



## Waardegedreven zorgcontractering

Depressie

**OHRA** Direct  
geregeld

**N** nationale  
nederlanden



# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Verbetering van de depressiezorg – onze belofte</b>	<b>4</b>			
<b>2</b>	<b>Onze visie op de kwaliteit van zorg en waardegedreven zorgcontractering</b>	<b>6</b>			
2.1	Kwaliteit geclusterd in vier dimensies	6		3.2.1	<i>Ongewenste medicalisering van depressie</i> 10
2.2	Verbeterpunten van depressiezorg in het kwaliteitsmodel	6		3.2.2	<i>Onnodig hoog gebruik van antidepressiva</i> 10
2.3	Relatie tussen kosten en kwaliteit bij waardegedreven zorgcontractering	6		3.2.3	<i>Regionale variatie in het aandeel behandelingen in de gGGZ</i> 12
<b>3</b>	<b>Depressie: grote impact, groot verbeterpotentieel</b>	<b>8</b>		3.2.4	<i>Therapieontrouw bij het gebruik van antidepressiva</i> 12
3.1	Depressie is een aandoening met grote impact	8		3.2.5	<i>Patiënten gebruiken antidepressiva langdurig</i> 14
3.2	De behandelketen van depressie kent veel verbeterpotentieel	10		3.2.6	<i>De afbouw van antidepressiva is lastig</i> 14
				3.2.7	<i>Een groot deel van de patiënten is langdurig onder behandeling in de gGGZ en de terugval is relatief hoog</i> 15
			<b>Bijlage 1:</b>	Visie op de kwaliteit van zorg	18
			<b>4</b>	<b>Verwijzingen</b>	<b>22</b>

# 1 Verbetering van de depressiezorg – onze belofte

De individuele impact van depressies is groot. Eén op de vijf Nederlanders maakt in zijn leven minstens één depressieve stoornis mee. De symptomen daarvan kunnen ernstige gevolgen hebben voor iemands leven en zelfstandigheid. Mensen hebben gevoelens van somberheid, verminderde interesse in anderen en activiteiten, huilbuien en angst. Depressieve stoornissen dragen daarnaast in hoge mate bij aan het aantal gevallen van suicide en pogingen daartoe.

Ook de maatschappelijke impact van depressies moet niet onderschat worden. De kosten voor depressiezorg liegen er niet om: alleen CZ groep besteedt hier jaarlijks al zo'n € 100 miljoen aan. Ziekteverzuim als gevolg van psychische aandoeningen kost de samenleving jaarlijks nog eens € 2,7 miljard.

Als we kijken naar de huidige (inrichting van de) depressiezorg, dan zien we veel verbeterpotentieel. Daar wil CZ groep een bijdrage aan leveren. Daarom maken we de zorg voor mensen met een depressie de komende jaren tot een van onze speerpunten. We zetten stevig in op het verbeteren van de kwaliteit van de depressiezorg. We onderhouden nauw contact met patiëntenorganisaties

om onze aanpak aan te laten sluiten bij de wensen van patiënten. CZ groep trekt in regionale pilots samen met hen op.

Graag nodigen wij u uit om met ons het gesprek aan te gaan over de behandeling van mensen met een depressie. Samen maken we onze belofte waar: alles voor betere depressiezorg.

## Onze verbeterpunten

Dit zijn de verbeterpunten die we op dit moment voor ogen hebben:

### Samen werken aan demedicalisering

We pakken ongewenste medicalisering bij depressie aan: te vaak starten depressiebehandelingen met de focus alléén op de depressie, terwijl de context hiervan – denk aan schulden en problemen in het gezin – niet meegenomen wordt. Ook willen we voorkomen dat patiënten onnodig lang (alleen) in de gespecialiseerde GGZ (gGGZ) onder behandeling zijn. Daarom wil CZ groep in pilots de samenwerking met andere domeinen vormgeven. We werken daarvoor onder meer samen met gemeenten.

### De indicatiestelling en het voorschrijven van antidepressiva regionaal verbeteren

We versterken de diagnostiek en triage – de voordeur van het zorgpad – om gepast gebruik te vergroten. Zo zien we ruimte voor de inzet van e-health als verzekerden kampen met klachten van somberheid of depressieve klachten. Psychologische interventies worden ingezet bij die patiënten waar dit volgens de zorgstandaard is aangewezen. Het gaat ook over het gepast gebruik van medicatie. Veel mensen gebruiken antidepressiva. We vermoeden dat er onnodig vaak antidepressiva worden voorgeschreven bij lichte en matige depressie. Daarbij is er ook sprake van een behoorlijke regionale variatie in het aantal patiënten dat antidepressiva gebruikt. Voor zover deze variatie in de indicatiestelling en het voorschrijfgedrag ongewenst is, willen we dit aanpakken. Dit houdt in elk geval in dat we het onnodig gebruik van antidepressiva onder onze verzekerden met een milde/ matige depressie fors gaan terugdringen.

### **Inzet van een genetisch paspoort en voorspellen welke behandeling past bij de specifieke patiënt**

Om therapietrouw bij het gebruik van antidepressiva te vergroten, is het belangrijk om de juiste medicatie én de juiste dosering voor te schrijven. Hierbij is kennis van het metabolisme van een patiënt noodzakelijk; door de inzet van een genetisch paspoort gaan we hierin voorzien. Ook gaan we samen met GGZ-instellingen predictiemodellen (laten) ontwikkelen, zodat ze de behandeling beter kunnen afstemmen op de specifieke patiëntkenmerken. Hierdoor zal de effectiviteit van de behandeling sterk verbeteren.

### **Langdurig medicatiegebruik onderzoeken en onnodig gebruik terugdringen**

Samen met apotheken, huisartsen en GGZ-instellingen willen we het onnodig langdurig gebruik van antidepressiva terugdringen. We weten dat veel mensen chronisch gebruiker zijn van deze medicatie en we vinden dat er vaker geprobeerd moet worden om af te schalen of af te bouwen.

### **Meer aandacht voor een verantwoorde afbouw van medicatie**

Voor veel mensen is de afbouw van antidepressiva lastig. Hiervoor willen we meer aandacht. CZ groep volgt de landelijke ontwikkelingen op de voet en implementeert zo snel mogelijk de uitkomsten die binnen onze verantwoordelijkheid vallen. Dit doen we om onnodig medicatiegebruik tegen te gaan en de afbouw op een verantwoorde manier mogelijk te maken.

### **Aanpak van (ongewenste) regionale variatie door spiegelinformatie en vergroten transparantie**

We zien grote verschillen tussen instellingen en tussen regio's bij depressiezorg, die kunnen wijzen op verbeterpotentieel. De komende 3 jaar zetten we daarom in op het overzichtelijk presenteren van spiegelinformatie en het bespreken hiervan in de regio. Dit doen we om de variatie te begrijpen en ongewenste variatie terug te dringen. Zodat patiënten niet onnodig (lang) behandeld worden en andere vormen van zorg/hulp beschikbaar zijn als dat (meer) aangewezen is.



## 2 Onze visie op de kwaliteit van zorg en waardegedreven zorgcontractering

CZ groep wil zorg inkopen die zo veel mogelijk waarde toevoegt voor onze verzekerden. Dat is zorg die van goede kwaliteit is, die aansluit bij de behoefte van de patiënt en die tegen acceptabele kosten wordt geleverd.

Wij vinden dat kwaliteit waar mogelijk voorop moet staan bij de zorginkoop. CZ groep geeft hier al invulling aan sinds 2009, toen we zijn gestart met de selectieve inkoop van behandelingen voor borstkanker. Via selectieve inkooptrajecten, de ontwikkeling van regiovisies en innovatietrajecten hebben we ons de afgelopen jaren ingezet om kwaliteit een steeds grotere rol te geven. Ook patiënten vragen steeds meer om inzicht in kwaliteit.

CZ groep hanteert het principe van waardegedreven zorgcontractering. De patiënt en zijn zorgpad staan centraal en de focus ligt op specifieke doelgroepen en aandoeningen. We willen de zorg in Nederland hiermee goed, betaalbaar en toegankelijk houden voor iedereen.

Met dit principe zijn we in 2018 gestart bij vier aandoeningen: darmkanker, wondzorg, dementie en electieve orthopedie voor heup- en knieartrose. Voor 2019 hebben we onze visie op de kwaliteit van zorg en waardegedreven zorgcontractering verder aangescherpt

en dat heeft geleid tot visiedocumenten voor de aandoeningen depressie en maag- en slokdarmkanker.

### 2.1 Kwaliteit geclusterd in vier dimensies

In bijlage I beschrijven we uitgebreid hoe wij kijken naar kwaliteit van zorg en waardegedreven zorgcontractering. Aan de hand van het kwaliteitsmodel lichten we de vier dimensies van kwaliteit nader toe:

- klinische effectiviteit;
- toegankelijkheid en tijdigheid;
- patiëntgerichtheid;
- kwaliteit van leven.

In de volgende paragraaf maken wij de vertaling van deze dimensies naar depressie.

### 2.2 Verbeterpunten van depressiezorg in het kwaliteitsmodel

In hoofdstuk 1 hebben we op hoofdlijnen beschreven wat volgens ons de belangrijkste knelpunten zijn in de zorgketen voor mensen met een depressie.

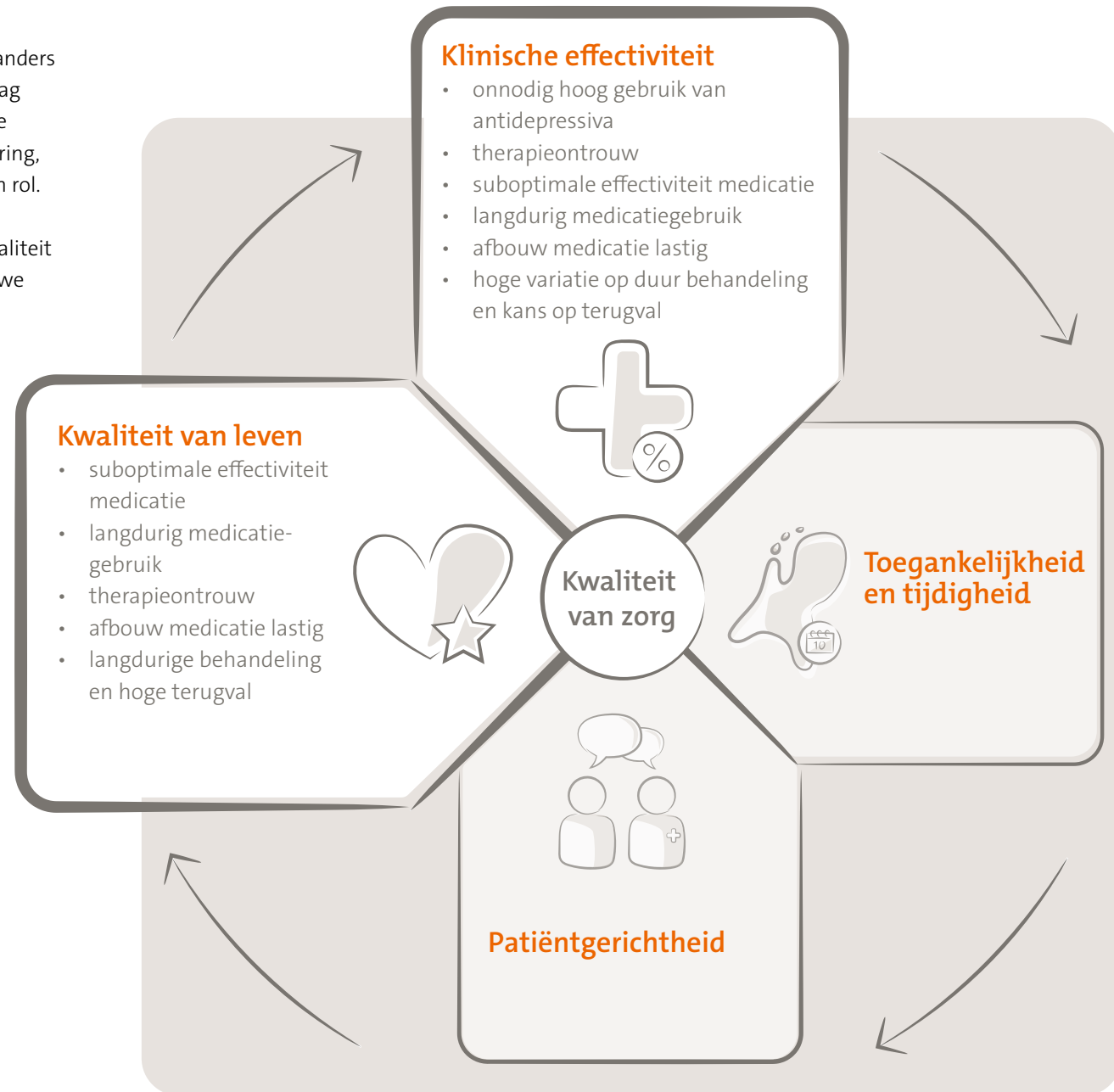
Deze punten hangen vooral samen met de dimensies 'klinische effectiviteit' en 'kwaliteit van leven' van het kwaliteitsmodel. Daarnaast kan ook de toegankelijkheid onder druk komen te staan als bijvoorbeeld een geleidelijke afbouw van medicatie gewenst is, maar de geschikte kleinere doseringen niet beschikbaar zijn. In het model op de volgende pagina vatten we de knelpunten samen, geordend langs de verschillende dimensies van het kwaliteitsmodel.

### 2.3 Relatie tussen kosten en kwaliteit bij waardegedreven zorgcontractering

In de uiteindelijke contractering zet CZ groep de kwaliteit van zorg af tegen de kosten ervan. De mate waarin kwaliteit of kosten leidend is/zijn bij de inkoop, hangt af van een aantal factoren. Allereerst is het belangrijk dat er **inzicht** is in de kwaliteit en de kosten van de zorg. Deze informatie is essentieel om écht op waarde te kunnen sturen bij de zorginkoop. Daar waar geen kwaliteitsinformatie beschikbaar is, blijft de prijs leidend in de zorgcontractering. Bij de weging van prijs en kwaliteit speelt ook de **impact** van de aandoening op de overleving en het risico op complicaties voor de patiënt mee.

Zo is de weging van kwaliteit ten opzichte van prijs anders bij hoog complexe oncologische zorg dan bij een laag complexe, routinematige behandeling. Bij de eerste speelt uitsluitend kwaliteit een rol bij onze benadering, bij de tweede spelen naast kwaliteit ook kosten een rol.

Bij depressie is het nadrukkelijk ons streven om kwaliteit meer leidend te laten zijn in onze zorginkoop. Hoe we dat gaan doen leest u in het volgende hoofdstuk.



## 3 Depressie: grote impact, groot verbeterpotentieel

### 3.1 Depressie is een aandoening met grote impact

Depressie is in meerdere opzichten een impactvolle aandoening die vaak voorkomt. De invloed op de kwaliteit van leven van een individu én op de maatschappij als geheel is groot. Daarbij geldt ook nog eens: hoe ernstiger de depressie, hoe groter de gevolgen<sup>1</sup>. Depressie is zó'n impactvolle aandoening, dat CZ groep er de komende jaren alles aan wil doen om de waarde van de zorg voor alle mensen met een depressie te vergroten.

#### Depressie komt vaak voor en heeft een grote impact op een individu

Elk jaar maken zo'n 800.000 Nederlanders (jeugdigen vanaf 13 jaar, volwassenen en ouderen) een depressieve episode door. 135.600 volwassenen krijgen jaarlijks voor het eerst een depressie. En 18,7% van de mensen heeft minimaal eens in zijn leven last van een depressieve stoornis<sup>2</sup>. De symptomen die hiermee gepaard gaan – zoals gevoelens van somberheid, verminderde interesse in mensen en activiteiten, huilbuien en angst<sup>3</sup> – kunnen mensen ernstig beperken bij het zelfstandig vormgeven van hun leven.

#### Ook de impact op de maatschappij is groot

De impact van depressie is niet alleen groot voor de patiënt zelf, maar ook voor de maatschappij. Psychische stoornissen, waaronder depressie, kennen een relatief hoge ziektelast (uitgedrukt in Disability Adjusted Life Years, DALY's)<sup>4</sup>. Stemmingsstoornissen staan zelfs op de zesde plaats van de ziekten met de meeste ziektelast in Nederland in 2015, en de verwachting is dat dit de komende jaren niet zal veranderen<sup>5</sup>. De hoge ziektelast ontstaat doordat mensen met psychische stoornissen hier vaak lang mee te maken hebben. De helft van de mensen met een depressie heeft last van een terugkerende depressie, gemiddeld zeven tot acht keer gedurende hun leven. Daardoor brengen ze gemiddeld 21% van hun leven door in een depressieve staat<sup>6</sup>. Ook internationaal onderzoek op basis van de Global Burden of Disease Studie uit 2010 geeft aan dat depressieve stoornissen een van de belangrijkste oorzaken van ziektelast zijn<sup>7</sup>.

#### Depressie draagt in hoge mate bij aan het aantal suïcides

Volgens hetzelfde internationale onderzoek draagt depressie in hoge mate bij aan de 'last' suïcide. Internationaal gezien ligt het aantal suïcides in Nederland laag, onder het OECD-gemiddelde<sup>8</sup>. Volgens het recent

gepubliceerde rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg hebben GGZ-instellingen in 2016 niettemin 724 suïcides gerapporteerd en 243 pogingen met een ernstig schadelijk gevolg. De aantallen fluctueren per jaar en per instelling. Het zijn totalen (zoals gemeld door de instellingen – géén landelijke totaal-cijfers) en ze zijn niet herleidbaar naar een aandoening. Volgens de Inspectie<sup>9</sup> zijn de verschillen tussen de instellingen onderling niet het gevolg van verschillen in kwaliteit, maar zijn andere variabelen van groter belang, zoals een specifiek zorgaanbod. Hoewel we dus geen inzicht hebben in het aantal suïcides (of suïcidepogingen met ernstig schadelijk gevolg) als gevolg van depressies, weten we wél dat het relatieve risico op suïcide voor mensen die na het 12e jaar een depressieve stoornis hebben ontwikkeld, bijna vier keer zo groot is<sup>10</sup>.

#### De kosten van depressie zijn hoog

De kosten van depressie voor CZ groep (alleen de gGGZ) bedragen jaarlijks zo'n € 100 miljoen. De kosten per patiënt stegen in de jaren 2012-2015 van zo'n € 4700 naar € 5700 per jaar. Daarbij zien we overigens nog grote verschillen tussen regio's onderling. Zo lopen de kosten per patiënt in sommige regio's op tot gemiddeld meer dan € 7000 per jaar.



Ook zijn er grote regionale verschillen in de kosten voor het totale behandeltraject. Oorzaken hiervoor zijn bijvoorbeeld de behandelduur en het aandeel klinische behandeling<sup>11</sup>.

De kosten van depressie gaan verder dan alleen de kosten in de zorg. Zo veroorzaakt depressie het meeste arbeidsverzuim. Ziekteverzuim als gevolg van psychische aandoeningen kost de samenleving jaarlijks € 2,7 miljard (oftewel: 12 miljoen werkdagen), waaraan depressie de grootste bijdrage levert<sup>12</sup>.

### 3.2 De behandelketen van depressie kent veel verbeterpotentieel

In dit hoofdstuk beschrijven we de knelpunten die wij zien in de keten van de behandeling van mensen met een depressie. We doorlopen het zorgpad van diagnose en indicatiestelling tot (langdurige) behandeling en terugval (zie visuele weergave op de volgende pagina). In dit zorgpad onderscheiden we acht knelpunten, waarvan vier te maken hebben met het gebruik van antidepressiva:

1. Ongewenste medicalisering van depressie;
2. Onnodig hoog gebruik van antidepressiva;
3. Regionale variatie in het percentage behandelingen in de gGGZ;
4. Therapieontrouw bij het gebruik van antidepressiva;
5. Patiënten gebruiken antidepressiva langdurig;
6. Afbouw van antidepressiva is lastig;
7. Een groot deel van de patiënten is langdurig onder behandeling in de gGGZ;
8. De terugval is relatief hoog onder patiënten met een depressie.

#### 3.2.1 Ongewenste medicalisering van depressie

Er is sprake van een ongewenste medicalisering bij depressie. De hoge eisen die de maatschappij stelt, kunnen ertoe leiden dat psychische problemen toenemen en dat er sneller (te vaak) een diagnose depressie wordt gesteld. De onderliggende problematiek is niet altijd medisch van aard. Soms is er sprake van sombere gevoelens die er (ook vaak) bij horen en 'gewoon' weer overgaan<sup>13</sup>. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) pleit dan ook voor een verschuiving van het medisch perspectief naar een andere benadering. CZ groep onderschrijft dit. Wij vinden het niet zinvol om een behandeling te starten (farmacotherapie en/of psychotherapie) als de focus daarvan louter op de behandeling van depressie ligt, terwijl de context van de leefomgeving van de patiënt niet meegenomen wordt. Denk hierbij aan schulden, problemen in het gezin en werkgerelateerde problematiek.

#### → Samenwerken voor demedicalisering in pilots met gemeenten

Om dit knelpunt aan te pakken, wil CZ groep samenwerken met gemeenten en veldpartijen. Door te investeren in laagdrempelige hulp en ondersteuning, schulden weg te nemen en te zoeken naar werk en een veilige woonomgeving, kunnen we problemen bij de kern aanpakken. Daarmee help je mensen zelf vooruit én je bespaart er maatschappelijke kosten mee. Dit gaat verder dan alleen depressiezorg. Zo zijn in een aantal gemeenten pilots gestart met een onafhankelijk bureau van actieonderzoekers. De uitdaging voor de actieonderzoekers is om samen met

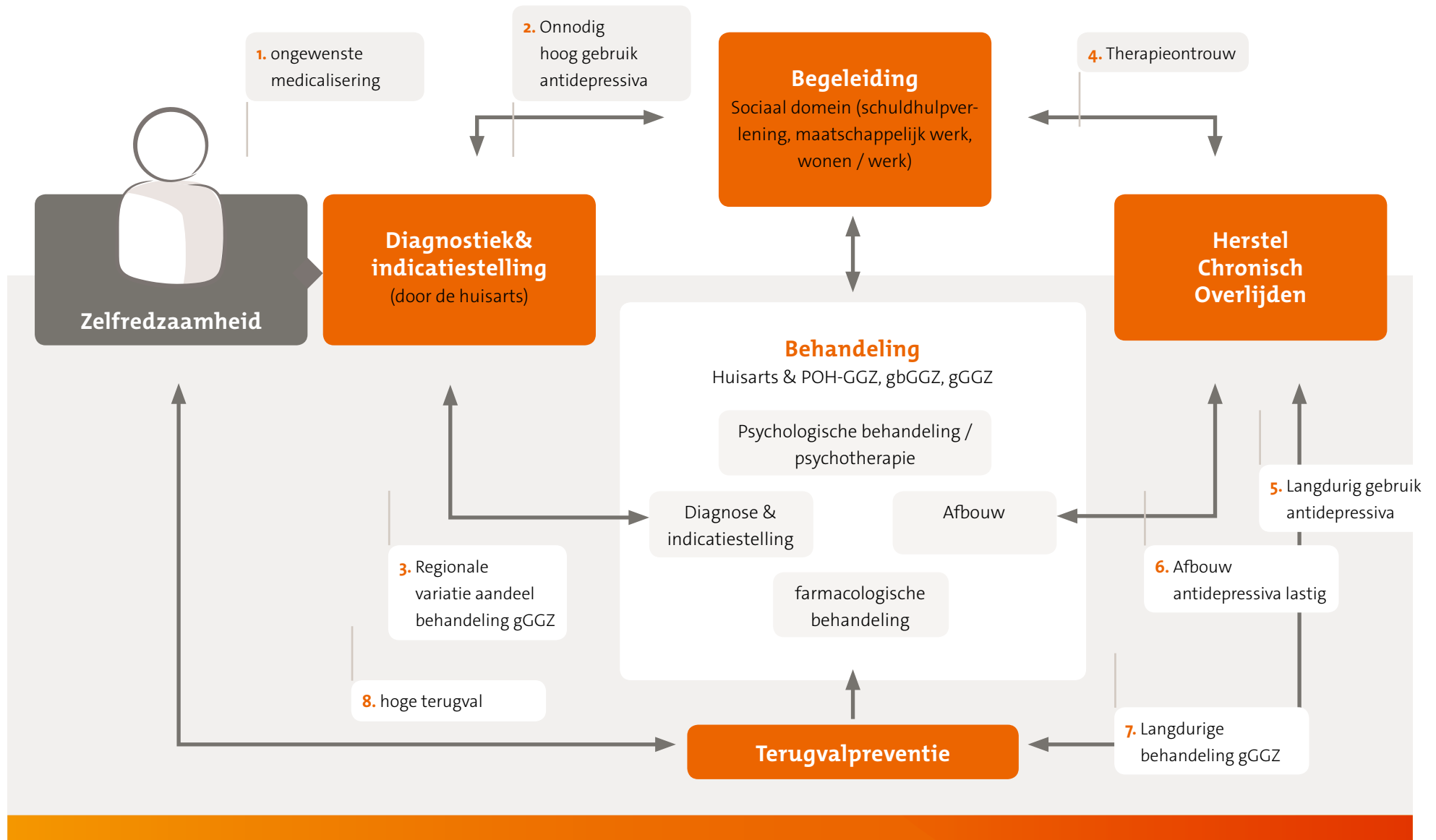
de burger passende en individuele oplossingen via een maatwerkplan te bieden, die zo veel mogelijk binnen bestaande wettelijke kaders en reguliere vergoedingsmogelijkheden vallen. Veelal is door het maatwerk erger voorkomen, zoals uithuiszettingen of opnames.

Ook later in de keten kan er sprake zijn van ongewenste medicalisering, zoals blijkt uit het knelpunt *Een groot deel van de patiënten is langdurig onder behandeling in de gGGZ*. Ook hier kan de onderliggende problematiek van een andere, niet-medische aard zijn. Het is dan zaak om op zoek te gaan naar de oorzaak en daar een passende oplossing voor te vinden. Ook in de situatie dat het voortzetten van een intensieve gGGZ-behandeling niet langer effectief lijkt, zijn mogelijk andere vormen van zorg aangewezen. Een breed multidisciplinair netwerk in de regio is dan van groot belang, waarbij een goede samenwerking tussen de huisarts, het algemeen maatschappelijk werk, de schuldhulpverlening, de dagbesteding et cetera essentieel is.

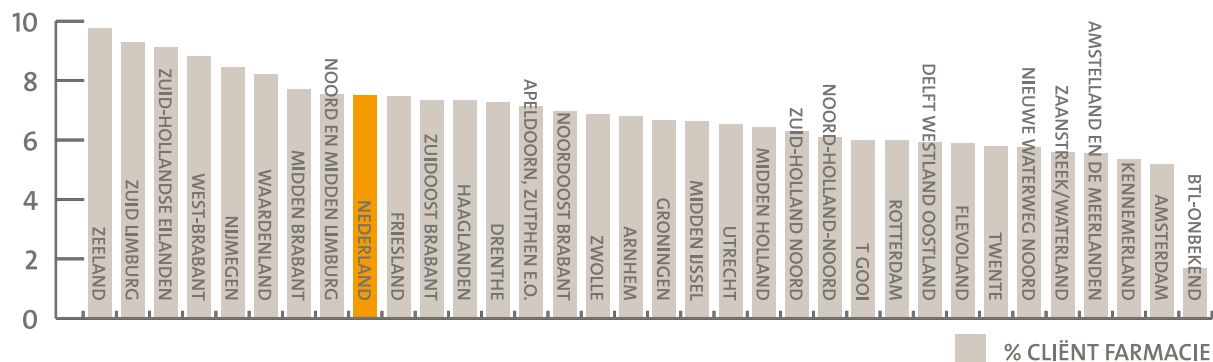
#### 3.2.2 Onnodig hoog gebruik van antidepressiva

Uit cijfers blijkt dat het gebruik van antidepressiva onder de Nederlandse bevolking erg hoog is: in 2016 gebruikten meer dan 1 miljoen mensen antidepressiva<sup>14</sup>. Op basis van onze cijfers vermoeden wij dat antidepressiva onnodig vaak bij depressieve klachten en milde/ matige depressies worden voorgeschreven. Terwijl de effectiviteit in deze gevallen in het algemeen beperkt is, zo stellen deskundigen<sup>15,16</sup>. Bovendien zien we grote verschillen tussen regio's in het gebruik van antidepressiva.

# Zorgpad Depressie



## Aandeel CZ-verzekerden dat antidepressiva gebruikt



sommige regio's – onnodig hoog medicatiegebruik bij de behandeling van depressieve klachten en lichte tot matige depressies.

### Hoog gebruik zonder GGZ behandeling

Uit de declaratiegegevens van CZ groep blijkt voorts dat 71% van de gebruikers van antidepressiva in 2015 géén andere GGZ-behandeling kreeg dan farmacotherapie (zie onderstaande grafiek). Zij waren dus niet onder behandeling van een POH-GGZ, een zorgverlener uit de gbGGZ of de gGGZ. Het is aannemelijk dat het merendeel van deze mensen de medicatie gebruikte wegens een lichte tot matige depressie. We gaan er namelijk, mede op basis van de NHG-richtlijn en de MDR, van uit dat de meeste mensen met een ernstige depressie wél onder behandeling zijn bij een van de hierboven genoemde zorgverleners in de GGZ.

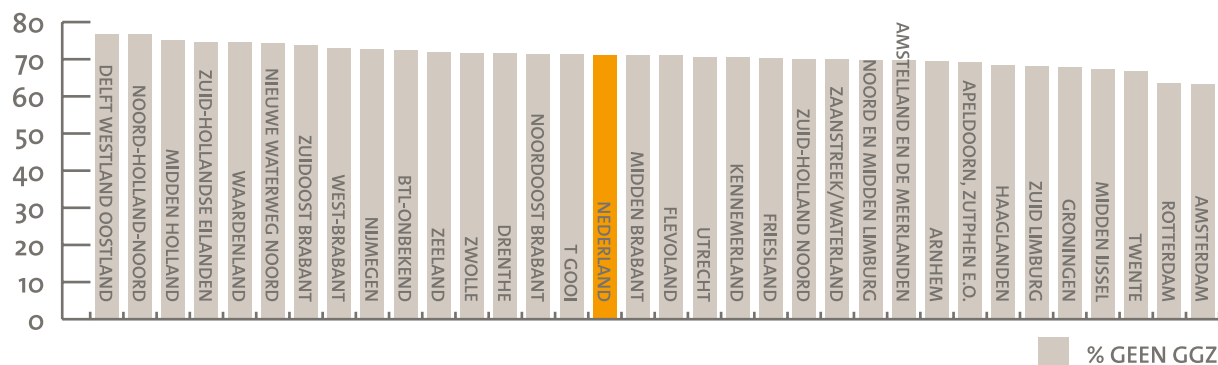
### Regionale verschillen in het gebruik van antidepressiva

Bovenstaande grafiek laat zien welk aandeel van de CZ-verzekerden in 2015 antidepressiva gebruikte. De regio's Zeeland en Zuid-Limburg voeren de lijst aan

met 9,78% en 9,29%; het Nederlands gemiddelde (voor CZ-verzekerden) ligt op 7,5%.

Hoewel hier geen harde conclusies aan verbonden kunnen worden, zou dit kunnen wijzen op een – in

## Aandeel cliënten farmacie zonder GGZ



### Andere interventies aangewezen bij milde/ matige depressie

Een recente, omvangrijke systematische review wijst uit dat de 21 onderzochte antidepressiva een bescheiden effectiviteit laten zien ten opzichte van een placebo<sup>17</sup>. De eerste stap in de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (MDR) en de recent gepubliceerde zorgstandaard Depressieve Stoornissen, betreft niettemin een niet-medicamenteuze interventie bij milde/matige depressie. De richtlijn adviseert niet te snel met een antidepressivum te beginnen<sup>18</sup>, mede omdat de effecten van medicatie niet aanhouden wanneer de patiënt met het gebruik ervan stopt. Bij depressieve klachten en een eerste lichte depressie zijn dan ook andere interventies aangewezen, bijvoorbeeld bibliotherapie, dagstructurering of zelfmanagement. Onderzoek uit Engeland laat zien dat

gedragsactivatie even goede resultaten geeft als cognitieve gedragstherapie of medicatie<sup>19</sup>.

➔ **In de regio afspraken maken over het minder voorschrijven van antidepressiva**

Om het onnodig hoog gebruik van antidepressiva aan te pakken, gaan we met ten minste twee regio's concrete afspraken maken over de diagnostiek en indicatiestelling bij depressie. Dat doen we op basis van een gezamenlijk vastgesteld zorgpad. Doel is onder meer om het aantal mensen dat antidepressiva als eerste interventie bij milde/matige depressie krijgt voorgeschreven te verminderen. Daarnaast gaan we spiegelinformatie over medicatiegebruik bieden. Deze informatie op basis van onze declaratiedata kunnen de betrokken zorgaanbieders vervolgens combineren met hun eigen gegevens. Immers, de informatie uit het HIS bevat gegevens over de diagnose, informatie waar wij niet over beschikken.

Door de gegevens aan elkaar te koppelen, wordt praktijkvariatie inzichtelijk en kunnen apothekers en huisartsen – in samenwerking met instellingen voor gGGZ – samen de verschillen bespreken en ongewenste praktijkvariatie terugdringen.

**3.2.3 Regionale variatie in het aandeel behandelingen in de gGGZ**

Niet iedereen met een depressieve stoornis ontvangt eenzelfde behandeling. Het grootste deel van de patiënten wordt in de eerste lijn of in de gbGGZ behandeld, een kleiner deel in de gGGZ. In 2015 waren 94.500 Nederlanders onder behandeling voor depressie in de gGGZ. Er is sprake van een behoorlijke regionale variatie, zoals de grafiek hieronder laat zien.

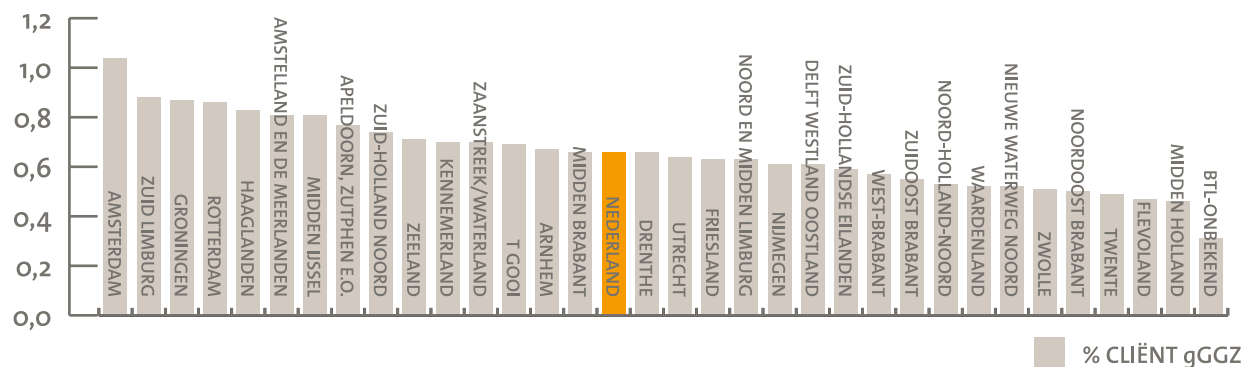
Per regio wordt zichtbaar voor welk deel van onze verzekerden in 2015 een DBC depressie gedeclareerd is. Deze verzekerden waren dus in de gGGZ voor depressie

onder behandeling. Een regio als Zuid-Limburg scoort met 0,88% relatief hoog; het Nederlands gemiddelde (voor CZ-verzekerden) ligt op 0,66%.

➔ **Regionale aanpak om de indicatiestelling te verbeteren**

Zoals ook in de vorige paragraaf geschetst willen we in ten minste twee regio's starten met het verbeteren van diagnostiek en de indicatiestelling bij depressie. Een regionale aanpak biedt de mogelijkheid om ervaring op te doen met een andere manier van werken voordat we die breed uitrollen. Daarnaast doet een regionale aanpak recht aan regionale verschillen, bijvoorbeeld omdat de samenwerking tussen de betrokken partijen per regio anders georganiseerd kan zijn. De focus ligt in eerste instantie op ons primaire werkgebied. Samen met de betrokken partijen in deze regio's maken we afspraken over de indicatiestelling voor mensen met depressieve klachten of een milde/matige depressie, over screening, verwijzing naar de gGGZ, de mogelijkheden van consultatie van psychiaters en de verbinding met andere domeinen. Ook zetten we in op een bredere toepassing van (anonieme) e-health voor de aanpak van depressieve klachten (van zelfmanagement tot blended care en volledige e-health-trajecten).

**Aandeel CZ verzekerden met een DBC depressie**



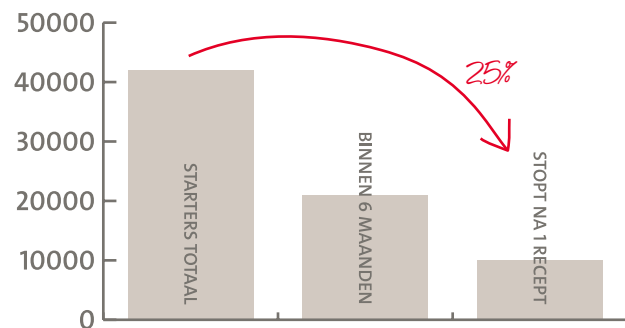
**3.2.4 Therapieontrouw bij het gebruik van antidepressiva**

We weten onder meer uit onze proefregio's 'Regio in de regio'<sup>21</sup> dat de therapietrouw niet altijd even goed is bij het gebruik van antidepressiva. Dit kan diverse oorzaken hebben:

- Het duurt relatief lang voordat het geneesmiddel begint te werken en een patiënt merkt onvoldoende snel verbetering.
- Een patiënt kan (te veel) bijwerkingen van de medicatie ervaren.
- Er kan sprake zijn van onderdosering en daardoor onvoldoende ervaren effect.
- Een bepaald middel kan niet werkzaam zijn bij de desbetreffende patiënt.

Al deze zaken kunnen leiden tot het vroegtijdig stoppen met de behandeling, of regelmatig wisselen van medicatie om bijwerkingen te verminderen. Zo bleek in een van de proefregio's van CZ groep dat 25% van de patiënten al na één recept stopt met antidepressiva<sup>22</sup>.

## Starters antidepressiva 2013



Bijwerkingen of onderdosering kunnen te maken hebben met een afwijkend metabolisme<sup>23,24</sup>. Hierdoor verloopt de afbraak van antidepressiva in de lever versneld of juist vertraagd. Patiënten kunnen daardoor een verminderde werking of juist veel bijwerkingen ervaren, en als gevolg hiervan vaker van medicatie wisselen en/of vroegtijdig stoppen. Bij ongeveer 20-30% van de bevolking is er sprake van een afwijkend metabolisme voor het CYP P450-enzymstelsel<sup>25</sup>. Dit maakt meer inzicht in het individuele metabolisme uiterst zinvol.

Daarnaast zijn er individuele verschillen: bij de één werkt een medicijn nu eenmaal beter dan bij de ander. Nu volgt er vaak een fase van trial-and-error om erachter te komen of een medicijn werkt. Dit levert geen positieve bijdrage aan de therapietrouw<sup>26</sup>. Meer inzicht – door voorspellende modellen – of een middel bij de desbetreffende patiënt gaat werken, is gewenst.

### → Experimenteren met de inzet van een genetisch paspoort

Om de ongewenste effecten van een afwijkend metabolisme tegen te gaan, gaan we experimenteren met een genetisch paspoort. Door een DNA-profiel (genetisch paspoort) aan te vragen en op drie enzymen<sup>27</sup> te testen – die verantwoordelijk zijn voor de afbraak van de meeste antidepressiva – kan de dosering van antidepressiva optimaal worden ingesteld. Wij verwachten op deze manier een hogere therapietrouw en minder bijwerkingen – en daarmee een hogere effectiviteit – van het gebruik van antidepressiva te kunnen faciliteren.

In samenwerking met het International Expert Center Pharmacogenetics (IECP) van het Erasmus MC starten we dit jaar in twee proefregio's met het toepassen van een genetisch profiel voordat we met medicatie starten. Zorgverleners van binnen de regio (betrokken huisartsenpraktijken, apotheken, een ziekenhuis en een GGZ-instelling) stellen gezamenlijk een zorgpad vast, dat start met goede en uniforme diagnostiek.

Voorschrijvers uit de eerste lijn vragen gedurende de looptijd van het project een DNA-profiel aan voor de mensen die op basis van het vastgestelde zorgpad antidepressiva voorgeschreven krijgen. De verwachting is dat dit leidt tot een forse reductie van het aantal vroegtijdige stoppers (binnen een maand) en tot minder wisselingen van medicatie. Het aantal doorverwijzingen naar de GGZ neemt eveneens naar verwachting af, omdat de farmacotherapie beter aanslaat. Daarnaast veronderstellen we dat dit een positief effect heeft op de kwaliteit van leven (een Quality of Life-analyse maakt deel uit van het onderzoek).

Daarnaast is het doel om ook de gGGZ bij het project aan te haken. Wij verwachten dat de behandeltijd in de gGGZ verminderd kan worden door de inzet van het genetisch paspoort. Immers, de inzet van een genetisch paspoort moet leiden tot een effectievere farmacotherapie. En die effectievere farmacotherapie kan de behandeltijd verkorten. Het genetisch paspoort zou aangevraagd moeten worden op het moment dat uit de ROM-scores blijkt dat de depressie bij een patiënt met farmacotherapie niet verbetert.

### → **Beter voorspellen welke behandeling past bij de specifieke patiënt**

Een andere, veelbelovende mogelijkheid om de kwaliteit van de GGZ te vergroten, is het ontwikkelen van predictiemodellen. Daarmee is beter te voorspellen welke behandeling aansluit bij welk type patiënt. Richtlijnen zijn vaak gebaseerd op de gemiddelde patiënt. Maar we weten ook dat de gemiddelde patiënt niet bestaat. In 2018 starten we een onderzoek – in samenwerking met ten minste twee grote GGZ-instellingen en een externe partner op het gebied van ‘datamining’. We gaan na of we betrouwbare predictiemodellen kunnen (laten) ontwikkelen op basis van grote hoeveelheden gegevens (‘big data’) en ‘machine learning’. We onderzoeken wat beïnvloedende variabelen zijn voor de effectiviteit van de behandeling (in eerste instantie farmacotherapie) en kijken of we betrouwbare predictiemodellen kunnen ontwikkelen. Zo kunnen we de behandeling veel beter afstemmen op de specifieke patiëntkenmerken van de individuele patiënt en de effectiviteit van de behandeling sterk verbeteren.

### **3.2.5 Patiënten gebruiken antidepressiva langdurig**

Veel patiënten gebruiken langdurig antidepressiva – mogelijk té langdurig. Zo blijkt uit onze gegevens dat in de periode 2013-2016 in totaal 262.077 van onze verzekerden antidepressiva gebruikten. 18,19% van deze groep bestaat uit chronische gebruikers (verzekerden die alle zestien kwartalen antidepressiva gebruikten). Dat is een fors percentage, met alle gevolgen voor de patiënt van dien, met name in termen van kwaliteit van leven.

Langdurig medicatiegebruik is in sommige gevallen nodig. Bijvoorbeeld bij een ernstige recidiverende depressie of om terugval te voorkomen. Tegelijkertijd geeft de richtlijn aan dat als een patiënt 6 maanden stabiel is, geprobeerd moet worden om het antidepressivagebruik af te bouwen. De vraag is of dit hoge langdurige medicatiegebruik in alle gevallen nodig en effectief is. Het hoge percentage suggereert dan ook dat er eerder en vaker afgebouwd kan worden dan nu het geval is.

### → **Afspraken met apotheken over signalerende en ondersteunende rol**

Om dit knelpunt aan te pakken, willen we in gesprek met apotheken over de ondersteunende rol die zij kunnen spelen. Met de openbare apotheken maken we concrete afspraken over het voorschrijven van antidepressiva, begeleiding bij medicatiegebruik om therapietrouw te bevorderen en de afbouw van antidepressiva. Beoogde resultaten zijn onder meer een vermindering van het onnodig langdurig gebruik van antidepressiva.

### → **Gesprek aangaan met de gGGZ over langdurig medicatiegebruik en onnodig gebruik terugdringen**

Het langdurig medicatiegebruik willen we ook op een andere manier aanpakken. We gaan hier met GGZ-instellingen over in gesprek. Bij langdurig medicatiegebruik hoort ook het kritisch beoordelen of er opgeschaald moet worden in het depressieprotocol naar andere farmacologische middelen, zoals MAO-remmers of inzet op ECT. Deze onderwerpen worden tijdens het gesprek met de GGZ-instelling besproken. Zie ook paragraaf 3.2.7.

### **3.2.6 De afbouw van antidepressiva is lastig**

In het verlengde van het langdurig medicatiegebruik volgen de signalen dat het afschalen en afbouwen van antidepressiva problematisch is. De MDR geeft globaal richting aan de manier waarop afgebouwd kan worden. In de praktijk blijkt een geleidelijke afbouw van de dosering soms lastig. Het abrupt stoppen of te snel afbouwen van medicatie kan tot ernstige klachten leiden (zogenoemde onttrekkingssymptomen). Het afbouwen van antidepressiva via magistraal bereide kleine tussensterktes verpakt in taperingstrips wordt in deze vorm in beginsel niet vergoed. In de proefregio’s ‘Regie in de Regio’ is ook gebleken dat de signaleringsfunctie voor de afbouw van medicatie geregeld in het behandelproces ontbreekt, zeker als een patiënt min of meer uit beeld raakt bij de voorschrijver.

### → **Meer aandacht voor (een verantwoorde) afbouw van medicatie**

CZ groep wil meer aandacht voor een – op een verantwoorde manier – afbouwen van antidepressiva. Het gaat zowel om het signaleren van langdurig gebruik en de communicatie daarover tussen voorschrijver, patiënt en apotheker, als over het geleidelijk en zorgvuldig afbouwen van medicatie.

Op landelijk niveau werken verschillende partijen<sup>28</sup> samen met Zorginstituut Nederland aan een richtinggevend advies dat handvatten moet bieden voor het afbouwen van medicatie. CZ groep volgt deze ontwikkelingen op de voet en implementeert zo snel mogelijk de adviezen die binnen onze verantwoordelijkheid vallen. Wij nemen een

voortrekkersrol bij het ontwikkelen van uniforme vergoedingsvoorwaarden voor deze afbouwmedicatie en methodiek. Wij maken ook inkoopafspraken met bereiders van tussenvormen (kleinere doseringen) om de noodzakelijke medicatie zo snel mogelijk breed beschikbaar te krijgen in de markt.

### 3.2.7 Een groot deel van de patiënten is langdurig onder behandeling in de gGGZ en de terugval is relatief hoog

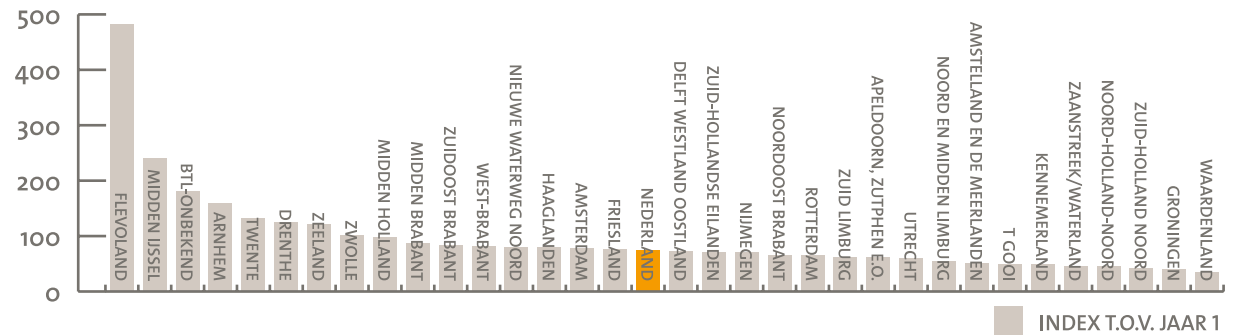
#### Een groot deel van de patiënten is langdurig onder behandeling in de gGGZ

Uit de Zorgthermometer van Vektis blijkt dat een groot deel van de patiënten die voor depressie onder behandeling zijn in de gGGZ, daar langer dan een jaar behandeld wordt. Dat zien we ook in onze eigen cijfers: 44% van onze verzekerden die in 2014 een depressiebehandeling binnen de gGGZ ontvingen (en 4 jaar lang bij CZ groep verzekerd waren), had ook in het jaar daarvoor een depressiebehandeling binnen de gGGZ. 41% had dat ook in het jaar daarna en 24% zelfs nog in het jaar daarna. Zie de tabel hieronder.

#### gGGZ (DBC Depressie)

Jaar	2013	2014	2015	2016
Nederland	44%	15.032	41%	24%

## Aandeel kosten in het vierde jaar



Ook in de meerjarig hoge kosten zien we het patroon van langdurige behandeling terug. In de grafiek hierboven is zichtbaar wat het aandeel is van de kosten van deze patiënten in het 4<sup>e</sup> jaar ten opzichte van de kosten in het 1<sup>e</sup> jaar. In sommige regio's lopen de kosten zelfs op.

Dit is in onze ogen een onverwacht patroon. In elke behandeling komt er een moment dat elke extra behandeling steeds minder toegevoegde waarde oplevert<sup>29</sup>. Oftewel, mogelijk is er sprake van overbehandeling en dat is een onwenselijke situatie. Voortzetting van (hetzelfde niveau van) intensieve gGGZ-behandeling is dan niet meer effectief. Andere vormen van zorg en behandeling zijn dan mogelijk meer aangewezen, zoals ondersteuning vanuit het maatschappelijk werk in het kader van activerende begeleiding<sup>30</sup>.

#### De terugval is relatief hoog onder patiënten met een depressie

Het risico op terugval is groot. Het eerder genoemde rapport van het Trimbos Instituut<sup>7</sup> geeft aan dat er bij de helft van de mensen met een depressie sprake is van terugval (gemiddeld zeven tot acht episoden in zijn levensloop). Stichting Benchmark GGZ (SBC) geeft in de jaarrapportage 2017 aan dat er bij bijna een zesde van de volwassenen met een depressie (binnen het curatieve segment) sprake is van een recidiverende depressie<sup>31</sup>. Daarbij zijn er ook nog eens grote verschillen in uitkomsten tussen zorgaanbieders<sup>32</sup>.

In de tabel was al te zien dat 41% van de CZ-verzekerden met een depressiebehandeling in 2014 ook een vervolgbehandeling voor depressie in 2015 had. Deze 41% bestaat zowel uit vervolgbehandelingen als uit terugval.

Door de declaratiebepalingen<sup>33</sup> DBC GGZ kunnen wij niet bepalen wat de verhouding tussen vervolgbehandeling en terugval is. Wij hebben daardoor geen zicht op de precieze omvang van de terugval. Dit willen we graag in samenwerking met zorgaanbieders nader analyseren. Ook is er sprake van een grote regionale variatie in het percentage verzekerden dat in 2015 een vervolgbehandeling voor depressie had, zo blijkt uit de grafiek hiernaast.

Tot slot zien wij ook in het aandeel vervolg-DBC's bij andere zorgaanbieders grote regionale verschillen, zie de onderste grafiek hiernaast.

Deze verschillen willen we nader analyseren en bespreken om uiteindelijk ongewenste praktijkvariatie tegen te gaan.

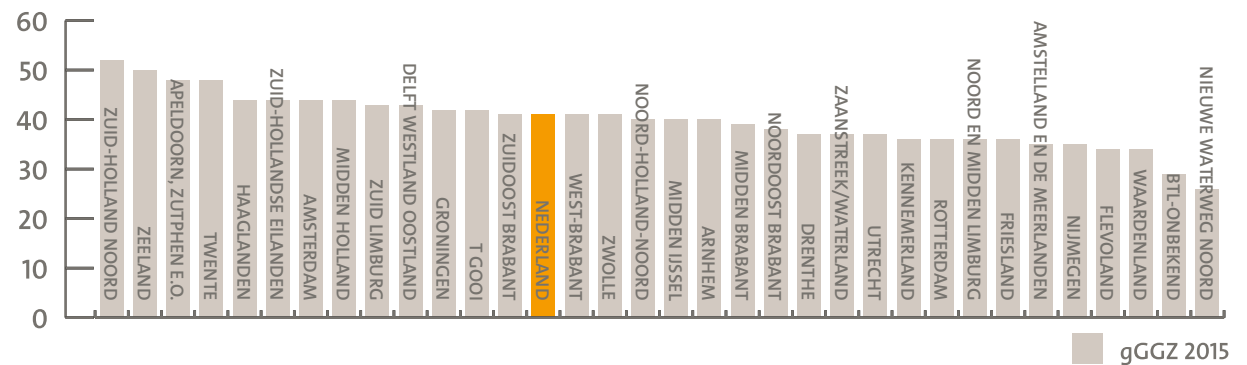
#### → Focus op meer inzicht in kwaliteit

Transparantie over de uitkomsten binnen de GGZ blijft een heikel punt. We hebben daardoor onvoldoende inzicht in de kwaliteit van de zorg. Doordat gegevens over uitkomsten ontbreken – mede door de ROM-discussie die speelt op landelijk niveau – proberen wij ons met de gegevens die wij zelf en via Vektis hebben, een beeld te vormen van de kwaliteit van de zorg in de hele keten. We zetten daarom in op het bereiken van meer transparantie van de kwaliteit en de uitkomsten binnen de GGZ en gaan de komende jaren intensief met het veld in gesprek aan de hand van spiegelrapportages. Dit zijn gesprekken met zorgverleners uit de eerste lijn, de gbGGZ en de gGGZ.

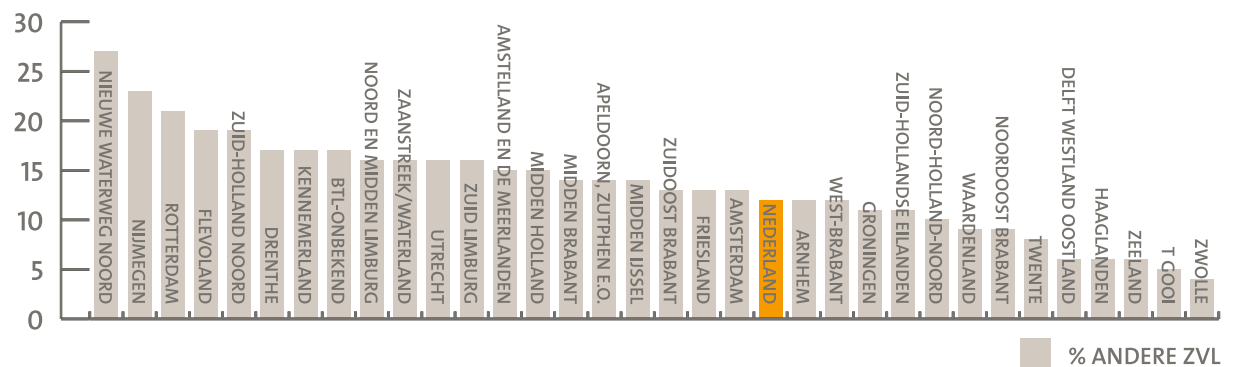
#### → Inzichtelijk maken van praktijkvariatie

In de vorige paragrafen werd duidelijk dat er een grote variatie bestaat in depressiezorg, zowel tussen

## Aandeel vervolgbehandeling gGGZ (DBC depressie)



## Aandeel vervolg-DBC's bij andere zorgverleners



instellingen als tussen regio's. Bijvoorbeeld in de duur van de behandeling, verwijzstromen tussen GGZ-instellingen, de hoge vervolgstkosten (bij dezelfde en bij andere instellingen) en veel wisselingen van medicatie.

Dit kan allemaal wijzen op minder effectieve/suboptimale depressiezorg. We weten echter niet altijd wat de oorzaak van de variatie is en of deze ongewenst is.



Daarom willen we deze variatie in ieder geval inzichtelijk maken, gezamenlijk bespreken, duiden en aanpakken als het om ongewenste praktijkvariatie gaat.

→ **Regionale spiegelbijeenkomsten en expertsessies om kwaliteitsindicatoren te identificeren**

We starten met het overzichtelijk presenteren van spiegelinformatie en deze te bespreken met individuele instellingen en waar mogelijk ook breder binnen de regio met alle bij GGZ betrokken zorgaanbieders. In onze gesprekken met zorgaanbieders kijken we vanzelfsprekend naar goede referentiegroepen, zodat instellingen zich aan vergelijkbare instellingen kunnen spiegelen. Doel is om praktijkvariatie te bespreken en verschillen te duiden.

Daarnaast starten we in de zomer van 2018 met expertgroepen. Deze experts (zorgprofessionals, patiëntvertegenwoordigers) leveren in co-creatie een bijdrage aan uitkomstindicatoren. Beoogd resultaat is dan ook het identificeren van indicatoren die de kwaliteit van de geleverde zorg inzichtelijk maken en daadwerkelijk iets zeggen over de kwaliteit en de effectiviteit. Deze indicatoren nemen we uiteindelijk mee in onze landelijke zorginkoop vanaf 2020, zodat de algehele kwaliteit van depressiebehandelingen (binnen de eerste lijn, in de gbGGZ en in de gGGZ) naar een hoger niveau getild wordt en CZ groep alleen zorg inkoop die voldoet aan deze kwaliteitscriteria.



## Bijlage 1: Visie op de kwaliteit van zorg

CZ groep wil zorg inkopen die zo veel mogelijk waarde toevoegt voor onze verzekerden. Dat is zorg die van goede kwaliteit is, die aansluit bij de behoefte van de patiënt en die tegen acceptabele kosten wordt geleverd.

Wij vinden dat kwaliteit waar mogelijk voorop moet staan bij de zorginkoop. CZ groep geeft hier al invulling aan sinds 2009, toen we zijn gestart met de selectieve inkoop van behandelingen voor borstkanker. Via selectieve inkooptrajecten, de ontwikkeling van regiovisies en innovatietrajecten hebben we ons de afgelopen jaren ingezet om kwaliteit een steeds grotere rol te geven. Ook patiënten vragen steeds meer om inzicht in kwaliteit.

Landelijk zijn er veel ontwikkelingen geweest om de kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken. Hierbij zien we een verschuiving van indicatoren die zich richten op faciliteiten en processen naar indicatoren voor uitkomsten van zorg. Ook patiëntervaringen spelen een steeds grotere rol. Deze ontwikkelingen maken het mogelijk om onze ambitie verder in te vullen.

CZ groep hanteert het principe van waardegedreven zorgcontractering. De patiënt en zijn zorgpad staan centraal en de focus ligt op specifieke doelgroepen

en aandoeningen. We willen de zorg in Nederland hiermee goed, betaalbaar en toegankelijk houden voor iedereen.

Met dit principe zijn we in 2018 gestart bij vier aandoeningen: darmkanker, wondzorg, dementie en electieve orthopedie voor heup- en knieartrose. Voor 2019 hebben we onze visie op de kwaliteit van zorg en waardegedreven zorgcontractering verder aangescherpt en dat heeft geleid tot visiedocumenten voor de aandoeningen depressie en maag- en slokdarmkanker. De basis hiervan – hoe we naar kwaliteit van zorg en waardegedreven zorgcontractering kijken – is terug te vinden in de volgende alinea's.

Kwaliteit van zorg kent vele definities en elementen. Daarom heeft CZ groep dit begrip geclusterd in vier dimensies<sup>1</sup>, geïnspireerd door de indeling die in verschillende ICHOM-sets wordt gebruikt:

- klinische effectiviteit;
- toegankelijkheid en tijdigheid;
- patiëntgerichtheid;
- kwaliteit van leven.

Hiermee creëren we eenduidigheid in taal en beleid (zie afbeelding op de volgende pagina).

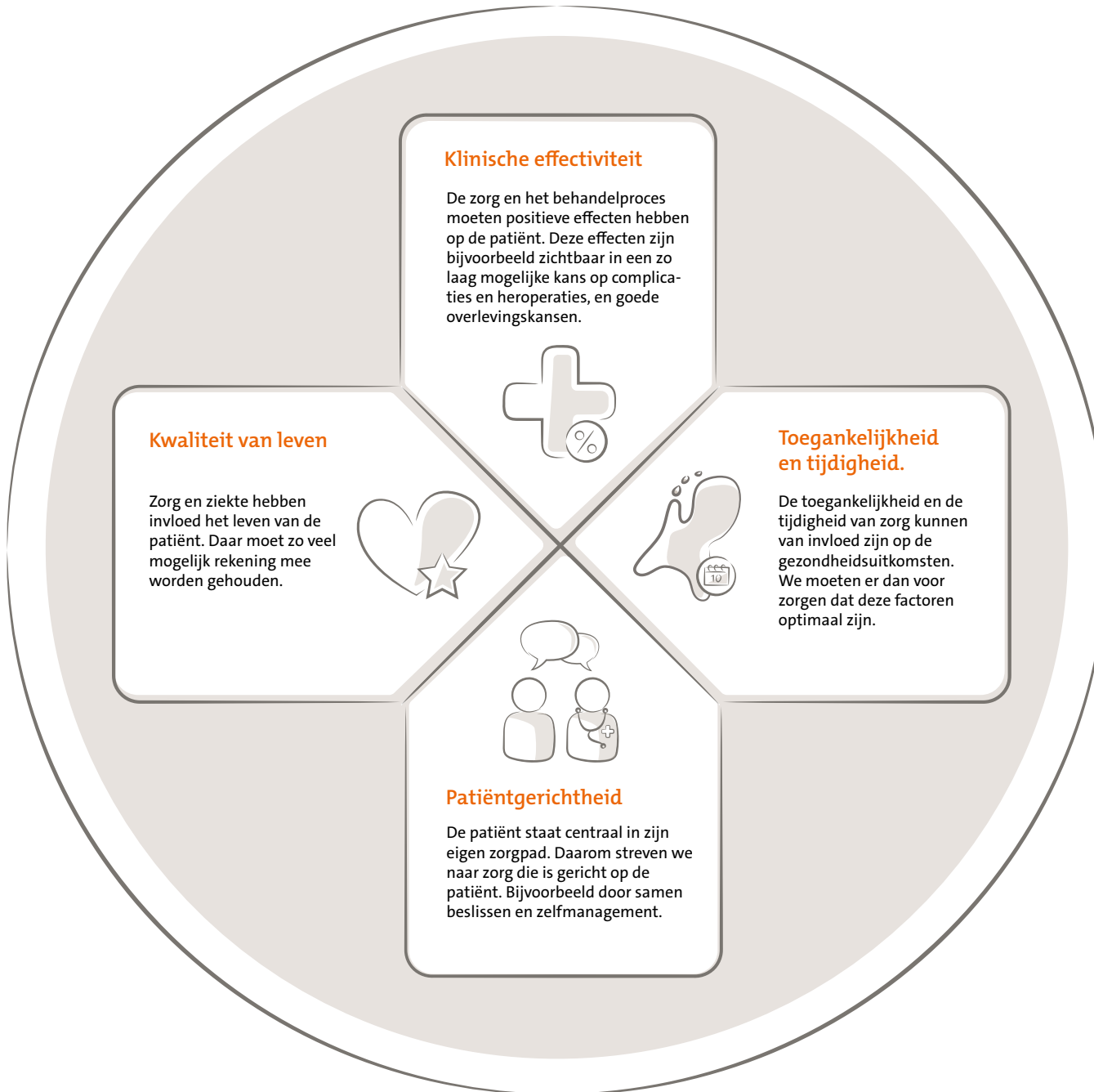
Hieronder lichten we de verschillende dimensies kort toe. Voor een nadere uitwerking verwijzen we naar de animatie op onze **website**.

### Klinische effectiviteit

De klinische effectiviteit is als eerste dimensie van de kwaliteit van zorg ons startpunt bij het ontwikkelen van beleid. Onder klinische effectiviteit verstaan we de uitkomsten van de zorg en het behandelproces. Is de geleverde zorg medisch gezien effectief geweest? Oftewel: heeft de zorg de beoogde uitkomsten opgeleverd voor de patiënt of had de zorg juist negatieve gevolgen? Bij het eerste denken we bijvoorbeeld aan gezondheidsuitkomsten (waaronder de PROM's) en overleving. Bij het tweede bijvoorbeeld aan complicaties, heroperaties en sterfte.

<sup>1</sup> Veiligheid en de juiste indicatiestelling zien we als basisvoorwaarden om zorg in te kopen bij een zorgaanbieder. Als de zorg niet veilig of inhoudelijk onvoldoende gemotiveerd is, dan kopen we deze zorg niet in en vergoeden we deze niet. Daarom vallen veiligheid en indicatiestellingen buiten onze definitie van het begrip 'kwaliteit van zorg'. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet toe op de basisveiligheid. Wij voeren daarnaast evaluaties uit naar ongewenste en onverklaarde praktijkvariatie.

# Kwaliteit van zorg



## Toegankelijkheid en tijdigheid

De tweede dimensie in het model is de toegankelijkheid en tijdigheid van zorg. Hiermee bedoelen we de toegankelijkheid en tijdigheid die een effect hebben op de gezondheidsuitkomsten bij patiënten, zoals de periode tussen de diagnose en de behandeling. Het kan voor de gezondheidsuitkomst van groot belang zijn dat die periode zo kort mogelijk is.

## Patiëntgerichtheid

De derde dimensie van het kwaliteitsmodel is de patiëntgerichtheid van de zorg. De verleende zorg moet aansluiten bij de behoefte van de patiënt. Wij vinden het bijvoorbeeld belangrijk dat er waar mogelijk ruimte is voor zelfmanagement, eigen regie en samen beslissen. Zeker bij een langdurig behandelcontact is een goede match tussen patiënt en behandelaar bepalend voor patiëntgerichte zorg.

Op de momenten dat er iets te kiezen valt binnen een behandeling of zorgpad, vinden we het belangrijk dat er ruimte is voor samen beslissen. Dit moet een vanzelfsprekend onderdeel zijn van de zorg om de actieve betrokkenheid van patiënten bij besluitvorming over hun behandeling te vergroten. De arts en de patiënt bespreken samen wat de behandelopties zijn en wat de voor- en nadelen daarvan zijn. Vervolgens komen zij mede op basis van de voorkeuren van de patiënt gezamenlijk tot het gewenste zorgplan.

## Kwaliteit van leven

Ziekte en zorg kunnen meerdere aspecten in iemands leven beïnvloeden. We willen dat zorg positief bijdraagt aan de kwaliteit van leven van patiënten.

Kwaliteit van leven is een brede en persoonlijke waardering van iemands leven op meerdere aspecten: fysiek, psychisch, sociaal en omgeving.

### **Kwaliteit van zorg meten en transparant maken**

Landelijk zijn steeds meer partijen bezig met het ontwikkelen en transparant maken van kwaliteits-indicatoren die inzicht geven in de uitkomsten, het proces en de structuur van de geleverde zorg. Voor de GGZ zijn dit organisaties als Zorginstituut Nederland en Stichting Benchmark GGZ (SBG) en binnen de farmacie is er de Stichting KwaliteitsIndicatoren Farmacie (SKIF) van de KNMP, NVZA, en LHV. CZ groep wil de landelijk beschikbare informatie actief gebruiken binnen zijn inkoop. Wij stimuleren zorgaanbieders om de resultaten onderling te bespreken en via een kwaliteitscyclus hun zorg steeds verder te verbeteren. Dit doen we onder meer door de informatie inzichtelijk te maken voor zorgaanbieders en de verschillen te bespreken in bijvoorbeeld kwaliteitsgesprekken. Daarnaast maken wij de verschillen ook inzichtelijk voor onze verzekerden in de **Zorgvinder**. Dit biedt onze verzekerden keuze-informatie en het stimuleert zorgaanbieders om de beste zorg te leveren.

We vinden het belangrijk om bij het meten van de uitkomsten van zorg ook te kijken naar patiëntervaringen. De PREM (patient reported experience measures) en Zorgkaart Nederland richten zich op de beleving van patiënten. Zij gaan in op aspecten zoals de bejegening, de informatievoorziening, de mate waarin er ruimte was voor samen beslissen en het proces van de geleverde zorg. Dit geeft ons waardevolle inzichten in hoe de zorg geleverd wordt en of deze aansluit bij de behoefte van

de patiënten. Wij nemen de patiëntervaringen waar mogelijk steeds meer mee in onze zorginkoopafspraken.

### **Kwaliteit van zorg borgen door waardegedreven zorgcontractering**

Op basis van de hierboven beschreven visie op kwaliteit ontstaat ons handelingsperspectief, op hoe we contracteren, onze verzekerden begeleiden of zelf vernieuwende concepten initiëren (bijvoorbeeld via co-creatie).

### **Relatie tussen kosten en kwaliteit bij waardegedreven zorgcontractering**

In de uiteindelijke contractering zet CZ groep de kwaliteit van zorg af tegen de kosten ervan. Daarbij kijken we, zoals gezegd, naar de dimensies klinische effectiviteit, toegankelijkheid, patiëntgerichtheid en kwaliteit van leven. De mate waarin kwaliteit of kosten leidend is/zijn bij de inkoop, hangt af van een aantal factoren. Allereerst is het belangrijk dat er inzicht is in de kwaliteit en de kosten van de zorg. Deze informatie is essentieel om écht op waarde te kunnen sturen bij de zorginkoop. Daar waar geen kwaliteitsinformatie beschikbaar is, blijft de prijs leidend in de zorgcontractering. Bij de weging van prijs en kwaliteit speelt ook de impact van de aandoening op de overleving en het risico op complicaties voor de patiënt mee. Zo is de weging van kwaliteit ten opzichte van prijs anders bij hoog complexe oncologische zorg dan bij een laag complexe, routinematige behandeling. Bij de eerste speelt uitsluitend kwaliteit een rol bij onze benadering, bij de tweede spelen naast kwaliteit ook kosten een rol.



## Waardegedreven zorgcontractering voor aandoeningen

Voor steeds meer aandoeningen wil CZ groep de waarde van de zorg vergroten door de zorginkoop. Voor de zorginkoop van 2018 zijn we gestart met darmkankerzorg, wondzorg, zorg bij dementie en electieve orthopedie bij heup- en knieartrose. Voor 2019 voegen we daar de zorg bij depressie en bij maag- en slokdarmkanker aan toe. We kijken hierbij onder meer naar het verbeterpotentieel op het gebied van de kwaliteit van zorg en de mogelijkheden om als CZ groep verbeteringen te realiseren. Op basis hiervan maken we specifieke inkoop- of samenwerkingsafspraken om de kwaliteit te bevorderen en meer waarde toe te voegen voor de patiënt.



## 4 Verwijzingen

- <sup>1</sup> Factsheet Depressie. GGZ Nederland. Juni 2013.
- <sup>2</sup> Trimbos Instituut. Nemesis 2 Studie.
- <sup>3</sup> [Depressievereniging.nl](http://depressievereniging.nl)
- <sup>4</sup> [Volksgezondheidszorg.info](http://volksgezondheidszorg.info)
- <sup>5</sup> RIVM. Trendskenario 2018.
- <sup>6</sup> Trimbos Instituut. Depressiepreventie. Stand van zaken, nieuwe richtingen. November 2013.
- <sup>7</sup> Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Ferrari A.J. et al. November 5, 2013. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001547>
- <sup>8</sup> OECD Health at a glance. 2017. Chapter 3 Mental Health.
- <sup>9</sup> Samenvattende rapportage praktijkvariatie suïcide-meldingen. Brief IGJ aan minister VWS. 10 oktober 2017. Kenmerk 2017-2055733.
- <sup>10</sup> De hazard ratio (HR) = 3,93 voor mensen met een depressieve stoornis na het 12e jaar ontwikkeld is bijna vier keer zo hoog als voor mensen zonder depressieve stoornis. Voor dysthyme en bipolaire stoornissen (eveneens stemmingsstoornissen) ligt dit relatieve risico nóg hoger (HR = 5,92 en 5,88). Bron: Trimbos Instituut. 2011. Nieuwe gegevens over suïcidaliteit in de bevolking. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2).
- <sup>11</sup> Declaratiegegevens CZ groep. Zo kent Zeeland de hoogste kosten voor het totale behandeltraject depressie (2013-2016). Oorzaken zijn bijvoorbeeld de behandelduur en het aandeel klinische behandeling.
- <sup>12</sup> NedKAD (Nederlands Kenniscentrum voor Angst en Depressie).
- <sup>13</sup> Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. 2017. Recept voor maatschappelijk probleem.
- <sup>14</sup> Zorginstituut Nederland. GIP. Antidepressiva worden ook voor andere indicaties voorgeschreven, zoals angststoornissen en neuropatische pijn, dus dit betekent niet dat al deze mensen een depressie hebben. Toch vinden we dit een aanwijzing dat het gebruik van antidepressiva bij depressie omlaag kan.
- <sup>15</sup> JAMA. January 6, 2010. 303(1):47-53. Antidepressant Drug Effects and Depression Severity. A Patient-Level Meta-analysis. Fournier et al.
- <sup>16</sup> Achtergrondstudie RVZ. Depressiepreventie. 2011.
- <sup>17</sup> Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. Cipriani et al. 21 february 2018. The Lancet.
- <sup>18</sup> Uit onderzoek blijkt dat de klinische effectiviteit van medicatiegebruik het hoogst is bij een ernstige en/of recidiverende depressie. Bij patiënten met een lichte depressie is de placeborespons 50% en herstelt 50% van de patiënten binnen 3 maanden spontaan. Omdat het verschil met een placebo kleiner is, ligt het gebruik van antidepressiva bij lichtere depressies niet voor de hand, maar is de eerste stap een niet-medicamenteuze interventie. NedKAD Factsheet. Gebruik antidepressiva tegen depressie.
- <sup>19</sup> Simpler psychological treatment is as effective as CBT for depression and is cheaper. S. Mayor. BMJ 2016;354:i4114.
- <sup>20</sup> Vektis. Zorgthermometer GGZ. Inzicht in de geestelijke gezondheidszorg. 2017.
- <sup>21</sup> De voormalige VWS-proeftuinen, waar inwoners, zorgverleners en andere verantwoordelijke partijen experimenteren met nieuwe initiatieven voor betere, betaalbare zorg en gezondheid. Zie ook onze **website**.
- <sup>22</sup> Declaratiecijfers CZ groep 2013. Kanttekening is dat een deel van de stoppers amitriptyline gebruikt, een middel dat ook voor andere indicaties wordt voorgeschreven, zoals migraine.

- <sup>23</sup> Afdeling Klinische Genetica van het Erasmus Medisch Centrum.
- <sup>24</sup> Ned Tijdschr Klin Chem Labgeneesk 2011; 36: 145-152  
Handleiding voor toepassen van farmacogenetica in de psychiatrie: het ALERT protocol. Loovers et al.
- <sup>25</sup> Cytochrome P450 enzymes in drug metabolism: Regulation of gene expression, enzyme activities, and impact of genetic variation. Ulrich M. Zanger et al. *Pharmacology & Therapeutics* 138 (2013) 103–141.
- <sup>26</sup> More data, more answers: picking the optimal antidepressant. Sagar V Parikh.
- <sup>27</sup> CYP2D6, CYP2C19 en CYP3A4.
- <sup>28</sup> Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie (KNMP), MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid, Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP).
- <sup>29</sup> Zorgvisie. Ook in de GGZ moet elke euro gezondheids-winst opleveren. Interview Jeroen Muller. Juni 2016.
- <sup>30</sup> Multidisciplinaire Richtlijn Depressie, Zorgstandaard depressie.
- <sup>31</sup> De verschillen in cijfers kunnen verklaard worden doordat het Trimbos kijkt naar terugval en het aantal episodes gedurende de levensloop, en SBG bekijkt een kortere, afgebakende periode binnen een afgebakende doelgroep (volwassenen, curatieve segment).
- <sup>32</sup> Jaarrapportage SBG. 2017.
- <sup>33</sup> In de DBC-systematiek wordt de oorspronkelijke DBC weer heropend als de patiënt na afsluiting van de DBC binnen 6 maanden terugkomt bij dezelfde zorg-aanbieder voor depressie en loopt de DBC weer door.



**Alles voor betere zorg**