



Voortgangsrapportage

Depressie

OHRA Direct geregeld

N nationale nederlanden

Inhoudsopgave

1	Reflectie op het afgelopen jaar	3
2	Aangrijpingspunten voor verbetering van de depressiezorg	4
2.1	Zorg op de juiste plek	4
2.2	Doelmatig medicatiegebruik	5
3	Het begint allemaal bij een goede indicatiestelling en diagnostiek	6
4	Spiegelinformatie als basis voor verbetering	8
5	Focus op doelmatig medicatiegebruik bij depressie	9
5.1	Predictiemodel voor een gerichtere behandeling van depressie	9
5.2	Genetisch paspoort bij de behandeling van depressie	9
5.3	Minder voorschrijven van antidepressiva	10

Reflectie op het afgelopen jaar

Op 1 april 2018 hebben wij onze visie op de zorg voor mensen met een depressie gepubliceerd. We hebben deze visie ontwikkeld omdat depressie een enorme impact heeft op mens en maatschappij. Ook zagen we veel verbeterpotentieel. De aanpak van depressie hebben wij daarom tot speerpunt benoemd in ons **(kwaliteits) beleid**. Samen met de betrokken organisaties in het veld willen wij een bijdrage leveren aan een betere kwaliteit van zorg voor mensen met een depressie. In het **visiedocument Waardegedreven Zorgcontractering Depressie** hebben we onze visie beschreven en een aantal concrete verbeterpunten geformuleerd.

Afgelopen jaar zijn onze bevindingen alleen maar bevestigd. We hoorden dit in de gesprekken die we hadden met het veld en met patiënten, en lazen het ook in talloze wetenschappelijke artikelen en nieuwsberichten over depressie. Deze gingen onder meer over een verantwoorde afbouw van medicatie, over bijwerkingen van antidepressiva en over nut en noodzaak van deze medicijnen. Deze informatie sterkt ons in ons streven naar betere depressiezorg en in onze overtuiging dat wij een zinvolle bijdrage kunnen leveren aan die kwaliteitsverbetering.

De voornemens die wij in ons visiedocument hebben beschreven, staan nog steeds overeind. In hoofdstuk 2 vatten we deze nog eens samen. Op een aantal punten hebben we een aanscherping of nuancering aangebracht. In de hoofdstukken 3 tot en met 5 leest u wat de stand van zaken is van de verschillende voorgenomen maatregelen. Tot slot nodigen wij u van harte uit om andere – vernieuwende – ideeën met ons te delen die kunnen bijdragen aan een betere kwaliteit van de depressiezorg.

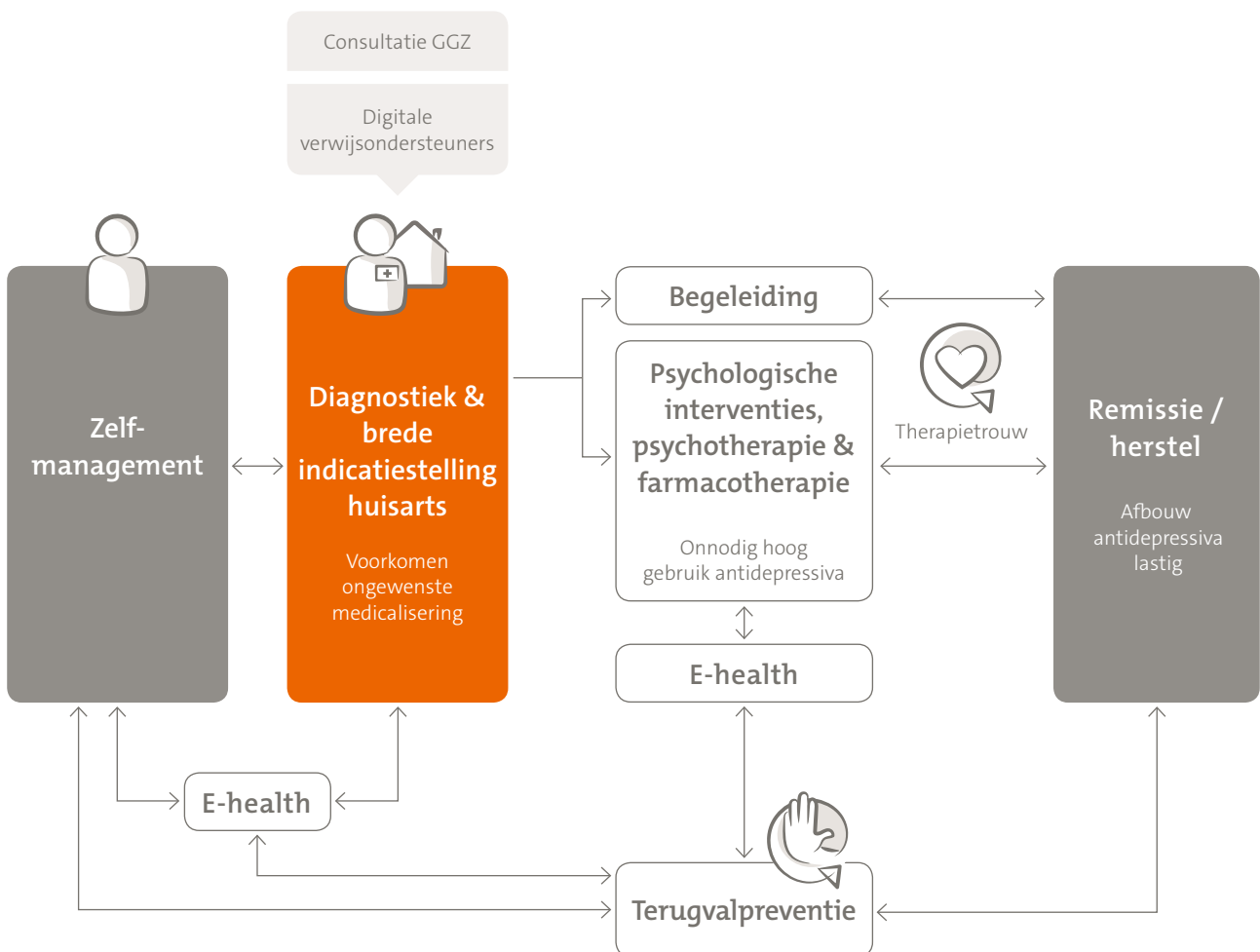
Aangrijpingspunten voor verbetering van de depressiezorg

In onze visie op het verbeteren van de depressiezorg hebben wij 2 hoofdlijnen onderscheiden: de zorg op de juiste plek en doelmatig medicatiegebruik. Het thema 'zorg op de juiste plek' is in ons zorginkoopbeleid voor 2020 nader ingekleurd met de begrippen 'verantwoord en dichtbij'.

2.1 Zorg op de juiste plek

Integrale benadering voor demedicalisering
'Verantwoord en dichtbij' krijgt op verschillende manieren betekenis binnen de GGZ. Het gaat er in de eerste plaats

om dat mensen niet onnodig in de GGZ behandeld worden. Samen met gemeenten willen we werken aan demedicalisering, zodat problemen 'bij de bron' opgelost worden en niet onnodig of alleen in de zorg behandeld worden. Letterlijk dicht bij de mensen en de oorzaak van





de problemen. Denk aan problematiek met schulden en huisvesting. Om dit voor elkaar te krijgen, is een integrale benadering van belang. Naast de behandeling in de GGZ is er ook altijd aandacht voor een goede invulling van vraagstukken binnen andere levensdomeinen. Indicatiestelling en diagnostiek zijn momenten waarop invulling gegeven wordt aan deze integrale benadering.

Dankzij een brede indicatiestelling door de huisarts en de POH-GGZ komt de juiste zorg op de juiste plek terecht. Daardoor krijgen verzekerden sneller de juiste hulp en hoeven zij niet onnodig (op een wachtlijst) te wachten. In hoofdstuk 3 gaan we nader in op de indicatiestelling en de diagnostiek.

Aanpak regionale variatie door spiegelinformatie

‘Verantwoord en dichtbij’ betekent óók dat mensen niet onnodig lang in de GGZ behandeld worden. Nu zien we veel variatie in het langdurig gebruik van de GGZ. Bestaande cliënten krijgen onnodig lang zorg en voor nieuwe cliënten op de wachtlijst is minder tijd. Wij hebben vanuit onze declaratiedata goed zicht op deze praktijkvariatie en hebben een handzame tool voor zorgaanbieders ontwikkeld die hen moet helpen om hier zicht op te krijgen. Vanuit dit gedeelde inzicht willen we komen tot een gezamenlijke aanpak van ongewenste variatie en tot een betere kwaliteit. In hoofdstuk 4 leest u hier meer over.

2.2 Doelmatig medicatiegebruik

We willen voorkomen dat mensen onnodig starten met antidepressiva. Doelmatig medicatiegebruik gaat daarom in de eerste plaats om het verbeteren van de indicatiestelling en het bewuster voorschrijven van antidepressiva. Daarnaast gaat het om de inzet van een genetisch paspoort en de ontwikkeling van een voorspellend model. Welke behandeling past het best bij deze patiënt? Zo is de behandeling zo goed mogelijk afgestemd op de specifieke patiëntkenmerken. Tot slot willen we meer aandacht voor een verantwoorde afbouw van antidepressiva, omdat we zien dat veel mensen langer dan nodig medicatie gebruiken en afbouw voor de patiënt soms lastig, maar wel belangrijk is.

In het zorgpad depressie zijn een aantal van de hierboven genoemde verbeterpunten weergegeven. Op basis van de werksessies (zie ook hoofdstuk 3) hebben de verbeterpunten voor indicatiestelling en consultatie een wat prominentere plek gekregen. We komen daar in de volgende hoofdstukken uitgebreider op terug.

Het begint allemaal bij een goede indicatiestelling en diagnostiek

In september en oktober 2018 hebben we verschillende werksessies georganiseerd met zorgaanbieders en patiëntvertegenwoordigers. Deze hadden we vorig jaar al aangekondigd in ons visiedocument. Dit waren inspirerende en waardevolle sessies die bruikbare input hebben opgeleverd voor ons zorginkoopbeleid. We zagen hierin onze speerpunten bevestigd en hebben daarnaast veel nieuwe inzichten opgedaan.

De thema's die we tijdens de werksessies bespraken, waren:

- indicatiestelling en diagnostiek;
- terugvalpreventie en de inzet van e-health;
- doelmatig medicatiegebruik en de toepassing van predictiemodellen.

Deelnemers aan de werksessies waren afkomstig van GGZ-zorgaanbieders, huisartsenpraktijken en zorggroepen, openbare apotheken en de patiëntenvereniging.

Ondanks de verscheidenheid aan onderwerpen was er één thema dat als een rode draad door alle werksessies heen liep en steeds als knelpunt werd benoemd: diagnostiek en indicatiestelling, inclusief de mogelijkheden voor consultatie. Dit is komend jaar dan ook een belangrijk aandachtspunt voor ons. In ons landelijke contracteerbeleid, in onze regionale aanpak én in onze projecten op het gebied van depressie.

Indicatiestelling als proces

Een goede indicatiestelling start met een betere, brede indicatiestelling aan de voorkant. Dit kan ervoor zorgen dat mensen niet onnodig in de GGZ terechtkomen, terwijl de bron van de problemen elders ligt. Dat heeft ook een positief effect op de wachtlijsten; zo hoeven mensen die écht in aanmerking komen voor gespecialiseerde GGZ minder lang te wachten op de zorg die zij nodig hebben. Een belangrijke constatering was dat de

indicatiestelling vaak wordt gezien als een eenmalige exercitie, waarbij in het begin de problematiek van de cliënt geïnventariseerd wordt en daaruit een indicatie volgt. Door de indicatiestelling meer als een proces te benaderen, komt de vraag of behandeling nog (steeds) passend is steeds terug.

De huisarts/POH-GGZ vervult een belangrijke rol. Hij zorgt ervoor dat de cliënt op de juiste plek in de keten terechtkomt. In ons zorginkoopbeleid 2020 zetten wij dan ook in op verdere optimalisatie van de diagnostiek en indicatiestelling in de huisartsenpraktijk in de regio. Bijvoorbeeld door de inzet van de consultatiefunctie en het gebruik van ondersteunende verwijz- en/of screeningsinstrumenten (vragenlijsten) met een brede scope. Daarmee is het mogelijk om de vraag van de cliënt te verscherpen en passende vervolgstappen te bepalen.

Om de indicatiestelling en diagnostiek te verbreden, zijn er gevalideerde digitale screeners¹ die de huisarts en POH-GGZ ondersteunen. Deze screeners hebben een vragenlijst met een brede uitvraag en kunnen worden aangevuld met een telefonisch contact door een psycholoog. Wij vinden dat het eerstelijnsamenwerkingsverband een cruciale rol kan en zou moeten spelen bij het stimuleren van de inzet van gevalideerde digitale screeners¹. Wij vragen hun om een brede screening te verwerken in een plan van aanpak, dat

¹ Gevalideerde digitale screeners zijn bijvoorbeeld Telepsy en Mirro.

wij met hen bespreken. Het eerstelijnsamenwerkingsverband kan de inzet van een digitale verwijsondersteuner stimuleren door hier regionale afspraken over te maken. De daadwerkelijke toepassing kan gestimuleerd worden door een regionaal implementatieprogramma te ontwikkelen.

In ons **zorginkoopbeleid Multidisciplinaire Zorg 2020** besteden we aandacht aan het belang van een goede indicatiestelling. Daarin hebben we beschreven welke taken een regionaal eerstelijnsamenwerkingsverband op moet pakken om de zorg kwalitatief goed, betaalbaar en bereikbaar te houden. Enkele van onze kernwerkregio's zijn hier al actief mee aan de slag gegaan. In de andere kernwerkregio's moet daar in 2019 en 2020 echt de nadruk op komen te liggen. Wij sturen hier actief op, vooral via de overeenkomsten met eerstelijnsamenwerkingsverbanden.

Consultatie als instrument voor een goede indicatiestelling en diagnostiek

GGZ-behandelaars, zoals een psychiater of een GZ-psycholoog, kunnen worden geconsulteerd bij de indicatiestelling en de diagnostiek. Hoewel deze mogelijkheid er is en er ook een betaaltitel is voor de bekostiging van deze consultatie, is uit de werksessies gebleken dat er toch praktische knelpunten bestaan en dat de mogelijkheden voor consultatie maar beperkt worden benut.

In reactie op de geconstateerde knelpunten hebben wij een vragenlijst uitgezet onder een aantal eerstelijnsamenwerkingsverbanden. Daarmee willen we belemmerende factoren en ervaren knelpunten in kaart brengen en zicht krijgen op best practices. Op basis hiervan passen wij de huidige afspraken aan en zullen we goede voorbeelden actief verspreiden.

Spiegelinformatie als basis voor verbetering

CZ groep hecht grote waarde aan het bieden van spiegelinformatie aan zorgaanbieders en regionale netwerken. Immers, wéten hoe je op bepaalde indicatoren presteert – als zorgaanbieder of als regio – is de eerste stap in het realiseren van een verandering. Het inzichtelijk maken van ontwikkelingen en patronen, en deze met elkaar bespreken en duiden, is zeer waardevol. Zo zetten we ons bijvoorbeeld in om voor de regio Zuid-Limburg in brede zin de kosten, de kwaliteit en de verwijspatronen binnen de GGZ inzichtelijk te maken. Vanuit dit gedeelde inzicht gaan we gezamenlijk bepalen welke interventies passend zijn.

Inzicht in de geleverde kwaliteit van depressiezorg voor zorgaanbieders

In ons visiedocument beschreven we al dat we vanuit onze declaratiedata veel praktijkvariatie zien. Voorbeelden daarvan zijn meerjarig hoge kosten, het aandeel langdurige behandeling, het aandeel cliënten met verblijf en het aandeel cliënten dat antidepressiva gebruikt. Deze informatie zegt wat ons betreft niet alleen maar iets over de kosten. Het kan ook een indicator zijn van de kwaliteit van de geleverde zorg. Het kan in ieder geval patronen zichtbaar maken, een benchmark bieden én handvatten aanreiken voor verbetering.

CZ groep beschikt over data van alle aanbieders, waardoor wij verschillen kunnen zien. Deze informatie willen wij (niet-herleidbaar) digitaal aanbieden aan zorgaanbieders. Uit onze declaratiedata hebben we een aantal indicatoren gedestilleerd die óók een indicator kunnen zijn van de kwaliteit. Zo kan de zorgaanbieder digitaal zien hoe hij scoort op verschillende indicatoren ten opzichte van de benchmark. Dit kan een benchmark zijn van gelijksoortige zorgaanbieders, maar ook – en dit is echt vernieuwend! – een benchmark met een fictieve zorgaanbieder die bestaat uit allemaal gelijksoortige cliënten. Deze benchmark gaat uit van het nearest-neighbour-principe. Dat wil zeggen dat er in onze database cliënten van

andere zorgaanbieders zijn gezocht die op basis van verschillende cliëntkenmerken overeenkomen met de populatie van de betreffende zorgaanbieder. Casemix-verschillen spelen dan niet langer een rol, en een echte benchmark is mogelijk.

Het prototype dat het afgelopen jaar is ontwikkeld om deze informatie digitaal beschikbaar te maken, is nu klaar voor een eerste test met zorgaanbieders. In een brede bijeenkomst – en in onze individuele gesprekken met u als zorgaanbieder – lichten wij dit nader toe en gaan we met u in gesprek over het gebruik ervan. Wij verwachten dat we zo betekenisvolle gesprekken aan kunnen gaan over de kwaliteit van zorg. Het geeft u inzicht in het verbeterpotentieel en biedt handvatten om verbeterplannen te maken. Wij verwachten dat dit rond de zomer van 2019 breed uitgerold kan worden.

Focus op doelmatig medicatiegebruik bij depressie

5.1 Predictiemodel voor een gerichtere behandeling van depressie

In ons visiedocument hebben wij ons voornemen beschreven om een predictiemodel te laten ontwikkelen voor de behandeling van depressie. Het was de bedoeling om te onderzoeken welke patiëntkenmerken een voorspellende waarde hebben bij de – in eerste aanleg farmacotherapeutische – behandeling van depressie. Dit model zou een gerichtere behandeling met het juiste antidepressivum mogelijk maken en daardoor van grote waarde zijn voor de effectiviteit van de behandeling én de kwaliteit van leven van de cliënt. Voor een dergelijk onderzoek zijn echter behandelresultaten op individueel cliëntniveau nodig, gekoppeld aan specifieke cliëntkenmerken. Als zorgverzekeraar kunnen wij niet over dergelijke gegevens beschikken. Daarvoor is de medewerking van één of meer GGZ-aanbieders nodig. Helaas hebben wij geen GGZ-aanbieders bereid gevonden om hun data – geanonimiseerd – te delen met de organisatie die het voorspellend model zou ontwikkelen. Momenteel onderzoeken wij wat de reden is voor de zorginstellingen om zich zo terughoudend op te stellen. Langs deze weg roepen wij zorgaanbieders op om zich bij ons te melden voor meer informatie of als zij geïnteresseerd zijn in deelname aan dit interessante en veelbelovende onderzoek.

5.2 Genetisch paspoort bij de behandeling van depressie

CZ groep start begin juni met een pilot waarbij het genetisch paspoort wordt ingezet voor een optimale farmacotherapeutische behandeling van depressie.

Belangrijkste reden voor het opzetten van deze pilot is dat we zien dat de resultaten van het gebruik van antidepressiva niet altijd even goed zijn. Soms is het effect van de medicatie niet optimaal, doordat er sprake is van onderdosering of doordat cliënten veel bijwerkingen ervaren. Dit kan het gevolg zijn van een afwijkend metabolisme, wat ervoor zorgt dat de afbraak van de antidepressiva in de lever sneller of juist langzamer verloopt. Patiënten ervaren daardoor een verminderde werking van hun antidepressivum of hebben juist veel bijwerkingen. Als gevolg hiervan moeten ze vaker van medicatie wisselen en/of vroegtijdig stoppen.

Wij verwachten dat het aanbieden van een farmacogenetisch onderzoek in de eerste lijn een bijdrage kan leveren aan de effectiviteit van de behandeling (verminderen van bijwerkingen, verlagen van het aantal stoppers, verminderen van medicatiewisselingen en verminderen van het aantal doorverwijzingen naar de tweede lijn). In deze pilot willen we onderzoeken of het zinvol is om bij patiënten die voor het eerst antidepressiva voorgeschreven krijgen een genetisch paspoort in te zetten.

Mede gezien het hoge gebruik van antidepressiva in Zuid-Limburg, start de pilot in de Mijnstreek. De start van de pilot heeft vertraging opgelopen, omdat de ZonMw-subsidie medio 2018 is afgewezen. Alle betrokken partijen zijn echter nog steeds enthousiast over de pilot. Daarom hebben we het afgelopen halfjaar met elkaar hard gewerkt aan een hernieuwd voorstel.

We verwachten op 1 juni in de experimentregio's Oostelijke en Westelijke Mijnstreek te kunnen starten met het project Personalised Medicine Depressie. De looptijd van de pilot is 1-1,5 jaar. Zodra de resultaten beschikbaar zijn, verspreiden we die.



5.3 Minder voorschrijven van antidepressiva

We zien dat het gebruik van antidepressiva in Zuid-Limburg boven het Nederlandse gemiddelde ligt. Daarom vinden we het in die regio nóg belangrijker dat antidepressiva alléén worden voorgeschreven aan mensen die deze medicatie ook echt nodig hebben. Omdat stoppen met antidepressiva in de praktijk heel lastig is, willen we voorkomen dat mensen hier onnodig mee starten.

Rondom de pilot Personalised Medicine Depressie starten we een project dat de indicatiestelling en diagnostiek bij depressie moet verbeteren. Is na een brede indicatiestelling en diagnostiek gebleken dat iemand in aanmerking komt voor een behandeling met antidepressiva? Dan kan hij geïncludeerd worden in de pilot. We vinden het belangrijk dat alleen mensen die echt antidepressiva moeten gebruiken deze medicatie voorgeschreven krijgen. Zo voorkomen we ook een vertekend beeld in ons onderzoek naar de inzet van het genetisch paspoort (zie paragraaf 5.2).

Daarnaast maken we analyses van het medicatiegebruik in brede zin. Daar waar de regio afwijkt en er bijvoorbeeld veel medicatie wordt voorgeschreven (in dit geval

antidepressiva), dan wordt dit als speerpunt benoemd in de jaarplannen van de regionale eerstelijnsaansluitingsverbanden. Voor meer informatie verwijzen wij naar het **zorginkoopbeleid Multidisciplinaire Zorg**.

Tot slot willen we dat apothekers meer betrokken worden bij een verstandig gebruik van antidepressiva. In een farmacotherapeutisch overleg (FTO) kunnen afspraken worden gemaakt over het voorschrijfgedrag. Met apotheken maken we afspraken over hun rol bij signalering en ondersteuning. Bijvoorbeeld over de afbouw van antidepressiva. We merken dat huisartsen het moeilijk vinden om het gesprek hierover aan te gaan en dat er onduidelijkheid was over de manier waarop patiënten verantwoord kunnen afbouwen. Als belangrijk handvat is in 2018 de Multidisciplinaire richtlijn voor het afbouwen van antidepressiva gepubliceerd. De arts en de apotheker kunnen samen de juiste manier van afbouwen voor een patiënt bespreken en de apotheek kan de juiste informatie over deze afbouw geven. Vaak gebeurt dit als onderdeel van het ter hand stellen van de medicatie aan de patiënt. Voor meer informatie verwijzen wij naar het **zorginkoopbeleid Farmaceutische Zorg 2020**. Daarin leest u ook hoe apotheken de begeleiding bij de afbouw van antidepressiva met CZ groep af kunnen spreken.



Zorg die verder gaat