

# KENNIS AGENDA PSYCHIATRIE

NEDERLANDSE  
VERENIGING VOOR  
PSYCHIATRIE 

# KENNISAGENDA PSYCHIATRIE

## INITIATIEF

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

## MET ONDERSTEUNING VAN

Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

## FINANCIERING

Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS)

NEDERLANDSE  
VERENIGING VOOR  
PSYCHIATRIE 

## SAMENSTELLING VAN DE PROJECTGROEP

De werkgroep is vanuit de NVvP samengesteld uit vertegenwoordigers van academische- en niet academische instellingen, waarbij zoveel mogelijk is gestreefd naar een representatieve samenstelling naar regio in Nederland en inhoudelijk aandachtsgebied van de leden. Eén van de werkgroepleden vertegenwoordigde het patiëntenperspectief namens Stichting MIND.

- Prof. dr. Ralph Kupka (voorzitter), psychiater, Amsterdam UMC en GGZ Ingeest, Amsterdam, Altrecht, Utrecht
- Dr. Anja Lok (vice voorzitter), psychiater, Amsterdam UMC, Amsterdam
- Dr. Hilgo Bruining, kinder en jeugdpsychiater Amsterdam UMC
- Drs. Maarten Otter, Psychiater, Trajectum gehandicaptenzorg, Zutphen & STEVIG, gehandicaptenzorg Venray
- Prof. dr. Arne Popma, Psychiater, Amsterdam UMC, Amsterdam
- Drs. Ben Roelands, hoofd projecten, Stichting MIND, Amersfoort
- Prof. dr. Koen Schruers, psychiater, Maastricht UMC+, Maastricht
- Drs. Ellen Willemsen, Psychiater, Parnassia groep, Den Haag
- Drs. Jeroen Zoeteman, Psychiater, Arkin, Amsterdam

### Met ondersteuning van:

- Dr. Cisca Joldersma, senior beleidsadviseur Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Dr. Susan van Dijk, adviseur Kennisinstituut van Medisch Specialisten (vanaf oktober 2018)
- Dieuwke Leereveld, MSc, adviseur Kennisinstituut van Medisch Specialisten (vanaf oktober 2019)
- Dr. Hannah Hoffenkamp, adviseur Kennisinstituut van Medisch Specialisten (tot oktober 2018)

# Inhoud

<b>SAMENVATTING</b>	<b>6</b>
<b>I INLEIDING</b>	<b>10</b>
<b>2 METHODE</b>	<b>14</b>
2.1. Inventarisatie kennishiaten	15
2.2. Inventarisatie huidige wetenschappelijke activiteiten	17
2.3. Prioritering en opstellen kennisagenda	18
<b>3 RESULTATEN</b>	<b>22</b>
3.1 Top 10 onderzoeksvragen	23
3.2. Inzicht in wetenschappelijke activiteiten	37
<b>4 IMPLEMENTATIE</b>	<b>40</b>
4.1. Organisatie en financiering	41
4.2 Netwerken	44
<b>5 LITERATUUR</b>	<b>48</b>
<b>BIJLAGEN</b>	<b>54</b>
Bijlage 1 Afkortingenlijst	55
Bijlage 2 Richtlijnen	56
Bijlage 3 Patiëntenorganisaties en overige belanghebbenden	57
Bijlage 4 Thema's ingebracht door patiëntenorganisaties	59
Bijlage 5 Resultaat prioriteringsbijeenkomst	60
Bijlage 6 Resultaat raadpleging gremia NVvP	66
Bijlage 7 Brief MIND	70

# SAMENVATTING

Om ervoor te zorgen dat onze zorg van goede kwaliteit is en blijft, is het van groot belang om continu kritisch te evalueren hoe optimaal gebruik kan worden gemaakt van verschillende diagnostische- en behandelstrategieën. Klinisch evaluatieonderzoek naar de (kosten) effectiviteit van bestaande zorg (zorgevaluatie) is daarin een essentiële factor. Wanneer hier in de praktijk onduidelijkheid over is, kan met behulp van zorgevaluatie antwoord worden gegeven op de vraag welke psychiatrische zorg het meest effectief is. Zo wordt gezondheidswinst voor de patiënt en doelmatigheidswinst voor de gezondheidszorg gerealiseerd. Ook kunnen de resultaten van zorgevaluatieonderzoek onderbouwing geven aan richtlijnen en andere kwaliteitsinstrumenten.

Daarom is in 2017 de NVvP begonnen met het opstellen van een eerste Kennisagenda Psychiatrie. Een kennisagenda biedt een overzicht van de belangrijkste kennishiaten in de bestaande zorg en een plan van aanpak hoe deze kennishiaten kunnen worden ingevuld door middel van klinisch onderzoek.

## AANPAK

Allereerst is een brede inventarisatie gemaakt van alle mogelijke kennishiaten in het vakgebied.

Hiervoor zijn richtlijnen bekeken en is geënquêteerd onder de leden, afdelingen, commissies en platforms van de NVvP en onder overige belanghebbenden, zoals patiëntenverenigingen, aanpalende disciplines en zorgverzekeraars. Uit deze analyse kwamen 558 kennishiaten naar voren. Deze zijn onderverdeeld naar deelgebied en door de werkgroep gereduceerd tot een lijst van 195 kennishiaten, waarbij onder andere de dubbele kennishiaten en kennishiaten die geen onderdeel zijn van de psychiatrie er uit zijn gehaald. Vervolgens zijn deze kennishiaten tijdens een bijeenkomst geprioriteerd op basis van relevantie, urgentie, onderzoekbaarheid, haalbaarheid en impact op het vakgebied en maatschappij.

Om ervoor te zorgen dat de kennisagenda het vakgebied optimaal representeert, is de lijst met de 33 hoogst geprioriteerde kennishiaten waarover op de prioriteringsbijeenkomst is gestemd, voorgelegd aan alle gremia van de NVvP (afdelingen, commissies en platforms). Wanneer een kennishiaat door twee of meer gremia als belangrijk werd benoemd, heeft deze vraag prioriteit gekregen.

Op basis van alle verzamelde informatie heeft de werkgroep de uiteindelijke top 10 vastgesteld.

Het aantal stemmen dat een kennishiaat heeft gekregen tijdens de prioriteringsbijeenkomst was daarbij leidend. De werkgroep heeft daarnaast extra waarde toegekend aan de kennishiaten die door de gremia als prioriteit werden aangegeven, goed onderzoekbaar zijn en relevant zijn voor patiëntvertegenwoordigers en overige stakeholders. Kennishia-

ten waarvan bekend is dat er al onderzoek naar wordt gedaan, hiervoor is een oriënterende literatuursearch verricht, zijn uitgesloten.

## TOP 10 KENNISHIATEN

De top 10 die op basis van de prioriteringsbijeenkomst en discussie binnen de werkgroep is samengesteld ziet er, in willekeurige volgorde, als volgt uit:

Is het mogelijk om te komen tot patiëntgebonden (matched care) voorschrijven van antidepressiva in de behandeling van depressie?

Wat is de (kosten) effectiviteit van het eerder in de beslisboom inzetten van ECT behandeling bij (oudere) patiënten met een ernstige depressie?

Welke medicamenteuze interventies zijn effectief in de behandeling van prikkelverwerkingsproblemen bij kinderen en jongeren van 3 tot 18 jaar met ontwikkelingsstoornissen?

Wat is de lange termijn indicatie effectiviteit en veiligheid van stimulantia gebruik door patiënten met ontwikkelingsstoornissen?

Wat is het effect van chronotherapie bij volwassenen met een slaapstoornis? En is dit effect verschillend naar leeftijdscategorie?

Op basis van welke criteria kan de noodzaak van continuering van langdurig antipsychoticagebruik (periodiek) beter worden vastgesteld bij patiënten met een stoornis in het psychosespectrum?

Wat is de effectiviteit van additie van een SSRI bij symptomen die kunnen wijzen op depressieve klachten dan wel negatieve symptomen van schizofrenie?

Wat is de effectiviteit van aangepaste vormen van CGT in de behandeling van psychiatrische stoornissen bij patiënten met een licht verstandelijke beperking?

Wat is het effect van het systematisch toepassen van samen beslissen met patiënten en naasten over de behandeling van psychiatrische aandoeningen op therapietrouw, de verschillende vormen van herstel en kwaliteit van leven?

Wat is het effect van thans breed geïmplementeerde herstelondersteunende programma's (waaronder ervaringsdeskundigheid) op maatschappelijke participatie en kwaliteit van leven bij patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening?

## UITVOERING

Deze kennisagenda psychiatrie dient als basis voor een continu proces. De geprioriteerde kennishiaten worden uitgewerkt tot onderzoeksvorstellen, waarbij ook patiëntvertegenwoordigers worden betrokken. Dit zal zoveel mogelijk door een breed netwerk van klinici en onderzoekers uit academische centra, GGZ-instellingen en andere instellingen waar psychiatrische diagnostiek en behandeling worden geboden, worden gedaan, om de aansluiting met de praktijk en de implementatie zo veel mogelijk te borgen.

De financiering van de geprioriteerde onderzoeken kan lopen via de aanvraag van reguliere subsidies bij de ZonMw programma's DoelmatigheidsOnderzoek of Goed Gebruik Geneesmiddelen, of via andere mogelijke subsidiebronnen, zoals het landelijke Programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik.

Naar verwachting zal eens per drie jaar de kennisagenda worden herzien. Dit is afhankelijk van de uitvoering van de onderzoeken en de actualiteiten uit het veld.

# INLEIDING

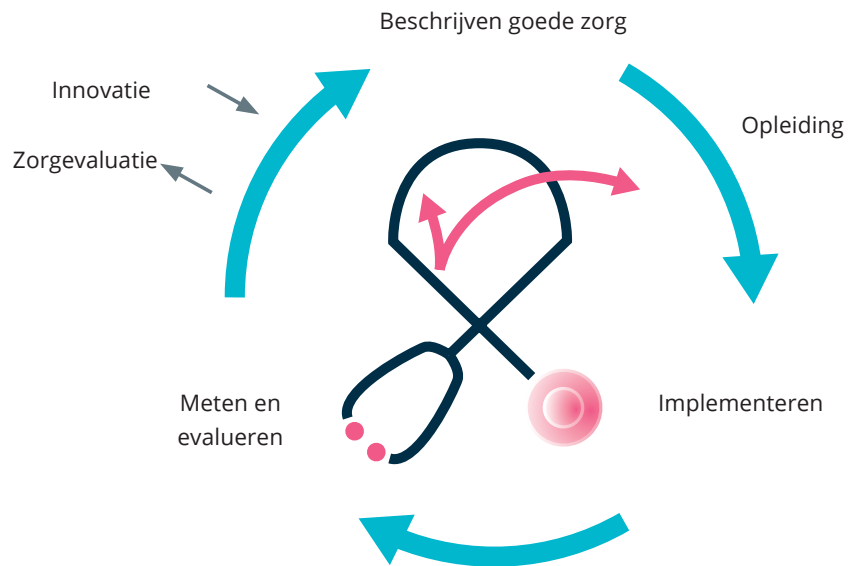
In de psychiatrie streven we naar optimale, kwalitatief hoogstaande zorg voor onze patiënten met vaak complexe problematiek. Dit is elke dag weer een uitdaging. Om ervoor te zorgen dat onze zorg van goede kwaliteit is en blijft, is het van belang om continu kritisch te evalueren hoe optimaal gebruik kan worden gemaakt van verschillende diagnostische- en behandelstrategieën. Klinisch evaluatieonderzoek naar de (kosten)effectiviteit van bestaande zorg (zorgevaluatie) is daarin een essentiële factor. Als hier in de praktijk onduidelijkheid over is, kan met behulp van zorgevaluatie antwoord worden gegeven op de vraag welke psychiatrische zorg het meest effectief is. Zo wordt gezondheidswinst voor de patiënt en doelmatigheidswinst voor de gezondheidszorg gerealiseerd. Ook kunnen de resultaten van zorgevaluatieonderzoek onderbouwing geven aan richtlijnen en andere kwaliteitsinstrumenten.

## KWALITEITSBELEID NVVP

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) voert een geïntegreerd kwaliteitsbeleid waarbinnen de kwaliteit van zorg voor mensen met een psychiatrische aandoening wordt verbeterd en geborgd. Hierbij worden verschillende kwaliteitsinstrumenten, zoals richtlijnen, kwaliteitsmetingen, kwaliteitsvisitaties, patiëntenvoorlichting, bij- en nascholing en toetsing, in samenhang ontwikkeld, toegepast, geëvalueerd en verbeterd. Het integraal kwaliteitsbeleid kan grafisch weergegeven worden in een zogenaamde 'kwaliteitscirkel' (Figuur 1). De eerste stap in de cirkel is het beschrijven van goede zorg in richtlijnen voor de psychiatrie. De tweede stap is het implementeren van deze richtlijnen. De derde stap is vervolgens het evalueren van de richtlijnimplementatie. Daarbij wordt gekeken of de implementatie (in de vorm van aanpassingen en vernieuwingen) ook daadwerkelijk plaatsvindt en of het de kwaliteit van zorg verbetert. Naar aanleiding hiervan kan de implementatie eventueel verbeterd worden. Ook kan uit evaluatie blijken dat er kennishiaten zijn in de wetenschappelijke onderbouwing van het geneeskundig handelen. In dat geval is nieuwe kennis nodig om de richtlijnen aan te passen. Wanneer de nieuwe kennis vervolgens in de richtlijnen en in de opleiding wordt verwerkt, kan deze in de praktijk worden toegepast. De cirkel is dan rond.

## KENNISAGENDA PSYCHIATRIE

Zorgevaluatie is een essentieel onderdeel van het kwaliteitsbeleid binnen de medisch specialistische zorg. Bij andere wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten is gebleken dat bij ongeveer de helft van de toegepaste behandelingen wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt, of dat de gezondheidswinst in de patiëntengroep waar de behandeling wordt toegepast onvoldoende is aangetoond (Federatie Medisch Specialisten, 2016). Dit wil niet zeggen dat deze zorg onzinnig is. Wel is het vaak wenselijk om ontbrekende kennis aan te vullen. De stukjes ontbrekende kennis over bestaande zorg worden



Figuur 1: Kwaliteitscirkel (Federatie Medisch Specialisten, 2016).

ook wel 'kennishiaten' genoemd. Kennishiaten in de patiëntenzorg leiden onder andere tot praktijkvariatie, d.w.z. verschillen in diagnostische- en behandeltrajecten bij dezelfde aandoening. Gezien het grote aantal kennishiaten in de medische praktijk is het belangrijk deze hiaten te inventariseren, te prioriteren en vervolgens te agenderen voor onderzoek.

Om dit te kunnen doen is de NVvP in 2017 begonnen met het opstellen van een kennisagenda. Een kennisagenda biedt een overzicht van de belangrijkste kennishiaten in de bestaande zorg en een plan van aanpak hoe deze kennishiaten kunnen worden ingevuld door middel van klinisch onderzoek.

### Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de toegepaste methode voor het opstellen van de kennisagenda psychiatrie. De resultaten worden vervolgens beschreven in hoofdstuk 3. Ten slotte wordt in hoofdstuk 4 uiteengezet welke stappen nodig zijn voor de implementatie en realisatie van de kennisagenda.

# 2

## METHODE

De kennisagenda is opgebouwd uit de volgende onderdelen:

- Inventarisatie van kennishiaten in de wetenschappelijke onderbouwing van het geneeskundig handelen in de psychiatrie.
- Inventarisatie van de huidige wetenschappelijke activiteiten op het gebied van de psychiatrie in Nederland.
- Prioritering van de belangrijkste kennisvragen voor de dagelijkse praktijkvoering van de psychiater.

### 2.1. INVENTARISATIE KENNISHIATEN

Binnen de psychiatrie zijn de hiaten in de wetenschappelijke onderbouwing van het huidige geneeskundig handelen systematisch geïnventariseerd en vervolgens vastgelegd in de vorm van een onderzoeksvraag. Deze kennishiaten werden geïnventariseerd door middel van een analyse van de bestaande psychiatrische richtlijnen. Tevens is er een online enquête uitgezet onder de leden, afdelingen, commissies en platforms van de NVvP en overige belanghebbenden: patiëntenverenigingen, Zorginstituut Nederland, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Zorgverzekeraars Nederland en het Nederlands Huisartsengenootschap.

#### 2.1.1. Inventarisatie van kennishiaten in richtlijnen

Voor de identificatie van kennishiaten vanuit richtlijnen werden de richtlijnen bekeken waarvan de NVvP regiehouder is. Daarnaast werden relevante richtlijnen van andere partijen in de richtlijnenanalyse betrokken. Alleen de richtlijnen die niet verouderd waren (na 2012 geautoriseerd óf nog up to date verondersteld) en richtlijnen waarvan het niveau van bewijskracht van de wetenschappelijke conclusies systematisch is aangegeven, zijn meegenomen in de analyse. Voor richtlijnen die ouder waren, maar door de werkgroep toch als up-to-date werden beschouwd, werd een uitzondering gemaakt (n=3). De NVvP is initiatiefnemer van 16 gepubliceerde richtlijnen die aan de inclusiecriteria voldoen. Daarnaast zijn vijf relevante richtlijnen van andere partijen meegenomen. In bijlage 2 is een lijst van de geïncludeerde richtlijnen opgenomen. Uit deze richtlijnen werden de conclusies met een lage bewijskracht (niveau 3 of 4; niveau C of D; laag of zeer laag), die wel tot een aanbeveling leidden, aangeduid als kennishiaat. De literatuurconclusies met weinig bewijskracht, waarbij op basis van andere informatie wel sterke aanbevelingen konden worden geformuleerd, zijn niet als kennishiaat meegenomen in de inventarisatie. Wanneer in een richtlijn een aparte beschrijving van de belangrijkste kennishiaten was opgenomen, bijvoorbeeld als bijlage, dan zijn deze kennishiaten integraal overgenomen in de inventarisatie. In die gevallen zijn de literatuurconclusies niet meer meegenomen, omdat werd verondersteld dat de richtlijnwerkgroep al een afweging had gemaakt welke kennishiaten



het meest relevant en urgent waren. In totaal werden er vanuit de richtlijnen 259 kennishiaten geïdentificeerd.

### 2.1.2. Inventarisatie van kennishiaten genoemd door leden en gremia van de NVvP

De leden van de NVvP zijn via e-mail (in de vorm van de wekelijkse NVvP Update) benaderd met de vraag om deel te nemen aan een online enquête. Het verzoek aan de leden was om maximaal vijf kennishiaten te benoemen uit de eigen dagelijkse psychiatrische praktijk en deze te formuleren als onderzoeksvraag, met daarbij een korte toelichting. 37 individuele leden en 10 NVvP gremia hebben op dit verzoek gereageerd en samen 194 kennishiaten aangeleverd.

### 2.1.3. Identificatie van kennishiaten door overige belanghebbenden

Ook overige belanghebbenden zijn via e-mail benaderd met de vraag om deel te nemen aan een online enquête. Onder patiëntenverenigingen is deze enquête uitgezet door Stichting MIND. Hierin werd aan elke aangesloten vereniging gevraagd om de belangrijkste kennishiaten voor de eigen vereniging in te zenden. De kennishiaten mochten geformuleerd zijn als onderzoeksvraag, maar het was ook mogelijk thema's voor onderzoek aan te dragen. Daarnaast is de kennisagenda van Stichting Mind als geheel meegenomen in de inventarisatie. In totaal zijn er 84 kennishiaten aangedragen door 15 patiëntenorganisaties. De onderzoeksvragen zijn opgenomen in de totaallijst van kennishiaten. De ingebrachte thema's zijn gebruikt om per vraag in de inventarisatie aan te geven of deze vraag aansluit bij een veelgenoemd thema (zie bijlage 4).

Ook aan overige partijen (Zorginstituut Nederland, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Zorgverzekeraars Nederland en het Nederlands Huisartsengenootschap) is een schriftelijke enquête gestuurd, waarin werd gevraagd om maximaal vijf kennishiaten te benoemen uit de dagelijkse psychiatrische praktijk en deze bij voorkeur te formuleren als onderzoeksvraag, inclusief een korte toelichting. In totaal werden 15 kennishiaten aangedragen door drie organisaties.

### 2.1.4. Totaal geïdentificeerde kennishiaten

Richtlijnenanalyse enerzijds, en inventarisatie onder NVvP leden en gremia en overige belanghebbenden anderzijds, resulteerden in  $259 + 299 = 558$  kennishiaten. De commissie heeft deze lijst vervolgens volgens een duidelijke systematiek teruggebracht tot 195 hiaten<sup>1</sup>. Alle hiaten werden in clusters door een tweetal werkgroepleden beoordeeld, en

1. De lijst van 195 kennishiaten is te uitgebreid voor dit rapport en is digitaal beschikbaar op de website van de NVvP <https://www.nvvp.net/home>

bij verschil van mening werd in een overleg tot consensus gekomen. De volgende kennishiaten zijn verwijderd uit de lijst:

- Dubbele kennishiaten (het feit dat een kennishiaat meerdere keren was ingebracht werd wel geregistreerd);
- Kennishiaten waar momenteel al onderzoek naar wordt gedaan;
- Vragen waarvoor de benodigde kennis wel aanwezig is en reeds opgenomen is in een richtlijn (dit is een implementatieprobleem);
- Kennishiaten waar kennis al wel voorhanden is, maar waar nog geen standpunt over is opgenomen in een richtlijn;
- Kennishiaten die geen onderdeel zijn van de psychiatrie;
- Kennishiaten die niet gaan over bestaande zorg of diagnostiek;
- Kennishiaten die zeer moeilijk te onderzoeken zijn;
- Kennishiaten die zo onduidelijk of breed zijn dat er geen onderzoeksvraag bij kan worden geformuleerd.

De kennishiaten zijn vervolgens onderverdeeld naar de volgende deelgebieden:

- Angst en dwang
- Stemming
- Ontwikkelingsstoornissen
- Cognitie
- Slaap
- Psychotische stoornissen
- Verslaving
- Persoonlijkheid
- Suïcide
- Forensische psychiatrie
- Diagnose-overstijgende onderwerpen

## 2.2. INVENTARISATIE HUIDIGE WETENSCHAPPELIJKE ACTIVITEITEN

### 2.2.1. Inventarisatie

De NVvP heeft in het najaar van 2018 een eigen inventarisatie gedaan van het lopende onderzoek in de Universitair Medische Centra (UMC's) en de GGZ instellingen. Daarbij is per instelling of onderzoek consortium geprobeerd inzicht te krijgen in onderzoekslijnen op het gebied van de psychiatrie op het moment van de inventarisatie. Daarbij is gebruik gemaakt van beschikbare online informatie en indien mogelijk is rechtstreeks contact

gezocht met de instelling of het onderzoeksconsortium. Door middel van een gestandaardiseerd format zijn de volgende kenmerken van het onderzoek in kaart gebracht:

- de onderzoekslijn waartoe het onderzoek behoort;
- de te benaderen contactpersoon;
- de aandoening waar het onderzoek over gaat;
- de omschrijving van de doelgroep;
- het type onderzoek (klinisch, praktijkgericht, fundamenteel, anders);
- het gebruikte onderzoeksdesign (observatieel, RCT, etc.);
- de onderzoekstechniek (kwalitatief, kwantitatief, anders).

De opgehaalde informatie is niet volledig omdat onderzoekslijnen niet altijd inzichtelijk worden gemaakt. De informatie is bovendien tijdsgebonden en kan dus in de loop van de tijd veranderen. Ook kan er bij de instelling sprake zijn van incidenteel onderzoek en/of promovendi en/of divers onderzoek wat niet in de inventarisatie is meegenomen. Naast deze informatie is een overzicht gemaakt van hoogleraren en hun leerstoelen en van lopende en afgeronde onderzoeksvragen bij ZonMw. Deze informatie is gebruikt om voor deze kennisagenda een eerste overzicht te kunnen presenteren van de aandachtsgebieden in het psychiatrisch onderzoek in de UMC's en GGZ instellingen waarover gegevens beschikbaar zijn.

## 2.3. PRIORITERING EN OPSTELLEN KENNISAGENDA

### 2.3.1 Prioriteringsbijeenkomst

Op 21 januari 2019 werd een prioriteringsbijeenkomst georganiseerd om de lijst met 195 kennishiaten (beschreven in paragraaf 2.1.4.) te bespreken en te prioriteren. Aan deze bijeenkomst namen 21 psychiaters, 10 patiëntvertegenwoordigers en 4 overige belanghebbenden deel. De kennishiaten, geformuleerd als onderzoeksvragen, werden aan zeven discussietafels besproken onder leiding van de werkgroepleden. Aan deze discussietafels werden de te bespreken deelgebieden zo gecombineerd dat (a) de onderwerpen zoveel mogelijk binnen hetzelfde expertisegebied behoorden (b) aan elke tafel ongeveer evenveel kennishiaten werden besproken. De volgende tafelindeling werd gehanteerd:

- Tafel 1: Angst, dwang en stemming
- Tafel 2: Ontwikkelingsstoornissen
- Tafel 3: Cognitie en slaap
- Tafel 4: Psychotische stoornissen en verslaving
- Tafel 5: Persoonlijkheid, suïcide en forensische psychiatrie

- Tafel 6: Diagnose-overstijgende vragen 1
- Tafel 7: Diagnose-overstijgende vragen 2

De kennishiaten werden besproken en beoordeeld aan de hand van de volgende criteria:

- Relevantie: impact voor individuele patiënten, prevalentie, en kosten;
- Urgentie;
- Onderzoekbaarheid en haalbaarheid;
- Impact op het vakgebied en de maatschappij.

Dit discussie vond plaats in twee rondes. De werkgroepleden fungeerden als discussieleider. In de eerste ronde werd gestreefd naar een top 10 per discussietafel. De deelnemers werden in deze ronde willekeurig ingedeeld bij een discussietafel. Dit om te voorkomen dat persoonlijke expertise/interesse van de aanwezigen leidend zouden zijn in de eerste prioritering. Een uitzondering werd gemaakt voor patiëntvertegenwoordigers, omdat zij vaak alleen expertise hebben op hun eigen aandachtsgebied. In de tweede ronde werden alle deelnemers zoveel mogelijk ingedeeld op basis van hun expertise. In deze ronde werd gestreefd naar een top 5 van de belangrijkste kennishiaten per discussietafel. Deze kennishiaten werden vervolgens kort plenair toegelicht door de expertgroepen. In totaal werden 33 kennishiaten als meest belangrijk aangemerkt. Aan het einde van de bijeenkomst werd aan de deelnemers gevraagd om een overkoepelende prioritering aan te brengen bij deze 33 als meest belangrijk beoordeelde kennishiaten. Dit deden zij door stickers te plakken bij de kennishiaten waaraan de meeste prioriteit werd toegekend. Hiervoor kregen de aanwezigen elk vijf stickers. De psychiaters, patiëntvertegenwoordigers en overige deelnemers kregen daarbij ieder een eigen kleur, om later te kunnen beoordelen of aan de geprioriteerde kennishiaten vanuit alle invalshoeken belang wordt gehecht. Zie bijlage 5 voor de lijst met geprioriteerde kennishiaten.

### 2.3.2 Methodiek definitieve prioritering Kennisagenda

Om ervoor te zorgen dat de kennisagenda het vakgebied optimaal representeert, is de lijst met de 33 hoogst geprioriteerde kennishiaten waarover op de prioriteringsbijeenkomst met stickers is gestemd, vorgelegd aan alle gremia van de NVvP (afdelingen, commissies en platforms). Aan de gremia werd gevraagd om binnen deze lijst aan te geven welke vijf onderwerpen volgens hen het meest relevant, urgent en haalbaar waren en de grootste mogelijke impact hadden op het vakgebied. De input van de gremia is gebundeld (zie bijlage 6). In totaal hebben negen gremia op deze manier hun prioriteit aangegeven. Voor elk kennishiaat in de lijst van 33 kennishiaten is vervolgens aangegeven of door de gremia prioriteit werd gegeven aan deze vraag. Wanneer een kennishiaat door twee of

meer gremia als belangrijk werd benoemd, heeft deze vraag prioriteit gekregen. Bij het samenstellen van de uiteindelijke top 10 is deze prioritering als extra factor meegewogen. De prioriteiten van de gremia kwamen over het algemeen goed overeen met de prioritering die tijdens de bijeenkomst door middel van stickers was aangebracht.

De stemmen van de gremia zijn niet opgeteld bij de stemmen die zijn uitgebracht tijdens de prioriteringsbijeenkomst. Hier is bewust voor gekozen, omdat dit het gewicht van de inbreng van overige partijen sterk zou verlagen. Daarnaast hebben de vertegenwoordigers van de gremia in veel gevallen niet geparticipeerd in de discussies over de kennishiaten die plaatsvonden tijdens de prioriteringsbijeenkomst, waardoor de stemmen niet simpelweg kunnen worden opgeteld.

Op basis van alle verzamelde informatie heeft de werkgroep de uiteindelijke top 10 vastgesteld.

Het aantal stemmen dat een kennishiaat heeft gekregen tijdens de prioriteringsbijeenkomst was daarbij leidend. De werkgroep heeft daarnaast extra waarde toegekend aan de volgende weegfactoren:

- De onderzoekbaarheid. Het opzetten van wetenschappelijk onderzoek is kostbaar en vergt veel tijd. Het benodigde onderzoek moet haalbaar zijn met een grote kans op succes;
- De relevantie van de onderzoeksvragen voor verschillende stakeholders, zoals dermatologen, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en overheid. Dit niet alleen vanwege het draagvlak, maar ook door de hieraan gerelateerde financieringsmogelijkheden voor de uitvoering van het wetenschappelijk onderzoek. Onderwerpen die vanuit meerdere perspectieven prioriteit kregen, verdienen daarom de voorkeur;
- De prioritering van de gremia binnen de NVvP;
- Het al in uitvoering zijn van onderzoek dat tot oplossing van het kennishiaat zal leiden. Een oriënterende literatuursearch is verricht om te verifiëren of de geselecteerde onderzoeksvragen niet al onderwerp zijn van bestaand of lopend wetenschappelijk onderzoek. Waar dit het geval was, volgde exclusie;
- Een evenwichtige vertegenwoordiging van de verschillende onderwerpen binnen de psychiatrie.

Dit heeft geleid tot het samenvoegen van twee vragen over herstelondersteuning die in elkaars verlengde liggen en het verwijderen van één hoog geprioriteerde onderzoeksvraag over de gevolgen van langdurig psychofarmacagebruik, omdat deze vraag in het buitenland al wordt onderzocht. Verwacht werd dat Nederlands onderzoek de kwaliteit van dit onderzoek niet zal kunnen evenaren. Daarmee kwamen twee onderwerpen in de top 10 die in eerste instantie op basis van het aantal stemmen hier niet in waren opgenomen. Bij

het selecteren van deze twee vragen is ook weer rekening gehouden met bovenstaande weegfactoren.

# 3 RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de inventarisatie en prioritering van kennisvragen beschreven.

## 3.1 TOP 10 ONDERZOEKSVRAGEN

Op basis van de prioriteringsbijeenkomst en discussie binnen de werkgroep is een top 10 van de meest urgente onderzoeksvragen samengesteld. De top 10, in willekeurige volgorde, ziet er als volgt uit:

Is het mogelijk om te komen tot patiëntgebonden (matched care) voorschrijven van antidepressiva in de behandeling van depressie?

Wat is de (kosten) effectiviteit van het eerder in de beslisboom inzetten van ECT behandeling bij (oudere) patiënten met een ernstige depressie?

Welke medicamenteuze interventies zijn effectief in de behandeling van prikkelverwerkingsproblemen bij kinderen en jongeren van 3 tot 18 jaar met ontwikkelingsstoornissen?

Wat is de lange termijn indicatie effectiviteit en veiligheid van stimulantiegebruik door patiënten met ontwikkelingsstoornissen?

Wat is het effect van chronotherapie bij volwassenen met een slaapstoornis? En is dit effect verschillend naar leeftijdscategorie?

Op basis van welke criteria kan de noodzaak van continuering van langdurig antipsychoticagebruik (periodiek) beter worden vastgesteld bij patiënten met een stoornis in het psychosespectrum?

Wat is de effectiviteit van additie van een SSRI bij symptomen die kunnen wijzen op depressieve klachten dan wel negatieve symptomen van schizofrenie?

Wat is de effectiviteit van aangepaste vormen van CGT in de behandeling van psychiatrische stoornissen bij patiënten met een licht verstandelijke beperking?

Wat is het effect van het systematisch toepassen van samen beslissen met patiënten en naasten over de behandeling van psychiatrische aandoeningen op therapietrouw, de verschillende vormen van herstel en kwaliteit van leven?

Wat is het effect van thans breed geïmplementeerde herstelondersteunende programma's (waaronder ervaringsdeskundigheid) op maatschappelijke participatie en kwaliteit van leven bij patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening?

# TOELICHTING BIJ TOP 10 ONDERZOEKSVRAGEN

## IS HET MOGELIJK OM TE KOMEN TOT PATIËNTGEBONDEN (MATCHED CARE) VOORSCHRIJVEN VAN ANTIDEPRESSIVA IN DE BEHANDELING VAN DEPRESSIE?

10x geprioriteerd (6x psychiater, 3x patiëntvertegenwoordiger, 1x overig)

In Nederland hebben jaarlijks ongeveer 800.000 Nederlanders een depressieve episode. In 2015 waren er 1.15 miljoen Nederlanders die een antidepressivum (AD) slikten, waaronder ongeveer 150.000 Nederlanders die langer dan 1 jaar AD gebruiken (SFK, 2015). De kosten van AD en bijkomende zorg zijn hoog; in 2015 alleen al kostten het zorggebruik van AD-gebruikers 95 miljoen euro. Het AD-gebruik blijft steeds stijgen, met name door de groeiende groep langdurige gebruikers, ook na remissie van de depressieve episode. De huidige behandelrichtlijnen adviseren AD te starten bij een matige of ernstige depressieve episode (al dan niet met psychotherapie), waarna de patiënt in ieder geval tot vier maanden na initiële remissie de AD moet blijven gebruiken, zodat een stabiele remissie van depressie wordt bereikt (Cipriani et al., 2018; Borges et al., 2014).

Het gebruik van AD is echter ook een klinisch dilemma vanwege de achterblijvende effectiviteit bij het behandelen van een klinische depressie. De lange-termijn effecten, inclusief kosten-batenanalyses en mogelijke nadelige effecten, worden weinig wetenschappelijk onderzocht of buiten beschouwing gelaten (Cipriani et al., 2018). Placebo-gecontroleerd onderzoek toont aan dat na remissie van de depressie onderhoudsbehandeling met AD de kans op terugval op korte termijn kan verlagen (Borges et al., 2014; Geddes et al., 2003). AD-gebruik leidt echter ook tot diverse bijwerkingen, medicalisering en kan persoonlijk herstel in de weg staan. Tevens ontstaat vanuit de patiënt vaak de wens om de AD af te bouwen, al dan niet vanwege de mogelijke bijwerkingen.

Er is bestaat grote onduidelijkheid of, wanneer en bij wie er vervolgens afgebouwd kan worden. Het ontbreken van een duidelijke afbouwstrategie laat klinici daarnaast afwachten tot een patiënt zelf het initiatief tot afbouw neemt, hetgeen vaak inadequaaf, niet of zeer laat gebeurt (na langdurig gebruik). Ook wordt er nu veelal een (vrij lange) periode van 4-6 weken aangehouden om respons/non-respons op een antidepressivum vast te stellen, maar er zijn allerlei aanwijzingen dat dit mogelijk al eerder zichtbaar is (Harmer et al., 2017). Hoe eerder men dit met waarschijnlijkheid kan vaststellen, des te sneller kan een effectieve behandeling worden gevonden. Wetenschappelijk bewijs is daarentegen summier; het ontbreekt aan een duidelijke afbouwrichtlijn en bovenal is niet duidelijk wie wanneer en hoe het beste kan worden afgebouwd. Een algoritme moet hierin duidelijkheid verschaffen. Zelfs een minimale reductie van de duur van een AD-behandeling om blijvende remissie van depressie te bewerkstelligen zou een groot verschil kunnen maken in termen van directe zorgkosten. Om (in)directe zorgkosten te verminderen is het meeste te winnen als patiën-

ten geen onnodig lange AD behandeling krijgen, maar de duur en dosering die het beste past bij een individueel patiënten-profiel. Welke patiënten zijn gebaat bij AD-gebruik en wanneer moet AD worden ingezet? Wat zijn, na bereiken van een stabiele depressie remissie, de korte- en lange-termijn effecten van vroege AD afbouw versus latere AD afbouw? En hoe weet je bij wie je welk algoritme moet gebruiken? Dit zijn vragen die beantwoord moeten worden.

## WAT IS DE (KOSTEN)EFFECTIVITEIT VAN HET EERDER IN DE BESLISBOOM INZETTEN VAN ECT-BEHANDELING BIJ (OUDERE) PATIËNTEN MET EEN ERNSTIGE DEPRESSIE?

7x geprioriteerd (6x psychiater, 1x patiëntvertegenwoordiger, 0x overig)

De 12-maands prevalentie van depressieve stoornissen ('major depression') is in Nederland in de leeftijdsgroep 18-19 jaar 8,8% (Ormel et al., 2015), bij 18-64 jaar 5,2% (de Graaf et al., 2010), en bij 55+ ongeveer 2% (Beekman et al., 1999). Recentere bronnen geven een hoger percentage van depressieve stoornissen bij ouderen aan.

Behandeling van depressieve stoornissen is in de meeste gevallen een combinatie van farmacotherapie en psychotherapie. Bij ernstige depressie neemt het belang van biologische behandelingen (farmacotherapie en elektroconvulsietherapie) toe.

Elektroconvulsietherapie (ECT) wordt in Nederland vooral toegepast als farmacotherapie niet effectief blijkt te zijn. Meestal zijn er dan al meerdere farmacotherapeutische strategieën toegepast. Er is echter geen eenduidige definitie van therapieresistentie (Ruhe et al., 2012).

Er zijn aanwijzingen dat naarmate een depressie langer duurt, de respons op ECT afneemt. Mogelijk kan een deel van deze patiënten baat hebben bij het eerder inzetten van ECT, zeker wanneer zij zelf de voorkeur uitspreken voor deze interventie, bijvoorbeeld op basis van eerdere respons op ECT.

Factoren die geassocieerd zijn met een positieve respons op ECT zijn: ernstige depressie, episodisch verloop, psychotische depressie, psychomotorische verschijnselen (katatonie), leeftijd > 65 jaar. Suïcidaliteit kan een snelle en effectieve interventie met ECT noodzakelijk maken. Conform de richtlijn Elektroconvulsietherapie (NVvP, 2010) zijn indicaties voor ECT: medicatieresistente depressie; depressieve stoornis met psychotische kenmerken; ernstige depressie bij ouderen (ook vanwege risico's van farmacotherapie). Er zijn aanwijzingen dat bij ouderen met een laat ontstane depressie een betere response op ECT hebben (Dols et al., 2017) en dat bij ouderen ECT een snellere remissie geeft dan farmacotherapie, ook bij eerdere medicatieresistentie (Spaans et al., 2015).

Er zijn dus aanwijzingen dat ECT bij bepaalde groepen patiënten een voorkeursbehandeling is. Concrete richtlijnen daarvoor ontbreken voorsnog. Desondanks is de toepassingsgraad van ECT, zelfs bij patiënten met een chronische (>2 jaar) depressie, zeer laag, namelijk 1,2%, terwijl het bij tenminste 26% overwogen had kunnen worden (Scheepens et al., 2019). Het zou dan ook (kosten)effectief kunnen zijn om ECT eerder in de behandeling in te zetten dan in de huidige richtlijnen staat aangegeven. De resultaten van een dergelijk onderzoek zouden kunnen leiden tot een goed onderbouwde gezamenlijke besluitvorming over ECT.

## WELKE MEDICAMENTEUZE INTERVENTIES ZIJN EFFECTIEF IN DE BEHANDELING VAN PRIKKELVERWERKINGSPROBLEMEN BIJ KINDEREN EN JONGEREN VAN 3 TOT 18 JAAR MET ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN?

10x geprioriteerd (9x psychiater, 1x patiëntvertegenwoordiger, 0x overig)

Met de hernieuwde aandacht voor sensorische verwerkingsafwijkingen bij autisme spectrum stoornis (ASS, toegevoegd als kernsymptoom in de DSMV) komt een kans voor rationele behandeling, omdat wordt gedacht dat sensorische verwerkingsproblemen ten grondslag liggen aan de pathofysiologie van kernsymptomen van ontwikkelingsstoornissen. De evidentie voor psychofarmacologische interventies die momenteel worden gebruikt bij ASS en aanverwante stoornissen is onduidelijk.

Risperidon is nog het meest uitgebreid onderzocht en er is enig bewijs voor het gebruik bij kinderen met sensorische symptomen te vinden. De werkzaamheid van risperidon bij kleuters, adolescenten en volwassenen is echter nog niet goed vastgesteld en er is meer onderzoek nodig, net als voor alle andere onderzochte geneesmiddelen. Methylfenidaat blijkt niet werkzaam te zijn bij sensorische verwerking, wat te verwachten is omdat het werkingsmechanisme het tegenovergestelde is van wat wordt geacht als gunstig mechanisme voor sensorische verwerkingsproblemen. Met de voorlopige resultaten van het beschrijvende cohortonderzoek wordt duidelijk dat antipsychotica en stimulantia veelvuldig worden voorgeschreven voor sensorische symptomen bij kinderen met ASS. Een verband tussen behandeling met antipsychotica, prikkelbaarheid en sensorische verwerking werd niet gevonden. Verder onderzoek is hard nodig om de werkzaamheid bij sensorische verwerking te bepalen voor vrijwel alle geneesmiddelen die bij ASS en aanverwante stoornissen worden gebruikt en bij gebrek aan evidentie nieuwe (bestaande) middelen te onderzoeken voor dit belangrijke symptoomdomein in de kinderpsychiatrie.

## WAT IS DE LANGE TERMIJN INDICATIE EFFECTIVITEIT EN VEILIGHEID VAN STIMULANTIAGEBRUIK DOOR PATIËNTEN MET ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN?

8x geprioriteerd (6x psychiater, 1x patiëntvertegenwoordiger, 1x overig)

Stimulantia worden veelvuldig toegepast ter verbetering van aandachtsregulatie en impulscontroleproblemen bij kinderen met ontwikkelingsstoornissen op basis van evidentie over een goede effect size en acceptabele bijwerkingen op korte termijn. Het stimulantium methylfenidaat is veruit het meest gebruikte psychofarmakon bij kinderen en jeugdigen. Nederlandse openbare apotheken verstrekten in 2018 aan 206.000 personen methylfenidaat (SFK, 2019). Nadat het gebruik van stimulantia in Nederland verviervoudigde tussen 2008 en 2013 is het gebruik de laatste jaren iets gedaald (Beau-Lejdstrom et al., 2016).

Richtlijnen geven aan dat er slechts evidentie is voor effectiviteit van stimulantia voor hooguit twee jaar behandeling (Zetterqvist et al., 2013). Desalniettemin gebruikt 60% van de kinderen die starten met stimulantia dit langer dan twee jaar. Ook geven richtlijnen aan dat jaarlijks moeten worden beoordeeld of stimulantia moeten worden gecontinueerd. Het ontbreekt echter aan goede criteria en een methodiek op grond waarvan wel of niet doorgaan kan worden beoordeeld. Het is denkbaar dat sommige kinderen wel baat hebben bij langer gebruik van stimulantia, terwijl bij anderen sneller kan worden afgebouwd. Empirische gegevens hierover zijn niet voorhanden. Meer in het algemeen is een probleem dat er in Nederland geen goede methodiek en zorginfrastructuur bestaat met betrekking tot monitoren van gebruik van methylfenidaat op de langere termijn. Hoewel ontwikkelingsstoornissen veelal langdurige problematiek betreft worden zorgtrajecten in de GGZ vaak kort gehouden, ook als er sprake is van langdurig medicatiegebruik. Wel of niet afbouwen van langdurig gebruik van stimulantia is dan vaak afhankelijk van het initiatief van de jongeren en/of hun ouders.

Lange termijn onderzoek is erg schaars en suggereert een mogelijke afname van effect op basis van gewenning of ontwikkeling (Swanson, 2019). Er is ook veel meer kennis nodig over de effecten van stimulantia op het functioneren van opgroeiende kinderen. Het leeuwendeel van het onderzoek richtte zich op effecten op ADHD symptomen, terwijl verbeteren van functioneren (op school, thuis, met leeftijdsgenoten, tegengaan van mogelijke negatieve gevolgen van ADHD, zoals verslaving of delinquentie) veel belangrijker is. Een klassieke RCT op lange termijn is om meerdere redenen niet uitvoerbaar, het combineren van reeds verzamelde data in naturalistische samples met big data technieken kan meer inzicht geven en leidend zijn voor toekomstige praktijk. (2e toelichting, behorend bij vraag 135) Ook afbouw-

trials vormen een goede methodiek om de lange termijn effectiviteit te beoordelen (Matthijssen et al., 2019).

Voor jonge kinderen (0-6 jaar) met aandachts- en hyperactiviteitsproblemen is er alleen off-label medicatie beschikbaar. De beperkingen zijn zeker niet minder dan bij oudere kinderen en vaak een groot probleem bij overgang van de kleuterschool naar groep 3. Klinische ervaring leert dat stimulantia soms een heel goed effect en soms helemaal geen effect hebben. Er is echter veel meer kennis nodig over een juiste aanpak van hyperactief gedrag van peuters en kleuters. Dit betreft een zeer heterogene groep die om een geïndividualiseerde aanpak vraagt. Empirische gegevens over welke aanpak voor welk jong kind optimaal is zijn echter schaars. Ook weten we nog veel te weinig over de prognose voor de latere ontwikkeling van vroege hyperactiviteit en over effectieve preventie.

Er is ook nog weinig kennis over de veiligheid van methylfenidaat op de langere termijn (Groenman et al., 2016). Zorgen liggen niet alleen op het terrein van mogelijke groeionderdrukking, mogelijke negatieve effecten op de zich ontwikkelende hersenen of andere fysieke problemen, maar ook op de mogelijke psychologische gevolgen van gebruik van stimulantia. Toegenomen prestatiedruk en afgenomen tolerantie van afwijkend gedrag lijken belangrijke oorzaken van het recentelijke sterk gegroeide gebruik van stimulantia (Gezondheidsraad, 2014). Er zijn zorgen over ongewenste medicalisering van problemen die samenhangen met prestatiedruk. Welke mogelijke negatieve effecten kunnen uitgaan van (ongewenste) medicalisering, stigmatisering of van het geven van diagnostische labels op het opgroeiende kind verdient nader onderzoek.

## WAT IS HET EFFECT VAN CHRONOTHERAPIE BIJ VOLWASSENEN MET EEN SLAAPSTOORNIS? EN IS DIT EFFECT VERSCHILLENDE NAAR LEEFTIJDSCATEGORIE?

6x geprioriteerd (4x psychiater, 2x patiëntvertegenwoordiger, 0x overig)

Slaapstoornissen bij ouderen komen zeer veel voor en hebben deels te maken met het proces van veroudering. Ouderen blijken frequent en langdurig benzodiazepines te gebruiken voor slaapproblemen, wat weer kan leiden tot meer vallen, cognitieve beperkingen en somberheid. Er is een duidelijke relatie tussen de aanwezigheid van slaapproblemen en het optreden van psychiatrische stoornissen (zoals depressie) bij ouderen. Adolescenten hebben een grote behoefte aan slaap (optimaal 9 uur) en er is er vaak sprake

van een (naar later) verschoven slaapfase in deze leeftijdsgroep. Dit leidt regelmatig tot misverstanden en conflicten met de ouders. Een sterk verschoven slaapfase gaat bovendien vaak gepaard met angst- of depressieve klachten. Er is echter weinig onderzoek gedaan naar effectieve, niet-medicamenteuze behandelingsmogelijkheden van slaapstoornissen, in het bijzonder bij adolescenten en ouderen. Mogelijke niet-medicamenteuze behandeling bestaat niet alleen uit chronotherapie, maar ook uit lichttherapie. De beschikbare studies zijn schaars en klein in omvang.

### OP BASIS VAN WELKE CRITERIA KAN DE NOODZAAK VAN CONTINUERING VAN LANGDURIG ANTIPSYCHOTICAGEBRUIK (PERIODIEK) BETER WORDEN VASTGESTELD BIJ PATIËNTEN MET EEN STOORNIS IN HET PSYCHOSPECTRUM?

8x geprioriteerd (7x psychiater, 1x patiëntvertegenwoordiger, 0x overig)

Op basis van gegevens uit het bevolkingsonderzoek NEMESIS-2 in 2010 had naar schatting 0,5% van de Nederlandse bevolking in de leeftijd van 18 tot 65 jaar ooit in zijn of haar leven schizofrenie (gehad) (de Graaf et al., 2010). Gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken (RCT's) sinds de jaren '50 van de vorige eeuw hebben consequent aangetoond dat bij patiënten met schizofrenie antipsychotica effectief zijn in het voorkomen van recidiefpsychose en de kans op een opname in het ziekenhuis verminderen. Tegelijkertijd worden antipsychotica als groep geassocieerd met een aantal bijwerkingen zoals bewegingsstoornissen, gewichtstoename en sedatie (Leucht et al., 2012a). Onderhoudsbehandeling met antipsychotica leidt dus tot een lager terugvalpercentage (14% tegen 28% in het eerste jaar na stoppen), al blijft er een aanzienlijk terugvalpercentage, ook bij onderhoudsbehandeling (NVvP, 2012). Alleen bij patiënten die na een eerste psychose in remissie zijn kunnen onder voorwaarden is een poging tot stoppen met antipsychotica verantwoord. Bij patiënten met een eerste episode die niet in remissie geraken, heeft het een voorkeur een switch naar een ander antipsychoticum te overwegen om alsnog volledige remissie te bereiken. Afhankelijk van de ernst van de tijdens een psychose optredende gedragsproblemen en van de ernst van ongewenste effecten van de antipsychotica, kan met name na de eerste psychose een korte behandeling worden overwogen, de zogeheten 'targeted treatment' (Wunderink et al., 2007). De kans dat het stoppen succesvol is, is ongeveer 20%. Het is aangetoond dat bij multipale-episodepatiënten alternatieve strategieën zoals intermitterende behandeling of targeted treatment niet effectief zijn vanwege het hoge risico op recidiefpsychose en het ontbreken van duidelijke voordelen.

Hoewel antipsychotica de kans op recidiefpsychose fors verminderen, verbeteren ze niet altijd de kwaliteit van leven en het sociaal functioneren. Bij de onderhoudsbehandeling met antipsychotica moeten de lange termijn effectiviteit en tolerabiliteit (subjectief onwelbevinden, tardieve dyskinesie, overgewicht, metabool syndroom, cardiovasculaire problemen) gedurende vele jaren worden geëvalueerd. Geadviseerd wordt om minimaal eenmaal per jaar met de patiënt het medicamenteuze beleid systematisch te evalueren (Knegtering en Bruggeman, 2019).

Weinig onderzoekers hebben systematisch non-compliance onderzocht, tot wel 50% in een grote studie, die de effectiviteit van medicijnen vermindert. Gebrek aan effect is een belangrijke reden voor patiënten om onbegeleid te stoppen. Grote onderzoeken die langer dan 2 jaar duren en die toezicht houden op de naleving of het gebruik van geneesmiddelen uit het depot zijn dringend nodig om ook de rol van non-compliance te verduidelijken (Leucht et al., 2012b).

Het is onduidelijk bij welke patiënten continuering van de behandeling noodzakelijk is en bij wie antipsychotica wel verminderd of gestopt zouden kunnen worden. Er loopt hiervoor een studie bij vroege psychose patiënten (HAMLETT studie), maar een dergelijke studie is ook hard nodig voor mensen met gebleken langer durende psychose gevoeligheid. Het is van belang om bij de evaluatie ook lichamelijke en cognitieve effecten van antipsychoticagebruik mee te nemen.

### WAT IS DE EFFECTIVITEIT VAN ADDITIE VAN EEN SSRI BIJ SYMPTOMEN DIE KUNNEN WIJZEN OP DEPRESSIEVE KLACHTEN DAN WEL NEGATIEVE SYMPTOMEN VAN SCHIZOFRENIE?

5x geprioriteerd (4x psychiater, 1x patiëntvertegenwoordiger, 0x overig)

Op basis van gegevens uit het bevolkingsonderzoek NEMESIS-2 in 2010 had naar schatting 0,5% van de Nederlandse bevolking in de leeftijd van 18 tot 65 jaar ooit in zijn of haar leven schizofrenie (gehad) (de Graaf et al., 2010). In internationale prevalentie-studies blijkt dat de spreiding van het voorkomen van een depressieve stoornis bij schizofrenie sterk varieert (Buckley et al., 2009). De gemiddelde prevalentie van een depressieve stoornis bij schizofrenie wordt op 25% geschat.

In het beloop van de behandeling van mensen met schizofrenie blijkt vaak dat de positieve symptomen redelijk onder controle te brengen zijn. Vervolgens dient men de aandacht te richten op eventuele aanwezige negatieve, depressieve en cognitieve symptomen.



Bij veel patiënten ontstaan tijdens of na hun psychotische episodes naast hun positieve symptomen ook negatieve symptomen, in de vorm van affectvervlakking, apathie, vertraging, initiatiefverlies, afgenomen spontane spraak en sociale terugtrekking (Aleman et al., 2017). Bij patiënten met schizofrenie komen ook depressieve klachten vaak voor, die soms moeilijk te onderscheiden van de genoemde negatieve symptomen. Depressieklachten bij psychosen kunnen mede veroorzaakt worden door (te hoge doseringen van) antipsychotica, somatische aandoeningen en middelengebruik. Naast dosisverlaging van antipsychotica met als doel om somberheid te verminderen, hebben sommige antipsychotica – mogelijk dosisafhankelijk – antidepressieve eigenschappen. Negatieve symptomen voorspellen een slechtere sociale uitkomst en zijn vaak moeilijk te behandelen.

Als additiestrategieën naast het voorschrijven van antipsychotica wordt vaak het gebruik van antidepressiva overwogen, maar er is weinig goed onderzoek gedaan naar de behandeling met antidepressiva bij schizofrenie. Bovendien bestaat er ook een risico op interactie tussen het antipsychoticum en het antidepressivum. Over de waarde van het toevoegen van antidepressiva aan antipsychotica ter vermindering van negatieve symptomen spreekt een aantal reviews elkaar tegen. In een meta-analyse uit 2016 is de voorlopige conclusie dat antidepressiva, onafhankelijk van de soort, toegevoegd aan antipsychotica, een bescheiden gunstig effect hebben op negatieve symptomen en depressieve symptomen (Helfer et al., 2016). Een systematisch review en een meta-analyse uit 2017 bevestigen dat antidepressiva een klein gunstig effect laten zien op de depressieve symptomen bij mensen met schizofrenie (Gregory et al., 2017). Er zijn slechts enkele gerandomiseerde, dubbelblind placebogecontroleerde onderzoeken naar het effect van SSRI's op depressieve klachten bij schizofrenie. Er zijn aanwijzingen dat SSRI's effectief zijn, maar de studies zijn klein en van beperkte methodologische kwaliteit (Dijk et al., 2017). Huidige richtlijnen geven geen specifieke aanbevelingen over het gebruik van selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's).

## WAT IS DE EFFECTIVITEIT VAN AANGEPASTE VORMEN VAN CGT IN DE BEHANDELING VAN PSYCHIATRISCHE STOORNISSEN BIJ PATIËNTEN MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING?

10x geprioriteerd (6x psychiater, 2x patiëntvertegenwoordiger, 2x overig)

Mensen met een beneden gemiddeld IQ, een IQ waarde beneden de 85, hebben vaker een psychiatrische hulpvraag. Het gaat om een grote groep mensen, naar schatting bijna 15% van de populatie (Wieland et al., 2014). Duidelijk is dat in onze complexe samenleving overvra-

ging van mensen in deze doelgroep en daarmee ook de psychiatrische problematiek zal toenemen. Het ligt voor de hand te veronderstellen dat er “dus” veel psychiatrisch onderzoek gedaan is en wordt voor deze doelgroep. Niets is echter minder waar, dat geldt zeker voor onderzoek naar diagnostiek en behandeling – dat geldt ook voor cognitief gedragstherapeutische (CGT) behandeling - in het Nederlandse taalgebied. In de Angelsaksische literatuur is er wel een begin gemaakt met de ontwikkeling van evidence based cognitieve therapie voor mensen binnen deze doelgroep (Beail, 2016, 2017). Financiers van zorg eisen anno 2019 in ons land toenemend – en terecht – evidence based behandelingen.

Ook in Nederland zijn er initiatieven om te komen tot evidence based behandeling middels CGT. Op dit moment wordt er door een werkgroep binnen de academische werkplaats Kajak (Van den Bogaard et al. 2019) in kaart gebracht welk materiaal voor handen is en wat nodig is om te komen tot verwetenschappelijking van het aanbod. Een andere veelbelovend initiatief is de ontwikkeling van schematherapie voor LVB (Keulen-de Vos et al., 2016). Dit behandelprotocol is door de ontwikkelaars van de module – de forensische zorginstellingen Trajectum en de Rooyse Wissel - wel onderzocht bij populaties met ernstig probleem gedrag. De vraag is of het protocol ook effectief is bij andere doelgroepen bijvoorbeeld mensen met een LVB en internaliserende problematiek of verslavingsproblematiek. Tot slot noemen we de behandelmodules die door GGZ-LVB afdeling Kristal (onderdeel van Rivierduinen) ontwikkeld zijn (Kristal, 2018), bijvoorbeeld de module om het zelfbeeld te verbeteren (Rizzi, 2017).

De genoemde behandelprotocollen zijn veelbelovend. Ze worden in de praktijk al toegepast, omdat niets doen geen optie is. Maar anno 2019 willen we in Nederland behandelingen bieden waarvan de evidentie is aangetoond. Daartoe dienen we research op dat vlak verder uit te bouwen en te verbreden.

## WAT IS HET EFFECT VAN HET SYSTEMATISCH TOEPASSEN VAN SAMEN BESLISSEN MET PATIËNTEN EN NAASTEN OVER DE BEHANDELING VAN PSYCHIATRISCHE AANDOENINGEN OP THERAPIETROUW, DE VERSCHILLENDE VORMEN VAN HERSTEL EN KWALITEIT VAN LEVEN?

14x geprioriteerd (9x psychiater, 3x patiëntvertegenwoordiger, 2x overig)

Beslissingen over de behandeling zijn relevant voor iedereen die gebruik maakt van de gezondheidszorg. Het lijkt vanzelfsprekend dat professionals in samenspraak met patiënten en naasten beslissen over stappen in behandeling en begeleiding, maar toch wordt de zorg door patiënten en naasten vaak niet zo ervaren. Er zijn inmiddels methodieken ontwikkeld

om het ‘samen beslissen’ op een meer gestructureerde manier vorm te geven en meer op maat, passend bij de rol die patiënten en naasten willen en kunnen vervullen. Het doel hiervan is de betrokkenheid van patiënten en naasten bij de behandeling te bevorderen en behandelresultaten te verbeteren (Elwyn et al., 2012). Onderzoek in de gezondheidszorg in het algemeen laat positieve effecten laten zien van samen beslissen: patiënten voelen zich beter geïnformeerd, en tevredener over hun keuzes. Meer onderzoek is nodig naar lange-termijn effecten van samen beslissen op bijvoorbeeld therapietrouw (Stacey et al., 2017). Ook is nog niet duidelijk hoe in de GGZ samen beslissen het beste kan worden vormgegeven voor verschillende patiëntengroepen en wat de gewenste rol is van patiënten en naasten (Metz et al., 2019). Het doel is verbeteren van overeenstemming over behandelingen met uiteindelijk verbetering van behandelresultaten en kwaliteit van leven.

## WAT IS HET EFFECT VAN THANS BREED GEÏMPLEMENTEERDE HERSTELONDERSTEUNENDE PROGRAMMA'S (WAARONDER ERVARINGSDESKUNDIGHEID) OP MAATSCHAPPELIJKE PARTICIPATIE EN KWALITEIT VAN LEVEN BIJ PATIËNTEN MET EEN ERNSTIGE PSYCHIATRISCHE AANDOENING?

25x geprioriteerd (11x psychiater, 11x patiëntvertegenwoordiger, 3x overig)

In Nederland zijn circa 160.000 volwassen patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA). Wanneer ouderen en jeugdigen worden meegeteld, zijn er ongeveer 210.000 mensen met EPA in de zorg en naar schatting 281.000 in de bevolking. Het gaat hierbij om patiënten met chronische psychiatrische aandoeningen die daardoor ernstige beperkingen in het sociaal en maatschappelijk functioneren ervaren (Delespaul, 2013). Onder controle krijgen van symptomen van de stoornis is vaak een eerste stap in de behandeling. Dat lukt niet bij iedereen, maar we weten ook dat zelfs als dat wel lukt, het maatschappelijk herstel vaak achterblijft bij het symptomatisch herstel. Veel mensen met chronische psychiatrische aandoeningen hebben een achterstand op het gebied van opleiding of werk, sociaal netwerk en huisvesting (Corrigan et al., 2008). Behandelprogramma's die zich specifiek richten op maatschappelijk herstel zijn daarom noodzakelijk.

Hierbij kan gedacht worden aan de volgende interventies/programma's:

### **Wellness Recovery Action Planning (WRAP)**

WRAP is een succesvolle, door ervaringsdeskundige facilitators begeleide zelfhulpmethode gericht op zelfmanagement van de aandoening en empowerment. Evidentie voor de effectiviteit van WRAP is er alleen in de Verenigde Staten (Cook et al., 2012). In Nederland is WRAP inmiddels op vele plaatsen geïmplementeerd. Nu is het zaak op WRAP ook hier te lande op (kosten-)effectiviteit te onderzoeken (Boertien et al., 2013).

### **IPS-O (gericht op onderwijs) als verbijzondering van Individuele Plaatsing en Steun (IPS)**

IPS is een bewezen effectieve methode om mensen met ernstige psychische aandoeningen naar en in regulier betaald werk te begeleiden. Toch is IPS nog onvoldoende beschikbaar. Bovendien heeft IPS een dubbele doelstelling: cliënten begeleiden naar en in reguliere banen én opleidingen (IPS-O). Dat laatste is hard nodig, omdat veel cliënten hun opleiding eerder hebben moeten afbreken, en mede daardoor weinig kansen hebben op de arbeidsmarkt. Niettemin is IPS-O in Nederland nog niet op vormgeving en effectiviteit onderzocht (Weeghel et al., 2019; Van der Eerden & ten Velden-Hegelstad, 2018).

### **Actief Herstel in de Triade (ART)**

ART is een nieuw, in Nederland ontwikkeld, zorg- en rehabilitatiemodel voor mensen met een ernstige psychische aandoening bij wie het herstel gestagneerd is of die de hoop op verbetering van hun situatie opgegeven hebben. Vanwege hun complexe zorgbehoeften hebben zij langdurige intensieve zorg nodig en moeten vervolgens over langere tijd op intensieve ondersteuning kunnen rekenen om in de samenleving terug te kunnen keren. In veel GGZ-instellingen is men inmiddels enthousiast met ART aan de slag gegaan. Onderzoek is nodig om de uitkomsten van het ART-model vast te stellen en om het model verder te ontwikkelen (Mierlo et al., 2016).

Verbetering van maatschappelijke participatie kan de kwaliteit van leven van EPA-patiënten aanzienlijk verbeteren en een positieve invloed hebben op het symptomatisch herstel.

### 3.1.1 Aansluiten bij richtlijnen

In tabel 1 is aangegeven bij welke richtlijnen de top 10 onderzoeksvragen kunnen aansluiten.

Tabel 1: koppeling met richtlijnen

Onderzoeksvraag	Richtlijn
Is het mogelijk om te komen tot patiëntgebonden (matched care) voorschrijven van antidepressiva in de behandeling van depressie?	Depressie, 2013 (voorstel ingediend voor herziening)
Wat is de (kosten) effectiviteit van het eerder in de beslisboom inzetten van ECT-behandeling bij (oudere) patiënten met een ernstige depressie?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depressie, 2013 (voorstel ingediend voor herziening)</li> <li>• Elektroconvulsie therapie, 2010 (in herziening)</li> </ul>
Welke medicamenteuze interventies zijn effectief in de behandeling van prikkelverwerkingsproblemen bij kinderen en jongeren van 3 tot 18 jaar met ontwikkelingsstoornissen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ADHD bij volwassenen, 2015</li> <li>• Autismspectrumstoornissen bij volwassenen, 2013</li> <li>• Autismspectrumstoornis bij kinderen/jeugd, 2008</li> <li>• GGZ standaard ADHD, 2019</li> <li>• GGZ standaard Autisme, 2017</li> </ul>
Wat is de lange termijn indicatie effectiviteit en veiligheid van stimulantia gebruik door patiënten met ontwikkelingsstoornissen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ADHD bij volwassenen, 2015</li> <li>• Autismspectrumstoornissen bij volwassenen, 2013</li> <li>• Autismspectrumstoornis bij kinderen/jeugd, 2008</li> <li>• GGZ standaard ADHD, 2019</li> <li>• GGZ standaard Autisme, 2017</li> </ul>
Wat is het effect van chronotherapie bij volwassenen met een slaapprobleem? En is dit effect verschillend naar leeftijdscategorie?	• Geen eigen NVvP richtlijn

Op basis van welke criteria kan de noodzaak van continuering van langdurig antipsychoticagebruik (periodiek) beter worden vastgesteld bij patiënten met een stoornis in het psychosespectrum?	• Schizofrenie, 2012 (in herziening)
Wat is de effectiviteit van additie van een SSRI bij symptomen die kunnen wijzen op depressieve klachten dan wel negatieve symptomen van schizofrenie?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angststoornissen, 2011 (voorstel ingediend voor herziening)</li> <li>• Schizofrenie, 2012 (in herziening)</li> </ul>
Wat is de effectiviteit van aangepaste vormen van CGT in de behandeling van psychiatrische stoornissen bij patiënten met een licht verstandelijke beperking?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GGZ standaard, generieke modules Psychische stoornissen en zwakbegeerdheid (ZB) of lichte verstandelijke beperking (LVB), 2018</li> <li>• Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking, NVAVG, 2019</li> </ul>
Wat is het effect van het systematisch toepassen van samen beslissen met patiënten en naasten over de behandeling van psychiatrische aandoeningen op therapietrouw, de verschillende vormen van herstel en kwaliteit van leven?	• Alle richtlijnen en GGZ standaarden
Wat is het effect van thans breed geïmplementeerde herstelondersteunende programma's (waaronder ervaringsdeskundigheid) op maatschappelijke participatie en kwaliteit van leven bij patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening?	• GGZ standaard, generieke module Ernstige Psychische Aandoeningen (EPA), 2017

## 3.2. INZICHT IN WETENSCHAPPELIJKE ACTIVITEITEN

### 3.2.1 Onderzoeklijnen in UMC's, GGZ instellingen en Kinder- en jeugdinstanties

Op basis van de inventarisatie van de NVvP over onderzoeklijnen en onderzoeken bij ZonMw (zie paragraaf 2.2.) is nagegaan of er UMC's en instellingen zijn die onderzoek verrichten op het terrein dat raakt aan de tien onderzoeksvragen. Tevens is gekeken of er specifieke leerstoelen zijn van (bijzondere) hoogleraren psychiatrie of bestaande netwerken zoals binnen de NVvP bekend die hieraan lijken te raken (zie Tabel 2). Zoals eerder

aangegeven, is de inventarisatie van de NVvP grotendeels gebaseerd op online beschikbare informatie en daardoor niet compleet en ook tijdsgebonden. Mogelijk dat er ook instellingen, UMC's en psychiaters (incidenteel) onderzoek verrichten op dit terrein wat niet in de inventarisatie is meegenomen.

**Tabel 2: koppeling met onderzoekslijnen (X sluit aan bij bestaande/bekende onderzoekslijn of leerstoel)**

Onderzoeksvraag	UMC's (en algemene ziekenhuizen)	GGZ-instellingen	Kinder- en jeugdinstellingen	Leerstoelen/ bestaande netwerken
Is het mogelijk om te komen tot patiëntgebonden (matched care) voorschrijven van antidepressiva in de behandeling van depressie?	X	X		X
Wat is de (kosten) effectiviteit van het eerder in de beslisboom inzetten van ECT behandeling bij (oudere) patiënten met een ernstige depressie?	X			X
Welke medicamenteuze interventies zijn effectief in de behandeling van prikkelverwerkingsproblemen bij kinderen en jongeren van 3 tot 18 jaar met ontwikkelingsstoornissen?	X	X	X	X
Wat is de lange termijn indicatie effectiviteit en veiligheid van stimulantiegebruik door patiënten met ontwikkelingsstoornissen?	X	X	X	
Wat is het effect van chronotherapie bij volwassenen met een slaapstoornis? En is dit effect verschillend naar leeftijdscategorie?		X	X	

Onderzoeksvraag	UMC's (en algemene ziekenhuizen)	GGZ-instellingen	Kinder- en jeugdinstellingen	Leerstoelen/ bestaande netwerken
Op basis van welke criteria kan de noodzaak van continuering van langdurig antipsychoticagebruik (periodiek) beter worden vastgesteld bij patiënten met een stoornis in het psychosespectrum?	X	X	X	X
Wat is de effectiviteit van additie van een SSRI bij symptomen die kunnen wijzen op depressieve klachten dan wel negatieve symptomen van schizofrenie?	X	X		
Wat is de effectiviteit van aangepaste vormen van CGT in de behandeling van psychiatrische stoornissen bij patiënten met een licht verstandelijke beperking?		X	X	X
Wat is het effect van het systematisch toepassen van samen beslissen met patiënten en naasten over de behandeling van psychiatrische aandoeningen op therapietrouw, de verschillende vormen van herstel en kwaliteit van leven?				
Wat is het effect van thans breed geïmplementeerde herstelondersteunende programma's (waaronder ervaringsdeskundigheid) op maatschappelijke participatie en kwaliteit van leven bij patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening?	X	X		

## 4

## IMPLEMENTATIE

## 4.1. ORGANISATIE EN FINANCIERING

De ontwikkeling van deze kennisagenda psychiatrie is bedoeld als startpunt in een continu proces van zorgevaluatie. Dit houdt in dat:

- 1) Kwalitatief hoogstaand onderzoek moet worden opgezet en uitgevoerd binnen representatieve patiëntenpopulaties om de kennishiaten in te vullen. Het is daarbij belangrijk dat voor dit onderzoek voldoende financiering wordt verworven;
- 2) De resultaten van deze onderzoeken breed gedragen moeten worden binnen het vakgebied en door patiënten en hun naasten. De resultaten moeten worden opgenomen in richtlijnen en andere kwaliteitsdocumenten;
- 3) Nieuwe aanbevelingen in richtlijnen en andere relevante kwaliteitsdocumenten landelijk moeten worden geïmplementeerd in de dagelijkse psychiatrische zorg;
- 4) Geëvalueerd moet worden of en hoe de nieuwe aanbevelingen worden opgevolgd en of er nieuwe kennishiaten zijn ontstaan in het vakgebied.

**Organisatie binnen de NVvP**

Om op deze manier invulling te kunnen geven aan de kennisagenda is het essentieel dat het zorgevaluatieproces als geheel binnen de beroepsgroep wordt vormgegeven en bestuurd. De werkgroep adviseert daarom een zorgevaluatiecommissie in te stellen, in ieder geval bestaande uit één of meer vertegenwoordigers vanuit (het bestuur van) de NVvP, één of meer vertegenwoordigers vanuit de werkgroep Kennisagenda, een vertegenwoordiger vanuit de commissie wetenschappelijke activiteiten (CWA) en een vertegenwoordiger vanuit de commissie kwaliteitszorg (CKZ).

Daarnaast moet er binnen een dergelijke zorgevaluatiecommissie expertise aanwezig zijn met betrekking tot zowel het kwaliteitsbeleid als het wetenschapsbeleid van de wetenschappelijke vereniging, i.c. de NVvP en een patiëntvertegenwoordiger. Dit omdat zorgevaluatieonderzoek zich vooral afspeelt op het snijvlak van kwaliteit van zorg en wetenschap. Alle onderdelen uit het zorgevaluatieproces kunnen dan in deze commissie worden besproken en het beleid kan op een samenhangende manier worden vormgegeven. Zo wordt bijvoorbeeld de vertaling van onderzoek naar richtlijnen gestimuleerd.

**Opzetten en uitvoeren onderzoek**

Om kwalitatief hoogstaand onderzoek op te zetten en uit te voeren, waarvan de uitkomsten breed gedragen worden, is het belangrijk gebruik te maken van de onderzoeksexpertise die in de psychiatrie en aanpalende onderzoeksgebieden al aanwezig is. Bestaande onderzoeksnetwerken waarin psychiaters, onderzoekers en patiënten uit relevante aandachtsgebieden deelnemen kunnen hierbij het initiatief nemen. Zo nodig worden nieu-

we netwerken gevormd. De commissie zorgevaluatie heeft hierbij een coördinerende rol. Idealiter zijn de onderzoeksnetwerken representatief voor de Nederlandse praktijk en participeren hierin academische centra, GGZ instellingen, algemene ziekenhuizen en andere instellingen waar psychiatrische diagnostiek en behandeling worden geboden, bijvoorbeeld aan mensen in justitiële klinieken en instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking, hier gezamenlijk in. Het is immers bekend dat klinisch toegepast onderzoek dat wordt uitgevoerd door netwerken van instellingen een versnelde implementatie van de gevonden resultaten tot gevolg heeft en daarmee het meest effectief is in het bewerkstelligen van zowel kwaliteitsverbetering als kostenbeheersing in de zorg. Er kan gekozen worden voor verschillende evaluatievormen, zoals vergelijkend onderzoek in bestaande kwaliteitsregistraties of een randomized controlled trial. De evaluatievorm is context specifiek en hangt onder andere af van het onderwerp van het onderzoek, behandeling of diagnostiek, lange termijngevolgen en de benodigde bewijskracht. Bij het uitwerken van de studies moet rekening worden gehouden met het perspectief van patiënten en hun naasten, zodat het onderzoek ook aansluit bij hun behoeften. Wanneer patiënten en hun naasten worden betrokken bij het onderzoek komt dat de inclusie van deelnemers en de kwaliteit van het onderzoek ten goede. Dat sluit ook aan bij de programmakaders die financiers zoals ZonMw en de Gezondheidsfondsen stellen. Het is dus belangrijk om kennis te nemen van deze programmakaders.

### Financiering

Er zijn meerdere mogelijke bronnen van financiering van de geprioriteerde onderwerpen:

1. Via de reguliere subsidieaanvragen via het ZonMw-programma Doelmatigheidsonderzoek (DO), Goed Gebruik Geneesmiddelen (GGG) of Collectebusfondsen. Wanneer onderzoekers een onderzoeksvoorstel willen indienen over een onderwerp van de kennisagenda, dient de commissie zorgevaluatie te worden geïnformeerd. De commissie kan ondersteuning bieden door een (methodologische) kwaliteitstoets van het onderzoeksvoorstel en een aanbevelingsbrief. In het kader van deze toetsing is het van belang dat het beoogde onderzoek wordt uitgevoerd door een breed gedragen onderzoeksnetwerk (zie ook Hoofdstuk 4.2 Netwerken), relevant is voor een brede patiëntengroep en de uitkomsten goed implementeerbaar zijn in een richtlijn.
2. Via het Programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik zoals door Zorginstituut Nederland in opdracht van het ministerie van VWS is vastgesteld. In 2019 is na een kwartiermakersfase onder alle partners in het hoofdlijnenakkoord een rapportage verschenen waarin wordt aangekondigd dat er een structureel programma zal worden ingericht waarbinnen het proces van Zorgevaluatie zal worden geborgd en doorontwikkeld. In dit programma is ook financiering beschikbaar voor het uitvoeren van zorgevaluatiestudies.

3. Voor de lange termijn vindt er een oriëntatie plaats op de haalbaarheid van een zorgevaluatiefonds (van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, overheid en koepels van instellingen) waarin doelmatigheidswinst (gedeeltelijk) geherinvesteerd wordt in zorgevaluatie.

### Opname van resultaten in richtlijnen

Om de resultaten van de uit te voeren onderzoeken voortvarend te kunnen implementeren in de dagelijkse praktijk is het essentieel dat deze snel hun weg vinden naar richtlijnen en andere kwaliteitsdocumenten. Door de komst van de Richtlijndatabase ([www.richtlijndatabase.nl](http://www.richtlijndatabase.nl)) en de modulaire opbouw van de richtlijnen die in deze database zijn opgenomen, kunnen de resultaten van de onderzoeksvoorstellen efficiënt verwerkt worden door alleen de van toepassing zijnde modules aan te passen (Tabel 1). Op de Richtlijndatabase staan alle medisch specialistische richtlijnen die zijn opgesteld conform de eisen volgens het rapport Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 van de adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit. De richtlijnen in de Richtlijndatabase worden ontwikkeld door medisch specialisten en gespecialiseerd richtlijnmethodologen, en geautoriseerd door wetenschappelijke verenigingen. Zij zijn dan ook de eigenaar van de inhoud van de richtlijnen. Daarnaast is er de database van Zorgstandaarden en Generieke Modules ([www.ggzstandaarden.nl](http://www.ggzstandaarden.nl)), beheerd door Akwa-ggz, waarin de aanpassingen vanuit richtlijnen kunnen worden doorgevoerd.

### Implementatie van onderzoeksresultaten in de klinische praktijk

Opname van nieuwe kennis in richtlijnen is de eerste stap naar implementatie in de klinische praktijk. Echter, dit biedt geen garantie voor succes. Daarom is het belangrijk om bij het maken en actualiseren van nieuwe richtlijnen en richtlijnmodules na te denken over de implementatie hiervan. Mogelijke belemmerende en faciliterende factoren voor succesvolle implementatie dienen in kaart te worden gebracht. Vervolgens is het aan te bevelen een plan op te stellen om te bevorderen dat psychiaters de richtlijnaanbevelingen in de praktijk zullen gaan toepassen. Naar verwachting zullen dit vooral generieke aanbevelingen zijn voor het werkveld van de GGZ en slechts in beperkte mate aanbevelingen voor een specifieke richtlijn.

### Evaluatie en update

Het is van belang dat de uitwerking van deze kennisagenda psychiatrie wordt geëvalueerd en dat er tijdig een actualisatie van de inhoud plaatsvindt. Het is belangrijk dat de top 10 in deze kennisagenda de eerste onderwerpen zijn die worden uitgevoerd in wetenschappelijk onderzoek. In 2022 (na een periode van drie jaar) wordt de actualiteit van de agenda getoetst door de nieuw in te richten commissie Zorgevaluatie en wordt deze zo nodig geactualiseerd door een nieuw te vormen kennisagenda werkgroep. Deze kennisagenda

werkgroep zal mogelijk overlap hebben qua vertegenwoordigers met de commissie Zorgevaluatie. De actualiteit van de agenda is afhankelijk van de uitvoering van de onderzoeken die voort zijn gekomen uit de huidige kennisagenda en de ontwikkelingen in het vakgebied. Bij een update van de kennisagenda moet worden bekeken hoe de betrokkenheid van de leden vergroot kan worden.

## 4.2 NETWERKEN

Voor een goed georganiseerde, breed gedragen uitwerking en uitvoering van de onderwerpen die in deze kennisagenda psychiatrie beschreven worden, is het noodzakelijk dat er netwerkvorming ontstaat waarin klinici en onderzoekers in het veld kunnen samenwerken en waarbij de verbinding wordt gezocht met patiënten- en familieorganisaties. Dit kunnen bestaande netwerken zijn (eventueel uit te breiden met voor de onderzoeksvraag relevante onderzoekers), of nieuw te vormen netwerken. Onderlinge concurrentie, ook bij het aanvragen van subsidies, wordt hierdoor voorkomen. Daarnaast kan beter overzicht worden gehouden over welke vragen worden uitgewerkt en welke onderzoeken er al lopen, waardoor het risico op dubbel uitgevoerd onderzoek wordt beperkt. Tot slot zal er door een breed netwerk van klinici en onderzoekers uit academische centra, GGZ-instellingen, algemene ziekenhuizen en andere instellingen waar psychiatrische diagnostiek en behandeling worden geboden, meer draagvlak worden gecreëerd voor het onderzoek dat wordt uitgevoerd. Dit zal ook de implementatie van de resultaten ten goede komen.

### Scenario's voor netwerkvorming

Verschillende scenario's of fasen van netwerkvorming kunnen worden onderscheiden. In het Adviesrapport Zorgevaluatie: van project naar proces (2016) van de Federatie van Medisch Specialisten, worden verschillende mogelijkheden voor netwerkvorming beschreven. De verschillende scenario's zijn uitgewerkt in Tabel 3, met daarbij de voor- en nadelen per scenario.

Tabel 3: Scenario's voor netwerkvorming (Adviesrapport Zorgevaluatie, 2016).

Scenario	Kenmerken	Voordelen	Nadelen
1. Geen netwerk binnen vereniging	Ad hoc indienen studies (huidige situatie)	Geen	Groot risico op: <ul style="list-style-type: none"> <li>• afstemmingsproblemen;</li> <li>• draagvlakproblemen en daarmee problemen in brede implementatie;</li> <li>• inclusieproblemen</li> </ul>
2. Geen netwerk, enige coördinatie binnen vereniging	Commissie/ werkgroep/ aanspreekpunt binnen de vereniging die afstemt met de onderzoekers, waarbij de vereniging studies steunt uit de bestaande kennisagenda.	Steun vereniging, waarmee grotere honoreringskans financiers.  Voorkomen van doublures tussen onderzoeken.	T.o.v. scenario 1 minder, maar nog steeds risico op: <ul style="list-style-type: none"> <li>• afstemmingsproblemen;</li> <li>• draagvlakproblemen en daarmee problemen in brede implementatie;</li> <li>• inclusieproblemen</li> </ul>
3. Netwerk van onderzoekers binnen een vereniging	Onderzoekers stemmen onderling af, gezamenlijk indienen van studies en stemmen af over de inclusie. Afspraken maken over uitvoering van studies en taken verdelen. De vereniging coördineert/faciliteert. Kennis wordt gedeeld binnen het netwerk.	In aanvulling op de punten genoemd onder scenario 2; breed draagvlak binnen vereniging, daarmee betere implementatie van resultaten. Afstemming tussen onderzoekers. Betrouwbare en snellere patiëntinclusie. Kwaliteit van onderzoeksvorstel gaat omhoog.	Investeringen nodig binnen de vereniging. Tijd nodig om samenwerking en afstemming tussen onderzoekers te realiseren.  Geen complete regie.

4. Geïntegreerd netwerk	De faciliteiten zoals een trialbureau worden geïntegreerd binnen een vereniging. Er is een centrale regie van de vereniging.	In aanvulling op de punten genoemd onder scenario 3; breed draagvlak binnen vereniging, daarmee betere implementatie van resultaten. Brede afstemming tussen onderzoekers. Betrouwbare en snellere patiënteninclusie. Kwaliteit van onderzoeksvorstel gaat omhoog. Vergrote kans op betrouwbare uitvoering van studies. Complete regie.	Grote investering noodzakelijk. Financieel risico voor de vereniging.  Kan alleen slagen bij een aanzienlijk aantal studies per jaar binnen het netwerk.
-------------------------	--	---	--

De verschillende scenario's vormen een groei-model van de situatie 'geen netwerk' naar 'een geïntegreerd netwerk'. Scenario 3 en 4 zorgen voor breed draagvlak binnen de vereniging. Het integreren van faciliteiten binnen het netwerk in scenario 4 vraagt om een grote investering en brengt financiële risico's met zich mee.

#### Netwerkvorming binnen de NVvP

Op dit moment vindt netwerkvorming binnen de NVvP voornamelijk plaats volgens scenario 2 (geen netwerk, enige coördinatie binnen de vereniging). Dit past ook bij de fase waarin het onderzoek en de onderlinge afstemming momenteel verkeert. Het doel is om te werken naar scenario 3, waarin psychiaters, onderzoekers en patiënten in onderling overleg afstemmen welke onderwerpen gezamenlijk worden opgepakt, hoe de studies zullen worden uitgewerkt en wie welke taken op zich zal nemen. De NVvP Commissie Zorgevaluatie zal hierbij een coördinerende en faciliterende rol op zich nemen. Bij de te vormen netwerken rondom een specifieke onderzoeksvraag worden ook de specifieke afdelingen en platforms van de NVvP betrokken. Het binnen de NVvP te ontwikkelen platform Psyience kan de afstemming en netwerkvorming faciliteren.

#### Plan van aanpak voor uitwerking van deze kennisagenda psychiatrie

Concreet zal voor de uitwerking van deze kennisagenda vóór 2023:

- een NVvP commissie Zorgevaluatie worden ingesteld (zie hoofdstuk 4.1);
- een overzicht worden gemaakt van bestaande netwerken met betrekking tot de geprioriteerde onderzoeksvragen;
- ondersteuning worden geboden door de NVvP commissie Zorgevaluatie bij het uitwerken van de onderzoeksvragen en de indiening van subsidieaanvragen;
- een overzicht worden bijgehouden van de activiteiten die worden ondernomen met betrekking tot het uitwerken van de onderzoeksvragen. Dit zal worden gedaan door de NVvP commissie Zorgevaluatie;
- een plan worden opgesteld door de NVvP om beschikbare resultaten van zorgevaluatieonderzoek te verzamelen en op te nemen in richtlijnen en andere kwaliteitsdocumenten.



# 5

## LITERATUUR

- Aleman A, Lincoln TM, Bruggeman R, Melle I, Arends J, Arango C, Knegtering H. Treatment of negative symptoms: Where do we stand, and where do we go? *Schizophrenia Research*. 2017 Aug; 186:55-62.
- Beail N. Psychological therapies and people who have ID: a report from the Royal College of Psychiatrists and British Psychological Society. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*. 2017; 11(1):24-6.
- Beail N. Psychological Therapies and People Who Have Intellectual Disabilities. Leicester: Faculty for People with Intellectual Disabilities of the British Psychological Society Division of Clinical Psychology & Intellectual Disabilities Faculty of the Royal College of Psychiatrists; 2016.
- Beau-Lejdstrom R, Douglas I, Evans SJ, Smeeth L. Latest trends in ADHD drug prescribing patterns in children in the UK: prevalence, incidence, and persistence. *BMJ Open* 2016 Jun 13;6(6):e010508.
- Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry*. 1999; 174:307-311.
- Boertien D, Bakel M van, Weeghel J van (2013). WRAP – Wellness Recovery Action Plan in Nederland. In: J. van Busschbach, S. van Rooijen & J. van Weeghel (red.), *Jaarboek psychiatrische revalidatie 2013-2014*. Amsterdam: SWP, pp 52-63.
- Bogaard M van den, Berg M, Bouma G, Boven S, Castel A, Fokkema P, et al. 2019 Richtlijn cognitieve gedragstherapie bij mensen met een licht verstandelijke beperking: Kajak; Beschikbaar via: <https://www.academischewerkplaatskajak.nl/richtlijn-cognitieve-gedragstherapie-bij-mensen-met-een-licht-verstandelijke-beperking/>.
- Borges S, Chen YF, Laughren TP, Temple R, Patel HD, David PA, Mathis M, Unger E, Yang P, Khin NA. Review of maintenance trials for major depressive disorder: a 25-year perspective from the US Food and Drug Administration. *J Clin Psychiatry*. 2014 Mar; 75(3):205-14.
- Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2009 Mar; 35(2):383-402.
- Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, Leucht S, Ruhe HG, Turner EH, Higgins JPT, Egger M, Takeshima N, Hayasaka Y, Imai H, Shinohara K, Tajika A, Ioannidis JPA, Geddes JR. 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. *Lancet*. 2018 Apr 7;391(10128):1357-1366.
- Cook J, Copeland ME, Jonikas JA, Hamilton MM, Razzano LA, Grey DD, Floyd CB, Hudson WB, Macfarlane RT, Carter TM, Boyd S. Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using Wellness Recovery Action Planning. *Schizophr Bull*. 2012; 38(4): 881-891.
- Corrigan PW, Mueser KT, Bond GR, Drake RA & Solomon P. (2008). *Principles and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach*. New York, NY: The Guilford Press.
- Delespaul PH, Consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschr Psychiatr*. 2013; 55 (6): 427 – 438.
- Dijk HG van, Dapper EA, Vinkers CH. SSRI's en depressieve klachten bij schizofrenie: een systematische review. *Tijdschr Psychiatr*. 2017; 59(1): 40 – 46.
- Dols A, Bouckaert F, Sienaert P, Rhebergen D, Vansteelandt K, Ten Kate M, de Winter FL, Comijs HC, Emsell L, Oudega ML, van Exel E, Schouws S, Obbels J, Wattjes M, Barkhof F, Eikelenboom P, Vandenbulcke M, Stek ML. Early- and Late-Onset Depression in Late Life: A Prospective Study on Clinical and Structural Brain Characteristics and Response to Electroconvulsive Therapy. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2017; 25: 178-189.
- Eerden E van der & Velden-Hegelstad W ten (2018), *IPS Onderwijs (IPS-O)*. In: Weeghel, J. van & Michon H. (redactie) (2018). *IPS werkt! Handboek werken en leren met Individuele Plaatsing en Steun*. Bussum: uitgeverij Coutinho.
- Elwyn G, Forsch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnerley P. Shared Decision Making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med* 2012; 27: 1361-7.
- Federatie Medisch Specialisten. (2016). *Adviesrapport zorgevaluatie, van project naar proces*. Utrecht: Federatie van Medisch Specialisten.
- Geddes JR, Carney SM, Davies C, Furukawa TA, Kupfer DJ, Frank E, Goodwin GM. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet*. 2003 Feb 22; 361(9358):653-61.

- Gezondheidsraad, 2014. Dossier ADHD: medicatie en maatschappij.
- Graaf R de, ten Have M, van Dorsselaer S. De psychische gezondheid van de Nederlandse Bevolking. NEMESIS-2: opzet en eerste resultaten. Trimbos Instituut, Utrecht, 2010.
- Gregory A, Mallikarjun P, Upthegrove R. Treatment of depression in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2017 Oct; 211(4): 198-204.
- Groenman AP, Schieren LJ, Dietrich A, Hoekstra PJ. An update on the safety of psychostimulants for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Opin Drug Saf*. 2017 Apr; 16(4): 455-464.
- Harmer, CJ, Duman, RS., Cowen, PJ. How do antidepressants work? New perspectives for refining future treatment approaches. *Lancet Psychiatry*. 2017 May; 4(5): 409-418.
- Helper B, Samara MT, Huhn M, Klupp E, Leucht C, Zhu Y, Engel RR, Leucht S. Efficacy and Safety of Antidepressants Added to Antipsychotics for Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*. 2016 Sep 1; 173(9): 876-86.
- Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten (2017). *Stappenplan Netwerkvorming*. Utrecht: Federatie van Medisch Specialisten.
- Keulen-de Vos M, Frijters K, Haga TJ, Lansink L, Strijbos N, De Vries E, et al. *Helpers en Helden: Behandelprotocol. Schemagerichte Therapie bij forensische cliënten met een licht verstandelijke beperking: Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ)*; 2016.
- Knegtering R en Bruggeman R, (2019) Hoofdstuk 36 *Farmacotherapie in de klinische praktijk in Handboek schizofreniespectrumstoornissen*. Redactie: W. Cahn, I. Myin-Germeys, R. Bruggeman, Lieuwe de Haan. De Tijdstroom, Amsterdam.
- Kristal GR. *Behandelmodules 2018*. Beschikbaar via: <https://www.rivierduinen.nl/kristal/professionals/uitgaven/behandelmodules%202018>.
- Leucht S, Tardy M, Komossa K et al. Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2012; 379: 2063-71.

Leucht S, Tardy M, Komossa K, Heres S, Kissling W, Davis JM. Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5*. Art. No.: CD008016.

Matthijssen AM, Dietrich A, Bierens M, Kleine Deters R, van de Loo-Neus GHH, van den Hoofdakker BJ, Buitelaar JK, Hoekstra PJ. Continued Benefits of Methylphenidate in ADHD After 2 Years in Clinical Practice: A Randomized Placebo-Controlled Discontinuation Study. *Am J Psychiatry 2019; 176(9):754-762*.

Metz MJ, Veerbeek MA, Elfeddali I, de Beurs E, van der Feltz-Cornelis CM, Beekman ATF. Samen beslissen in de ggz; onderzoek naar toegevoegde waarde voor patiënten en behandelaars. *Tijdschr Psychiatr. 2019; 61(7): 487 – 497*.

Mierlo T van, Meer L van der, Voskes Y, Berkvens B, Stavenuiter B, Weeghel J van (2016). De kunst van ART. Werkboek Active Recovery Triad. Utrecht: De Tijdstroom.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2012). *Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie*. De Tijdstroom, Utrecht.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2010). *Richtlijn Elektroconvulsie therapie*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Ormel J, Raven D, van Oort F, Hartman CA, Reijneveld SA, Veenstra R, Vollebergh WA, Buitelaar J, Verhulst FC, Oldehinkel AJ. Mental health in Dutch adolescents: a TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-morbidity of DSM disorders. *Psychol Med. 2015;45(2):345-60*.

Rizzi ES. Verbeter je zelfbeeld; CGT behandelmodule voor het verbeteren van je zelfbeeld. Leiden: GGZ Rivierduinen Kristal; 2017.

Ruhé HG, van Rooijen G, Spijker J, Peeters FP, Schene AH. Staging methods for treatment resistant depression. A systematic review. *J Affect Disord. 2012;137:35-45*.

Scheepens DS, van Waarde JA, Lok A, Zantvoord JB, de Pont BJHB, Ruhé HG, Denys DAJP, van Wingen GA. Electroconvulsie therapie bij persistente depressie in Nederland; zeer lage toepassingsgraad. *Tijdschr Psychiatr. 2019;61:16-21*.

Spaans HP, Sienaert P, Bouckaert F, van den Berg JL, Verwijk E, Kho KH, Stek ML, Kok RM. Speed of remission in elderly patients with depression: Electroconvulsive therapy v. medication. *Br J Psychiatry 2015; 206: 67-71*.

Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, e.a. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (review). *Cochrane Database Syst Rev 2017; 4: CD001431*.

Stichting Farmaceutische Kengetallen, augustus 2015. ISBN 978-90-81 7780-4-6.

Stichting Farmaceutische Kengetallen, augustus 2019. ISBN/EAN 978-90-81 7780-9-1.

Swanson JM. Debate: Are Stimulant Medications for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Effective in the Long Term? (Against). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2019; 58(10):936-938*.

Wieland J, Kapitein S, Otter M, Baas RW. Diagnostiek van psychiatrische stoornissen bij mensen met een (zeer) lichte verstandelijke beperking. *Tijdschr Psychiatr. 2014;56(7):463-70*.

Weeghel J van, Couwenbergh C, Bergmans C, Michon H, Winter L de (2019). Individual Placement and Support in The Netherlands; past, present and future directions. *Psychiatric Rehabilitation Journal, June 2019*.

Wunderink L, Nienhuis FJ, Sytema S, Slooff CJ, Knegtering R, Wiersma D. Guided discontinuation versus maintenance treatment in remitted first-episode psychosis: relapse rates and functional outcome. *J Clin Psychiatry. 2007 May;68(5):654-61*.

Zetterqvist J, Asherson P, Halldner L, Långström N, Larsson H. Stimulant and non-stimulant attention deficit/hyperactivity disorder drug use: total population study of trends and discontinuation patterns 2006-2009. *Acta Psychiatr Scand. 2013; 128(1):70-77*.

# BIJLAGEN

## BIJLAGE I

### AFKORTINGENLIJST

AD	Antidepressivum
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ART	Actief Herstel in de Triade
ASS	Autisme Spectrum Stoornis
CGT	Cognitieve Gedragstherapie
CVS	Chronisch vermoeidheidssyndroom
DO	Doelmatigheidsonderzoek
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECT	Elektroconvulsietherapie
EPA	Ernstige Psychiatrische Aandoening
GGG	Goed Geneesmiddelen Gebruik
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IGJ	Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd
IPS	Individuele Plaatsing en Steun
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
RCT	Randomized Controlled Trial
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor
UMC	Universitair Medisch Centrum
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WRAP	Wellness Recovery Action Planning
ZiNL	Zorginstituut Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

## BIJLAGE 2

# RICHTLIJNEN

De volgende richtlijnen zijn doorgenomen voor de richtlijnenanalyse:

TITEL RICHTLIJN	VERENIGING	JAAR
Acute Psychiatrie	NVvP	2018
Consultatieve psychiatrie	NVvP	2017
ADHD bij volwassenen	NVvP	2015
Bipolaire stoornissen	NVvP	2015
Dwang en drang in de GGZ	NVvP	2016
Diagnostiek seksueel misbruik bij kinderen	NVK	2016
Psychiatrische diagnostiek	NVvP	2015
Dementie	NVKG	2014
Pediatriesch delier	NVvP	2014
Depressie	NVvP	2013
Autismespectrumstoornissen bij volwassenen	NVvP	2013
Chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS)	CBO	2013
Delier bij volwassenen	NVKG	2013
Opiaatverslaving	NVvP	2013
Oppositionele stoornis en gedragsstoornis	NVvP	2013
Psychiatrisch onderzoek in strafzaken	NVvP	2013
Schizofrenie	NVvP	2012
Suicidaal gedrag	NVvP	2012
Angststoornissen	NVvP	2011
Autismespectrumstoornis bij kinderen/jeugd	NVvP	2008
Persoonlijkheidsstoornissen	NVvP	2008

## BIJLAGE 3

# PATIËNTENORGANISATIES EN OVERIGE BELANGHEBBENDEN

De onderstaande patiëntenorganisaties en overige belanghebbenden zijn benaderd om kennishiaten of onderzoeksthema's aan te leveren en zijn uitgenodigd voor de prioriteringsbijeenkomst.

- Deze organisaties hebben onderwerpen aangeleverd.
- Deze organisaties waren aanwezig tijdens de prioriteringsbijeenkomst.

### Patiënten- en familieorganisaties via Stichting MIND:

- Angst Dwang en Fobie stichting
- Balans (a)
- Caleidoscoop (a)
- Depressie Vereniging (a)
- Het Zwarte Gat (a)
- Impuls & Woortblind (b)
- Ixta Noa
- Labyrint – In Perspectief
- Nederlandse Hyperventilatie Stichting
- Nederlandse Vereniging voor Autisme (a)
- Plusminus (a, b)
- Stichting Borderline
- Stichting Naast (a)
- Stichting Weerklank
- Stichting Zelfbeschadiging
- Vereniging voor Ervaringsdeskundigen (a, b)
- Vuurvrouw (a)
- WEET (a)
- Ypsilon (a, b)

### Daarnaast:

- Regionale cliënten- en naastenorganisaties die zijn aangesloten bij de Regiokamer (a)
- Cliëntenraden die zijn aangesloten bij de Kamer Cliëntenraden (a, b)
- Familie- en Naastenraden die zijn aangesloten bij MIND Familie- en Naastenraden (a)

**Overige belanghebbenden:**

- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
- Nederlands Huisartsen Genootschap (a)
- Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) (a)
- Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)
- P3NL (b)
- Zorginstituut Nederland (b)
- Zorgverzekeraars Nederland (a)

**BIJLAGE 4****THEMA'S INGEBRACHT DOOR  
PATIËNTENORGANISATIES**

De volgende thema's zijn ingebracht door patiëntenorganisaties:

THEMA'S	AANTAL KEER INGEBRACHT
Clientgericht werken/samen beslissen	15
Mantelzorg	14
Langdurig gebruik psychofarmaca	10
(Vroeg)signalering en diagnostiek	9
Ervaringsdeskundigheid	6
Leefstijl, stress en voeding	6
Transdiagnostiek en comorbiditeit	6
Ambulantisering	5
Biologische werkingsmechanismen	5

## BIJLAGE 5

# RESULTAAT PRIORITERINGSBIJEENKOMST

Hieronder is de lijst met geprioriteerde kennishiaten te vinden.

Ingebracht door	Vraag	Aantal keer psychiater	Aantal keer patiëntvertegenwoordiger	Aantal keer overig	Prioriteit gremia	Totaal
<b>Angst, dwang en stemming</b>						
NVvP leden (x7)	Wat is een effectief algoritme voor het patiëntgebonden (matched care) voorschrijven van antidepressiva in de behandeling van depressie? (bijvoorbeeld optimale tijd tot bepalen respons, optimale dosering, duur, additie, terugvalpreventie, en combinatie met CGT/PT)	6	3	1	ja	10
NVKG	Wat is de (kosten) effectiviteit van eerder in het depressiealgoritme inzetten van ECT behandeling bij (oudere) patiënten met een ernstige depressie?	6	1	0	ja (+)	7
NVvP leden (x2)	Wat is de effectiviteit van gelijktijdige behandeling van comorbide persoonlijkheidsstoornissen en trauma bij patiënten die behandeld worden voor depressie en angst op het herstelpercentage en het terugvalpercentage?	5	0	1	ja	6
NVvP lid	Is lichttherapie effectief en veilig toepasbaar bij adolescenten en jongeren met een (seizoensgebonden) stemmingsstoornis (uni-of bipolair)?	2	0	0	nee	2
NVvP lid	Wat is het effect van dwangbehandeling d.m.v sondevoeding op het beloop van anorexia nervosa? Zijn er alternatieven (zoals bijvoorbeeld ECT)?	1	0	0	nee	1
<b>Ontwikkelingsstoornissen</b>						
NVvP leden (x3)	Welke medicamenteuze interventies zijn effectief in de behandeling van verschillende vormen van prikkelverwerkingsproblemen bij kinderen en jongeren van 3 tot 18 jaar met ontwikkelingsstoornissen?	9	1	0	ja (+)	10
Landelijke oudervereniging Balans	Wat is de effectiviteit van levensloopbegeleiding bij ASS op de zorgbehoefte van patiënten en de incidentie van escalatie?	1	2	0	nee	3
Richtlijn autismespectrum stoornissen bij volwassenen	Wat is de effectiviteit van interventies gericht op stressregulatie bij patiënten met ASS?	0	0	0	nee	0
NVvP leden (x2)	Hoe kunnen op individuele basis de lange termijn effectiviteit en veiligheid van langdurig stimulantia gebruik door patiënten met ontwikkelingsstoornissen beter worden voorspeld?	6	1	1	nee	8
Richtlijn ODD en CD	Wat is de toegevoegde waarde van medicamenteuze behandeling naast oudertraining in de behandeling van CD en ODD?	1	0	1	nee	2

Ingebracht door	Vraag	Aantal keer psychiater	Aantal keer patiëntvertegenwoordiger	Aantal keer overig	Prioriteit gremia	Totaal
<b>Cognitie en slaap</b>						
afdeling ouderpsychiatrie van de NVvP + richtlijn demantie	Wat is het effect van medicamenteuze interventies bij de behandeling van probleemgedrag bij demantie?	6	0	0	nee	6
NVKG	Wat is de effectiviteit van antipsychotica bij verschillende vormen van delier op de korte termijn en na ontslag uit het ziekenhuis?	1	0	0	nee	1
Richtlijn demantie	Wat is het effect van case-management op probleemgedrag bij mensen met demantie en de belasting van mantelzorgers door dit probleemgedrag?	3	1	1	nee	5
Richtlijn pediatrisch delier	Wat is het effect van medicamenteuze interventies (AP) bij de behandeling van pediatrisch delier op de korte termijn en na ontslag uit het ziekenhuis?	0	0	0	ja	0
afdeling ouderpsychiatrie van de NVvP	Wat is het effect van chronotherapie bij jongere en oudere volwassenen met een slaapprobleem?	4	2	0	ja	6
<b>Psychotische stoornissen en verslaving</b>						
Richtlijn schizofrenie	Wat is de effectiviteit van socialenetwerkinterventies en lotgenotengroepen in de behandeling van patiënten met schizofrenie?	2	2	0	nee	4
NVvP lid	Op basis van welke criteria kan de noodzaak van continuering van langdurig antipsychoticagebruik (periodiek) beter worden vastgesteld bij patiënten met een stoornis in het psychospectrum?	7	1	0	ja	8
NVvP lid	Wat is de effectiviteit van additie van een SSRI bij angst-depressieve klachten / negatieve symptomen van schizofrenie?	4	1	0	ja	5
Richtlijn schizofrenie	Wat is de effectiviteit van de inzet van ervaringsdeskundigen in de behandeling van patiënten met schizofrenie?	1	4	1	nee	6
Zorgverzekeraars Nederland	Hoe lang duurt een (noodzakelijke) klinische behandeling in de verslavingszorg gemiddeld genomen? Wanneer is het daarbij wenselijk dat de patiënt uit zijn sociale milieu wordt gehaald?	1	0	0	nee	1
<b>Persoonlijkheid, suïcide, LVB en forensische psychiatrie</b>						
NVvP lid	Wat is de toepasbaarheid van aangepaste vormen van CGT in de behandeling van psychiatrische stoornissen bij patiënten met een licht verstandelijke beperking?	6	2	2	nee	10
NVvP lid	Wat is de effectiviteit van interventies t.b.v maatschappelijk herstel bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis	3	1	1	nee	5
Zorgverzekeraars Nederland	Hoe lang moet worden doorgegaan met intensieve behandeling van ernstige psychische aandoeningen (bijvoorbeeld een borderline persoonlijkheidsstoornis) en hoe en wanneer kan het best de overgang worden gemaakt van intensieve behandeling naar maatschappelijke integratie?	0	2	1	ja	3



Ingebracht door	Vraag	Aantal keer psychiater	Aantal keer patiëntvertegenwoordiger	Aantal keer overig	Prioriteit gremia	Totaal
<b>Diagnose-overstijgend 1</b>						
NHG	welke diagnostiek en prognostiek (triage) van psychosociale problemen bij kinderen en jongvolwassenen is het meest effectief?	3	1	0	nee	4
MIND kennisagenda	Welke ondersteunende interventies voor naasten (met name partners, gezin en naaste familie) van patiënten met een psychiatrische aandoening zijn effectief bij het bevorderen van (symptomatisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk) herstel en ervaren kwaliteit van leven?	0	3	0	ja (+)	3
Kwaliteitscommissie NVvP	Wat is de toegevoegde waarde van Routine Outcome Measurement bij kwaliteitsverbetering van de psychiatrische zorg en welke kwaliteitsindicatoren moeten worden gebruikt?	0	1	1	ja	2
NVvP lid + kennisagenda MIND	Wat is het effect van het systematisch toepassen van samen beslissen met patiënten en naasten over de behandeling van psychiatrische aandoeningen op therapietrouw, de verschillende vormen van herstel en kwaliteit van leven?	9	3	2	ja	14
NVvP leden (x2)	Saneren van psychofarmaca bij polyfarmacie: Is er een praktisch toepasbaar algoritme rekening houdend met (stagering en profilering van) stoornis, leeftijd, somatische belasting en patiënt voorkeur?	3	2	1	ja (+)	6
<b>Diagnose-overstijgend 2</b>						
NVvP leden (x2)	Wat is het effect van verschillende herstelondersteunende programma's op maatschappelijke participatie en kwaliteit van leven bij patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening?	6	5	1	nee	12
NVvP lid	Wat zijn de effecten en werkzame ingrediënten van bemoeizorg?	1	1	1	nee	3
Zorgverzekeraars Nederland + kennisagenda MIND + lid referentiepanel MIND	Wat is het effect van de inzet van ervaringsdeskundigen op de verschillende vormen van herstel van cliënten, familie en naasten? En zo ja, bij welke doelgroepen kan deze vorm van zorg effectief worden ingezet?	5	6	2	ja (+)	13
MIND kennisagenda	wat is het effect van langdurig gebruik van psychofarmaca op de lichamelijke, geestelijke en cognitieve gezondheid van patiënten in de psychiatrie?	3	4	0	nee	7
Richtlijn consultatieve psychiatrie	Wat is het effect van Liaison activiteiten in de consultatieve psychiatrie op (vroeg)signalering, opnameduur en aantal heropnames	0	0	1	nee	1

# RESULTAAT RAADPLEGING GREMIA NVVP

Hieronder is de input van de gremia te vinden.

Vraag	Aantal stemmen gremia	Prioriteit
<b>Angst, dwang en stemming</b>		
Wat is een effectief algoritme voor het patiëntgebonden (matched care) voorschrijven van antidepressiva in de behandeling van depressie? (optimale tijd tot bepalen respons, optimale dosering, duur, additie, terugvalpreventie, en combinatie met CGT/PT)	2	x
Wat is de (kosten) effectiviteit van snellere ECT behandeling bij ouderen met een depressie?	3	x
Wat is de effectiviteit van gelijktijdige behandeling van comorbide persoonlijkheidsstoornissen en trauma bij patiënten die behandeld worden voor depressie en angst op het herstelpercentage en het terugvalpercentage?	2	x
Is lichttherapie effectief en veilig toepasbaar bij adolescenten en jongeren met een (seizoensgebonden) stemmingsstoornis (uni-of bipolair)?	0	
Wat is het effect van dwangbehandeling d.m.v. sondevoeding op het beloop van anorexia nervosa? Zijn er alternatieven (zoals bijvoorbeeld ECT)?	1	
<b>Ontwikkelingsstoornissen</b>		
Welke medicamenteuze interventie is effectief en verdient de voorkeur in de behandeling van prikkelgevoeligheid bij patiënten met ADHD en ASS?	3	x

Wat is de effectiviteit van levensloopbegeleiding bij ASS op de zorgbehoefte van patiënten en de incidentie van escalatie?	0	
Wat is de effectiviteit van interventies gericht op stressregulatie bij patiënten met ASS?	0	
Wat is de lange termijn effectiviteit en veiligheid van langdurig gepersonaliseerd stimulantia gebruik door patiënten met ASS en ADHD?	1	
Wat is de toegevoegde waarde van medicamenteuze behandeling naast oudertraining in de behandeling van CD en ODD?	1	
<b>Cognitie en slaap</b>		
Wat is het effect van medicamenteuze interventies bij de behandeling van probleemgedrag bij dementie?	1	
Wat is de effectiviteit van antipsychotica bij verschillende vormen van delier op de korte termijn en na ontslag uit het ziekenhuis?	1	
Wat is het effect van case-management op probleemgedrag bij mensen met dementie en de belasting van mantelzorgers door dit probleemgedrag?	1	
Wat is het effect van medicamenteuze interventies (AP) bij de behandeling van pediatrisch delier op de korte termijn en na ontslag uit het ziekenhuis?	2	x
Wat is het effect van chronotherapie bij jongere en oudere volwassenen met een slaapprobleem?	2	x
<b>Psychotische stoornissen en verslaving</b>		
Wat is de effectiviteit van socialenetwerkinderventies en lotgenotengroepen in de behandeling van patiënten met schizofrenie?	0	
Bij welke patiënten die langdurig antipsychotica gebruiken is continuering van deze behandeling belangrijk? Welke criteria moeten (periodiek) worden gehanteerd om de noodzaak van continuering vast te stellen? En hoe kan therapietrouw worden verbeterd bij patiënten waarvoor antipsychoticagebruik noodzakelijk is?	2	x

Wat is de effectiviteit van additie van een SSRI bij angst-depressieve klachten / negatieve symptomen van schizofrenie?	2	x
Wat is de effectiviteit van de inzet van ervaringsdeskundigen in de behandeling van patiënten met schizofrenie?	0	
Hoe lang duurt een (noodzakelijke) klinische behandeling in de verslavingszorg gemiddeld genomen? Wanneer is het daarbij wenselijk dat de patiënt uit zijn sociale milieu wordt gehaald?	0	
Persoonlijkheid, suïcide, LVB en forensische psychiatrie	0	
<b>Persoonlijkheid, suïcide, LVB en forensische psychiatrie</b>		
Wat is de effectiviteit van CGT bij patiënten met een licht verstandelijke beperking?	0	
Wat is de effectiviteit van interventies t.b.v maatschappelijk herstel bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis	1	
Hoe lang moet worden doorgegaan met intensieve behandeling van ernstige psychische aandoeningen (bijvoorbeeld een borderline persoonlijkheidsstoornis) en hoe en wanneer kan het best de overgang worden gemaakt van intensieve behandeling naar maatschappelijke integratie?	2	x
<b>Diagnose-overstijgend 1</b>		
Welke diagnostiek en prognostiek (triage) van psychosociale problemen bij kinderen en jongvolwassenen is het meest effectief?	1	
Welke ondersteunende interventies voor naasten (met name partners, gezin en naaste familie) van patiënten met een psychiatrische aandoening zijn effectief bij het bevorderen van (symptomatisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk) herstel en ervaren kwaliteit van leven?	4	x
Wat is de toegevoegde waarde van Routine Outcome Measurement bij kwaliteitsverbetering van de psychiatrische zorg en welke kwaliteitsindicatoren moeten worden gebruikt?	2	x

Wat is de effectiviteit van samen beslissen (met patiënten en naasten) in de behandeling van psychiatrische aandoeningen op therapietrouw, ervaren herstel na behandeling en kwaliteit van leven?	2	x
Saneren van psychofarmaca bij polyfarmacie: Is er een praktisch toepasbaar algoritme rekening houdend met (stagering en profilering van) stoornis, leeftijd, somatische belasting en patiëntvoorkeur?	4	x
<b>Diagnose-overstijgend 2</b>		
Wat is het effect van herstelondersteunende zorg op maatschappelijke participatie en kwaliteit van leven?	1	
Wat zijn de effecten en werkzame ingrediënten van bemoeizorg?	1	
Wat is het effect van de inzet van ervaringsdeskundigen op het herstel en de gezondheid van cliënten, familie en naasten? En zo ja, bij welke doelgroepen kan deze vorm van zorg effectief worden ingezet?	4	x
Wat is het effect van langdurig gebruik van psychofarmaca op de lichamelijke, geestelijke en cognitieve gezondheid van patiënten in de psychiatrie?	1	
Wat is het effect van Liaison activiteiten in de consultatieve psychiatrie op (vroeg)signalering, opnameduur en aantal heropnames?	1	



Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie  
T.a.v.: Prof. dr. R. Kupka, voorzitter werkgroep Kennisagenda Psychiatrie  
Mercatorlaan 1200  
3528 BL UTRECHT

**Datum:** 31 oktober 2019  
**Kenmerk:** 2019103101/BR  
**Voor informatie:** ben.roelands@wijzijnmind.nl  
**Onderwerp:** Kennisagenda Psychiatrie 2019

Geachte heer Kupka,

Met deze brief willen wij bevestigen dat de Kennisagenda Psychiatrie met inbreng van MIND en de cliënten- en familieorganisaties uit de achterban van MIND tot stand is gekomen. Cliënten en naasten hebben kennishiaten aan kunnen dragen en hebben mee kunnen denken bij de prioriteringsbijeenkomst. De geprioriteerde thema's worden door ons dan ook onderkend als belangrijke kennishiaten.

Tot slot waarderen wij de wijze waarop u als voorzitter van de werkgroep zich sterk heeft gemaakt om het cliënten- en familieperspectief in dit traject mee te nemen.

Met vriendelijke groeten,

Marjan ter Avest  
Directeur/bestuurder MIND

#### COLOFON

KENNISAGENDA PSYCHIATRIE

© 2019 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Postbus 20062

3502 LB UTRECHT

Tel: 0302823303

E-mail: [info@nvvp.net](mailto:info@nvvp.net)

Website: [www.nvvp.net](http://www.nvvp.net)

#### VORMGEVING EN OPMAAK

IJzersterk.nu

Alle rechten voorbehouden.

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever.

Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de NVvP aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.



NEDERLANDSE  
VERENIGING voor  
**PSYCHIATRIE** 

[info@nvvp.net](mailto:info@nvvp.net) | [www.nvvp.net](http://www.nvvp.net)