

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

Van kennis naar actie

Toepassing van richtlijnen in de GGZ

Peter T. van Splunteren¹ en Marleen L.M. Hermens¹

SAMENVATTING

Vanaf 1999 zijn er voor de geestelijke gezondheidszorg 11 multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld. Over de toepassing van richtlijnen in de behandelpraktijk is weinig systematisch onderzoek gedaan. Aan de hand van doorbraakprojecten voor de richtlijnen schizofrenie, angststoornissen en depressie schetsen we hiervan een beeld.

De resultaten laten zien dat doorbraakprojecten een positief effect hebben op de toepassing van richtlijnen. Zorgprocessen verbeteren onmiskenbaar en evidence based interventies worden na een project meer en beter toegepast dan daarvoor. Desalniettemin krijgt nog steeds een aanzienlijk deel van de cliënten niet, te laat of in onvoldoende mate de aanbevolen behandeling. De belemmeringen voor toepassing van psychotherapie betreffen vooral structurele factoren (onvoldoende psychotherapeutische capaciteit), organisatorische factoren (onvoldoende samenwerking, te weinig tijd, ontbreken van ondersteuning) en factoren op het niveau van de therapeut (onvoldoende kennis en vaardigheden). Implementatie inspanningen moeten gericht zijn op het wegnemen van deze obstakels. Tot slot zijn betrouwbare gegevens over de toepassing van richtlijnen nodig om de kwaliteit van de zorg, en dus het toepassen van effectieve interventies, te verbeteren.

INLEIDING

Vanaf 1999 zijn in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) in totaal 11 multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld, ondermeer op het gebied van depressie, angststoornissen, schizofrenie en persoonlijkheidstoornissen. Ze zijn gepubliceerd en verspreid onder betrokken beroepsgroepen, psychiaters, psychologen, verpleegkundigen en vaktherapeuten (zie www.ggzrichtlijnen.nl).

¹ Trimbos-instituut, Utrecht

Correspondentie adres: Peter van Splunteren, postbus 725, 3500 AS Utrecht

E-mail: psplunteren@trimbos.nl

De richtlijnen zijn van groot belang voor de ggz omdat de stand van de kennis op een rij wordt gezet met aanbevelingen hoe te handelen bij diagnostiek en behandeling van cliënten met psychische aandoeningen. Richtlijnen bleken niet het gevreesde harnas waarin elke therapeut het handelen moest persen, maar referentiekaders op grond waarvan instellingen zorgprogramma's realiseerden (Havenaar et al., 2008). Richtlijnen zijn er primair voor de hulpverlener, echter ook zorgverzekeraars hebben baat bij de richtlijnen. Zij gebruiken richtlijnen om goede zorg in te kopen en zorg die niet nuttig is uit het zorgpakket te weren. Richtlijnen worden inmiddels door alle betrokken partijen geaccepteerd, al is de opvolging van de richtlijnen onderwerp van discussie. Zo waarschuwt Hutschemaekers voor al te optimistische verwachtingen omdat kennis uit onderzoek niet één op één bruikbaar is in de praktijk (Hutschemaekers, 2010).

Wat weten we eigenlijk omtrent de toepassing van richtlijnen? Worden ze opgevolgd en in welke mate? En wat kunnen we doen om het gebruik van richtlijnen te stimuleren? We gaan eerst kort in op de stand van de kennis op het gebied van implementatie, het vakgebied dat zich ondermeer bezighoudt met toepassing van richtlijnen in de praktijk. Op de tweede plaats bespreken we de mate van implementatie van richtlijnen op het gebied van schizofrenie, angststoornissen en depressie met behulp van gegevens uit projecten en onderzoek van het Trimbos-instituut. Waar mogelijk gaan we speciaal in op de implementatie van de aanbevelingen op het gebied van cognitieve gedragstherapie. Er is per richtlijn speciaal aandacht voor de ervaren belemmeringen bij de implementatie. In de discussie wordt de vraag beantwoord hoe het gebruik van richtlijnen verbeterd kan worden.

KENNIS OVER IMPLEMENTATIE VAN RICHTLIJNEN

De toepassing van richtlijnen in de praktijk gaat meestal niet vanzelf. Richtlijnen zijn te beschouwen als innovaties die verandering van het professioneel handelen en vaak ook van de organisatie van de zorg vereisen. Ggz-instellingen gebruiken richtlijnen voor het opstellen van zorgprogramma's. Zorgprogramma's zijn de organisatorische vertaling van de richtlijnen naar de praktijk van alledag. De meeste ggz-instellingen hebben zorgprogramma's voor de belangrijkste aandoeningen, zoals stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, psychotische kwetsbaarheid, ontwikkelingsstoornissen bij kinderen, gedragsstoornissen bij kinderen, cognitieve stoornissen bij ouderen en kwetsbare ouderen (Verburg et al., 2008).

Implementatie is een nieuw vakgebied voor onderzoek en ontwikkeling met aandacht voor aspecten als veranderkunde, educatie, psychologie, sociologie, marketing en management. De afgelopen decennia is er nieuwe kennis over implementatie tot stand gebracht. Het standaardwerk van Grol en Wensing

(2006) geeft daarvan een goed overzicht. Uit het onderzoek naar de implementatie van richtlijnen blijkt dat alleen verspreiding van de richtlijnen onvoldoende is voor de toepassing in de praktijk (Grol & Grimshaw, 2003).

Effectieve invoering van richtlijnen in de dagelijkse praktijk is niet eenvoudig en vereist een systematische aanpak gedurende een reeks van jaren. Die aanpak moet op maat zijn van degenen die de richtlijn toepassen. In het algemeen vereist de strategie een combinatie van inhoudelijke en organisatorische maatregelen gericht op beïnvloeding van professionals, organisatie en de wet- en regelgeving. Een effectieve implementatie strategie is gericht op ervaren belemmeringen en bevat een combinatie van interventies (*multi-faceted strategies*) op het gebied van educatie, herinneringssystemen, audit en feedback (Burgers et al., 2011).

Belemmeringen

Onderzoek naar de toepassing van richtlijnen laat zien dat invoering van de richtlijnen wordt belemmerd door verschillende factoren die zich afspelen op individueel/micro niveau tot landelijk/macro niveau. Allereerst is de professional zelf een factor. Hoewel professionals in de meeste gevallen het beste met hun cliënten voor hebben en gemotiveerd zijn voor het toepassen van professionele kennis, kan er gebrek zijn aan kennis en vaardigheden. Ten tweede is het team van professionals dat niet kan of wil samenwerken een factor. Goede zorg vraagt in toenemende mate afstemming en samenwerking tussen professionals. Immers, de meeste richtlijnen in de ggz zijn multidisciplinair. Als professionals niet willen of kunnen samenwerken omdat ze tegengestelde belangen hebben of omdat ze daartoe niet of onvoldoende gefaciliteerd worden, is het moeilijk om de beste zorg te leveren. Dat geldt met name voor zorg voor cliënten met meer dan één aandoening (bijvoorbeeld diabetes en depressie) of met een aandoening waar verschillende professionals bij betrokken zijn (psychosen, dubbele diagnoses). Een derde factor die het gebruik van de richtlijn in de praktijk kan belemmeren is de instelling zelf of het samenwerkingsverband van instellingen. De instelling kan in een fase van fusie of reorganisatie verwickeld zijn, waardoor er geen tijd en energie is voor vernieuwing op de werkvloer. Er kan te weinig professionele capaciteit zijn om de hulpvragen te behandelen. Of de zorgprocessen zijn niet goed georganiseerd waardoor de beschikbare capaciteit niet efficiënt wordt ingezet. Ten slotte kunnen er beperkingen zijn in de wet- en regelgeving van de overheid. Dat betreft bijvoorbeeld perverse prikkels in de DBC regelgeving. Het stellen van een zwaardere diagnose levert daardoor meer op dan een lichte diagnose en door te ruime tijdsgrenzen levert 13 uur behandeling van persoonlijkheidsstoornissen evenveel op als 30 uur behandeling. Verder stimuleert de DBC regelgeving de behandeling van lichte stoornissen boven de behandeling van complexe problemen, waardoor ggz-instellingen met een oververtegenwoordiging van ernstige problemen in de knel komen (Tummers, 2011). De behan-

deling van complexe problemen komt verder in het nauw omdat cliënten zowel gebruik maken van de WMO als van de zorgverzekeringswet of de AWBZ. Het is aangetoond dat gemeenten, instellingen en ggz-instellingen proberen de zorg voor mensen met complexe problemen naar elkaar toe te schuiven om zo de kosten te drukken (Lindt, 2007).

DE MATE VAN IMPLEMENTATIE VAN RICHTLIJNEN

Dit artikel gaat over de toepassing van richtlijnen – al dan niet vertaald in zorgprogramma's – in de praktijk van alledag. Er is voor zover ons bekend geen systematisch onderzoek naar de toepassing van richtlijnen beschikbaar. Wel zijn er gegevens beschikbaar uit projecten en onderzoeken waarin de implementatie van bepaalde richtlijnen over een periode is gevolgd en gestimuleerd. Wij bespreken in dit artikel de toepassing van multidisciplinaire richtlijnen op het gebied van achtereenvolgens schizofrenie, depressie en angststoornissen in de praktijk van de tweedelijns ggz. De toepassing van de richtlijnen angststoornissen en depressie wordt tevens voor de eerstelijnszorg besproken.

SCHIZOFRENIE

De diagnose schizofrenie komt bij ongeveer 150.000 mensen in de bevolking voor. Uit onderzoeken en rapporten blijkt dat de zorg voor mensen met psychotische kwetsbaarheid verbeterd kan worden. Er is vaak sprake van een moeizaam leven, de cliënt neemt niet meer actief deel aan de samenleving en er zijn weinig sociale contacten. De laatste jaren zijn veel initiatieven genomen ter verbetering van de zorg (Weeghel, 2010).

Kernpunten uit de richtlijn

In 2005 werd de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie gepubliceerd. De richtlijn geeft aanbevelingen met betrekking tot diagnose, farmacologie, psychosociale en familie interventies en effectieve behandelmethoden. De richtlijn legt de nadruk op het gebruik van effectieve behandelmethoden waaronder cognitieve gedragstherapie (CGT), op de coördinatie van de zorg en de rehabilitatie van de cliënt.

Resultaten projecten

Er zijn tussen 2004 en 2008 twee grootschalige doorbraakprojecten over toepassing van de richtlijn schizofrenie georganiseerd. In doorbraakprojecten werken teams van zorgverleners samen aan verbeteringen in de zorg voor groepen cliënten volgens een strak gestructureerde methode van doelen stellen, meten en veranderingen invoeren (Splunteren, 2001). De te realiseren verbeteringen zijn zoveel mogelijk gebaseerd op bestaande *evidence*, zoals samengevat in richtlijnen. De verbeteringen in de doorbraakprojecten schizo-

frenie betroffen vooral het toepassen van effectieve interventies uit de richtlijn, het verbeteren van de continuïteit van de zorg en het monitoren van het klachtenbeloop en het niveau van sociaal functioneren.

Twintig multidisciplinaire teams participeerden in het eerste project. De teams kwamen uit 18 verschillende ggz-instellingen en bestonden doorgaans uit een psychiater, psycholoog, verpleegkundige, woonbegeleider, trajectbegeleider en een ervaringsdeskundige. In totaal deden circa 160 hulpverleners en ervaringsdeskundigen mee en werden ongeveer 1090 cliënten bereikt. Aan het aansluitende tweede project namen 10 multidisciplinaire teams deel, bestaande uit 110 hulpverleners en ervaringsdeskundigen. In dit project werden via de deelnemende hulpverleners circa 600 cliënten bereikt (Splunteren et al., 2010).

Tabel 1 laat de mate van beschikbaarheid en toepassing van de verschillende evidence based interventies zien aan het begin en aan het eind van het project. Alle interventies worden in de richtlijn aanbevolen en zijn geïndiceerd voor cliënten met schizofrenie. De teams hielden bij of een interventie beschikbaar was (daarvoor is de aanwezigheid van vakbekwame therapeuten bijvoorbeeld nodig), of er een uitgewerkt protocol bestond hoe de interventie toe te passen en hoeveel cliënten de interventie ook daadwerkelijk ontvingen. Deelnemende teams konden kiezen uit het toepassen van verschillende interventies. (F)ACT: functie assertive community treatment; CGT: cognitieve gedragstherapie; PE: psycho-educatie; IPO: individual placement en support; GI: gezinsinterventie; Fth: farmacotherapie.

De tabel toont een duidelijke trend in de toename van de toepassing van alle interventies. Met name de toepassing van (F)-ACT en psycho-educatie laten grote toenames zien. De toepassing van cognitieve gedragstherapie neemt ook toe, zij het minder spectaculair. De teams die deze interventie kiezen, passen CGT toe bij 10% van de cliënten.

Tabel 1 Toepassing van evidence based interventies aan het begin en het eind van de doorbraakprojecten schizofrenie (Van Duin et al, ter publicatie aangeboden).

| | Interventie beschikbaar in team | | Protocol beschikbaar in team | | Toepassing protocol bij cliënten | |
|--------|---------------------------------|----------|------------------------------|----------|----------------------------------|----------|
| | Begin (%) | Eind (%) | Begin (%) | Eind (%) | Begin (%) | Eind (%) |
| (F)ACT | 23% | 60% | 17% | 53% | 7% | 40% |
| CGT | 70% | 83% | 33% | 60% | 3% | 10% |
| PE | 70% | 90% | 23% | 70% | 7% | 33% |
| GI | 43% | 60% | 10% | 27% | 0% | 10% |
| IPS | 20% | 53% | 13% | 40% | 3% | 10% |
| Fth | 90% | 93% | 60% | 70% | 43% | 53% |

Ervaren belemmeringen

De meeste belemmeringen voor de toepassing van de interventies bleken organisatorisch van aard. De teamleden die betrokken zijn bij de vernieuwing zijn veelal enthousiast en bereid om de vernieuwingen toe te passen, maar het ontbreekt hen aan tijd om alle vernieuwingen binnen de tijdsduur van het project voor elkaar te krijgen. In de doorbraakprojecten is te weinig rekening gehouden met de complexiteit van het veranderingsproces. Teams werden geacht in een paar maanden een nieuwe interventie (of soms meerdere interventies) toe te passen, terwijl het gewone werk doorging en de productiedruk toenam. De teams konden sommige belemmeringen zelf oplossen zoals het leren van nieuwe vaardigheden, maar andere belemmeringen, zoals tekort aan personeel, vroegen om maatregelen van het hogere management. En die maatregelen kwamen er niet of namen meer tijd in beslag dan beschikbaar in het project.

DEPRESSIE

Binnen de komende 20 jaar zal depressie, wat ziektelast en kosten betreft, één van de meest dominerende ziekten worden in Nederland. Door vergrijzing van de bevolking en omdat ouderdom gepaard gaat met allerlei risicofactoren voor een depressie (verlies van partner, chronische ziekten, verlies sociale contacten, verlies van eigen regie over het leven) zal het percentage personen met een depressie toenemen. Tevens weten mensen beter een depressie te herkennen, en weten bovendien dat daar iets aan gedaan kan worden. Daarom neemt zelfs bij een gelijkblijvend aantal personen met een depressie de zorgvraag in de bevolking voor depressie toe. Anno 2010 heeft 19% van de Nederlanders tussen 18-65 jaar ooit in hun leven tenminste eenmaal een depressieve episode meemaakt, terwijl de jaarprevalentie 4,6% is (De Graaf et al., 2010).

Kernpunten uit de richtlijn

De eerste multidisciplinaire richtlijn depressie uit 2005 werd in 2010 herzien. In de herziene uitgave is *stepped care* het uitgangspunt. De hulpverlening kiest, in overleg met de cliënt, voor de lichtste vorm van zorg die gezien het klinisch beeld verantwoord is. Bij onvoldoende herstel stapt men over op intensievere interventies. Vroegtijdige herkenning, bepalen van de ernst van de depressie en periodieke *monitoring* van het beloop horen vaste onderdelen van de zorg te zijn. Lichte interventies zijn kortdurende behandeling of *problem solving treatment*, begeleide zelfhulp en psycho-educatie. Meer intensieve interventies zijn psychotherapie (CGT, interpersoonlijke therapie (IPT) eventueel gecombineerd met farmacotherapie. Aandacht voor terugval (terugvalpreventie) behoort ook tot het standaardpakket voor goede depressiezorg. Het onderscheid tussen een ernstige en niet-ernstige depressie wordt door de clinicus bepaald op grond van aantal, ernst en de duur van de depressieve symptomen en de belemmeringen die daarmee samenhangen.

Resultaten doorbraakprojecten en onderzoek

In de periode 2004 – 2008 werden twee grote doorbraakprojecten gehouden, waaraan in totaal ruim 20 multidisciplinaire teams met bijna 200 hulpverleners uit de eerste en tweede lijn meededen en circa 850 cliënten, waarvan 70% met een niet-ernstige depressie en 30% met een ernstige depressie. Voornaamste doel van de projecten was invoering van het *stepped care* model bij de deelnemende teams, waarbij speciale aandacht was voor vroege herkenning in de eerste lijn met het aanbieden van de lichte interventies en de specifieke behandeling met psychotherapie en/of antidepressiva van mensen met een ernstige depressie (Van Splunteren et al., 2010). De aanpak is vergelijkbaar met de doorbraakmethode die beschreven is bij de richtlijn Schizofrenie. De resultaten van de projecten wijzen er op dat de invoering van het *stepped care* model voor mensen met een niet-ernstige depressie slaagt. Bij het eerste project zijn er metingen voorafgaande aan de start van het project gedaan waaruit een toename van het *stepped care* model blijkt bij cliënten met een niet-ernstige depressies (van 33% naar 88%). Bij het tweede project zijn er gedurende het project 4 metingen gedaan waaruit blijkt dat het percentage *stepped care* behandeling bij mensen met een niet-ernstige depressie stijgt van 70% naar 89%. Voor mensen met een ernstige depressie zijn de uitkomsten minder gunstig. Bij het eerste project stijgt het aantal cliënten dat binnen een maand een depressie specifieke behandeling krijgt van 50% naar 66%; bij het tweede project is dat percentage aan het begin van het project 60%, waarna het bij de tweede en derde meting zakt naar 58% en 41% om vervolgens weer te stijgen naar 71%. Dit betekent dat gedurende het project een aanzienlijk aantal cliënten (variërend tussen de 30% en 60%) langer dan een maand moet wachten op een passende behandeling.

In 2009 heeft het Trimbos-instituut een onderzoek gedaan naar de toepassing van de aanbevelingen uit de multidisciplinaire richtlijn en de NHG-standaard depressie in de praktijk van de zorg. Het onderzoek bestond uit een vragenlijst onder huisartsen, eerstelijnspsychologen en psychiaters (Sinnema et al, 2010). Uit het onderzoek blijkt ondermeer dat ruim 90% van de eerstelijnspsychologen bij meer dan 50% van de cliënten psychotherapie geeft, terwijl 60% van de psychiaters dit bij meer dan 50% van de cliënten doet. Iets meer dan 30% van de eerstelijnspsychologen geeft bij meer dan 50% van de cliënten een gecombineerde behandeling met antidepressiva, terwijl 70% van de psychiaters zegt een gecombineerde behandeling bij meer dan 50% van de cliënten te geven. Vragenlijstonderzoek geeft over het algemeen een te gunstig beeld van de dagelijkse praktijk vanwege de mogelijkheid sociaal wenselijk te scoren. Ondanks de vermoedelijk positieve vertekening laten de cijfers zien dat toch 40%-50% van de cliënten met een depressie niet de voorgeschreven behandeling krijgt. En dat is een vrij hoog percentage, zeker omdat de behandeling van mensen met een niet-ernstige depressie goed geprotocolleerd is en weinig complex.

Met name op het gebied van herkenning van mensen met (niet ernstige) depressies in de huisartsenzorg zijn verbeteringen mogelijk. Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat de meerderheid van mensen met een depressie of angststoornis niet wordt opgemerkt door de huisarts (Sinnema et al., 2010; Smolders et al., 2009). Zij krijgen geen enkele behandeling. Stelt de huisarts wel de diagnose en wordt de cliënt geregistreerd in het huisartsenregistratie systeem dan worden de aanbevelingen uit de richtlijn in de regel wel toegepast (60%-81%) (Smolders et al., 2009). Structurele samenwerking door ggz-hulpverleners in de eerstelijnszorg blijkt een gunstige invloed op de toepassing van de *stepped care* principes te hebben (Sinnema et al., 2010).

Ervaren belemmeringen

De deelnemers aan de doorbraakprojecten hebben veel last van gebrek aan tijd om alle veranderingen door te voeren. Het leren van nieuwe kennis en vaardigheden vraagt vanzelfsprekend tijd, die tijd is slechts beperkt beschikbaar omdat de zorg gewoon doorgaat. Verder valt op dat hulpverleners in de regel niet gewend zijn de voortgang in de zorg te bewaken met behulp van vragenlijsten.

De huisartsen van het vragenlijst onderzoek geven aan dat gebrek aan tijd, kennis en vaardigheden belemmerend werken bij het opvolgen van de aanbevelingen uit de richtlijn.

ANGSTSTOORNISSEN

Angststoornissen komen veel voor in de Nederlandse bevolking. Jaarlijks krijgt 12,4% van de Nederlanders last van problemen met angst en 19,3% van de Nederlanders heeft ooit een angststoornis gehad. De individuele ziektelast van iemand die last heeft van een angststoornis is hoog, angststoornissen hebben een negatieve impact op het dagelijkse leven en veroorzaken hoge maatschappelijke kosten als gevolg van ziekteverzuim en ziektekosten (Batelaan & Penninx, 2011).

Kernpunten uit de richtlijn

Net als in de richtlijn depressie staat de *stepped care* methode centraal in de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen gevolgd door periodieke evaluatie en aangevuld met psycho-educatie. De richtlijn maakt onderscheid tussen complexe en niet complexe angststoornissen op grond van ernst van de klachten, ernstige interferentie met sociaal en relationeel functioneren, type klachten en comorbiditeit met depressie (bij aanwezigheid van één van de aspecten kan er sprake zijn van complexe angststoornissen). Lichte interventies zijn begeleide zelfhulp (bijvoorbeeld de cursus 'angst de baas'), kortdurende behandeling (meestal op basis van CGT 4 – 6 sessies) en *applied relaxation* (een vorm van ontspanningstherapie door een daarin gespecialiseerde fysiothera-

peut). De behandeling moet bij voorkeur binnen 1 – 4 weken starten en na 6 – 8 weken moeten de klachten verminderen. Lukt dat niet dan wordt een intensievere vorm van behandeling aangeboden. Bij ernstige vormen van angst zijn typen cognitieve gedragstherapie of antidepressie medicatie aangewezen behandelvormen.

Resultaten doorbraakproject en onderzoek

In 2007 en 2008 werd een doorbraakproject gehouden waaraan 13 teams uit de eerstelijns en tweedelijnszorg meededen met in totaal 121 hulpverleners. Bij 683 cliënten werd een screening uitgevoerd en bij 469 werd een angststoornis vastgesteld (69%). De resultaten van het project laten een bescheiden verbetering zien op het gebied van herkenning en diagnostiek in de eerstelijnszorg en op het gebied van samenwerken tussen disciplines ter bespreking van cliënten (Splunteren et al., 2010). De teams screenden geregeld op angstklachten met een screeningslijst, 1-2 keer per maand per 1000 cliënten per huisarts. Herhaalde afname van de lijst bij cliënten met een verhoogde score kwam niet goed van de grond (12% - 30% van de cliënten kreeg binnen 6 weken een herbeoordeling). Een meerderheid van de cliënten (62%-77%) met een verhoogde score kreeg binnen twee weken een diagnostisch gesprek. Teams hadden echter moeite om cliënten systematisch te volgen met vragenlijsten omdat men daar onvoldoende het nut van inzag. Het percentage cliënten dat met een eenvoudige vragenlijst (3 items) systematisch werd gevolgd daalt van 84% naar 35% en zo verder naar 0% over een periode van 42 weken. Door het ontbreken van de vervolgmetingen konden geen uitspraken gedaan worden over de behandelresultaten.

Fenema et al. (2011) onderzochten bij een ggz-instelling gedurende drie jaren de toepassing van aanbevelingen uit de richtlijnen op gebied van stemmings-, angst- en somatoforme stoornissen. Aan de hand van verschillende procesindicatoren onderzochten ze de mate van modelgetrouwheid op het gebied van behandeling, toepassing van *stepped care*, farmacotherapie, psychotherapie en *monitoring*. Zij concluderen dat de modelgetrouwheid op de meeste indicatoren redelijk tot goed is, behalve voor de voorgeschreven intensiteit van psychotherapie. Cliënten krijgen dus minder intensieve vormen van psychotherapie dan nodig. En cliënten die een gecombineerde behandeling van psychotherapie en farmacotherapie krijgen lopen de meeste kans niet volgens de afspraken te worden behandeld.

Ervaren belemmeringen

Deelnemers van het doorbraakproject angststoornissen ervaren, net zoals eerder gemeld bij depressie, sterk met elkaar samenhangende belemmeringen in de organisatie van de zorg en gebrek aan tijd om zich de nieuwe kennis eigen te maken. Uit het onderzoek van Smolders et al. (2009) blijkt dat diagnostiek en registratie van de diagnose in het elektronisch dossier van de huisarts belangrijke voorwaarden zijn om behandeling volgens de richtlijn te krijgen.

DISCUSSIE

Richtlijnen maken anno 2011 een belangrijk onderdeel uit van de praktijk in de ggz. De meeste instellingen hebben de richtlijnen gebruikt bij het opstellen van zorgprogramma's. Over de toepassing van de richtlijnen in de behandelpraktijk is echter weinig systematisch onderzoek beschikbaar. De beschikbare onderzoeken en projecten laten een wisselend beeld zien. Echter, in veel gevallen is er sprake van een behoorlijke kloof tussen de reguliere praktijk en wat de richtlijn aanbeveelt. Doorbraakprojecten laten zien dat de implementatie van *evidence based* interventies in de zorg voor mensen met schizofrenie positieve resultaten laat zien. Aan de andere kant laten de projecten ook zien dat deze interventies voor veel cliënten niet beschikbaar zijn. De meeste interventies waren nieuw voor de deelnemende instellingen hetgeen naar alle waarschijnlijkheid een belangrijke reden is voor de magere toepassing in de praktijk. Uit de projecten en het onderzoek op het gebied van depressie en angst komt naar voren dat, als mensen gediagnosticeerd zijn, ze in meerderheid (40-60%) worden behandeld conform de aanbevelingen uit de richtlijnen. Herkenning en diagnostiek van mensen met angst en depressie in de eerstelijnszorg kan echter sterk verbeterd worden. In de eerstelijnszorg is sprake van onderdiagnostiek waardoor een aanzienlijk aantal mensen geen behandeling ontvangt.

Alles bij elkaar nemend krijgt 30-75% van de cliënten niet, te laat of in onvoldoende mate de voorgeschreven psychotherapie behandeling. Maar wat weten we over de toepassing van specifiek CGT? CGT is een van de psychotherapieën, en het percentage cliënten dat CGT krijgt zal altijd lager zijn dan het percentage voor alle psychotherapieën bij elkaar opgeteld. Bijvoorbeeld, wanneer voor een bepaalde angststoornis CGT geïndiceerd is, en uit een onderzoek blijkt dat in 50% van de gevallen 'psychotherapie' wordt aangeboden, dan zal het percentage CGT in ieder geval lager liggen dan deze 50%. Bij de doorbraakprojecten schizofrenie is de interventie CGT vaak wel beschikbaar, maar blijft de toepassing voor een grote meerderheid van de cliënten achterwege. Daarbij moet rekening worden gehouden met het gegeven dat bij deze cliënten psychotherapie vaak niet de hoofdbehandeling is.

Verder blijkt uit de doorbraakprojecten dat de implementatie inspanningen een positief effect hebben op de toepassing van de richtlijnen. De verbeteringen zijn weliswaar niet spectaculair, maar zorgprocessen verbeteren onmiskenbaar en *evidence based* interventies worden na een project beter en meer toegepast dan ervoor. De belemmeringen voor toepassing van de richtlijnen betreffen vooral structurele factoren (onvoldoende psychotherapeutische capaciteit), organisatorische factoren (onvoldoende samenwerking, te weinig tijd, ontbreken van ondersteuning) en factoren op het niveau van de therapeut (onvoldoende kennis en vaardigheden). Implementatie inspanningen moeten gericht zijn op het wegnemen van deze obstakels. Effectieve implementatie

bestaat uit een combinatie van meerdere interventies, interactieve scholing en herinneringssystemen blijken vaak goed te werken.

Het gesignaleerde gebrek aan systematische gegevens over de toepassing van richtlijnen in de alledaagse praktijk is een zwaarwegend knelpunt, dat met voorrang moet worden aangepakt. Het gaat dan zowel om gegevens of de kernaanbevelingen uit de richtlijnen al dan niet zijn toegepast, als om gegevens over de wijze waarop de aanbevolen interventie is uitgevoerd. Deze laatste gegevens geeft een indruk welk deel van de cliënten die de aanbevolen behandeling kreeg, ook een optimale behandeling kreeg van de juiste intensiteit, duur, en dergelijke. Zonder systematisch onderzoek naar de modelgetrouwheid (*fidelity*) van de aanbevelingen uit de richtlijnen blijft een gewogen oordeel over de kwaliteit van de zorg lastig te geven. Bovendien is het ook niet mogelijk systematische verbeteringen op de zwakke punten in de naleving door te voeren. Zo weten we niet of huisartsen wel de juiste doseringen SSRI's voorschrijven, in hoeverre de psychotherapie voor mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis de juiste intensiteit heeft, of mensen met een angststoornis wel CGT met exposure krijgen, mits geïndiceerd. Zonder gegevens hierover is het niet goed mogelijk de kwaliteit van zorg systematisch te verbeteren. Totdat deze gegevens beschikbaar zijn, moeten de percentages van cliënten die de aanbevolen behandeling kreeg in dit artikel, gezien worden als een maximum van cliënten dat optimale zorg ontving.

Het onderzoek van Fenema et al. (2010) laat zien dat aan de hand van een set eenvoudige indicatoren een goed beeld verkregen kan worden over de mate van modelgetrouwheid van kernaanbevelingen per richtlijn. Betrouwbare gegevens over de toepassing van de richtlijnen van de eigen instelling zullen zeker het urgentiebesef versterken. Professionals en instellingen kunnen – ondersteund door beroepsorganisaties – regionaal of in netwerken deze gegevens verzamelen en onderling uitwisselen. In de somatiek zijn er inmiddels met succes dergelijke netwerken ontstaan, ondermeer in de oncologische zorg, de zorg voor cliënten met Parkinson en in de zorg voor aandoeningen van het bewegingsapparaat (Burgers et al., 2011). Met de komst van Routine Outcome Monitoring (ROM) systemen (Beurs et al., 2007) moet het haalbaar zijn om over de tijd betrouwbare gegevens over de toepassing van richtlijnen te verzamelen en vervolgens in professionele netwerken met elkaar uit te wisselen. Op basis van goede data kunnen managers de zorg die nodig is om te voldoen aan professionele standaarden beter organiseren. Professionals worden uitgedaagd om regelmatig bij te scholen in het toepassen van interventies die er toe doen. Dat kan de sector en de beroepsgroepen alleen maar ten goede komen.

SUMMARY

From knowledge to action. Application of guidelines in mental health care
 Eleven multidisciplinary mental health guidelines have been developed since 1999. Limited systematic research has been done on the implementation of treatment guidelines in everyday practice. Results from the breakthrough projects for the guidelines schizophrenia, anxiety disorders, and depression give an impression of the degree of implementation. The results show that breakthrough projects have a positive impact on the implementation of guidelines. Care processes improve unmistakable, and evidence-based interventions are used more and better after such projects, than before. Nevertheless, a significant proportion of clients does not get the recommended treatment, receive it too late, or not in an optimal manner. The main barriers for applying psychotherapy are structural factors (insufficient psychotherapeutic capacity), organizational factors (lack of cooperation, too little time available, lack of support), and factors at the therapist level (insufficient knowledge and skills). Implementation efforts should focus on removing these obstacles. Finally, to improve the quality of care, and thus the use of effective interventions, reliable data on the implementation of guidelines are needed.

Key words: application of guidelines, mental health care, obstacles, psychotherapy

LITERATUUR

- Batelaan, N., & Penninx, B. (2011). Epidemiologie. In: Balkom, T. van, Oosterbaan, D., Visser, S., & Vliet, I. van. *Handboek Angststoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Beurs, E., & Zitman, F.G. (2007). Routine Outcome Monitoring. Het meten van therapie-effect in de klinische praktijk met webbased software. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 62:13-28.
- Burgers, J., Ouwens, M, Splunteren, P. van, & Øvretveit, J. (2011). *New perspectives on effective implementation of guidelines*. Nijmegen/Utrecht: IQ UMC Radboud en Trimbos-instituut.
- Duin, D. van, Franx, G., Van Wijngaarden, B., Van der Gaag, M., Slooff, C., & Wensing, M. (ter publicatie aangeboden). *Quality improvement in chronic mental healthcare in the Netherlands: results of the Schizophrenia Breakthrough Collaboratives A quality improvement report*.
- Fenema, E. van, Wee, N. van der, & Zitman, F., Richtlijnen in de behandelpraktijk. In: Balkom, T. van, Oosterbaan, D., Visser S., & Vliet I. van. (2010) *Handboek Angststoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Graaf, R. de, Ten Have, M., & Van Dorsselaer S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Grol, R., & Wensing, M. (2001). *Implementatie: Effectieve verandering in de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier.
- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients care. *The Lancet*, 362, 1225-1230.

- Havenaar, J., Splunteren, P. van, & Wennink, J. (red.) (2008). *Koersen op kwaliteit in de GGZ*. Assen: Van Gorcum.
- Hutschemaekers, G. (2010). *Wetten in de weg en praktische bezwaren, inaugurele rede*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Lindt, S. van de (2007). Bemoezorg in bange dagen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 5, 401-413.
- Sinnema, H., Franx, G., Spijker, J., Ruiters, M., Haastrecht, H. van, Verhaak, P.F.M., & Nuijen, J. Geboden zorg bij depressie en richtlijnaanbevelingen: aanknopingspunten voor het bevorderen van implementatie van richtlijnen. In: Nuijen J. (2010). *Trendrapportage GGZ 2010 Deel 3 Kwaliteit en effectiviteit* (blz. 129-153). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Smolders, M., Laurant, M., Verhaak, P., Prins, M., Marwijk, H., Penninx, B., Wensing, M., & Grol, R. (2009). Adherence to evidence-based guidelines for depression and anxiety disorders is associated with recording of the diagnosis. *Gen Hosp Psychiatry* 31(5):460-9.
- Splunteren, P. van, Bosch A. van den, Kok I., & Nuijen J. Implementatie van kennis: de impact van doorbraakprojecten in de GGZ. In: Nuijen J. (2010) *Trendrapportage GGZ 2010* (blz. 83-127). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Splunteren, P. van, Everdingen, J. van, Janssen, S. et.al. (2001). *Doorbreken met resultaten. Verbetering van de patiëntenzorg met de doorbraakmethode*. Assen: Van Gorcum.
- Tummers, L. (2011). De spagaat van de GGZ en manieren om er uit te komen. *ZMMagazine*, 5, 12-14.
- Verburg, H. van, Laport, R., & Boerema, I. (2008). Hebben zorgprogramma's de praktijk verder geholpen? In J. Havenaar, P. van Splunteren & J. Wennink (red.). *Koersen op kwaliteit in de GGZ*. Assen: Van Gorcum.
- Weeghel, J. van (2010), *Verlangen naar volwaardig burgerschap; maar wat doen we in de tussentijd?* Oratie. Tilburg: Universiteit van Tilburg.