

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Kosten, kosteneffectiviteit en implementatie van getrapte zorg voor het chronisch vermoeidheidssyndroom

Arno van Dam¹, Marcia Tummers², Hans Knoop³ en Gijs Bleijenberg⁴

SAMENVATTING

De afgelopen jaren is de effectiviteit van veel cognitief gedragstherapeutische behandelingen aangetoond. Bovendien zijn deze behandelingen veelal kosteneffectief. Toch worden beschikbare effectieve stoornisspecifieke cognitieve gedragstherapeutische behandelmethoden relatief weinig toegepast. Als deze al worden toegepast gebeurt dat vaak niet op de juiste manier waardoor ze minder effectief zijn. Indien gedragstherapeuten willen dat er veel meer patiënten profiteren van 'evidence based' behandelmethoden, zullen ze zich naast gedragstherapie ook bezig moeten houden met kosteneffectiviteit en implementatie. Aan de hand van de implementatie van getrapte zorg voor het chronisch vermoeidheidssyndroom in een GGZ-instelling illustreert dit artikel hoe een implementatietraject er uit kan zien en welke argumenten gedragstherapeuten kunnen gebruiken om hun management te bewegen om tot een dergelijk implementatietraject over te gaan. Wij laten zien dat getrapte zorg voor CVS voor GGZ-instellingen een goede investering is, ook vanuit financieel oogpunt.

1 Drs A van Dam, klinisch psycholoog werkzaam als hoofd programma klachtgerichte behandeling en hoofd wetenschappelijk onderzoek bij GGZ WNB. Postbus 372, 4600 AJ Bergen op Zoom. arno.van.dam@ggzwnb.nl. 0164-289497.

2 M. Tummers MSc, Bewegingswetenschapper werkzaam als junior onderzoeker bij het Nijmeegs Kenniscentrum Chronische Vermoeidheid, Postbus 9101, 6500 HB, Nijmegen, m.tummers@nkv.umcn.nl, 024-3610048

3 Dr. H. Knoop, klinisch psycholoog werkzaam als universitair docent bij het Nijmeegs Kenniscentrum Chronische Vermoeidheid van het UMC St Radboud. j.knoop@nkv.umcn.nl tel. 024-3610042.

4 Prof. dr. Gijs Bleijenberg, klinisch psycholoog en hoofd van Nijmeegs Kenniscentrum Chronische Vermoeidheid, Postbus 9101, 6500 HB, Nijmegen, g.bleijenberg@nkv.umcn.nl, 024 3610042.

INTRODUCTIE

Jaarlijks komen er in de gezondheidszorg vele waardevolle nieuwe inzichten, werkwijzen en technieken beschikbaar die gebaseerd zijn op goed wetenschappelijk onderzoek. De invoering van deze nieuwe inzichten en werkwijzen in de praktijk gaat echter niet vanzelf. Nieuwe methoden worden lang niet altijd geïmplementeerd en bovendien blijkt implementatie in veel gevallen slechts beperkt of helemaal niet succesvol (Grol & Wensing, 2006). Dit blijkt ook op te gaan voor gedragstherapeutische methoden (McHugh & Barlow, 2010; Shafran et al., 2009) en is binnen ons vakgebied een belangrijk thema geworden. Op het najaarscongres van de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT) in 2010 werd dit thema door twee keynote sprekers (Fairburn & Hoogduin) als een van de belangrijke thema's voor de toekomst van cognitieve gedragstherapie (CGT) naar voren gebracht.

De afgelopen jaren is de effectiviteit van veel cognitief gedragstherapeutische behandelingen aangetoond (Barlow, 2008; Nathan & Gorman, 2007). Bovendien zijn deze behandelingen veelal kosteneffectief. De kosten van de behandeling zijn lager dan de kosten die gemaakt zouden worden voor zaken als medische consumptie, gebrek aan arbeidsparticipatie en overlast als er niet behandeld zou worden. Lazar (2010) laat in een overzichtsstudie zien dat psychotherapie voor een breed scala aan stoornissen kosteneffectief is. Ook voor op specifieke stoornissen gerichte CGT is de kosteneffectiviteit van veel behandelprotocollen aangetoond (van Asselt et al., 2008; Myhr & Payne, 2006). Toch worden deze effectieve CGT behandelprotocollen relatief weinig toegepast. Als ze al worden toegepast gebeurt dat vaak niet op de juiste manier waardoor ze minder effectief zijn (McHugh & Barlow, 2010; Shafran et al., 2009).

In de literatuur is daarom de laatste jaren toenemende aandacht voor implementatie van effectieve interventies (Grol & Wensing, 2006). Verschillende auteurs (McHugh & Barlow, 2010; Shafran et al., 2009) doen suggesties over hoe de implementatie van effectieve CGT vorm kan worden gegeven. Bij implementatie spelen twee thema's een rol. Het eerste thema is: hoe zorg je ervoor dat in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) bekend wordt dat er een effectieve interventie voorhanden is? Het tweede thema is: hoe zorg je er voor dat de interventie goed uitgevoerd wordt? Wat betreft het eerste thema moeten zorgverzekeraars, overheden en beleidsmakers binnen de GGZ op de hoogte gebracht worden van het bestaan van een effectieve en kosteneffectieve behandeling. Implementatie van een dergelijke behandeling zou een zorgverzekeraar besparingen op kunnen leveren. Gedragstherapeuten zouden hun managers kunnen voorzien van informatie over kosteneffectiviteit van CGT opdat zij beter geïnformeerd de onderhandelingen met de zorgverzekeraar aan kunnen gaan. Wat betreft het tweede thema zijn de belangrijkste aanbevelingen (McHugh & Barlow, 2010; Shafran et al., 2009) dat therapeuten

goed opgeleid worden in de nieuwe methode en dat de effectiviteit gemonitord wordt. Verschillende onderzoeken (Crits-Christoph, Frank, Chambless, Brody & Karp, 1995; Oxman, Thomson, Davis & Haynes, 1995) laten zien dat een cursus, workshop of het lezen van een boek niet voldoende is om je een 'evidence based' behandeltechniek eigen te maken. Een intensief competentiegericht supervisie-traject blijkt meer effect te sorteren (McHugh & Barlow, 2010). Bovendien moet de effectiviteit van de behandeling structureel gemonitord worden om na te gaan of de effectiviteit het verwachte niveau behaalt en behoudt. Verscheidene onderzoeken hebben laten zien dat de effectiviteit van een interventie na een bepaalde tijd afneemt omdat therapeuten na verloop van tijd de behandeling anders gaan toepassen (McHugh, Murray & Barlow, 2009). Het monitoren van de werkwijze en de effectiviteit is daarom belangrijk.

Gedragstherapeuten richten zich vooral op klachtenreductie en kwaliteit van leven van individuele patiënten. Het feit dat effectieve CGT behandelingen voor grote groepen patiënten nog steeds niet beschikbaar zijn en dat behandelingen bovendien ook niet voldoende effectief worden uitgevoerd omdat gedragstherapeuten niet altijd adequaat zijn opgeleid in het specifieke behandelprotocol, roept de vraag op of gedragstherapeuten hun taak niet wat breder zouden moeten zien. Naast het doen van CGT zouden ze ook meer moeten weten van kosteneffectiviteit en implementatie. Het is namelijk niet vanzelfsprekend dat managers op de hoogte zijn van beschikbare 'evidence based' behandelmethoden, de strategische en financiële belangen om in deze behandelmethode te investeren en de voorwaarden die nodig zijn voor succesvolle implementatie. Gedragstherapeuten zouden hun managers kunnen informeren en hen zodoende kunnen bewegen juiste keuzes te maken. Een probleem hierbij kan zijn dat managers en therapeuten verschillende referentiekaders en belangen hebben. De gedragstherapeut moet om zijn manager te bereiken dus aansluiten bij diens referentiekader en belangen (De Leeuw & Van Dam, 2004; Mulder & Feenstra, 1997). Het goed implementeren van een behandelplan moet passen in de doelen die een manager nastreeft (bijvoorbeeld een betere marktpositie) of de problemen die hij probeert te vermijden (bijvoorbeeld een teruglopend aantal verwijzingen). Voor een manier om te analyseren welke argumenten bij een bepaalde manager aansluiten en welke gesprekstechnieken daar behulpzaam bij kunnen zijn, verwijzen we naar Mulder en Feenstra (1997) en De Leeuw en Van Dam, (2004).

Hieronder beschrijven we onze ervaringen met betrekking tot het implementeren van een 'evidence based' behandelmethode in de praktijk, namelijk getrapte zorg voor het chronisch vermoeidheidssyndroom (cvs). We schenken aandacht aan kosten, kosteneffectiviteit en implementatie en de argumenten die een gedragstherapeut zou kunnen gebruiken om het management te overtuigen om in deze implementatie te investeren.

KOSTENEFFECTIEVE 'EVIDENCE BASED' BEHANDELING VOOR CVS

CGT voor CVS is een 'evidence based' behandelmethode die leidt tot een afname van vermoeidheid en beperkingen in het dagelijks leven (Malouff, Thorsteinsson, Rooke, Bhullar & Schutte, 2008; Price, Mitchell, Tidy & Hunot, 2008; Tummers et al., 2011). Bovendien is deze methode kosteneffectief, vanwege reductie in medische consumptie en toename van arbeidsparticipatie na behandeling (Scheeres, Wensing, Bleijenberg & Severens, 2008; Severens, Prins, Van der Wilt, Van der Meer & Bleijenberg, 2004). CGT voor CVS is erop gericht cognities en gedrag die de vermoeidheid in stand houden te veranderen. Belangrijke elementen in de behandeling zijn verandering van dysfunctionele vermoeidheidsgerelateerde cognities (verhogen van de self-efficacy, vermindering van catastrofale cognities en de lichaamsgerichtheid), veranderen van de communicatie over vermoeidheid met anderen en het reguleren en doen toenemen van activiteiten (Knoop & Bleijenberg, 2010). De behandeling duurt ongeveer zes maanden en omvat 13-16 sessies. CGT voor CVS is in Nederland slechts op enkele locaties structureel beschikbaar en de behandelcapaciteit daar is ontoereikend. Vaak blijkt ook dat patiënten lang moeten wachten alvorens zij behandeling kunnen ontvangen.

Getrapte zorg voor CVS

Tummers et al. (2011) beschrijven de ontwikkeling van een effectieve minder intensieve behandeling voor CVS (Knoop et al., 2008; Tummers, Knoop & Bleijenberg, 2010). Het bestaan van twee effectieve behandelingen die verschillen in behandelintensiteit, maakt het mogelijk om een getrappt zorgaanbod voor CVS te implementeren. GGZ Westelijk Noord Brabant (GGZ WNB) heeft het getrapte zorgaanbod inmiddels in de regio Westelijk Noord Brabant geïmplementeerd. Getrapte zorg voor CVS patiënten bestaat uit drie stappen:

1. Zelfbehandelingsinstructies (ZBI) voor CVS. In deze behandeling krijgt de patiënt een werkboek waarmee hij/zij thuis zelf aan de slag kan. Per e-mail wordt de patiënt begeleid door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV). De patiënt krijgt een intakegesprek met een gedragstherapeut en daarna een kennismakingsgesprek met de SPV die per e-mail ondersteuning zal verzorgen. Na afsluiting volgt er een evaluatiegesprek met de gedragstherapeut. Gemiddeld worden er 11 e-mails tijdens zelfbehandeling verstuurd.
2. CGT voor CVS, uitgevoerd door getrainde gedragstherapeuten. Indien onvoldoende resultaat, stap 3:
3. Gespecialiseerde zorg door het Nijmeegs Kenniscentrum Chronische Vermoeidheid (NKCV) van het Universitair Medisch Centrum St. Radboud.

Alle verwezen CVS patiënten krijgen eerst een intakegesprek met de gedragstherapeut waarin naast de klachteninventarisatie de verschillende behandel-

mogelijkheden worden besproken. Patiënten kunnen zelf kiezen uit zelfbehandeling met e-mail ondersteuning (ZBI) of CGT (13-16 sessies). Onze ervaring is dat patiënten praktische zaken zoals reistijd naar de behandellocatie en verschil in wachttijden voor de behandeling in belangrijke mate mee laten wegen in hun keuze voor behandelvorm. Indien patiënten na ZBI onvoldoende hersteld zijn wordt als volgende stap aanvullende CGT ingezet van gemiddeld 9 sessies. Als CGT onvoldoende effect heeft gehad, wordt de patiënt behandeling door het NKCv aangeboden. Door het NKCv wordt vervolgens samen met de patiënt geanalyseerd waarom de behandeling vooralsnog onvoldoende resultaat heeft opgeleverd, waarbij ook gebruik wordt gemaakt van uitvoerige vermoeidheidsdiagnostiek. Op grond van deze analyses wordt een nieuw behandelplan opgesteld en aangeboden.

In de eerste 2 jaar van het project bij GGZ WNB, waarin de effectiviteit werd onderzocht van zelfbehandeling met ondersteunend e-mailcontact met een SPV, waren er gemiddeld 90 aanmeldingen per jaar. Van deze 90 verwijzingen voldeden er gemiddeld 66 aan de criteria van CVS. Van deze 66 patiënten, kozen er 44 voor ZBI en 22 voor CGT. Van de 44 patiënten die kozen voor ZBI waren er aan het einde van de behandeling 15 nog niet voldoende hersteld. Deze patiënten ontvingen aanvullende CGT van gemiddeld 9 sessies (zie figuur 1). Van de patiënten die na CGT nog niet voldoende hersteld waren, hebben er 5 vervolgbehandeling van het NKCv ontvangen.

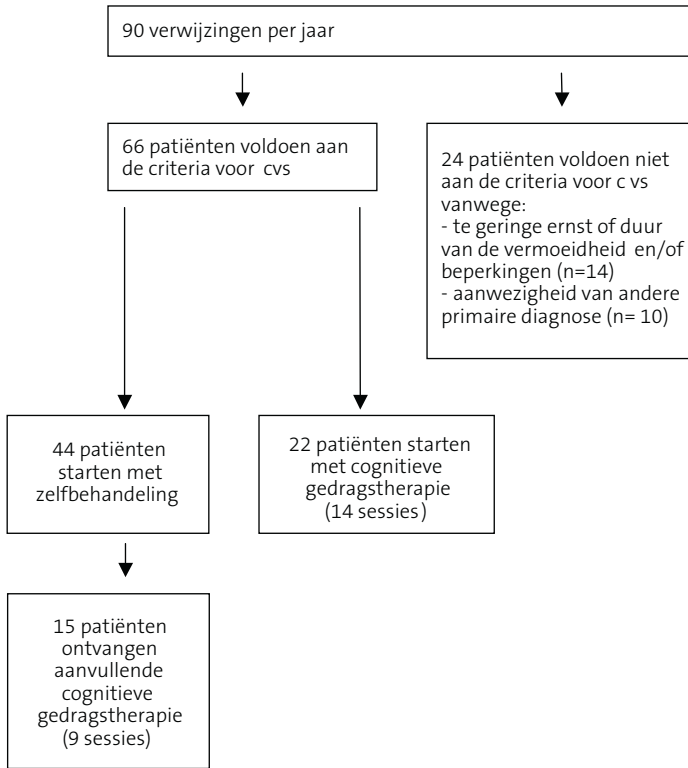
Het bovenstaande maakt duidelijk dat effectieve getrapte zorg voor CVS voorhanden is. Al eerder in dit artikel noemden we echter dat kennis van een protocol niet voldoende is om te komen tot een effectieve implementatie. Daarom beschrijven we hieronder de voorwaarden voor succesvolle implementatie.

Implementatie van getrapte zorg voor CVS in een GGZ-instelling

Tummers et al. (2011) beschrijven aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan voor een effectieve implementatie van dit behandelaanbod. Zij noemen als randvoorwaarden: training en supervisie van medewerkers, een eigen aanmeldprocedure voor CVS, bekendmaking van het aanbod en monitoring van de patiëntenstroom en behandelresultaten. Hieronder wordt beschreven hoe wij dit bij GGZ WNB hebben vormgegeven.

Training en supervisie medewerkers

Diverse onderzoeken hebben aangetoond dat trainingen, workshops en boeken onvoldoende zijn om therapeuten een behandelprotocol eigen te maken (McHugh & Barlow, 2010; Oxman et al., 1995). Dit geldt ook voor de behandeling van CVS. Uit ervaring is duidelijk geworden dat CGT voor CVS een voor therapeuten lastig uit te voeren behandeling is (Bazelmans, Prins, Hoogveld & Bleijenbergh, 2004; Knoop & Bleijenbergh, 2010; Scheeres, Wensing, Knoop & Bleijenbergh, 2008). Moeilijkheden kunnen zich onder andere voordoen bij het



Figuur 1: Aantal verwachte verwijzingen en behandelingen per jaar op grond van ervaringen met de implementatie van getrapte zorg voor het chronisch vermoeidheidssyndroom (cvs) bij Geestelijke Gezondheidszorg Westelijk Noord Brabant.

motiveren van patiënten, het voorkomen van dropout, het identificeren en effectief uitdagen van relevante cognities, het bespreken van herstel als doel, het oplossen van problemen bij de activiteitenregulering, het omgaan met pijnklachten tijdens de behandeling, het ontwerpen en implementeren van werkhervattingplannen en het omgaan met co-morbiditeit. Een supervisie-traject is daarom noodzakelijk.

In de eerste twee jaar van de implementatie bij GGZ WNB hebben 4 gedrags-therapeuten en 6 SPV-en training en supervisie gekregen van een gecertificeerde supervisor. Ook is één van de gedragstherapeuten binnen onze GGZ-instelling opgeleid tot gecertificeerd cvs supervisor zodat in de toekomst nieuwe gedragstherapeuten en SPV-en door deze persoon binnen de GGZ zelf opgeleid kunnen worden. Deze persoon leidt de intervisies en is de inhoudelijke spil van het cvs-programma binnen de instelling.

In een vijfdaagse training voor gedragstherapeuten komen de achtergron-

den van cvs aan de orde en worden onderdelen van het protocol besproken en geoefend. Het resultaat van de training moet zijn dat gedragstherapeuten het behandelprotocol kunnen hanteren en uitvoeren, op zodanige wijze dat patiënten herstellen van cvs. De spv-en kregen een tweedaagse training over cvs en de begeleiding van patiënten in de zelfbehandeling. Zij ontvingen ook nog een aanvullende training van 2 dagdelen die erop is gericht de communicatie via e-mail optimaal te laten verlopen.

Eerder beschreven we dat langer durende competentiegerichte supervisie een voorwaarde is voor implementatie. Op basis van onze ervaring verdient het de voorkeur dat deze supervisie gegeven wordt door een in cvs gespecialiseerde gedragstherapeut. De frequentie van de supervisie is afhankelijk van de ervaring van de medewerker. In het eerste jaar is supervisie door een (externe) gecertificeerde cvs supervisor eenmaal per twee weken gewenst. Het jaar daarna superviseert de (externe) gecertificeerde cvs supervisor eenmaal per vier weken. De supervisiebijeenkomsten worden groepsgewijs georganiseerd en duren twee uur. De spv-en en de gedragstherapeuten zijn apart gesuperviseerd. Na twee jaar was één intervisiesessie per vier weken onder leiding van de gecertificeerde supervisor van de GGZ-instelling voldoende.

Eigen aanmeldprocedure

cvs patiënten ervaren somatische klachten en vinden verwijzing naar een GGZ-instelling meestal niet vanzelfsprekend. Aandacht voor het motiveren van cvs patiënten voor behandeling in de GGZ is daarom essentieel. Het is belangrijk dat cvs patiënten, in hun eerste contact met de GGZ-instelling contact hebben met iemand die goed op de hoogte is van het behandelaanbod en ervaring heeft met cvs patiënten. In een eerste gesprek is het namelijk van belang dat er ruimschoots aandacht is voor de somatische klachten en dat de klachten niet als 'psychische klachten' worden bestempeld. Ook belangrijk is dat duidelijk wordt gemaakt dat de behandeling zich niet zal richten op het zoeken naar een psychische oorzaak maar op het doorbreken van instandhoudende factoren. De oorzaak is immers vaak niet te achterhalen en kan zowel psychisch als lichamelijk zijn. Een risico van contact met een GGZ-hulpverlener die niet voldoende bekend is met cvs, is dat klachten behorend bij cvs als psychiatrische klachten worden bestempeld en behandeld, of dat de patiënt door een standaard 'GGZ benadering' wordt afgeschrikt. Om deze redenen is een eigen aanmeldprocedure, zeker in de eerste jaren, voorwaarde voor succesvolle implementatie. Bij GGZ WNB kunnen verwijzers via een apart e-mail adres 'cvs@ggzwnb.nl' patiënten aanmelden voor het programma. Deze worden vervolgens door de coördinator van het programma ingepland bij een in CVS gespecialiseerde gedragstherapeut voor een intakegesprek.

Bekendmaking van het aanbod

Omdat de behandeling van cvs in de regio Westelijk Noord Brabant niet beschikbaar was, moesten zowel verwijzers als cvs patiënten op de hoogte gebracht worden van het nieuwe zorgaanbod. Diverse vormen van informatievoorziening (nascholing, advertenties, schriftelijke informatie, folders) zijn dan ook nuttig om verwijzers, maar ook patiënten, bekend te maken met de nieuwe verwijsmogelijkheid (Grol & Wensing, 2006; Scheeres et al., 2008). Ter illustratie vermelden wij activiteiten die wij in Westelijk Noord Brabant hebben ondernomen om huisartsen op de hoogte te brengen van het behandelaanbod

- *Folders en informatiebrieven herhaaldelijk toesturen*

Alle huisartsen in de regio worden regelmatig, bijvoorbeeld eenmaal per jaar, schriftelijk geïnformeerd over het behandelaanbod voor cvs patiënten bij GGZ WNB. De verwijzers krijgen dan informatie over getrapte zorg voor cvs, welke patiënten in aanmerking komen voor behandeling en hoe deze patiënten verwezen kunnen worden.

- *Kleinschalige informatie bijeenkomsten*

Met behulp van de 'werkgroepen deskundigheidsbevordering' van regionale huisartsengenootschappen (WDH's) zijn bijeenkomsten georganiseerd. Hierin zijn huisartsen op interactieve wijze geïnformeerd over de behandel mogelijkheden en hun rol daarin.

- *Terugkoppeling over verwezen patiënten*

Er wordt zorgvuldige terugkoppeling gegeven aan de verwijzende huisartsen door correspondentie over de behandeling van de verwezen cvs patiënt. Deze feedback kan een gunstig effect hebben op het toekomstig verwijsgedrag van artsen. Huisartsen worden schriftelijk geïnformeerd als de behandeling wordt gestart en als de behandeling wordt afgesloten.

Hoe motiveer je managers om getrapte zorg voor cvs te implementeren?

Uit het voorgaande is duidelijk geworden dat het implementeren van getrapte zorg voor cvs de nodige inspanningen vraagt. Het zal daarom voor de gedragstherapeut die zijn manager wil vragen om hem te faciliteren waarschijnlijk niet voldoende zijn om te laten zien dat getrapte zorg voor cvs een goede behandeling is. Managers zullen meer geneigd zijn mee te werken aan implementatie als hun dat voordelen oplevert (De Leeuw & Van Dam, 2004). Daarom zal de gedragstherapeut duidelijk moeten maken waarom het aantrekkelijk is dit behandelaanbod te implementeren. Twee vragen zijn daarbij voor de manager belangrijk. Waarom implementeren in de GGZ? En is het financieel aantrekkelijk voor de GGZ-instelling zelf? Op beide vragen zullen we hieronder ingaan.

Implementatie binnen de GGZ

CGT voor cvs kan alleen goed uitgevoerd worden door daarvoor getrainde gedragstherapeuten. Daarom is een voorwaarde voor de implementatie van de behandeling van cvs in een instelling dat er voldoende door de VGCT erken-

de gedragstherapeuten werken. Bovendien is het wenselijk dat een dergelijke instelling beschikt over een goed communicatienetwerk met verwijzers en kan investeren in de opleiding van medewerkers. GGZ-instellingen voldoen meestal aan deze criteria en vormen daarom een geschikte setting om de behandeling van cvs te implementeren.

Voor de GGZ-instellingen zelf biedt de implementatie van de behandeling van cvs een mogelijkheid om zich te profileren als specialistisch behandelcentrum. De behandeling van lichtere problematiek, zoals milde angst- en stemmingsstoornissen vindt immers in toenemende mate in de eerste lijn plaats. Voor GGZ-instellingen is het daarom van belang zich op nieuwe doelgroepen te richten die beter aansluiten bij de tweedelijns functie van de GGZ. Bovendien biedt de implementatie van getrapte zorg voor cvs de mogelijkheid voor GGZ-instellingen om in te spelen op de vraag van verzekeraars om 'evidence based' behandelmethoden in te voeren en behandelresultaten inzichtelijk te maken. Door middel van training en supervisie wordt gewaarborgd dat het programma op kwalitatief goede wijze wordt uitgevoerd. Door het actief monitoren van het programma kan de effectiviteit aangetoond en op peil gehouden worden.

Kosten en baten voor de GGZ-instelling

De afweging voor een GGZ-instelling om CGT voor cvs te implementeren zal mede afhangen van de vraag of het voor de GGZ-instelling zelf rendabel is om dit aanbod te implementeren. Voor de 1^e en de 2^e stap van het behandelprogramma zijn 2 soorten kosten te berekenen, namelijk implementatiekosten en onderhoudskosten (zie Tabel 1). De implementatiekosten bestaan uit kosten voor training, supervisie, coördinatie en bekendmaking van het behandelplan. Bij de kosten van de training en supervisie zijn, naast de kosten van de training zelf, loonkosten van de medewerkers van de GGZ meegenomen. De training in het zelfbehandelingsprogramma bestaat uit 2 delen, namelijk een training zelfbehandelingsinstructies bij cvs en een cursus communicatie per e-mail. In het eerste jaar is de supervisie door de externe supervisor eenmaal per twee weken, het jaar daarop eenmaal per vier weken. Bij de berekening van de loonkosten van SPV-en en gedragstherapeuten is gebruik gemaakt van een gemiddeld uurloon van schaal 60 respectievelijk 65 van de FWG opgehoogd met een percentage van 40% in verband met sociale lasten en een percentage van 40% in verband met het gebruik van faciliteiten waaronder gebouwen en computer. Naast de kosten voor de 1^e en 2^e stap afzonderlijk zijn er een aantal kosten die gemaakt worden in het kader van het gehele project. De coördinatiekosten betreffen de loon- en reiskosten die 6 keer gemaakt worden ten behoeve van overleg in verband met de voorbereidingen voor de trainingen en het opzetten van een monitor van het project met het NKCv. Er is uitgegaan van een reistijd van 2 uur en reiskosten van 65 euro. Daarnaast zijn er coördinatiekosten gemoeid met onder meer het intern regelen van de logis-

tiel en informeren van collega's en verwijzers. De gedragstherapeut (erkend supervisor van de VGCT) die opgeleid wordt als supervisor CVS volgt een apart trainingsprogramma bestaande uit een training en supervisie.

Tabel 1: Implementatie- en onderhoudskosten van getrapte zorg voor het chronisch vermoeidheidssyndroom

Implementatiekosten	
Zelfbehandelingsinstructies (ZBI)	
Training ZBI	
Training	€ 4000
Loonkosten sociaal psychiatrisch verpleegkundigen	€ 5850
Training communiceren per e-mail	€ 4500
Loonkosten sociaal psychiatrisch verpleegkundigen	€ 3900
Supervisie*	
Kosten supervisor	€ 7200
Loonkosten sociaal psychiatrisch verpleegkundigen	€ 21945
Cognitieve gedragstherapie (CGT)	
Training CGT	
Training	€ 6000
Loonkosten gedragstherapeuten	€ 4540
Supervisie*	
Kosten supervisor	€ 7200
Loonkosten gedragstherapeuten	€ 17025
Gezamenlijke kosten ZBI en CGT	
Coördinatie	€ 3700
Opleiden supervisor**	€ 2000
PR	€ 4000
Reiskosten trainer/supervisor*	€ 3840
Totaal kosten implementatie	€ 95700
Onderhoudskosten per jaar	
Coördinatie	€ 2100
PR	€ 700
Bijscholing	€ 4600
Totaal jaarlijkse kosten onderhoud	€ 7400

*: De kosten voor supervisie worden voor 2/3 in het eerste jaar van implementatie gemaakt en voor 1/3 in het tweede jaar van implementatie.

** : De kosten worden gemaakt in het tweede jaar van implementatie.

Voor de PR is er uitgegaan van de verzend- en papierkosten van 4 mailings aan 700 potentiële verwijzers (huisartsen, internisten, neurologen, bedrijfsartsen) en 2 nascholingsbijeenkomsten voor verwijzers (gemiddelde kosten 500 euro per keer). Reiskosten van de externe supervisor kunnen beperkt worden als de SPV-en en gedragstherapeuten op dezelfde dag supervisie krijgen.

De onderhoudskosten bestaan uit coördinatiekosten (beheren eigen aanmeldprocedure en contacten met verwijzers), 2 mailings per jaar van 700 brieven en de kosten (inclusief reiskosten en uurloon) van 2 studiedagen per jaar voor de gedragstherapeuten en SPV-en georganiseerd door het NKCv.

Vervolgens hebben wij voor ZBI, CGT na ZBI en direct instromen in CGT opbrengsten per patiënt berekend. (zie Tabel 2). Hierbij is uitgegaan van tarieven (aan de hand van verrichtingen) vastgesteld door de Nederlandse Zorg Autoriteit (NZA) die momenteel van toepassing zijn voor de GGZ en DBC-tarieven (aan de hand van tijdsbesteding) die in de nabije toekomst van toepassing zullen worden. Voor ZBI hebben we gerekend met de volgende opbrengsten: 1 inschrijving en intakegesprek, een kennismakingsgesprek met de SPV en een evaluatiegesprek, 11 e-mailcontacten of een DBC van 250-800 minuten. Voor CGT na ZBI hebben we gerekend met de volgende opbrengsten: 9 sessies CGT waarbij we ervan uitgaan dat de DBC in de variant 800-1800 minuten valt. Voor reguliere CGT hebben we gerekend met de volgende opbrengsten: 1 inschrijving en intakegesprek en 14 sessies CGT en een DBC van 800-1800 minuten. Bij de loonkosten voor SPV-en en gedragstherapeuten is uitgegaan van de eerder genoemde salaris- en overheadkosten. De berekende tijdsduur is 60 minuten voor een intake met 50 minuten administratie en overleg, 30 minuten voor een e-mail contact met 15 minuten administratie en overleg en 45 minuten voor een sessie CGT met 15 minuten administratie en overleg.

Tabel 2: Kosten en opbrengsten van zelfbehandelingsinstructies met e-mailondersteuning (ZBI), cognitieve gedragstherapie (CGT) en CGT na ZBI voor het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS) per CVS patiënt.

	Opbrengsten NZA*	Opbrengsten DBC**	Loonkosten	Winst NZA	Winst DBC
ZBI	1088	953	716	372	237
CGT na ZBI	805	996	596	209	400
CGT	1486	1949	1049	437	900

*NZA : tarieven volgens de Nederlandse Zorgautoriteit

** DBC: tarieven volgens de diagnose behandelcombinatie systematiek

Vervolgens hebben we aan de hand van de jaarlijks te verwachten patiëntenaantallen (zie figuur 1) en de investerings- en onderhoudskosten uitgerekend wat de kosten en opbrengsten van het stapsgewijze behandelprogramma voor een GGZ-instelling zijn (zie Tabel 3). Het eerste jaar hebben we gerekend met 20 ZBI behandelingen en 10 CGT behandelingen. De andere jaren hebben we gerekend met 44 ZBI behandelingen, 15 CGT na ZBI behandelingen en 22 CGT behandelingen.

Tabel 3: Kosten en opbrengsten van implementatie van getrapte zorg voor het chronisch vermoeidheidssyndroom, per jaar vanaf de implementatie, voor een instelling voor geestelijke gezondheidszorg.

Jaar project	investering	opbrengsten		jaaromzet		Totale omzet	
		NZA*	DBC**	NZA	DBC	NZA	DBC
1	74630	11810	13740	-83890	-81960	-62550	-60620
2	28470	27049	38076	19649	30676	-63971	-51014
3	7400	27 049	38076	19649	30676	-44322	-20338
4	7400	27 049	38076	19649	30676	-24673	10338
5	7400	27 049	38076	19649	30676	-5024	41014
6	7400	27 049	38076	19649	30676	14625	71690
7	7400	27 049	38076	19649	30676	34274	102366
8	7400	27 049	38076	19649	30676	53923	133042
9	7400	27 049	38076	19649	30676	73572	163718
10	7400	27 049	38076	19649	30676	93221	194394

*NZA : tarieven volgens de Nederlandse Zorgautoriteit

** DBC: tarieven volgens de diagnose behandelcombinatie systematiek

In tabel 3 zien we dat het implementeren van getrapte zorg voor CVS voor GGZ-instellingen aanvankelijk een investering vraagt. De eerste jaren na implementatie zijn de investeringskosten groter dan de opbrengsten. Afhankelijk van de betalingssystematiek wordt het project vanaf het 6^e jaar (NZA) of 4^e jaar (DBC) winstgevend.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Voor het welbevinden en de kwaliteit van leven van CVS patiënten zou het gunstig zijn als GGZ-instellingen in Nederland getrapte zorg voor CVS implementeren (Tummers et al., 2011). Ook vanuit maatschappelijk gezichtspunt zou dit gunstig zijn omdat de behandeling van CGT kosteneffectief blijkt (Scheeres et al., 2008; Severens et al., 2004). Voor GGZ-instellingen is het ook interessant

om te investeren in de implementatie van trapsgewijze CGT voor CVS. Ten eerste omdat het gespecialiseerde zorg betreft die aansluit bij de tweedelijns deskundigheid van de GGZ en bovendien aantoonbaar effectief is. Ten tweede omdat zo het volume van patiënten met relatief milde problematiek die langzaam maar zeker vanuit de GGZ verdwijnt en in de eerste lijn behandeld wordt, gesubstitueerd kan worden. Ten derde omdat het op termijn financieel aantrekkelijk voor de GGZ is om dit behandelaanbod in huis te hebben. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat, uitgaande van onze calculaties, investeringen zich pas 4 tot 6 jaar na implementatie terugverdienen en de implementatie rendabel wordt. Het is de vraag of GGZ-instellingen bereid zijn deze lange termijn investering te doen. Een implementatiesubsidie zou de bereidheid tot implementatie kunnen vergroten.

Een opmerkelijke bevinding is dat het verkorten van de behandelintensiteit en het werken met een minder dure discipline door middel van ZBI weliswaar een kostenbesparing oplevert ten opzichte van CGT voor de ziektekostenverzekeraar, maar minder winstgevend is voor de GGZ-instelling. Als de overheid of ziektekostenverzekeraar het gebruik van kortdurende en minder dure interventies zou willen stimuleren zouden ze daarin bij kunnen dragen door de goedkopere interventie voor de GGZ-instelling financieel aantrekkelijker te maken. Tenslotte kan nog opgemerkt worden dat de DBC-systematiek wat betreft getrapte zorg voor CVS voor GGZ-instellingen financieel gunstiger is dan de huidige NZA systematiek.

De berekeningen die wij in dit artikel hebben gemaakt zijn gebaseerd op onze ervaringen met de implementatie van getrapte zorg voor CVS bij GGZ WNB, in 2009 en 2010. Gezien de prevalentie van CVS in Nederland moet het voor andere GGZ-instellingen in Nederland mogelijk zijn om tot vergelijkbare aantallen patiënten te komen.

Als gedragstherapeuten willen dat er meer patiënten profiteren van 'evidence based' behandelmethoden, is van belang dat zij hun managers ervan overtuigen dat het zinvol kan zijn om te investeren in een zorgvuldig implementatietraject. In dit artikel hebben we argumenten beschreven die behulpzaam kunnen zijn bij het overtuigen van managers in de zorg om getrapte zorg voor CVS te implementeren.

SUMMARY

Costs, cost-effectiveness and implementation of stepped-care for chronic fatigue syndrome

In recent years, many cognitive behavioral treatments have proven to be effective. Moreover, these treatments are often cost-effective. However, the effective disorder specific cognitive behavioral therapies are relatively little available. If they are applied, this is often not properly done, which makes them less effective. If behavioral therapists want more patients to

benefit from evidence-based treatments, they should not only be skilled in behavioral therapy but in addition they will also have to be concerned with costs and implementation. On the basis of the implementation of stepped CBT for chronic fatigue syndrome in a mental health institution, we illustrate an example of an implementation plan and what arguments behavioral therapists could use to motivate their management to implement evidence based behavior therapy in a proper way. In this article we show that stepped care is a good investment for mental health services, also from a financial perspective.

Keywords: chronic, fatigue, implementation, costs, cognitive, behavior.

LITERATUUR

- Barlow, D.H. (Ed.). (2008). *Clinical handbook of psychological disorders* (4th ed.). New York: Guilford Press.
- Bazelmans, E., Prins, J., Hoogveld, S., & Bleijenberg, G. (2004). Manual-based cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: therapists' adherence and perceptions. *Cognitive Behaviour Therapy*, 33, 143-150.
- Crits-Christoph, P., Frank, E., Chambless, D.L., Brody, C., & Karp, J. F. (1995). Training in empirically validated treatments: What are clinical psychology students learning? *Professional Psychology: Science and Practice*, 26, 514-522.
- Gezondheidsraad (2005). *Het chronische-vermoeidheidssyndroom*. Den Haag: gezondheidsraad. publicatie nr. 2005/02.
- Grol, R. & Wensing, M. (2006). *Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg
- Knoop, H., Meer J.W.M. van der , & Bleijenberg, G. (2008). Guided self-instructions for people with chronic fatigue syndrome: a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 193, 340-341.
- Knoop, H. & Bleijenberg, G. (2010). *Het chronisch vermoeidheids- syndroom: behandel-protocol cognitieve gedragstherapie voor CVS*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lazar, S. G. (2010). *Psychotherapy is worth it: a comprehensive review of its cost-effectiveness*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Ltd.
- Leeuw, F. de & Dam, A. van (2004). Communicatie met leidinggevend: hoe kunt u leidinggeven aan uw baas? In F. de Leeuw & A. van Dam, *In spanning, Aanpakken van stress op het werk* (pp 109-120). Amsterdam: Harcourt.
- Malouff, J.M., Thorsteinsson, E.B., Rooke, S.E., Bhullar, N., & Schutte, N.S. (2008). Efficacy of cognitive behavioral therapy for chronic fatigue syndrome: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 28, 736-745.
- McHugh, R.K., Murray, H.W., & Barlow, D.H. (2009). Balancing fidelity and adaptation in the dissemination of empirically supported treatments: The promise of transdiagnostic interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 946-953.
- McHugh, R.K., & Barlow, D.H. (2010). Dissemination and implementation of evidence-based psychological interventions: A review of current efforts. *American Psychologist*, 65, 73-84.
- Mulder, R. & Feenstra, J. (1997). *Nooit meer verbaasd over je baas*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Myhr, G., & Payne, K. (2006). Cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy for mental disorders: implications for public health care funding policy in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 662-670.
- Nathan, P.E., & Gorman, J.M. (Eds.). (2007). *A guide to treatments that work* (3rd ed.). New York, NY: Oxford University Press.

- Oxman, A. D., Thomson, M. A., Davis, D. A., & Haynes, R. B. (1995). No magic bullets: A systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal*, *152*, 1423-1431.
- Price, J.R., Mitchell, E., Tidy, E., & Hunot, V. (2008). Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults. *Cochrane Database Systematic reviews*, *16*, CD001027.
- Scheeres, K., Wensing, M., Bleijenberg, G., & Severens, J.L. (2008). Implementing cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome in mental health care: a costs and outcomes analysis. *BMC Health Services Research*, *8*, 175.
- Scheeres, K., Wensing M., Kleinlugtenbelt, D., & Bleijenberg, G. (2008). Cognitieve gedragstherapie voor het chronisch vermoeidheidssyndroom in de GGZ: evaluatie van een proefimplementatie. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, *86*, 196-206.
- Scheeres, K, Wensing, M., Knoop, H., & Bleijenberg, G. (2008). Implementing Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Fatigue Syndrome in a Mental Health Center: A Benchmarking Evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*, 163-171.
- Scheeres, K., Wensing, M., Severens, H., Adang, E., & Bleijenberg, G. (2008). Determinants of health care use in chronic fatigue syndrome patients: A cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*, *65*, 39-46.
- Severens, J. L., Prins, J. B., Wilt, G, J van der Meer, J.W.M. van der, & Bleijenberg, G. (2004). Cost-effectiveness of cognitive behaviour therapy for patients with chronic fatigue syndrome. *Quarterly Journal of Medicine*, *97*, 153-161.
- Shafran, R., Clark, D.M., Fairburn, C.G., Arntz, A., Barlow, D.H., Ehlers, A., Freeston, M., Garety, P.A., Hollon, S.D., Ost, L.G., Salkovskis, P.M., Wilson, G.T., Williams, J.M.G. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 902-909.
- Tummers, M., Knoop, H., & Bleijenberg, G. (2010). Effectiveness of Stepped Care for Chronic Fatigue Syndrome: a Randomized Noninferiority Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*, 724-731.
- Tummers, M., Knoop, Dam, A. van, Wiborg, J F.W., Wensing, M, & Bleijenberg, G. (2011). Noodzaak van Landelijke Implementatie van Getrapte Zorg voor het Chronisch Vermoeidheidssyndroom. *Gedragstherapie*, *44*, 83-93.
- Van Asselt, A.D I., Dirksen, C.D., Arntz, A., Giesen-Bloo, J.H., Dyck, R. van, Spinhoven, P., Tilburg, W. van, Kremers, I. P., Nadort, M., & Severens, J. L. (2008). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: costeffectiveness of schema-focused therapy versus transference focused psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, *192*, 450-457.