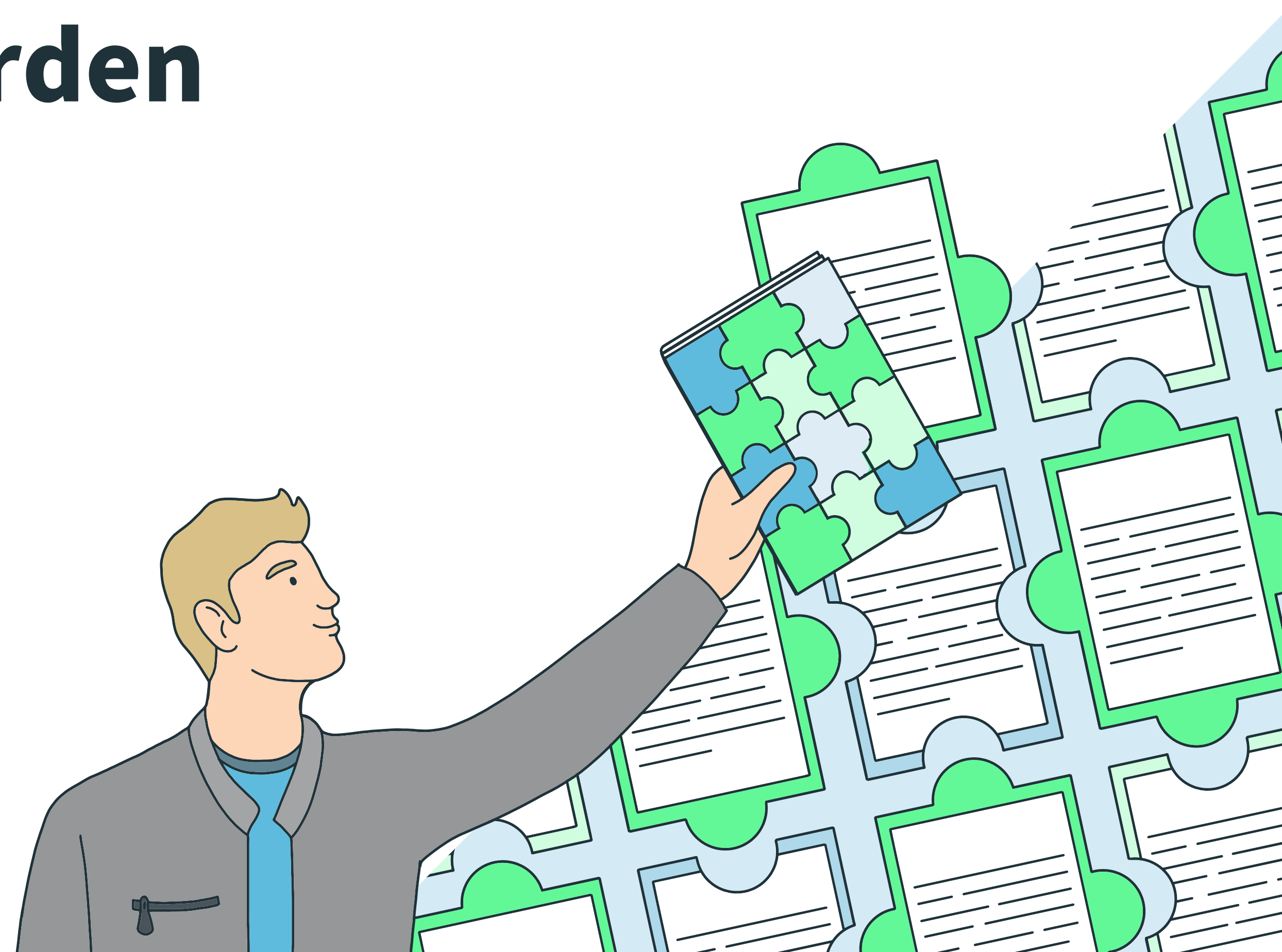


# Uitkomsten onderzoek gebruik zorgstandaarden in de praktijk

Samenvatting →

**Akwa**  
**GGZ** Alliantie kwaliteit  
Geestelijke  
Gezondheidszorg

de  
Nederlandse  
ggz



59 teams 1000 ggz-professionals

# Samenvatting en conclusies

## Inleiding

Er is een uitgebreide set van kwaliteitsstandaarden voor de ggz maar er is weinig bekend over het gebruik ervan in de praktijk. Daarom hebben Akwa GGZ en de Nederlandse ggz van mei 2021 tot maart 2022 bij 1.000 ggz-professionals in 59 teams de praktische ervaring met een vijftal zorgstandaarden onderzocht. Er is in kaart gebracht waar de standaarden goed aansluiten op de praktijk, waar knelpunten zitten en welke specifieke ondersteuning professionals nodig hebben.

Het onderzoek heeft zich gericht op het gebruik van de zorgstandaarden: ADHD, Angst, Bipolaire stoornissen, Persoonlijkheidsstoornissen en Psychose. De zorgstandaarden in de ggz hebben een door patiënten, naasten en professionals gezamenlijk geformuleerde visie

op zorg als basis. Ook de algemene thema's hieruit, samen beslissen, betrekken van naasten, herstelondersteuning en evalueren zijn meegenomen in het onderzoek. Er zijn verschillende type teams, poliklinisch en (F)ACT, betrokken bij het onderzoek door middel van een online enquête en verdiepende interviews.

In de online enquête gaven teams aan welke zorg zij in hun aanbod hebben, welke behandelingen zij uitvoeren en welke knelpunten zij ervaren. De in de enquête benoemde knelpunten zijn in interviews verder uitgediept. Alle deelnemende teams hebben een terugkoppeling ontvangen met hun eigen antwoorden en hoe deze zich verhouden tot andere teams.

## Uitkomsten onderzoek

### Thema's

#### *Samen beslissen, betrekken naasten, herstelondersteuning*

Samen beslissen, het betrekken van naasten, persoonlijk, maatschappelijk en sociaal herstel zijn onderdeel van de visie op zorg. Betrokken teams blijken veel aandacht te hebben voor deze thema's, maar bij de uitvoering ervan zijn veel verschillen tussen én binnen teams. Zo ziet twee derde van de teams verbetermogelijkheden voor samen beslissen en heeft zichzelf hiervoor doelen gesteld.

Het lijkt voor veel teams een knelpunt om van visie naar beleid en vervolgens naar toepassen in de praktijk te komen.

Ze wensen met name ondersteuning om beleid over herstelondersteuning te vertalen naar de dagelijkse praktijk. Bij sommige teams wordt beleid gemist binnen de organisatie of ze zijn niet op de hoogte van het beleid en kiezen vervolgens hun eigen weg.

De visie op zorg benoemt het belang van herstelondersteuning, het betrekken van naasten en samen beslissen als basisattitude door de gehele behandeling heen. In de praktijk benadert een deel van de teams dit juist procesmatig. Zij zetten het niet in als basisattitude, maar optimaliseren het proces en integreren samen beslissen of herstel als stap binnen het zorgproces. Veel teams erkennen het belang van het betrekken van naasten. Zij benoemen vooral handelingsverlegenheid en uitvoeringsvraagstukken als knelpunten.

Hoe betrek ik naasten als de patiënt dat niet wil? Hoe wordt de inzet van naasten gefinancierd? Ook wensen teams ondersteuning bij de inzet van ervaringsdeskundigen. Hoewel de zorgstandaard aanbeveelt ervaringsdeskundigen in te zetten voor naasten- en herstelondersteuning gebeurt dit in de praktijk nog weinig.

#### *Evalueren als onderdeel van de behandeling*

Evalueren wordt bij de meeste teams periodiek en met een algemene structuur vormgegeven. Iets meer dan de helft van de teams geeft aan dat evalueren een aandachtspunt is. Dit is minder dan bij de andere algemene thema's. Teams zijn ook verdeeld over het belang van evalueren met vragenlijsten. Een deel van de teams vindt het belangrijk om de behandeling op deze manier te evalueren. Zij vinden dat het bijdraagt aan de kwaliteit van zorg en merken dat de patiënt het waardeert als uitkomsten besproken worden. Een ander deel ziet het meer als een verplichting. Niet alle teams gebruiken vragenlijsten of bespreken de uitkomsten met de patiënt. Die verschillen zijn er ook binnen teams. Teams die benoemen dat evalueren een aandachtspunt is, geven aan evalueren beter in

te willen zetten om de behandeling bij te sturen of af te sluiten.

#### **Zorgstandaarden**

##### *Zorgstandaarden en behandelingen*

Behandeling en behandelinterventies zijn in de meeste zorgstandaarden opgebouwd uit een aantal componenten. Meer preventieve en lichte interventies, zoals psycho-educatie, die vaak opgevolgd worden door meer zware interventies zoals psychotherapeutische, medicamenteuze of psychosociale interventies of een combinatie daarvan.

Algemene bevindingen:

- Zorgstandaarden met een duidelijke, stapsgewijze structuur lijken makkelijker toe te passen in de praktijk. Het zorgproces en de organisatie van zorg zijn dan eenvoudiger in te richten.
- Lichtere interventies worden regelmatig niet ingezet op verzoek van de patiënt.
- Psycho-educatie krijgt binnen de behandeling en de organisatie niet altijd de aandacht die het volgens de betreffende zorgstandaard verdient.

- Het merendeel van de patiënten stroomt na het doorlopen van lichtere interventies door naar psychotherapie en/of medicamenteuze behandeling. Stoppen van de behandeling na lichtere interventies omdat er voldoende effect is bereikt, komt in de praktijk niet vaak voor.
- Het zorgaanbod is in theorie vaak compleet maar kan door capaciteitsproblematiek niet aan alle patiënten gegeven worden.

Opvallende uitkomsten per zorgstandaard:

- Bij behandeling van ADHD wijkt de helft van de teams af van het advies om te starten met eenvoudige behandeling, in de vorm van Cognitieve Gedragstherapie (CGT) of Medicamenteuze behandeling. Deze teams starten met een combinatie van beide.
- Bij behandeling van Angst wordt soms met medicatie gestart als patiënten op de wachtlijst staan. De zorgstandaard beveelt aan om dit alleen te doen in overleg met een psychiater. Teams zien het starten met medicatie soms als knelpunt omdat andere interventies daardoor minder effectief zijn.
- Voor de behandeling van Persoonlijkheidsstoornissen zitten specifieke psycho-

therapieën bij alle teams goed in het zorgaanbod. Het aanbod generieke therapieën loopt achter op specifieke therapieën. Ook ervaren teams knelpunten op het gebied van capaciteit.

- Ondanks dat CGT bij vrijwel alle teams een onderdeel van het zorgaanbod is en in de zorgstandaard Psychose de voorkeursbehandeling is, wordt CGT bij het overgrote deel van patiënten met psychose niet systematisch toegepast.
- Het aanbod van optionele interventies voor de behandeling van patiënten met een psychose is ruim. Tegelijkertijd staat het aanbod van standaard interventies zoals CGT onder druk. Het ruime behandelingsaanbod vereist een brede kennis van teams en zij ervaren hierbij knelpunten.

#### **Overige uitkomsten**

##### *Organisatie van zorg en capaciteit*

- Capaciteit wordt door bijna alle teams als knelpunt genoemd. Er is gebrek aan personeel om goede zorg te kunnen leveren. Vacatures voor een bepaalde therapie of onvoldoende psychiateren leiden tot

interne wachtlijsten. Ook wordt er hierdoor gekozen voor andere of een andere volgorde van interventies dan in de zorgstandaard beschreven.

- Ondanks de beperkte capaciteit wordt er regelmatig aan verzoeken van de patiënt voldaan om “lichtere” interventies niet in te zetten. Ook worden soms gecombineerde behandelingen aangeboden, terwijl de zorgstandaard enkelvoudige behandeling adviseert.
- Groepsbehandelingen en eHealth worden gezien als mogelijke oplossingen voor de beperkte capaciteit. Teams zijn daarbij soms zoekende hoe zij dit concreet vorm kunnen geven.
- Veel professionals geven aan dat zij kennis missen over de te behandelen problematiek, behoefte hebben aan meer opleiding en training, en aan uitwisseling met andere teams.

### *Samenwerking*

Verschillende teams geven aan dat er vraagstukken liggen met betrekking tot samenwerking, tussen afdelingen en ook buiten de organisatie met de verwijzer of met het sociale

domein. Het in de zorgstandaard beschreven aanbod is regelmatig niet beschikbaar binnen het team en zou door meer samenwerking uitgebreid kunnen worden.

Samenwerking tussen poliklinieken en FACT-teams verloopt soms moeizaam. De noodzaak tot het bieden van integrale behandeling en de mogelijkheid dit vanuit verschillende afdelingen aan te bieden, sluit niet altijd op elkaar aan. Teams die zelf psychotherapie, psychosociale en medicamenteuze behandeling aanbieden, lukt dit beter dan teams die dit in samenwerking met een andere teams of afdelingen moeten organiseren. Soms ontstaat er een ongewenste situatie omdat het eenvoudiger is iemand terug te verwijzen naar de huisarts, dan door te verwijzen binnen de eigen organisatie. Ook kan het voorkomen dat patiënten door capaciteitsproblemen bij bijvoorbeeld de POH-GGZ eerder worden doorverwezen naar de ggz. Verschillende vormen van psychotherapie zijn niet altijd beschikbaar omdat deze niet worden aangeboden binnen het team of omdat er een interne wachtlijst is. Dit leidt er soms toe dat de patiënt een andere therapie aangeboden krijgt.

### *Praktijkvariatie*

De keuze voor bijvoorbeeld het betrekken van naasten, het inzetten van vragenlijsten voor het evalueren van de behandeling of het kiezen voor een combinatiebehandeling bij ADHD is per team zeer verschillend. Teams verschillen hierin onderling en ook binnen teams is de mate waarin de behandelaar het van belang vindt van invloed op de keuze die gemaakt wordt. Ook de keuze van de patiënt speelt hierin een belangrijke rol.

### **Aandachtspunten voor de doorontwikkeling van standaarden**

Standaarden die concreet omschrijven wat goede zorg is, lijken makkelijker te volgen en ondersteunend te zijn aan de praktijk. Ook helpt het als dit vanuit de organisatie wordt ondersteund met een concreet omschreven beleid.

Het concreter maken van zorgstandaarden en het uitschrijven van het zorgproces in heldere stappen kan bijdragen aan betere aansluiting bij de praktijk. Extra aandacht in de zorgstandaarden voor evaluatie en afsluiting als onderdeel van de behandeling kan professionals ondersteunen.

### **Aandachtspunten voor het gebruik van standaarden in de praktijk**

Er is ondersteuning nodig om samen beslissen, betrekken van naasten en herstelgericht werken als basisattitude te integreren. Training en scholing, bijvoorbeeld een training over hoe je naasten betrekt, kan helpen bij handelingsverlegenheid. Een continue bewustwording van triadisch werken met focus op het creëren van herstel is van belang. Het verkleinen van het kennistekort of specialistische zorg meer concentreren op één plek kan zorgen voor meer benodigde kennis op de plaats van de behandeling. Teams willen graag van elkaar leren en kunnen elkaar hierin ondersteunen.

**Bekijk rapport**