is voor een groot deel van de totale kosten. De figuur bevat alle patiënten die in 2013 voor OCS, GAS, PTSS, schizofrenie en depressie onder behandeling waren in de curatieve extramurale GGZ. De totale kosten voor deze patiëntengroep in de curatieve geneeskundige zorg bedroegen meer dan een half miljard: €530.00.000<sup>vii</sup>. 13% van de patiënten was meer dan 3000 minuten onder behandeling in 2013. Deze patiënten namen 38% van de totale zorgkosten voor hun rekening. Ondanks dat meer

<sup>vii</sup> De kosten voor de alle diagnosegroepen in de curatieve GGZ zonder verblijf bedroeg €1,7 miljard in 2015.

dan 70% van de patiënten minder dan 1800 minuten per jaar in behandeling iwas, nam deze groep slechts 40% van de totale zorgkosten voor zijn rekening. De figuur illustreert dat er waarschijnlijk veel besparingspotentieel zit in de relatief kleine groep patiënten met hoge zorgkosten.

Figuur 3.8: Verdeling van totale kosten (in miljoenen €) uitgesplitst voor tariefgroep



Bron: CPB, 2016

### Meer inzet groepsbehandeling

Tabel 3.5 toont per diagnosegroep de onderverdeling van directe tijd per DBC naar individuele- en groepsbehandeling. Het grootste deel van de directe tijd bestaat uit individuele behandeling, gemiddeld 73-81%. Het aandeel van de directe tijd in een groep is aanzienlijk lager, tussen de 7 en 11%. De overige tijd ligt tussen gemiddeld 12 en 17% van de directe tijd. De overige tijd bevat directe tijd die besteed wordt aan de intake en de diagnose. Dit is gemiddeld net iets minder dan twee behandelsessies.

Tabel 3.5: Directe tijd opgedeeld naar tijd in een groep of individueel

	Schizofrenie	Depressie	GAS	OCS	PTSS
Totaal directe tijd	998	693	700	753	847
- Individuele tijd	811	505	533	574	658
- Tijd in groep	69	73	57	63	72
- Overige tijd	118	115	110	116	118
% van totale directe tijd					
- Individuele tijd	81%	73%	76%	76%	78%
- Tijd in groep	7%	11%	8%	8%	8%
- Overige tijd	12%	17%	16%	15%	14%

Bron: CPB, 2016

Tabel 3.6 laat deze data zien voor alle DBC's waarin minimaal 1x 'groepsbehandeling' geregistreerd is. Dit zijn dus die patiënten die minimaal 1x aan een groepsbehandeling hebben deelgenomen als onderdeel van hun behandeltraject. De tabel laat zien dat minder dan 20% van alle DBC's directe tijd in een groep bevat. Met andere woorden: in minder dan 20% van alle DBC's krijgt een patiënt

minimaal één behandeling in groep. Bij schizofrenie en depressie bevat 17-20% van de DBC's tijd in een groep en bij de verschillende angststoornissen 13-15%. Een groot deel van de DBC's met tijd in een groep wordt uitgevoerd door de instellingen. Bij vrijgevestigde aanbieders wordt in 2-6% van de DBC's gebruikt gemaakt van behandeling in een groep.

In DBC's met tenminste 1x groepsbehandeling wordt gemiddeld 21 tot 35% van de directe tijd als groepsbehandeling geregistreerd. Een groot deel van de behandeling is dus nog individueel. Overigens duren de DBC's met groepsbehandeling gemiddeld genomen langer dan DBC's zonder groepsbehandeling. Dit duidt erop dat deze groep een zwaardere ziektelast kent.

Tabel 3.6: DBC's met groepsbehandeling

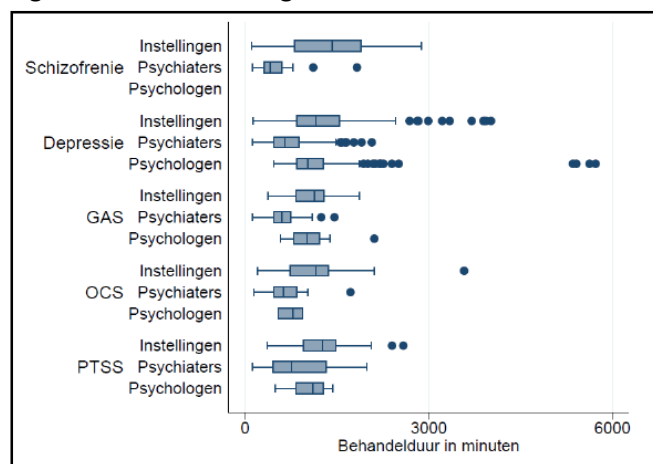
	Schizofrenie	Depressie	GAS	OCS	PTSS
Percentage DBC's met groepstijd	20%	17%	15%	13%	15%
- Instellingen	20%	20%	19%	16%	18%
- Vrijgevestigde psychiaters	2%	3%	4%	2%	5%
- Vrijgevestigde psychologen	3%	5%	6%	3%	4%
Directe tijd (alleen DBC's met groepsbehandeling)	1715	1218	1140	1453	1468
- % Individuele tijd	70%	51%	52%	56%	57%
- % Tijd in groep	21%	35%	34%	32%	33%
- % Overige tijd	10%	13%	14%	12%	10%

Bron: CPB, 2016

### Substantiële variatie aantal behandelminuten

Er is substantiële variatie tussen aanbieders voor wat betreft het gemiddeld aantal behandelminuten (figuur 3.9). Deze variatie is het meest duidelijk binnen de subcategorie van de instellingen. Instellingen vormen de grootste en meest heterogene groep aanbieders. De variatie tussen vrijgevestigde psychiaters of psychologen is kleiner (met uitzondering van de psychiaters bij PTSS). Verder is te zien dat er uitschieters zijn: sommige aanbieders hebben een gemiddeld aantal behandelminuten van meer dan 3000 minuten.

Figuur 3.9: Verschillen gemiddeld aantal behandelminuten tussen aanbieders



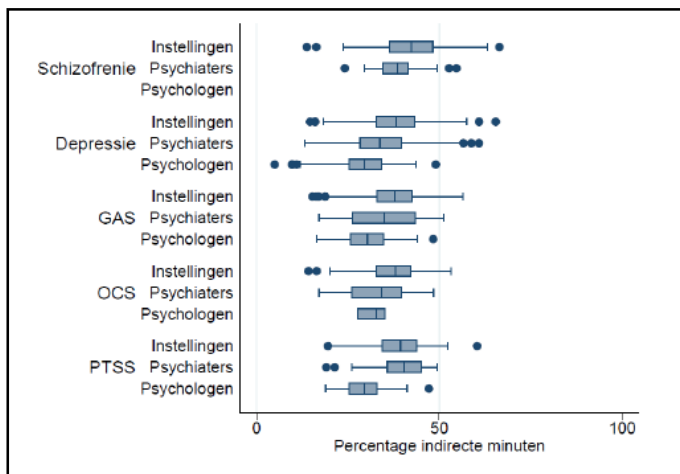
Bron: CPB, 2016



### Substantiële variatie indirecte tijd

Afhankelijk van de diagnosegroep bestaat ongeveer 36% tot 46% van de gedeclareerde behandelingen uit indirecte tijd. Daarbij is er wederom grote variatie tussen aanbieders wat betreft de verhouding tussen directe en indirecte tijd. Figuur 3.10 toont de indirecte behandeltime als aandeel van het totale aantal behandelminuten (directe en indirecte tijd samen). Bij alle diagnosegroepen ligt het aandeel indirecte tijd tussen 20 en 60 procent van de totaal geregistreerde tijd. Er bestaat veel overlap tussen de verschillende type aanbieders. De box, die de middelste 50 procent van de verdeling aangeeft, overlapt tussen de verschillende type aanbieders (met uitzondering van PTSS). Dit geeft aan dat er meer variatie tussen aanbieders van hetzelfde type is dan tussen de verschillende type aanbieders. Deze data impliceren dat er voor een aantal aanbieders verbeteringspotentieel is wat betreft de balans directe en indirecte tijd. Vrijgevestigde psychologen declareren vaak het kleinste aandeel indirecte tijd.

Figuur 3.10: Verschillen in de fractie van indirecte tijd tussen aanbieders van hetzelfde type



Bron: CPB, 2016

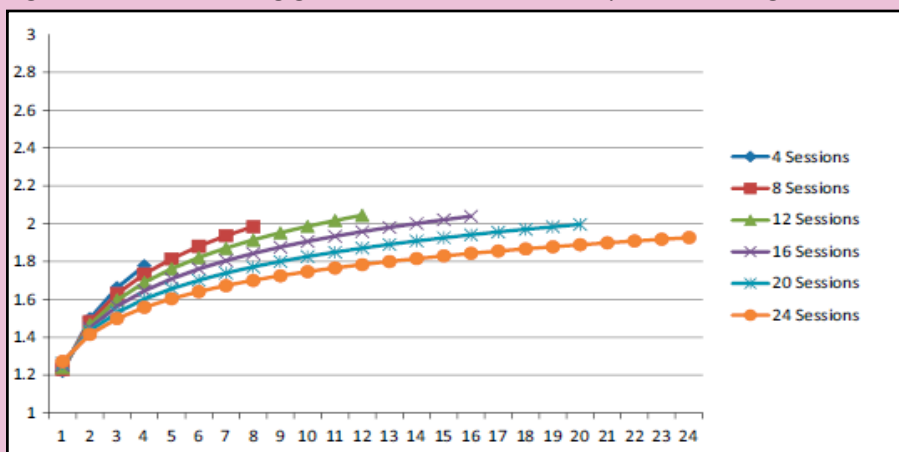
## 4 Kwalitatieve verkenning relatie behandelminuten, behandelkwaliteit en praktijkervaringen

In dit hoofdstuk gaan we in op de zienswijze op afschalen in de curatieve GGZ vanuit de praktijk. Wij hebben interviews gehouden met 13 behandelaren, waarvan er 6 ook managementtaken hebben. Deze professionals zijn werkzaam bij drie verschillende instellingen. De resultaten zijn besproken in een klankbordgroep van deskundigen. Globaal worden drie strategieën gesuggereerd om de relatie tussen het aantal behandelminuten en de uitkomsten van de behandeling te verbeteren: (1) meer effect behalen door doelgericht te werken en het beter toepassen van bestaande kennis; (2) het sneller afsluiten van behandelingen met weinig tot geen toegevoegde waarde; en (3) het verlagen van de totale kosten van behandeling door het verminderen van indirecte tijd en door het effectiever inzetten van behandelaren. In deze sectie worden de mogelijke oplossingen besproken.

### Waarom worden patiënten doorbehandeld? Het 'Good-Enough Level Model'

Het Good-Enough Level Model stelt dat de meeste gezondheidswinst wordt geboekt tijdens de eerste consulten [18-20]. Dat te lang doorbehandelen ook een probleem kan zijn wordt bevestigd door de interviews. Daarnaast suggereert het Good-Enough Level Model dat patiënten net zo lang onder behandeling blijven totdat zij zich goed genoeg voelen, of totdat behandelaren tevreden zijn over de gezondheidswinst. Dit kan er toe leiden dat de behandeling langer duurt om toch een bepaald effect te behalen, ook als slechts marginale gezondheidswinst wordt geboekt. Figuur 4.1 illustreert dit aan de hand van data van 14.000 patiënten (met verschillende psychische aandoeningen) die 2 tot 100 sessies onder behandeling waren. Het is belangrijk dat behandelaren zich ervan bewust zijn dat de impact van behandeling vermindert naarmate het aantal behandelminuten toeneemt.

Figuur 4.1: Behandeling gaat door totdat er een bepaald niveau gezondheidswinst wordt behaald.



Bron: Owen et al, 2016 [18]

### Meer effect door doelgericht werken en beter toepassen van bestaande kennis

Uit de interviews komt naar voren dat in minder tijd meer effect kan worden gehaald. Dit kan door in de behandelingen doelgerichter te werken en door de bestaande kennis, bijvoorbeeld in behandelrichtlijn en wetenschappelijke literatuur, beter te gebruiken.

## Doelgericht behandelen in de GGZ

Vanuit de interviews werd het 'doelgericht' behandelen vaak genoemd als mogelijkheid om meer resultaat te kunnen behalen in minder tijd. Daaronder werd verstaan dat bij aanvang van de behandeling samen met de patiënt doelen gesteld worden, waarna de behandeling zich richt op het halen van die doelen. Doelen die aansluiten bij het eigen gedrag of coping zijn concreter en meer hanteerbaar dan algemene uitspraken als 'zich gelukkiger voelen'. Daarnaast stelt een aantal geïnterviewden dat de doelmatigheid van behandeling verbeterd kan worden door vooraf met de cliënt het aantal sessies te bepalen waarna de behandeling geëvalueerd en/of afgesloten wordt. Behandelaar en patiënt weten zo beter wat ze kunnen verwachten. De geïnterviewde behandelaren zien een behandeling zonder duidelijk plan als een 'stuurloze' situatie.

Dit blijkt ook uit onderzoek uitgevoerd binnen GGZ Delfland: hoe concreter het behandeldoel, hoe aannemelijker dat een behandeling succesvol verloopt [21]. In dit onderzoek bleek ook dat in de praktijk behandeldoelen nogal eens afwezig waren of vaag werden omschreven. Voorbeelden van vaag omschreven doelen zijn 'gelukkig worden', 'weer de oude worden', en 'weer van het leven kunnen genieten'. Hierdoor ontbreekt een directe relatie tussen diagnose en behandeldoel. Daarnaast zijn ze te algemeen om concreet op te sturen. Het is daarom raadzaam om behandeldoelen specifiek te omschrijven, zoals 'beter omgaan met paniekaanvallen' of 'weer zelfstandig boodschappen doen'. Geïnterviewde behandelaren geven ook aan dat extra toewijding bij de patiënt opgewekt kan worden door de patiënt zelf een plan (een recovery activity plan) te laten opstellen. Een dergelijk plan leert patiënten hoe ze zelf betekenis kunnen geven aan hun ervaringen en hoe zeer dit bijdraagt aan hun herstel.

In de basis GGZ<sup>viii</sup> staat dit principe van 'doelgericht werken' centraal. Het aantal behandelingen is begrensd (5, 8 of 12 sessies) en de behandelingen kennen een duidelijk doel: de patiënt vaardigheden aanleren zodat hij of zij daarna zelfstandig weer verder kan (= controle over zijn/haar gedrag). De vaardigheden die hiervoor nodig zijn worden samen met de patiënt opgesteld en geformuleerd als behandeldoelen. In de basis GGZ merkt men dat het opstellen van concrete behandeldoelen, in combinatie met een vaststaand aantal behandelingen leidt tot effectief werken. Het zorgpakket dat het beste past bij de individuele patiënt wordt bepaald met het KOP-model (Klachten, Omstandigheden, Persoonlijke stijl). Het dwingt patiënt en behandelaar goed na te denken over de te behalen doelen, een duidelijke methodiek te kiezen en continue (en aangekondigde) evaluatie van de behandeldoelen: zijn we nog op de juiste weg? Moet het behandelplan gewijzigd worden? Zijn alle behandeldoelen behaald? Twee jaar na invoering van de basis GGZ geven veel behandelaren aan dat ze dit prettig werken vinden en dat er meer gezondheidswinst wordt geboekt. Ondanks dat de specialistische GGZ andere patiënten behandelt, bestaat de overtuiging in de klankbordgroep en in de gehouden interviews dat deze methode van 'doelgericht werken' ook in de specialistische GGZ veel toegevoegde waarde zou kunnen hebben.

---

<sup>viii</sup> De basis GGZ heeft als doel ervoor te zorgen dat patiënt GGZ-zorg tijdig en op de juiste plek krijgen en niet onnodig in de specialistische GGZ terechtkomen of blijven. Patiënten worden kortdurend behandeld in de basis GGZ. Dit moet bijdragen aan betaalbare, voor iedereen toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige GGZ. De basis GGZ is in januari 2014 geïntroduceerd.

### **Beter toepassen van bestaande kennis (evidence-based behandelen)**

Onder evidence-based behandeling verstaan we behandelingen waarvan wetenschappelijk is aangetoond dat ze effectief zijn in het verbeteren van gezondheid, zoals bijvoorbeeld psychotherapieën voor depressie en angststoornissen [22]. Deze aanbevelingen worden verwerkt in richtlijnen en zouden de basis moeten zijn voor behandeling. Naar aanleiding van een enquête onder behandelaren in 2009 is echter vastgesteld dat in slechts 28% van de gevallen de behandelrichtlijnen worden toegepast [23]. In de andere gevallen werd de behandelrichtlijn niet toegepast of op een onjuiste wijze. Behandelaren gebruiken vooral de voor hen bekende en vertrouwde methoden. Patiënten ontvangen daardoor niet altijd een evidence-based behandeling en op populatieniveau blijft de gezondheidswinst achter bij wat haalbaar is.

Er zijn barrières waardoor behandelaren niet evidence-based werken. In een recente studie van Maarten van Dijk zijn vijf belangrijke barrières vastgesteld voor het toepassen van evidence-based behandelrichtlijnen bij angststoornissen: (1) twijfels over de kwaliteit van diagnostiek, waardoor ook twijfels bestaan over welke richtlijn moet worden toegepast; (2) weinig ervaren druk vanuit de instelling om evidence-based te behandelen; (3) te weinig kennis over de inhoud van de richtlijn; (4) twijfels over de toepasbaarheid van de richtlijn bij complexe casuïstiek; en (5) vaardigheidstekorten om de richtlijn toe te passen [24]. Zulke barrières zijn in overeenstemming met eerder grootschalig internationaal onderzoek [25].

In de klankbordgroep bijeenkomsten en in de interviews werd dit beeld herkend. Als aanvullende factoren waardoor behandelrichtlijnen niet (altijd) worden opgevolgd worden, werden met name bruikbaarheid en kwaliteit van de richtlijnen genoemd. Er zijn veel verschillende richtlijnen die niet altijd even overzichtelijk zijn; het duurt lang voordat nieuwe inzichten in de richtlijnen verwerkt zijn; en met name voor chronische en complexe patiënten geven de richtlijnen weinig concrete handvatten. Momenteel worden daarom standaarden en generieke modules ontwikkeld<sup>ix</sup>. In instellingen wordt in toenemende mate gewerkt met interne protocollen. Het is ons niet altijd duidelijk in hoeverre die aansluiten bij de richtlijnen (zowel inhoudelijk als het aantal sessies).

Het is onduidelijk welke factoren de meeste impact hebben op de mate van evidence-based handelen. Het is wel aannemelijk dat persoonlijke én instellingsfactoren tegelijk aangepakt moeten worden om evidence-based behandeling in de GGZ te bevorderen. Vanuit de klankbordgroep is geadviseerd om *niet* te investeren in uitbreiding van richtlijnen, maar om de bestaande richtlijnen beter aan te laten sluiten bij de praktijk, door de richtlijnen met elkaar in lijn te brengen en te concretiseren en door richtlijnen op te stellen over wanneer en hoe de behandeling afgesloten kan worden. Daarnaast moet er meer aandacht komen op naleving van beschikbare richtlijnen, of beargumenteerd afwijken.

Patricia van Oppen pleitte onlangs tijdens haar inaugurale rede dat evidence-based behandelen nadrukkelijker aan bod moet komen in opleidingen [23]. Jonge psychotherapeuten die sterk geschoold zijn passen namelijk beter effectieve behandelingen toe dan therapeuten die niet geschoold zijn in wetenschappelijk effectief bewezen behandeling [26]. Uit een Nederlands

---

<sup>ix</sup> Voor details zie [www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl](http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl)

onderzoek is daarnaast gebleken dat systematische aandacht voor implementatie van behandelrichtlijnen voor angststoornissen leidt tot een hogere compliance [24]. Een geïnterviewde behandelaar benadrukt het belang van het integreren van evidence-based medicine in opleidingen: als jonge professionals in staat zijn om evidence-based psychotherapie uit te voeren, dan is het niet zo relevant wie de behandelaar is. Dit kan in veel gevallen ook een HBO'er (maatschappelijk werker of SPH'er) zijn. Doordat professionals breed inzetbaar zijn kan problematiek met wachtlijsten opgelost worden.

#### **Voorbeeld: Effectievere behandeling door korter en intensiever behandelen**

De effectiviteit van de behandeling kan ook verhoogd worden door korter en intensiever te behandelen. Dit blijkt uit een meta-analyse van Pim Cuijpers en anderen [27]. De meta-analyse omvatte 70 studies met in totaal meer dan 5000 volwassen patiënten die behandeld werden voor depressie. De auteurs concluderen dat intensieve therapie (bijvoorbeeld tweemaal per week behandelen gedurende een half jaar) effectiever is dan langere, maar minder intensieve therapie (bijvoorbeeld eenmaal per week behandelen gedurende een jaar). De totale behandeltime en de behandelkosten blijven dus gelijk. In de meta-analyse worden twee verklaringen gegeven voor de effectiviteit van verhoogde behandelintensiteit. Ten eerste wordt er sneller een relatie ontwikkeld tussen patiënt en behandelaar wanneer het contact intenser is. Ten tweede kunnen problemen in een vroeg stadium aangepakt worden waardoor ze minder kans hebben om te escaleren.

Deze methode valt niet onder 'afschalen van behandeling'. De behandelkosten blijven immers gelijk. Het is een methode om de effectiviteit van behandeling te verhogen. Daarnaast is het belangrijk te vermelden dat deze uitkomsten voortkomen uit observationele data. Een trial die de effectiviteit van korter en intensiever behandelen onderzoekt wordt momenteel uitgevoerd [28].

#### **Afsluiten van behandelingen met weinig tot geen toegevoegde waarde**

Bij 25% van de patiënten in de GGZ duurt de behandeling langer dan een jaar [29]. Uit de analyse van DBC gegevens kwam naar voren dat er binnen deze langdurig behandelde patiënten een groep is die slechts weinig gezondheidswinst behaalt. De geïnterviewden onderschrijven deze uitkomst. In verschillende gesprekken is de anekdote aangehaald dat als een behandelaar van baan wisselt, een substantieel deel van de patiënten niet overgedragen hoeft te worden omdat patiënten dan vanzelf uitstromen. Daarnaast geven de geïnterviewden aan dat sommige patiënten/behandelaren in een bepaalde status quo geraken, waarin weinig vooruitgang wordt geboekt maar men elkaar ook moeilijk los kan laten. Patiënten hebben dan behoefte aan een houvast en behandelaren vinden het ook 'eng' die patiënt los te laten. Het doel van deze behandelingen lijkt niet meer curatief te zijn.

Dit betekent overigens niet dat deze patiënten geen zorg meer nodig hebben. De vraag is wel of deze patiënten nog op hun plek zijn in de curatieve GGZ. Met de invoering van de basis GGZ en focus op wijkteams, wordt een combinatie van huisarts, POH GGZ, basis GGZ en wijkteam als een mogelijk substituuut gezien voor met name patiënten met een chronische beperking, zoals psychotische kwetsbaarheid. Een ander obstakel is van praktische aard: de geïnterviewden en de leden van de klankbordgroep hebben de ervaring dat het doorverwijzen van een patiënt naar bijvoorbeeld de basis GGZ bureaucratisch kan verlopen. Vaak is een nieuwe verwijfsbrief van de huisarts nodig. Vanuit

de klankbordgroep en de interviews wordt er onderscheid gemaakt tussen twee belangrijke oplossingsrichtingen: ten eerste het voorkómen dat patiënten langdurig in zorg komen. Ten tweede regelmatig evalueren of de huidige behandelplek nog steeds de meest passende is en aan de hand daarvan eventueel switchen of afsluiten.

### **Niet alle langdurige behandelingen zijn ongewenst**

Opgemerkt moet worden dat (langdurige) behandelingen zonder gezondheidswinst niet per definitie ongewenst zijn. Het behandeldoel kan namelijk ook zijn dat er *geen gezondheidsverlies* optreedt. Dit komt met name voor bij schizofrenie en patiënten met andere ernstige aandoeningen. Één geïnterviewde behandelaar geeft bovendien aan dat er zorgwekkende neveneffecten kunnen optreden wanneer ernstige patiënten niet meer behandeld worden: denk hierbij aan toenemend crimineel gedrag en gezinsleden (met name kinderen) die onder een verslechterde psychische gezondheid van de patiënt kunnen lijden.

### **Barrières voor het afsluiten van langdurige behandelingen voor behandelaren**

Er is nauwelijks empirisch onderzoek gedaan naar barrières voor het afsluiten van langdurige behandelingen en maatregelen die voorkomen dat behandelingen te lang duren. Er is wel een studie van Walter Arts en Michel Reinders waarin ze op basis van klinische ervaringen barrières voor afsluiten en mogelijke maatregelen om dit wel te bereiken in kaart hebben gebracht [6]. Deze ervaringen, alsmede de praktijkinterviews, klankbordgroep bijeenkomsten, en wetenschappelijke literatuur worden hieronder samengevat.

#### *Behandelaren stellen hoge eisen aan zichzelf*

In veel gevallen is een behandeling succesvol. Maar het kan voor de behandelaar onduidelijk zijn wanneer een behandeling succesvol genoeg is. Geïnterviewde behandelaren geven aan dat dit vooral het geval is wanneer er geen duidelijk behandelplan met doelen wordt opgesteld bij de start van behandeling. Als er geen concreet einddoel is, kan het lastig zijn om te bepalen wanneer er voldoende gezondheidswinst behaald is. Daarnaast wordt door geïnterviewden herkend dat GGZ professionals vaak hoge eisen aan zichzelf stellen wat betreft de behandeluitkomst. Bij onduidelijke behandeldoelen zijn ze dan geneigd om net zolang door te behandelen totdat zij zelf tevreden zijn. Hierbij kan de lat erg hoog gelegd worden.

#### *Behandelaren vinden het lastig om patiënten teleur te stellen*

Het is mogelijk dat een reeks behandelingen niet aanslaat bij een patiënt. Uit de praktijkinterviews komt naar voren dat dit met regelmaat voorkomt. Volgens geïnterviewde behandelaren kan het lastig zijn om patiënten te vertellen dat verbetering (vooralsnog) niet meer mogelijk is. Dit kan een reden zijn om steeds nieuwe behandelingen te blijven proberen zonder dat er voldoende vertrouwen is dat de volgende behandeling wél aanslaat.

#### *Behandelaren vrezen het antwoord van patiënten als ze voorstellen de behandeling te stoppen*

Het kan lastig zijn om afsluiting van behandeling bespreekbaar te maken. Dit wordt herkend door geïnterviewde behandelaren: het kan namelijk veel stress bij patiënten opleveren wanneer ze te horen krijgen dat ze zonder behandeling door het leven moeten. Behandelaren zijn bang voor antwoorden als 'u kunt mij toch niet in de steek laten' of 'als u mij naar huis stuurt, dan ga ik zeker weer automutilleren'. Deze 'dreigementen' maakt het vaak moeilijk om een behandeling te stoppen.

Bovendien zijn patiënten en behandelaren er vaak niet gerust op dat een patiënt terug in zorg kan als dat noodzakelijk is.

#### *Langdurige behandeling kan voor behandelaren een welkome ontspanning zijn*

Binnen de huidige GGZ heerst een klimaat dat met een beperkt aantal sessies een duidelijk behandelresultaat behaald moet worden. In de behandeling is daarom weinig tijd voor kennismaking, intake en diagnose. Geïnterviewde behandelaren geven aan dat de werkdruk mede hierdoor hoog is in de GGZ. Het kan dus fijn zijn om af en toe patiënten te spreken die langdurig in zorg zijn waarbij weinig inspanning vereist is om een therapeutische relatie op te bouwen en te onderhouden. Behandelaren geven aan dat er geen duidelijke gedragsdoelen meer zijn. Hierdoor is er minder prestatiedruk voor behandelaren.

#### *Onduidelijkheid wanneer een behandeling effectief is*

Bij een begrensde therapie wordt verondersteld dat na ongeveer 12 tot 20 sessies (afhankelijk van de diagnose en behandelrichtlijn) een duidelijk behandelresultaat zichtbaar is. In de praktijk komt het echter vaak voor dat relevante gezondheidseffecten pas optreden in de periode na afloop van de behandeling. Dit wordt door geïnterviewde behandelaren niet noodzakelijkerwijs als slecht gezien: de patiënt leert nieuwe vaardigheden tijdens de behandeling en wanneer deze langdurig toegepast worden dan treedt uiteindelijk gezondheidswinst op.

#### *Logistieke en administratieve barrières*

Tijdens de klankbordgroep bijeenkomsten en praktijkinterviews werd benadrukt dat er een logistieke barrière is als patiënten terugverwezen willen worden naar de basis GGZ. Specialistische behandelaren moeten nu patiënten eerst terugsturen naar de huisarts (voor een nieuwe verwijsbrief) voordat deze patiënt in behandeling kan komen in de basis GGZ. Uit praktijkervaringen blijkt dit een van de redenen dat 'afschaling' naar de basis GGZ in de praktijk minder wordt toegepast dan mogelijk. Er is daarnaast nog een administratieve barrière voor het afsluiten van behandelingen: het afsluiten van behandeling kost op de korte termijn meer administratieve lasten dan nog even doorbehandelen.

#### **Maatregelen om te voorkomen dat behandelingen te lang duren**

In het artikel van Walter Arts en Michel Reinders en in de interviews zijn ook interventies genoemd die kunnen voorkómen dat de behandelingen te lang duren. Deze interventies kunnen gericht zijn op het gedrag van de behandelaar, maar ook op het beleid van de instelling.

#### *Tijdslimieten – 'nee, tenzij' principe*

Therapieën met een tijdslimiet duren minder lang dan therapieën zonder tijdslimiet. Dit wordt geconcludeerd door behandelaren tijdens de interviews. Onnodig langdurige behandeling kan worden voorkomen door afspraken te maken over de einddatum. Een 'nee, tenzij' principe kan helpen. Bij de start van behandeling wordt een aantal sessies afgesproken met de patiënt. Er vindt in principe geen verlenging plaats, tenzij er een crisissituatie is of dat de behandelaar verwacht dat er nog klinisch relevant gezondheidswinst behaald kan worden bij een extra aantal sessies. Geïnterviewde behandelaren stellen dat een eventuele verlenging wel in een multidisciplinair overleg moet worden gemotiveerd. Uit praktijkervaringen blijkt verder dat een tijdslimiet het urgentiebesef kan verhogen bij de patiënt.

### *Goede voorlichting over de (gelimiteerde) mogelijkheden van behandeling*

Geïnterviewde behandelaren ervaren dat patiënten soms onrealistisch hoge verwachtingen kunnen hebben over een behandeling, bijvoorbeeld dat ze geheel klachtenvrij worden. Behandelaren benadrukken daarom de relevantie van goed voorlichten over de mogelijkheden en vooral de beperkingen van behandeling: de behandeling kan ook stoppen als er toch nog restklachten zijn of als er nog maar weinig verbetering optreedt. Daarnaast kan het helpen als behandelaren communiceren dat de behandeling niet de problemen oplost. De behandeling heeft namelijk als doel dat patiënten vaardigheden aanleren om met de problemen om te gaan.

### *Gebruik maken van ROM scores*

ROM staat voor Routine Outcome Monitoring: routinematig de uitkomst van behandeling (bijvoorbeeld de aanwezigheid van klachten) vaststellen met vragenlijsten of beoordelingsschalen om inzicht te krijgen in de behandelvoortgang bij de patiënt. De ROM vragenlijsten worden door de patiënt ingevuld. Geïnterviewde behandelaren benadrukken dat aangekondigde evaluatiemomenten met ROM ook het doelgericht werken in de GGZ kunnen bevorderen: door middel van ROM scores kunnen de behandelaar en patiënt de behandeling gericht evalueren. Vragen die hierbij gesteld worden kunnen zijn: Is de behandeling nog op koers? Is er voldoende vooruitgang geboekt? Zijn de doelen bereikt? Uit de interviews komt naar voren dat vervolgens audits en onderzoeken moeten plaatsvinden bij behandelteams om de succesfactoren te onderzoeken van goede ROM resultaten.

Uit onderzoek in de VS blijkt dat ROM een positief effect heeft op behandeluitkomsten [30]. Vooral patiënten bij wie de behandeling weinig gezondheidswinst oplevert, hebben baat bij ROM. Door evaluatie van behandeluitkomsten kan een behandelplan bijvoorbeeld tijdig gewijzigd worden. Deze resultaten zijn onlangs onderschreven in twee Nederlands studies: een meta-analyse en een overzichtsartikel bevestigen dat ROM een gunstig effect heeft op behandeluitkomsten [31,32]. Deze positieve ervaringen met ROM worden ook ondersteund in de praktijkinterviews: bij een instelling is de behandel-effectiviteit zelfs met 10% gestegen na implementatie van ROM.

ROM kan bijdragen aan doelmatig behandelen [33]. Evaluatiemomenten met ROM creëren situaties waarmee voorkomen kan worden dat de behandeling langer duurt dan noodzakelijk. Informatiemomenten over gerapporteerde behandeluitkomsten kunnen aanleiding zijn om een gesprek aan te knopen over beëindiging van behandeling. Als er geen inzicht is in behandeluitkomsten dan berust een beslissing over stoppen met behandeling op een subjectief oordeel van de behandelaar en patiënt. Hierdoor wordt het risico gelopen dat er doorbehandeld wordt zonder dat er vooruitgang geboekt wordt.

### **Behandelaren zijn positief over kwaliteitsverbetering door middel van ROM**

Het Trimbos Instituut heeft recent een peiling uitgevoerd over de meningen van behandelaren ten aanzien van ROM [34]. Hieruit blijkt dat een grote meerderheid positief is over het gebruik van ROM. Dit beeld kwam ook naar voren tijdens de interviews met behandelaren. Tegelijkertijd zijn behandelaren vaak kritisch over de implementatie van ROM. De huidige vorm van ROM wordt door behandelaren vaak gezien als een 'controle- en afrekeninstrument' om uitkomstenbepaling te stimuleren door zorgverzekeraars.



### *Tussentijdse evaluaties in het behandelteam*

Het belang van tussentijdse evaluaties is in verschillende interviews benadrukt. Niet alleen met de patiënt zoals hierboven beschreven, maar ook in het behandelteam. Tussentijdse evaluaties kunnen ervoor zorgen dat een behandeling efficiënt verloopt en dat tijdig een volgende stap in de behandeling wordt ingezet. Daarnaast maken tussentijdse evaluaties in het behandelteam het eenvoudiger voor de behandelaar naar de patiënt toe om een behandeling af te sluiten. De verantwoordelijkheid voor afsluiten van behandeling ligt dus uiteindelijk bij de behandelaar, maar het onafhankelijke advies van het team kan uiterst bruikbaar zijn.

### **Maatregelen voor het afsluiten van langdurige behandelingen**

Naast interventies om te voorkómen dat de behandelingen te lang duren is het vaak nog lastiger om een behandeling als die eenmaal langdurig is geworden te beëindigen.

### *Toevoeging aan richtlijnen over afsluiten van behandeling*

Tijdens de klankbordgroep bijeenkomst is gesteld dat behandelrichtlijnen weinig concrete adviezen geven over het stoppen met een behandeling. Sterker nog, de behandelrichtlijnen suggereren dat er 'altijd' andere behandelopties geprobeerd kunnen worden. De geïnterviewden geven aan dat er steeds voor een nieuwe behandelmethode wordt gekozen wanneer de voorgaande behandeling niet aanslaat. Dit roept minder weerstand op dan het bespreekbaar maken van afsluiten van behandeling. De klankbordgroep geeft aan dat het kan helpen om in de behandelrichtlijnen op te nemen wanneer en op welke manier een behandeling afgesloten kan worden. Dit kan behandelaren sturing bieden in het bespreken van de voortgang en verwachtingen met een patiënt.

### **Beëindigen van behandeling is niet altijd mogelijk**

Het beëindigen van behandeling is niet altijd mogelijk, soms zelfs onethisch. Dit is een mening die gedeeld wordt door geïnterviewde behandelaren. Met name wanneer de aandoening uiterst complex is of wanneer patiënten levenslange psychische zorg nodig hebben, bijvoorbeeld patiënten met ernstige schizofrenie.

### *Laatste afspraken verspreiden over tijd*

De ervaring van geïnterviewde behandelaren is dat patiënten angstig kunnen reageren wanneer afsluiten van behandeling ter sprake komt. Zelfs als ze tevreden zijn met het behaalde resultaat. Ze zijn bijvoorbeeld bang dat ze het leven niet aankunnen zonder de steun van hun behandelaar. In verschillende instellingen worden de laatste afspraken daarom verspreid over langere tijd. In deze periode kunnen patiënten alvast wennen aan het leven met minder steun van de behandelaar.

### *Therapiepauze*

De behandeling kan stopgezet worden met de afspraak dat de patiënt zich na een bepaalde periode opnieuw kan aanmelden. Dit is een strategie die geïnterviewde behandelaren hanteren wanneer de behandelaar en de patiënt het behandelresultaat nog niet voldoende vinden, terwijl de uitkomsten van behandeling stagneren. Bij een therapiepauze blijft de hoop op verbetering behouden en de angst op terugval vermindert. Ook is het prettig voor de patiënt als hij weet dat er altijd een beroep op de behandelaar kan worden gedaan.

### *Intervisie*

Uit interviews kwam naar voren dat het irreëel kan zijn om van een behandelaar te verwachten dat hij een behandeling eenvoudig af kan sluiten als een sterke (en jarenlange) relatie met de patiënt is opgebouwd. Volgens behandelaren kan een intervisie bijeenkomst hier oplossing bieden. Intervisie als oplossing wordt ook benadrukt in een Nederlandse publicatie uit 2007 [35]. Samen met een onafhankelijke behandelaar wordt tijdens zo'n intervisie nog eens goed gekeken naar de opgestelde behandeldoelen en of voortzetting van behandeling nog wel de potentie heeft om iets op te leveren. In een extreme situatie kan het ook helpen om de patiënt over te dragen naar een andere behandelaar. Deze therapeut (met minder binding met de patiënt) krijgt dan de opdracht om de behandeling op een onafhankelijke wijze af te sluiten. Bij de instellingen van geïnterviewde behandelaren zijn er inmiddels intervisie bijeenkomsten geïmplementeerd. Tijdens deze bijeenkomsten moeten de behandelaren motiveren waarom ze een patiënt willen doorbehandelen wanneer het vooraf afgesproken aantal behandelminuten inmiddels is gepasseerd.

#### **Voorbeeld: Begrenzen van therapie – ‘Een contract tussen behandelaar en patiënt’**

Het maken en afsluiten van ‘contracten’ tussen patiënten en behandelaren is een effectieve methode om therapie te begrenzen. Dit stelt Tom Kuipers, psychiater bij het dr. Leo Kannerhuis. Tijdens de start van behandeling bespreken patiënt en behandelaar de behandelrelatie die ze met elkaar aangaan. In dit contract is vastgelegd: het focus en/of doel van de behandeling vanuit de optiek van de patiënt, de inspanningen die beiden zullen verrichten om het doel te halen, en de frequentie van behandelingen en evaluatiemomenten, en de tijdsduur van behandeling.

Patiënt en behandelaar maken afspraken over de inhoud van behandeling, over de inzet van beide kanten, en over de begrenzing en de periode waarover de zorg gaat. Hierbij is de aanname dat de behandelaren nu *onvoldoende* afspraken maken over wat beide partijen in de context van de behandeling kunnen. Niet omdat zij dat niet willen, maar omdat zij dit nooit geleerd hebben. De hulpverleningscultuur is nog veel van het type ‘wij bieden de beste zorg aan en de patiënt accepteert dat of niet’. Er is geen ‘onderhandelingsproces’ dat leidt tot een uitkomst waarbij de wensen en mogelijkheden van de betrokken partijen evenveel gewicht krijgen. Dit onderhandelingsproces zoekt door naar de best mogelijke oplossing, gegeven de hulpvraag of gegeven het psychiatrische probleem.

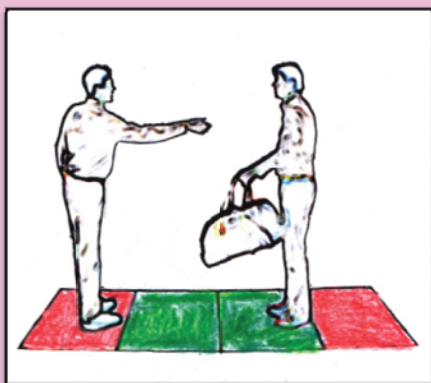
#### *De Matmethode®*

Tijdens het contracteren wordt gebruik gemaakt van de Matmethode [36]. Op de grond liggen twee matten, elk met een groen en rood gedeelte (zie figuur 4.2). De patiënt staat tegenover de behandelaar op de mat. Als een van beiden moeite heeft met het gedrag van de ander, dan staat hij/zij op rood. Als iemand het gedrag van de ander volledig kan accepteren, dan staat hij/zij op groen. De centrale vraag is steeds: leidt dat wat iemand in de interactie met de ander doet naar het doel toe of leidt het er van af? En wat kan gedaan worden om het doel dichterbij te brengen? De mat is een praktisch toepasbaar model dat de interactie tussen patiënt en behandelaar snel zichtbaar én voelbaar maakt.

Het overkoepelende doel van de Matmethode is doelgericht samenwerken met de patiënt. Het proces interactie en onderhandeling moet leiden tot een optimale vorm van coöperatie waarbij

beide partijen volledig achter de behandeldoelen staan. De begrenzing ziet enerzijds op het zichtbaar worden van de vraag van de patiënt en biedt anderzijds een realistische kijk op de inzet van de behandelaars. Met andere woorden: concrete handvaten voor samenwerken in het kader van een GGZ behandeling.

Figuur 4.2: De Matmethode



### Efficiënte inzet behandelaren

#### Terugdringen percentage indirecte tijd

Uit de praktijkinterviews blijkt dat een behandeling snel 25% indirecte tijd bevat, alleen al door verslaglegging na ieder consult. Daarnaast kan de indirecte tijd met name bij complexe patiënten snel oplopen door afstemming en organisatie van zorg rondom de patiënt. In verschillende instellingen worden maatregelen genomen om de indirecte tijd te verminderen: een voorbeeld hiervan is het multidisciplinair overleg zo inrichten dat alleen die behandelaren die daadwerkelijk toegevoegde waarde hebben voor de behandeling van de patiënt die besproken wordt aanwezig zijn. Een ander genoemd initiatief is om de verslaglegging (deels) samen met de patiënt te doen. Dit heeft als voordeel dat de patiënt actiever betrokken wordt bij zijn behandeling en ook gedwongen wordt hier ter plekke op te reflecteren.

#### Efficiënte inzet behandelingen

Behandelaren kunnen wellicht efficiënter worden ingezet. Voorbeelden zijn groepsbehandelingen en trajecten met begeleide zelfmanagement waarbij patiënten zelf hun behandeltraject vormgeven en de behandelaar meer ingezet wordt als coach. Bijkomend voordeel is dat patiënten actiever gestimuleerd worden om zelf aan de slag te gaan met hun doelen en daarbij van elkaar te leren.

#### *Groepsbehandeling*

Onderzoek heeft aangetoond dat groepsbehandelingen een kosteneffectieve vervanger kunnen zijn voor individuele behandeling [37]. Ook in de klankbordgroep bijeenkomsten werd genoemd dat groepsbehandelingen nog meer zouden kunnen bijdragen aan effectieve behandeling. Bij een groepsbehandeling kan een behandelaar meerdere patiënten tegelijk behandelen. Ook voor de patiënt kan een groepsbehandeling voordelen hebben. De voornaamste voordelen zijn

lotgenotencontact, onderling aanspreken op gedrag, en dat behandelaren een groter aantal patiënten vaardigheden kunnen aanleren.

Er bestaat ook scepsis over groepsbehandelingen. Patiënten met co-morbiditeit of sociale beperkingen zijn volgens behandelaren vaak ongeschikt voor groepsbehandeling. Daarnaast vraagt de voorbereiding van een groepsbehandeling meer tijd van de behandelaar en kost de groepsbehandeling de behandelaar veel energie. Ook kan het voor kleine praktijken lastig zijn de groep vol te krijgen. Bovendien wordt een individuele sessie toch als effectiever gezien. Een aantal instellingen is daarom inmiddels gestopt met groepsbehandeling.

### *Begeleide zelfmanagement*

Begeleide zelfmanagement ('blended therapy') wordt gezien als een kosteneffectieve vervanger voor volledige face-to-face behandeling. Bij begeleide zelfmanagement is slechts 25-35% face-to-face contact nodig vergeleken met een behandeling zonder zelfmanagement. Begeleide zelfmanagement wordt inmiddels toegepast bij ongeveer 30-50% van de patiënten met milde psychische klachten. Voor ernstige patiënten met complexe problematiek wordt begeleide zelfmanagement als minder geschikt gezien.

Bij begeleide zelfmanagement werkt de patiënt thuis in een zelfmanagementboek of met een E-health programma. De patiënt doorloopt een programma en maakt opdrachten die tijdens face-to-face contact besproken worden. De geïnterviewden hebben de indruk dat patiënten actiever met hun behandeling omgaan en dat ze zich meer betrokken voelen bij de behandeldoelen en -inhoud. Hierbij moet wel de kanttekening geplaatst worden dat het nakijken van opdrachten veel tijd kost (vooral als een patiënt actief zijn thuisopdrachten maakt). Het is echter ook motiverend voor een behandelaar om zeer betrokken patiënten te behandelen. Behandelaren zien begeleide zelfmanagement dus als kosteneffectief. Dit blijkt ook uit een onlangs gepubliceerde meta-analyse [38].

### **Voorbeeld: Afschalen van zorg door begeleide zelfmanagement**

Behandelkosten kunnen gespaard worden door zelfmanagement op afstand te begeleiden. Dit blijkt uit een systematische review en meta-analyse van Pim Cuijpers en zijn collega's [38]. Doordat zelfmanagement net zo effectief lijkt te zijn als face-to-face behandeling en minder inzet van behandelaren vergt kan het een kosteneffectieve vervanging zijn aan de huidige behandeling.

Begeleide zelfmanagement kan gedefinieerd worden als een gestandaardiseerde behandeling die met minimale begeleiding van een behandelaar wordt uitgevoerd. De patiënt volgt thuis stapsgewijs een bewezen effectieve behandeling (bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie, ontspanningsoefeningen, ademhalingsoefeningen, running therapie, of assertiviteitstraining). De behandeling staat beschreven in een boek, of deze kan beschikbaar zijn via andere media, zoals een computer (E-health), televisie, of audio. De begeleide zelfmanagement onderscheidt zich van andere zelfmanagement interventies door de (face-to-face of telefonische) begeleiding van een professionele behandelaar of coach.

## Conclusies

In hoofdstuk kwamen mogelijke oplossingen vanuit de praktijk aan bod voor afschalen van behandeling. De input hiervan kwam voort uit de discussies in de klankbordgroep bijeenkomsten en de interviews die wij hebben afgenomen bij behandelaren en managers van GGZ instellingen. De aanbevelingen zijn gestaafd met gegevens uit de literatuur. De belangrijkste manieren voor doelmatige afschaling:

- doelgericht behandelen;
- beter toepassen bestaande kennis;
- afsluiten van behandelingen met weinig tot geen toegevoegde waarde; en
- het terugbrengen van de indirecte tijd en effectiever inzetten van behandelaren.

Behandelaren kunnen hulp gebruiken om nog meer effect te halen uit hun behandelcapaciteit. Het gaat hierbij enerzijds om maatregelen die langdurige behandelingen voorkomen, en anderzijds om maatregelen om langdurige behandelingen daadwerkelijk te stoppen. Implementatie van multidisciplinaire richtlijnen, doelgericht werken, ROM, en ontslagbeleid lijken succesvolle methoden. De beschikbare tijd kan ook efficiënter worden ingezet. Voorbeelden zijn groepsbehandelingen en begeleide zelfmanagement. Daarnaast kan de indirecte tijd beter benut worden door een deel van het consult te besteden aan verslaglegging samen met de patiënt.

### **Interview met een *vrijgevestigde* behandelaar: een ander perspectief**

In een interview met een vrijgevestigde psychiater is besproken hoe hij aankijkt tegen de genoemde maatregelen om doelmatige afschaling te bevorderen en of deze ook in een vrijgevestigde praktijk van toegevoegde waarde kunnen zijn.

Op het gebied van doelgericht behandelen en continu evalueren kwamen deze beelden goed overeen. Wel wordt ROM nu veel gezien als een afrekeninstrument van zorgverzekeraars en minder van de behandelaren zelf. Om deze reden wordt ROM minder gebruikt door vrijgevestigden dan binnen instellingen waar het gebruik van ROM min of meer verplicht is. Ten aanzien van teamevaluaties worden zowel voor- als nadelen herkend door deze vrijgevestigde psychiater: enerzijds werd onderschreven dat een onafhankelijke blik kan helpen bij een vastgelopen behandeling, anderzijds kan door een team ook verwacht worden dat het hele protocol afgemaakt wordt. Een vrijgevestigde is vrijer om te stoppen met behandeling wanneer voldoende gezondheidswinst is behaald. Tenslotte kwam de rol van de zorgverzekeraar ter sprake. Er wordt veel druk ervaren op kort behandelen van de zorgverzekeraar. Hierdoor wordt sneller gekozen voor farmacotherapie en kortdurende behandelingen, terwijl dit niet noodzakelijkerwijs de beste optie voor de patiënt hoeft te zijn. Er wordt gepleit voor een onafhankelijk instituut dat toetst in hoeverre doelmatig wordt behandeld wordt. De zorgverzekeraars hebben hiervoor niet de inhoudelijke kennis. Daarnaast hebben ze een dubbele agenda vanwege hun financiële belang.

## 5 Conclusies

Dit rapport heeft als doel te onderzoeken wat de relatie is tussen aantal behandelminuten en behandeluitkomsten, welke strategieën voor ‘afschaling’ van het aantal behandelminuten mogelijk zijn en in hoeverre deze in de praktijk worden toegepast. Uit de data blijkt dat het grootste deel van de patiënten binnen een jaar is uitbehandeld. In deze groep wordt ook de meeste gezondheidswinst geboekt. Er is echter ook een groep patiënten (ongeveer 25%) die langer dan een jaar wordt behandeld. In een deel van deze groep wordt relatief weinig gezondheidswinst geboekt. Vanuit de praktijk komt een aantal oplossingen naar voren hoe voorkomen kan worden dat patiënten te lang behandeld worden. Daarnaast kwamen mogelijke oplossingen aan bod hoe langdurige (en vruchteloze) behandelingen efficiënt gestaakt kunnen worden. Door deze maatregelen te implementeren kan de relatie tussen het aantal behandelminuten en de behandeluitkomsten geoptimaliseerd worden. Dit kan leiden tot een vermindering van wachtlijsten, tot een hogere kwaliteit van de zorg en tot financiële besparingen. Hierdoor hebben meer patiënten toegang tot hoge kwaliteit GGZ en blijft onze gezondheidszorg betaalbaar.

### Belangrijkste bevindingen

#### **Overgrote deel behandelingen leidt tot winst in GAF**

Dit onderzoek maakt duidelijk dat het totaal van de behandelingen in de extramurale geneeskundige geestelijke gezondheidszorg heeft geleid tot winst in GAF op populatieniveau. De winst in GAF lijkt het hoogst bij de gegeneraliseerde angststoornissen en het laagst bij schizofrenie.

Binnen een bepaalde diagnose bereiken patiënten met de laagste begin GAF-scores (zwaardere problematiek) meer winst in GAF dan patiënten met hogere begin GAF-scores (lichtere problematiek). Dit onderstreept dat behandelingen succesvol zijn, vooral als er een relatief ernstige psychische problematiek bestaat. Deze uitkomsten gelden echter alleen als er wordt gecorrigeerd voor de diagnose. Doen we dat niet, dan bestaat er juist een omgekeerd effect met lage winst voor schizofrenie en relatief veel winst bij angststoornissen. De conclusie die hieraan moet worden verbonden is dat de hier gepresenteerde uitkomsten met enige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd en dat rekening moet worden gehouden met case-mix verschillen tussen, ook binnen specifieke aandoeningen.

#### **De meeste patiënten krijgen een hoeveelheid zorg die overeenkomt met de richtlijn, een kleine groep patiënten ontvangt veel meer zorg**

De gemiddeld aantal behandelminuten schommelt tussen de 1.100 (angststoornis) en 1.900 minuten (schizofrenie) per jaar. Het hogere aantal behandelminuten bij schizofrenie spoort met de zwaardere zorgvraag van deze patiëntengroep. Het gemiddelde aantal minuten directe behandeltijd vertaalt zich in een aantal sessies dat waarschijnlijk fluctueert tussen de 15 (depressie en GAS), 16 (OCS), 18 (PTSS) en 22 (schizofrenie) per jaar, per patiënt. Voor zover er aanbevelingen over behandelduur in de richtlijnen staan, lijkt het grootste deel van de patiënten een hoeveelheid zorg te krijgen die in de buurt ligt van wat de richtlijnen ‘voorschrijven’ of althans niet heel veel meer extra. Opvallend is dat iets meer dan de helft van de patiënten met OCS minder zorg krijgen dan in de richtlijn aangegeven. De vraag is of hier sprake is van onderbehandeling of dat de richtlijnen relatief ruim zijn. Er zijn ook

substantiële verschillen in gemiddeld aantal behandelminuten tussen instellingen onderling, dit geldt voornamelijk tussen de instellingen. Het is vooralsnog onduidelijk of dit wordt veroorzaakt door onder- of overbehandeling in deze instellingen, of dat dit komt door kenmerken van de behandelde populatie.

Een beperkt aantal patiënten wordt heel intensief behandeld. Bijna 40% van de uitgaven gaat naar de 13% patiënten waarvoor tussen de 3000 en 8000 minuten per jaar wordt gedeclareerd. Dit vertaald zich ruwweg naar tussen de 35 en 90 sessies per jaar. De kans op verbetering van het functioneren is bij deze groep zeker niet hoger dan voor patiënten die korter behandeld worden. Dit geldt dan voor alle behandelingen in een zeker jaar. Patiënten die meerjarig worden behandeld laten geen betere behandeluitkomsten zien, dit betreft ongeveer een kwart van het totaal aantal patiënten (bij schizofrenie ligt dit percentage hoger). De uitzondering op deze constatering zit bij de schizofreniepatiënten die vier jaar worden behandeld; daar is de winst in GAF scores licht hoger.

### **Beschikbare tijd kan efficiënter ingezet worden voor behandelcontact**

Uit interviews en de data-analyse komen aanwijzingen naar voren dat de beschikbare tijd efficiënter ingezet kan worden. Een van de mogelijkheden is het verminderen van het aandeel indirecte tijd. Het deel indirecte behandeltime (overleg, administratie, reistijd) schommelt rond de veertig procent. Dat de indirecte tijd het hoogste is voor patiënten met schizofrenie (46%) is aannemelijk omdat bij deze aandoening meer dient te worden afgestemd doordat veelal sprake is van een uitgebreid netwerk van behandelaren en hulpverleners. Een zwaardere patiëntenpopulatie in combinatie met meer 'mogelijkheden' voor multidisciplinair overleg kan ook verklaren waarom het aandeel indirecte tijd bij instellingen hoger ligt dan bij vrijgevestigd psychiaters en psychologen. Het aandeel indirecte tijd varieert sterk tussen de aanbieders, met name bij zorginstellingen en de vrijgevestigde psychiaters. Dit duidt niet zozeer op extra mogelijkheden voor een kortere duur van de behandeling, maar wel op het feit dat het behandeltraject bij een deel van de aanbieders waarschijnlijk doelmatiger kan worden ingericht. In de interviews werden hier inderdaad mogelijkheden voor genoemd.

Een andere mogelijkheid om efficiënter gebruik te maken van de beschikbare behandeltime is het inzetten van behandelvormen en -methoden die kunnen leiden tot een meer doelmatige verlening van de zorg. Het gaat vooral om: groepstherapieën en blended therapy (combinatie van individuele therapie, E-health en zelfmanagement). Uiteraard is dit niet in alle gevallen een oplossing en blijft individuele therapie soms de noodzakelijke standaard. Uit de interviews en data-analyse blijkt echter dat alternatieve behandelvormen nog (te) weinig worden ingezet. Tegelijkertijd plaatsen behandelaren de kanttekening dat deze behandelvormen met name geschikt zijn voor minder complexe patiënten en minder voor chronische en complexe patiënten. Tenslotte lijkt het mogelijk om meer uit te behandeling te halen door deze in de tijd te comprimeren: hetzelfde aantal behandelingen, maar dan binnen een kortere tijdsperiode leidt tot een beter resultaat.

### **Behandelaren positief over meer doelmatige zorg; cultuurverandering nodig**

Uit de interviews blijkt dat veel behandelaren positief staan tegenover het doelmatig afschalen van zorg. Zij zien hierbij kansen om de zelfredzaamheid van patiënten te bevorderen en doelgericht te behandelen. Bij veel instellingen lopen programma's om het doelgericht behandelen te stimuleren, zoals de besproken 'Matmethode' waarbij coöperatie tussen patiënt en behandelaar centraal staat. Deze programma's draaien vaak om: concrete behandeldoelen stellen, duidelijk afspraken maken

met patiënten over wederzijdse verwachtingen, tussentijds evaluatie en zo nodig bijstelling van de behandeling en afsluiten van behandelingen. De ervaring vanuit de basis GGZ, waar al meer aandacht is voor doelgericht behandelen, helpt hierbij. Tegelijkertijd stellen behandelaren dat deze manier van werken een cultuuromslag vergt. Belangrijke barrières: 1) het is vaak onduidelijk wanneer een behandeling effectief is en dus wanneer afgesloten kan worden, 2) de richtlijnen geven hierbij weinig houvast; 3) het afsluiten van een behandeling vergt meer administratie dan doorbehandelen; 4) behandelaren en patiënten zijn er niet gerust op zijn dat een patiënt terug in zorg kan als dat noodzakelijk zou zijn. 5) Daarnaast wordt benadrukt dat er zeker voor de chronische en complexe patiënten maatwerk mogelijk zal moeten blijven. Niet alle langdurige behandelingen zonder gezondheidswinst zijn ongewenst. Het behandeldoel kan namelijk ook zijn dat er *geen gezondheidsverlies* optreedt of dat zorgwekkende neveneffecten voorkomen kunnen worden.

## **Oplossingsrichtingen tot doelmatig afschalen**

### **Focus op langstdurende trajecten heeft meeste potentieel**

De afgelopen jaren is, zeker in basis GGZ, veel nadruk gelegd op doelmatig behandelen van patiënten in kortdurende trajecten. Uit de interviews die wij hebben gehouden lijkt dit zijn vruchten af te werpen. Optimalisering van de zeer lange behandeltrajecten heeft ons inziens dan ook het meest potentieel in termen van extra gezondheidswinst en doelmatige zorg. Zowel behandelaren als patiënten in de basis GGZ zijn zich er van bewust dat ze een eindig aantal behandelingen hebben om aan hun doelen te werken. In de specialistische GGZ is deze eindigheid geen gegeven. Tijdens interviews kwam opvallend vaak het ‘anekdotische bewijs’ naar voren dat behandelaars die van baan zijn gewisseld de ervaring hebben dat in die situaties een deel van de op dat moment behandelde patiënten niet hoeft te worden overgedragen. Ook werd verteld dat nogal eens langer wordt doorbehandeld zonder dat daarvoor een goede zorginhoudelijke reden bestaat.

Ook in de beschikbare data zien we dat er in de sGGZ een groep patiënten bestaat die langdurig behandeld wordt, zonder dat dit leidt tot extra gezondheidswinst. De relatie tussen lengte van behandeling en gezondheidswinst is ongedefinieerd: het kan zowel zijn dat een hoger aantal behandelminuten per DBC de gezondheidswinst per minuut relatief minder toeneemt dan bij kortere DBC, of dat er langer behandeld wordt doordat de patiënt weinig verbetering laat zien. In beide gevallen is het de vraag of deze behandeling voor deze patiënt nog wel de juiste is.

### **Bevorderen gepast gebruik via richtlijnen, opleiding en meten en evalueren**

Uit praktijkinterviews blijkt dat behandelaren positief staan tegenover het bevorderen van gepast gebruik, inclusief doelmatig ‘afschalen’ van behandelingen. Tegelijkertijd geven zij aan dat ze soms de ‘tools’ missen om dit ook te doen. Mogelijkheden om dit te bevorderen zijn 1) Opnemen van aanbevelingen voor doelgericht en gepast behandelen in richtlijnen, 2) stimuleren van het meten, evalueren en zo nodig bijsturen of afronden van de behandeling en 3) verankering hiervan in de opleidingen. De bal hierbij ligt in eerste instantie bij de professionals. Het aantoonbaar maken van wat gepaste zorg is, zal de komende jaren een belangrijke uitdaging zijn.

*Opnemen van doelgericht en gepast behandelen in richtlijnen*



De bestaande richtlijnen geven behandelaren weinig richting als het gaat om doelmatig en gepast behandelen. In bestaande richtlijnen wordt vaak geen aanbevolen aantal sessies opgenomen waarna evaluatie moet volgen. Van de door ons onderzochte richtlijnen<sup>x</sup> is dit nu alleen zo bij GAS (12 sessies) en OCS (20 sessies). En als er een evaluatie geadviseerd wordt, suggereren de richtlijnen dat er 'altijd' andere behandelopties zijn. Het lijkt ons verstandig om in richtlijnen aanbevelingen op te nemen over de periodieke evaluatie: wanneer is tussentijdse evaluatie gepast? Wat moet worden geëvalueerd? En welke opties zijn er voor alternatieve behandelingen, opschalen én afschalen van de zorg? In het aan Zorginstituut Nederland aangeboden Model kwaliteitsstatuut GGZ wordt dit ook nadrukkelijk genoemd als onderdeel van het behandelplan [39].

Daarnaast blijkt dat het overgrote deel van de behandelingen in de sGGZ klassieke individuele sessies zijn. In het kader van doelmatigheid bevelen we aan om in de richtlijnen / zorgstandaarden aandacht te besteden aan vraag of een alternatieve vorm van behandeling, zoals groepsbehandeling of begeleide zelfmanagement, effectief en doelmatig kunnen zijn.

#### *Doelgericht behandelen en consequent meten en evalueren*

Het is aangetoond dat het evalueren van behandeling via Routine Outcome Monitoring (ROM) een positief effect heeft op de behandeluitkomsten [30-32]. Dit komt onder meer omdat tijdig gesignaleerd kan worden dat de behandeling onvoldoende effect heeft en zo nodig kan worden aangepast of afgesloten. Het is hiervoor noodzakelijk dat de evaluatie (via ROM) niet enkel aan begin en einde van de behandeling van de behandeling wordt afgenomen, maar ook tijdens de behandeling. Op die manier kunnen patiënt en behandelaar regelmatig bespreken hoe de behandeling opschiet, welke doelen zijn bereikt, en waar de behandeling zich in de toekomst op moet richten.

Een van de barrières voor afsluiten van behandeling die vaak genoemd werd, is dat het onduidelijk is wanneer de behandeling effectief is. Het opstellen van een behandelplan samen met de patiënt met duidelijke doelen is een manier om beter te borgen dat behandeltrajecten niet nodeloos lang voortduren. Het wordt dan meer een automatisme om een behandeltraject gezamenlijk te evalueren en zo nodig af te sluiten. Bovendien biedt zo'n behandelplan de mogelijkheid om de (on)mogelijkheden van behandeling vooraf met de patiënt door te spreken. Dit kan worden opgenomen in de behandelrichtlijnen. Tot verlenging zou, volgens de richtlijn, ook pas kunnen worden besloten na een multidisciplinair overleg. In een aantal gevallen kan het behandelplan ook de vorm krijgen van een 'contract' tussen patiënt en behandelaar.

#### *Verankering in opleidingen*

Uit onderzoek blijkt dat patiënten niet altijd volgens wetenschappelijk bewezen inzichten worden behandeld [23]. We weten dat wanneer wetenschappelijk bewezen behandelingen breder worden toegepast, op populatieniveau de behandeluitkomsten verbeteren. De opleiding van behandelaren hier meer op afstemmen is een manier om de implementatie van deze behandelingen breder in te bedden. Tijdens de opleiding van behandelaren moet het leren van effectief gebleken

---

<sup>x</sup> OCS, GAS, PTSS, depressie en schizofrenie

(psychotherapeutische) behandeling en werken volgens zorgstandaarden en richtlijnen centraal staan.

In de opleiding kunnen ook de vaardigheden worden aangeleerd met het oog op het afsluiten van (moeilijke) behandelingen. Strategieën die zich daarop richten: (1) het verspreiden van de 'laatste' sessies over een langere tijdperiode; (2) een therapiepauze inlassen; (3) een tweede paar ogen, door intervisie met een tweede behandelaar; of (4) andere specifieke vaardigheden in patiëntinteractie, zoals de zogenaamde Matmethode.

### **Stimuleren van gepaste en doelmatige zorg via bekostiging en contracteerproces**

In de ideale situatie ondersteunt het bekostigingsmodel de inhoudelijke koers en gepaste gebruik van zorg. De huidige bekostigingswijze doet dit nog onvoldoende. Er teveel kenmerken van een door de behandelaar ingevuld model van 'tijdschrijven'. Er zijn nauwelijks financiële prikkels om behandelingen af te sluiten, sterker nog, in de data is te zien dat bepaalde aanbieders door lijken te behandelen tot de volgende trede van de DBC ladder bereikt is. Bij lagere financiële vergoedingen voor langdurige behandeling van patiënten (bijvoorbeeld voor patiënten die meer dan 3000 minuten per jaar worden behandeld) ontstaat er een stimulans om de behandeling af te sluiten. Bovendien ontstaat financiële ruimte om zorg te verlenen met potentieel hogere meerwaarde en meer maatschappelijke gezondheidswinst. Uiteraard dient er voor die patiëntengroepen die (blijvend) langdurige behandeling nodig heeft een uitzonderingsmogelijkheid gecreëerd te kunnen worden.

Op langere termijn kan het een oplossing zijn de bekostiging aan te sluiten op helder omschreven en medisch herkenbare zorgproducten die gekoppeld kunnen worden aan relevante uitkomstmaten [40]. De NZa werkt momenteel aan de doorontwikkeling van de productstructuur. Daarnaast wordt gewerkt aan een nieuwe productstructuur, op basis van het zogenaamde 'Engelse model'. Anders dan DBC's gaat dit uit van (inhoudelijke) zorgproducten, zoals het type behandeling dat gegeven wordt. Een ander belangrijk element zijn de vaste evaluatiemomenten, die in de zorgclusters zijn ingebouwd. Op deze momenten wordt de zorg geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Het veld heeft zelf ook het voortouw genomen door een gezamenlijke agenda voor gepast gebruik en transparantie op te stellen [41].

Ook binnen het huidige DBC stelsel bestaat er ruimte om afspraken te maken over meer doelmatige zorg. Zorgverzekeraars kunnen (financiële) prikkels aanbrengen die aanzetten tot meer gepaste en doelmatige zorg. Ze kunnen meerjarenafspraken maken waarbinnen het makkelijker is dit te bereiken, bijvoorbeeld door middel van shared savings. Bij shared savings delen de zorgverzekeraar en de aanbieder de financiële winst die voortkomt uit een doelmatigere behandeling. Voor zorgaanbieders is het dan belangrijk om informatie in een vroeg stadium te delen. De combinatie van DBC met uitkomstmaten kan een krachtige informatiebron zijn.

### **Toetsen nieuw beleid in proeftuinen**

Tot slot bevelen we aan nieuw beleid te toetsen in proeftuinen. De doelen zoals boven besproken kunnen alleen bereikt worden als veel verschillende partijen samenwerken: professionals, zorgaanbieders, verwijzers, zorgverzekeraars, gemeenten, etc. Deze verschillende partijen zijn nog bezig hun rol te vinden in de werkwijze. Proeftuinen kunnen helpen om dit spel beter op de rails te krijgen. In deze proeftuinen kunnen aanbieders en verzekeraars ook experimenteren met het

terugdringen van administratieve lasten zodat de beschikbare tijd optimaal ten goede komt aan de behandeling van de patiënt.

## **Methodologische kanttekeningen**

### **Betrouwbaarheid en validiteit van GAF-scores**

De behandeluitkomsten worden in dit onderzoek gemeten op basis van GAF. De GAF is een uitkomstindicator die iets zegt over de ontwikkeling van de patiënt zoals waargenomen door de behandelaar. Doordat er eventuele scoringsverschillen tussen behandelaren zijn, lijkt de GAF-score minder geschikt om individuele patiënten of instellingen met elkaar te vergelijken. GAF-scores zijn echter wel bruikbaar om op groepsniveau de mate van (psychisch) functioneren te meten [13,14]. Dit lijkt het geval binnen dit onderzoek. De resultaten uit het kwantitatieve deel van dit onderzoek komen overeen met de bevindingen in het veld en sluiten ook aan op bevindingen in overige onderzoeken, zoals bij de Stichting Benchmark GGZ.

### **De data maken het niet mogelijk om de recente hervormingen in de GGZ te evalueren**

Verbreding van eerstelijnszorg en de introductie van de basis GGZ zijn op 1 januari 2014 ingevoerd. De data die gebruikt werden in dit rapport zijn de registraties tussen 2008 en 2013; het is daardoor niet mogelijk om de gevolgen van dit beleid mee te nemen in de hier gepresenteerde resultaten.

### **Besparingspotentieel optimaliseren aantal behandelminuten niet exact te berekenen**

Het is in dit onderzoek niet mogelijk gebleken een theoretisch onderbouwd besparingspotentieel te berekenen van het verkorten van het aantal behandelminuten, met als randvoorwaarde dat de gezondheidswinst daar niet onder leidt. Dit komt omdat de individuele data onvoldoende betrouwbaar worden geacht en omdat deze niet altijd representatief zijn voor de werkelijk geleverde zorg.

## 6 Bijlagen

### Bijlage 1: Klankbordgroep leden

De klankbordgroep bestond uit deskundigen die op persoonlijke titel meedachten en kritisch reflecteerden op de bevindingen. De klankbordgroep is twee keer bij elkaar gekomen: op 10 december 2015 en op 10 februari 2016. De bijeenkomsten vonden plaats bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in Den Haag. Individuele leden hebben ook conceptversies van dit rapport becommentarieerd. De klankbordgroep bestond uit:

1. Rian Busstra – Vrijgevestigd psychiater en psychiater bij Lelie Zorggroep
2. Bea Tiemens – Wetenschappelijk medewerker Pro Persona
3. Richard Janssen – Hoogleraar gezondheidseconomie Universiteit van Tilburg / Bestuurder Altrecht
4. Bendert Gijzel – (Interim) bestuurder en adviseur in diverse GGZ instellingen
5. Joost Jan Stolker – Psychiater bij Veerkracht en dr. Leo Kannerhuis
6. Tom Kuijpers – Psychiater bij het dr. Leo Kannerhuis
7. Sebastiaan Baan – Plaatsvervangend programmaleider bij Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ
8. Jasper de Haan – Hoofd bedrijfsvoering GGZ Delfland
9. Ernst Amkreutz – Hoofd stafbureau / Manager kwaliteit van zorg GGZ Delfland

## Bijlage 2: Verschil tussen aanbieders per diagnosegroep

Deze bijlage bevat informatie uit de CPB notitie (bron: <http://www.cpb.nl/publicatie/relatie-behandelduur-en-gaf-scores-in-de-ggz>). In deze notitie worden verschillen in de data tussen aanbieders (instellingen, vrijgevestigde psychiaters en vrijgevestigde psychologen), uitgesplitst voor diagnosegroepen. De data bevatten gegevens over het aantal behandelminuten per DBC, de balans tussen directe en indirecte tijd, en de toename in GAF score.

De diagnosegroep schizofrenie is niet opgedeeld naar aanbiederstype omdat slechts 2% van alle DBC's is uitgevoerd door een vrijgevestigde aanbieder (en 98% door instellingen).

De instellingen voerden 78% van alle DBC's depressie uit in de zes geobserveerde jaren, de overige 22% werd uitgevoerd door vrijgevestigde psychiaters en psychologen. Tabel 7.1 toont de verschillen in het aantal behandelminuten per DBC tussen de verschillende aanbiederstypen. Bij de instellingen is het aantal minuten per DBC het langste met gemiddeld 1184 minuten per DBC, de vrijgevestigde psychologen volgen op de voet met 1127 minuten en de psychiaters behandelen aanzienlijk korter met 670 minuten. Mogelijk spelen hier verschillen in het patiënt- of behandelkarakteristieken een rol, zo hebben alleen psychiaters de bevoegdheid om medicijnen voor te schrijven. Verder is het opvallend dat de vrijgevestigde aanbieders aanzienlijk minder indirecte tijd boeken dan behandelaren in instellingen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat behandelaren in instellingen meer mogelijkheden hebben om samen te werken of collega's te consulteren, wat vaak als indirecte tijd wordt geboekt. Als laatste zijn er ook aanzienlijke verschillen in de toename in GAF score tussen aanbiederstypen. De vrijgevestigde psychiaters en psychologen rapporteren de hoogste toename in GAF (respectievelijk 9.1 en 10.2 punten gemiddeld) en de instellingen de laagste (gemiddeld 3.8 punten). Nader onderzoek is nodig om na te gaan of deze verschillen voortkomen uit verschillen in de patiëntenpopulatie, registratie, de kwaliteit van aanbieders of verschillen in de manier van scoren door aanbieders.

Tabel 7.1: Verschillen tussen aanbieders bij depressie

	Instellingen	Vrijgevestigde psychiaters	Vrijgevestigde psychologen
Aantal DBC's	491,911	65,331	73,357
Gemiddeld aantal minuten per DBC	1184	670	1127
- Directe tijd	708 (60%)	449 (67%)	804 (71%)
- Indirecte tijd	472 (40%)	220 (33%)	324 (29%)
Mediaan aantal minuten per DBC	828	465	925
Begin GAF	54.2	54.6	57.0
Eind GAF	58.0	63.9	67.2
Toename in GAF	3.8	9.1	10.2

Bron: CPB, 2016

Het beeld bij de verschillende angststoornissen (GAS in Tabel 7.2, OCS in Tabel 7.3 en PTSS in Tabel 7.4) is vergelijkbaar met het beeld bij de DBC depressie Tabel 3. Het gemiddeld aantal behandelminuten per DBC bij de diagnose GAS is bij de instellingen en vrijgevestigde psychologen (respectievelijk 1163 en 1159 minuten) hoger dan bij de vrijgevestigde psychiaters (639 minuten). Ook hier rapporteren de vrijgevestigde weer hogere toenames in GAF dan de instellingen.

Tabel 7.2: Verschillen tussen aanbieders bij GAS

	Instellingen	Vrijgevestigde psychiaters	Vrijgevestigde psychologen
Aantal DBC's	33,792	6,172	8,781
Gemiddeld aantal minuten per DBC	1163	640	1159
- Directe tijd	714 (62%)	441 (69%)	826 (71%)
- Indirecte tijd	447 (38%)	199 (31%)	333 (29%)
Mediaan aantal minuten per DBC	881	435	960
Begin GAF	55.9	55.8	57.6
Eind GAF	60.6	64.6	67.8
Toename in GAF	4.6	8.8	10.2

Bron: CPB, 2016

Tabel 7.3 toont voor OCS een vergelijkbaar beeld als bij GAS. Belangrijk verschil is dat het gemiddeld aantal behandelminuten per DBC bij de vrijgevestigde psychologen 266 minuten lager is dan bij instellingen. Al is het wel belangrijk om op te merken dat het totale aantal DBC's bij de vrijgevestigde specialisten relatief klein is (ongeveer 3000 DBC's in 6 jaar), bij een kleiner aantal waarnemingen zijn de onzekerheidsmarges immers groter.

Tabel 7.3: Verschillen tussen aanbieders bij OCS

	Instellingen	Vrijgevestigde psychiaters	Vrijgevestigde psychologen
Aantal DBC's	34,589	3,341	3,861
Gemiddeld aantal minuten per DBC	1296	650	1030
- Directe tijd	786 (61%)	442 (68%)	731 (71%)
- Indirecte tijd	507 (39%)	208 (32%)	299 (29%)
Mediaan aantal minuten per DBC	915	445	870
Begin GAF	54.6	56.8	57.9
Eind GAF	57.5	65.4	67.7
Toename in GAF	3.0	8.5	9.8

Bron: CPB, 2016

Ook bij de angststoornis PTSS in Tabel 7.4 is het beeld vergelijkbaar aan OCS. het aantal behandelminuten per DBC is het hoogst voor instellingen, daarna komen vrijgevestigde psychologen en als laatste de vrijgevestigde psychiaters.

Tabel 7.4: Verschillen tussen aanbieder bij PTSS

	<b>Instellingen</b>	<b>Vrijgevestigde psychiaters</b>	<b>Vrijgevestigde psychologen</b>
Aantal DBC's	44,699	3,543	9,392
Gemiddeld aantal minuten per DBC	1449	952	1199
- Directe tijd	861 (59%)	639 (67%)	862 (72%)
- Indirecte tijd	585 (40%)	313 (33%)	337 (28%)
Mediaan aantal minuten per DBC	1055	635	960
Begin GAF	51.8	53.3	55.8
Eind GAF	55.6	62.0	66.5
Toename in GAF	3.7	8.6	10.7

Bron: CPB, 2016

### **Bijlage 3: Wat staat er in de behandelrichtlijnen over het aanbevolen aantal sessies?**

We hebben voor de vijf onderzochte diagnosegroepen geïnventariseerd wat er in de richtlijnen staat over de aanbevolen behandelduur in relatie tot het gewenste effect van de behandeling. We hebben ons hierbij gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijnen van het Trimbos instituut [7]. Gezien de vraagstelling van dit onderzoek hebben we ons gebaseerd op de psychotherapeutische behandelingen. Farmacotherapeutische behandelingen zijn buiten beschouwing gelaten.

Voor alle vijf onderzochte diagnosegroepen (depressie, schizofrenie, GAS OCS en PTSS) zijn gedetailleerde behandelrichtlijnen beschikbaar. Alleen bij de angststoornissen (GAS, OCS en PTSS) wordt een concrete aanbevolen hoeveelheid behandelsessies genoemd waarna een evaluatie moet volgen. Deze aanbevolen hoeveelheid is het meest helder omschreven voor de initiële behandeling en voor de daaropvolgende behandeling. De behandelrichtlijnen van depressie en schizofrenie geven geen aanbevolen hoeveelheid sessies. Wel beveelt de richtlijn depressie aan na vier maanden te evalueren of de behandeling effect heeft en zo nodig een andere behandeling in te zetten. Bij schizofrenie is onderzoek nodig naar het aantal sessies voor cognitieve gedragstherapie bij psychose.

Opvallend is dat geen van de behandelrichtlijnen een advies geeft over het afsluiten van behandeling. Sterker nog, de richtlijnen geven meestal aan om een andere behandeling te overwegen als een eerdere behandeling geen effect heeft gehad.

Hieronder staan de belangrijkste aanbevelingen uit de richtlijnen met betrekking tot het aantal sessies. Voor een gedetailleerd uitwerking van de multidisciplinaire behandelrichtlijnen verwijzen we naar de website van het Trimbos Instituut [7]. Hier wordt met name de inhoud van behandeling concreter omschreven.

#### **Behandelrichtlijnen GAS**

Cognitieve gedragstherapie, exposure methoden en applied relaxation lijken even effectief voor de behandeling van gegeneraliseerd angststoornis. Gegeven de enigszins betere lange termijn effecten van cognitieve gedragstherapie is er een lichte voorkeur om hiermee te starten. De cognitieve gedragstherapeutische behandeling wordt bij voorkeur individueel uitgevoerd. De duur van de initiële behandeling bedraagt volgens de richtlijnen 12 sessies. Bij geen of onvoldoende herstel worden nogmaals 12 sessies geadviseerd<sup>xi</sup>.

#### **Behandelrichtlijnen OCS**

Bij de behandeling van OCS zijn verschillende psychotherapeutische interventies onderzocht. Uit het onderzoek komt naar voren dat met name twee behandelmethoden effectief zijn: (1) exposure in vivo met responspreventie; en (2) cognitieve gedragstherapie. Hierbij heeft exposure in vivo met responspreventie de eerste voorkeur voor behandeling, vanwege de grote hoeveelheid positieve onderzoeksresultaten en de positieve lange termijn effecten. Bij cognitieve therapie zijn deze lange termijn effecten nog onvoldoende onderzocht. De cognitieve gedragstherapeutische behandeling of exposure in vivo met responsepreventie kan worden gegeven in een initiële behandeling van 20

---

<sup>xi</sup> Sessies voor intake en diagnose worden niet meegenomen in de aanbevolen hoeveelheid behandelsessies. Dit geldt voor alle diagnosegroepen.



sessies. Wanneer de behandeling niet of onvoldoende aanslaat, worden nogmaals 20 sessies geadviseerd.

### **Behandelrichtlijnen PTSS**

Onderzoek is verricht naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), psychodynamische therapie, hypnose, en groepstherapie. Tot dusver is verreweg het meeste bewijs beschikbaar voor behandel-effectiviteit beschikbaar voor cognitieve gedragstherapie en EMDR. De cognitieve gedragstherapeutische behandeling of EMDR kan worden gegeven in betrekkelijk kortdurende behandelingen van gemiddeld 8 tot 12 sessies. Wanneer de behandeling niet of onvoldoende aanslaat, worden nogmaals 8 tot 12 sessies geadviseerd.

### **Behandelrichtlijnen depressie**

De richtlijnen voor depressie zijn differentieel voor de ernst van de aandoening. Hierin worden vier groepen gedefinieerd: (1) lichte depressie, 1<sup>e</sup> episode korter dan 3 maanden bestaand; (2) lichte depressie, 1<sup>e</sup> episode langer dan 3 maanden bestaand of recidief; (3) matig/ernstige depressie, 1<sup>e</sup> episode; en (4) matig/ernstige depressie, recidief. De behandelrichtlijnen voor depressie geven geen aanbevolen hoeveelheid behandelsessies aan. Er wordt daarentegen wel aangegeven dat de eerste behandeling cognitieve gedragstherapie ongeveer 4 maanden duurt. Dit geldt met name voor een lichte tot matige depressie, 1<sup>e</sup> episode; bij een ernstige of recidive depressie is er geen aanbevolen duur van behandeling.

### **Behandelrichtlijnen schizofrenie**

Cognitieve gedragstherapie wordt primair aanbevolen bij patiënten met schizofrenie, zowel in de acute fase (tijdens opname) als in een later stadium. Individuele therapie geniet de voorkeur. Onderzoek is nodig naar het aantal sessies voor cognitieve gedragstherapie bij psychose. Ook is onderzoek nodig naar de benodigde competenties van de therapeut en cognitief gedragstherapeutisch werker, om succesvol cognitieve gedragstherapie bij psychose te kunnen uitvoeren. Naast cognitieve gedragstherapie wordt nog een reeks van therapieën aanbevolen, zoals coping strategieën bij hallucinaties, gezinstherapie, creatieve therapie en vaardigheidstraining.

## 7 Referenties

- [1] de Graaf R, ten Have M, van Gool C, van Dorsselaer S. Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2012;47:203-2013.
- [2] Bijenhof AM, Folkertsma MA, Kommer GJ, Slobbe LC, Polder JJ. *Kostenontwikkeling GGZ*. Notitie van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. 2012. URL: [https://www.volksgezondheidenzorg.info/sites/default/files/o16171\\_kvz-2012-1-kostenontwikkeling-GGZ.pdf](https://www.volksgezondheidenzorg.info/sites/default/files/o16171_kvz-2012-1-kostenontwikkeling-GGZ.pdf)
- [3] KPMG Plexus. *Monitor generalistische basis GGZ. Periode: jan 2011 – juni 2015*. Rapport in opdracht van het Ministerie van VWS, 2015.
- [4] Ravesteijn BA. *Presentatie bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*, 2015.
- [5] de Graaf R, ter Have M, Dorsselaer S. *Psychische gezondheid van de Nederlandse Bevolking. Nemesi-2: opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- [6] Arts WJ, Reinders MJ. Het afsluiten van eindeloze behandelingen. *Tijdschrift voor Gedragstherapie*. 2012;45:405-416.
- [7] Trimbos Instituut. *Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling GGZ*. URL: [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl)
- [8] OECD. *Health at a glance 2015: OECD indicators*. URL: [www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm](http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm)
- [9] OECD. *Making mental health count: the social and economic costs of neglecting mental health care*. URL: [www.oecd.org/health/mental-health-systems.htm](http://www.oecd.org/health/mental-health-systems.htm)
- [10] CBS. Relatief veel geld aan zorg voor psychische en gedragsstoornissen. Persbericht op 04-12-2015 URL: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2015/relatief-veel-geld-aan-zorg-voor-psychische-en-gedragsstoornissen.htm>
- [11] Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E, et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*. 2011;21:718-779.
- [12] KPMG Plexus. *Monitor generalistische basis GGZ. Periode: jan 2011 – juni 2015*. Rapport in opdracht van het Ministerie van VWS, 2015.
- [13] Jones SH, Thornicroft M, Coffey M, Dunn G. A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*. 1995;166(5):654-659.
- [14] Soderberg P, Tungstrom S, Armelium BA. Special section on the GAF: reliability of Global Assessment of Functioning ratings made by clinical psychiatric staff, Psychiatric Services.
- [15] Ravesteijn BA. *Presentatie bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*, 2015.
- [16] Bakker P, Jansen P. *Generalistische Basis GGZ. Verwijfsmodel en productbeschrijvingen*. Rapport gepubliceerd door Bureau HHM, 2013.
- [17] Douven R, Remmerswaal M, Zoutenbier R. *Do extrinsically motivated mental health care providers have better treatment outcomes?* CPB Discussion Paper, 319. Den Haag: 2015.
- [18] Owen JJ, Adelson J, Budge S, Kopta SM, Reese RJ. Good-enough level and dose-effect models: variation among outcomes and therapists. *Psychotherapy Research*. 2016;26(1):22-30.
- [19] Barkham M, Connell J, Miles JN, Evans C, Stiles WB, Margison F, et al. Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: the good enough level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2006;74(1):160-167.

- [20] Baldwin SA, Berkeljon A, Atkins DC, Olsen JA, Nielsen SL. Rates of change in naturalistic psychotherapy: contrasting dose-effect and good enough level models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2009;77(2):203-211.
- [21] Merckies Y. *Project Schoon Schip*. Intern rapport GGZ Delfland, 2008.
- [22] Lambert MJ, Ogles BM. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (pp. 139-193). New York: John Wiley and Sons, 2004.
- [23] Van Oppen PC. *Inaugurale rede: wat psychotherapeuten kunnen leren van honkbal, hockey en Van Gaal*. Vrije Universiteit, Amsterdam, 2015.
- [24] van Dijk MK. *Applicability and effectiveness of the Dutch Multidisciplinary Guidelines for the treatment of Anxiety Disorders in everyday clinical practice*. Academisch Proefschrift, Vrije Universiteit, Amsterdam, 2014.
- [25] Nelson TD, Steele RG. Predictors of practitioners self-reported use of evidence-based practices: practitioner training, clinical setting, and attitude toward research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2007;34(4):319-330.
- [26] Stewart RE, Chambless DL, Baron J. Theoretical and practical barriers to practitioners' willingness to seek training in empirically supported treatments. *Journal of Clinical Psychology*. 2012;68:8-23.
- [27] Cuijpers P, Huibers M, Ebert DD, Koole SL, Andersson G. How much psychotherapy is needed to treat depression? A meta-regression analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2013;149:1-13.
- [28] Bruijniks SJ, Bosmans J, Peeters FP, Hollon SD, van Oppen P, van den Boogaard M, et al. Frequency and change mechanisms of psychotherapy among depressed patients: study protocol for a multicenter randomized trial comparing twice-weekly versus once-weekly sessions of CPB and IPT. *BMC Psychiatry*. 2015;15:137.
- [29] Hilderink I, van 't Land H. *GGZ in Tabellen 2008*. Utrecht: Trimbos Instituut, 2009.
- [30] Lambert MJ. Presidential address: what we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*. 2007;17(1):1-14.
- [31] de Jong K. *A chance for change: building an outcome monitoring feedback system for outpatient mental health care*. Universiteit Leiden: Academisch Proefschrift, 2012.
- [32] Carlier IV, Meuldijk D, van Vliet IM, van Fenema E, van de Wee NJ, Zitman FG. Routine outcome monitoring and feedback on physical or mental health status: evidence and theory. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2012;18(1):104-110.
- [33] de Beurs E. *Inaugurale rede: ROM en benchmarken, over meten, weten en wat dan?* Universiteit Leiden, Leiden, 2015.
- [34] Nuijen J, van Wijngaarden B, Veerbeek M, Franx G, Meeuwissen J, van Bon-Martens M. *Implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk in de GGZ - Kernrapport: een landelijke meting van de implementatiegraad en een verdieping aan de hand van praktijksituaties*. Utrecht: Trimbos Instituut, 2015.
- [35] Hellenbrand I, Tiemans B, Appel T. Lange behandelingen ontberen scherpe behandeldoelen: een exploratief onderzoek naar mogelijkheden voor verkorting van de wachtlijst. *Psychopraxis*. 2007;9:84-87.
- [36] Kuipers T. Laat zien waar je staat. Training in interactievaardigheden voor de psychiatrie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*. 2003;58:1137-1148.
- [37] Hoeksma BH, Bastings IC, de Lange HB, de Meij R. *Tijdsbesteding in RIAGG's en psychiatrische poliklinieken*. Enschede: Hoeksma, Homans & Menting, organisatieadviseurs, 1995:41.

[38] Cuijpers P, Donker T, van Straten A, Li J, Andersson G. Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*. 2010;40:1943-1957.

[39] Landelijk Platform GGZ; Nederlandse vereniging voor psychiatrie, GGZ Nederland, landelijke vereniging voor vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten, Nederlands instituut van psychologen, ineen organiseert de eerste lijn, Platform meer GGZ, Beroepsvereniging van zorgprofessionals, Federatie van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen, Zorgverzekeraars Nederland (2016). Model Kwaliteitsstatuut GGZ.

[40] Nederlandse Zorgautoriteit. *Verkenning doorontwikkeling productstructuur DB(B)C GGZ/FZ. Het Engels bekostigingssysteem uitgedaagd*. (Concept) advies werkgroep inhoud, 2015.

[41] Landelijk Platform GGZ; Nederlandse vereniging voor psychiatrie, GGZ Nederland, landelijke vereniging voor vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten, Nederlands instituut van psychologen, ineen organiseert de eerste lijn, Platform meer GGZ, Beroepsvereniging van zorgprofessionals, Landelijke Huisartsen Vereniging, Federatie van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen, Zorgverzekeraars Nederland (2015). Agenda GGZ voor gepast gebruik en transparantie.