

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres:

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk

3235353-1013392-CZ

Bijlagen

1

Uw brief

27 juli 2021

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum 23 augustus 2021
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het Kamerlid Van den Berg en het Kamerlid Peters (beiden CDA) over de artikelen 'Inzet UHR-screening kan jaarlijks 1.800 psychoses voorkomen' en 'The Clinical High Risk for Psychosis (CHR-P) Model Is Flawed' (2021Z14019 ingezonden 27 juli 2021).

Hoogachtend,

de staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Paul Blokhuis

Antwoorden op Kamervragen van het Kamerlid Van den Berg en het Kamerlid Peters (beiden CDA) over de artikelen 'Inzet UHR-screening kan jaarlijks 1.800 psychoses voorkomen' en 'The Clinical High Risk for Psychosis (CHR-P) Model Is Flawed' (2021Z14019).

Vraag 1

Kent u de artikelen *Inzet UHR-screening kan jaarlijks 1.800 psychoses voorkomen* en *The Clinical High Risk for Psychosis (CHR-P) Model Is Flawed*?^{1 2}

Antwoord vraag 1

Ja.

Vraag 2

Kunt u aangeven hoe deze nieuwe zorgstandaard tot stand is gekomen?

Antwoord vraag 2

De zorgstandaard Psychose is geen nieuwe zorgstandaard. De zorgstandaard is in oktober 2017 geautoriseerd door de ggz-sector en daarna gepubliceerd. In de ggz-sector is het gebruikelijk dat er onder procesregie van Alliantie kwaliteit in de GGZ (Akwa ggz) wordt gewerkt aan zorgstandaarden. Ook bij de zorgstandaard Psychose was dat het geval. Gedurende dat proces is er door organisaties van zorgverleners, zorgaanbieders, cliënten, naasten en zorgverzekeraars beschreven wat zij zien als noodzakelijk goede zorg bij psychose en hoe ze dat doelmatig organiseren. Na autorisatie door de betrokken partijen is de zorgstandaard psychose gepubliceerd op www.ggzstandaarden.nl De patiënteninformatie uit deze zorgstandaard staat op www.thuisarts.nl

Vraag 3

Kunt u aangeven waarom de Ultra High Risk (UHR)-screening met leeftijdsgrenzen werkt en alleen wordt toegepast op 14-35-jarigen? Wat zijn de gevolgen voor een 36-jarige?

Antwoord vraag 3

Vroeg onderkennen van eerste tekenen van een aandoening betekent een grotere kans op tijdige, adequate behandeling en een gunstiger beloop. Nog mooier is als hulpverleners op grond van duidelijke risicofactoren preventieve behandeling kunnen aanbieden. In de adolescentie en vroege volwassenheid treedt een eerste psychose het vaakst op. Voor de ultrahoog risicogroep wordt daarom een leeftijd van 14-35 jaar aangehouden. Daarnaast zijn er in Nederland zogenaamde vroegdetectie en vroegeinterventie teams actief. Deze teams bieden ook zorg aan mensen van 36 jaar en ouder met een verhoogd risico op een psychose.

Vraag 4

Wat zijn de hogere kosten aan het begin en hoe hoog zijn de opbrengsten na blijkaar 18 maanden?

Antwoord vraag 4

UHR-screening vraagt om een investering op het gebied van screening en behandeling. Op beide gebieden is er sprake van een investering van uren en een investering in het opleiden van behandelaren. Uit Nederlands onderzoek blijkt dat cognitieve gedragstherapie (CGT) voor de ultrahoog risicogroep naast de reguliere behandeling kostenbesparend is bij zowel 18 als 48 maanden. De besparing is €4798,- per patiënt per jaar met betrekking tot gezondheidszorgkosten en €5134,-

¹ <https://www.madinamerica.com/2021/07/new-study-clinical-high-risk-psychosis-chr-p-model-flawed/>

² <https://akwaggz.nl/1-800-psychoses-voorkomen/>

per patiënt per jaar met betrekking tot arbeidsproductiviteit.^{3 4} De totale jaarlijkse besparing ten gevolge van UHR-screening wordt geschat op 4,2 miljoen euro.⁵ Er zijn daarnaast meerdere andere studies gedaan naar de kostenbesparing en de kosteneffectiviteit van CGT bij de ultrahoog risicogroep. Alle studies hebben met elkaar gemeen dat CGT bij de ultrahoog risicogroep kosteneffectief is en kosten bespaart.

Vraag 5

Welke positieve effecten zijn er bekend en worden ook onderschreven door andere zorgverleners? Dus onderschrijft bijvoorbeeld de gemeente dat er minder zorguitgaven zijn?

Antwoord vraag 5

De geschatte bredere baten van het voorkomen van een psychose vormen naar verwachting een ondergrens voor de werkelijke maatschappelijke opbrengsten, omdat een deel van de baten immaterieel is. Dan gaat het bijvoorbeeld om sociale contacten en netwerken die mensen behouden via school, studie en werk en het levensgeluk en zelfrespect dat dit oplevert. Onderbreking of vertraging van het normale verloop van het ontwikkelingsproces door een psychose bedreigt dit proces en kan grote gevolgen hebben voor individuele ontwikkeling en maatschappelijke ontplooiing. Het voorkomen van psychoses leidt voor gemeenten tot minder uitgaven door besparingen op bijvoorbeeld uitkeringen en ondersteuning.⁶ Onderzoek laat ook zien dat patiënten die behandeld zijn voor hun UHR-status na vier jaar vaker een betaalde baan hebben dan patiënten die hiervoor niet behandeld werden.⁷

Vraag 6

Wat zijn de negatieve effecten als deze screening niet adequaat wordt ingezet?

Antwoord vraag 6

Screening helpt zorgaanbieders bij het vroegtijdig signaleren van risico's op psychotische stoornissen. Een derde van de mensen uit de ultrahoog risicogroep krijgt uiteindelijk een psychotische stoornis, bijna altijd binnen 3 jaar. Andere mensen uit de ultrahoog risicogroep zullen nooit een psychotische stoornis krijgen, maar hebben meestal wel andere psychische aandoeningen. Door signalen bij risicogroepen vroeg te onderkennen en te behandelen ontwikkelen minder mensen daadwerkelijk een eerste psychose. Omdat een eerste psychose meestal bij jongvolwassenen optreedt, voorkomt dit veel (en langdurig) lijden en maatschappelijke uitval. Het risico op een eerste psychose neemt toe naarmate jongeren tegelijk meerdere risicofactoren hebben. Behalve als voorspeller van psychotische stoornissen blijkt de UHR-status steeds meer ook te voorspellen voor een ongunstiger beloop van andere psychische aandoeningen en voor slechter functioneren op langere termijn. De zorg bij de ultrahoog risicogroep is daardoor breder inzetbaar dan alleen als preventie bij psychotische stoornissen in de specialistische ggz.⁸

Vraag 7

³ H.K. Ising et al, Cost-effectiveness of preventing first-episode psychosis in ultra-high-risk subjects: multi-centre randomized controlled trial, *Psychological Medicine* (2015), 45, 1435–1446.

⁴ H.K. Ising et al, Four-Year Cost-effectiveness of Cognitive Behavior Therapy for Preventing First-episode Psychosis: The Dutch Early Detection Intervention Evaluation (EDIE-NL) Trial, *Schizophrenia Bulletin* (2017), 43, 365–374.

⁵ J. Lokkerbol et al, Rendeert zorgonderzoek in de ggz? (*Trimbos Instituut* 2016), 9.

⁶ Zorgstandaard Psychose, (*Akwa ggz* 2017), 27.

⁷ Ising et al, 2015.

⁸ Zorgstandaard Psychose, (*Akwa ggz* 2017), 126.

Wat vindt u van het artikel *The Clinical High Risk for Psychosis (CHR-P) Model Is Flawed* dat aangeeft dat de methode helemaal niet zo effectief is?

Antwoord vraag 7

In het artikel wordt geconcludeerd dat screenen in de gehele bevolking weinig zinvol is, want het zou grote groepen mensen in beeld brengen die nooit daadwerkelijk psychotisch zullen worden. In Nederland wordt daarom met een zelfrapportagelijst gescreend bij alle 14 tot 35-jarigen die hulp zoeken binnen de specialistische ggz om mensen met een UHR-profiel actief op te sporen. Buiten de specialistische ggz kan screening worden verricht als de behandelaar bij de patiënt een vermoeden heeft op UHR. De auteurs van het artikel zetten zich dus niet af tegen screenen onder de UHR-groep. De onderzoekers menen dat het opsporen van voorspellende biomarkers onder grote groepen mensen die nooit psychotisch zullen worden weinig oplevert. In Nederland is dit overigens ook niet gebruikelijk.

Vraag 8

Wie bepaalt of deze screening-methode wordt ingezet?

Antwoord vraag 8

Het is aan zorgverleners en zorgaanbieders om zorg van goede kwaliteit en van goed niveau te verlenen waarbij zorgverleners en zorgaanbieders handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard, zoals de hier relevante zorgstandaard Psychose. Zorgaanbieders kunnen hierover financiële afspraken maken met zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben zorgplicht daar waar het gaat om Zvw-verzekerde zorg.

Vraag 9

Wie betaalt voor de screening? Deelt u de mening dat het inzetten van onbewezen effectieve screening op kosten van de belastingbetaler niet alleen duur is maar mogelijk ook schadelijk? Dat hier geldt: baat het niet maar schaden doet het wel?

Antwoord vraag 9

Deze zorg wordt, mits ingezet in lijn met de zorgstandaard Psychose, vergoed vanuit de basisverzekering. Als algemene regel hierbij is dat alleen zorg die effectief is, onderdeel is van het basispakket. De bewijsvoering is gebaseerd op wetenschappelijke literatuur die ten grondslag ligt aan de beschrijving van zorg in de zorgstandaard. Dit geldt ook voor de zorgstandaard psychose.