

Henny Sinnema, Gerdien Franx, Hedda van 't Land

 Trimbos
instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Trendrapportage GGZ 2009

Multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ

Themarapportage



20
09

Tendrapportage GGZ 2009

Multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ

Zicht op factoren die van invloed zijn op het gebruik
en maatregelen om het gebruik te stimuleren

Themarapportage in het kader van de Tendrapportage GGZ,
deelterrein 3: Kwaliteit en effectiviteit

Colofon

Opdrachtgever
Ministerie van VWS

Financiering
Ministerie van VWS

Projectleiding
Dr. H. van 't Land

Projectuitvoering
Drs. H. Sinnema
Drs. G. Franx
Dr. H. van 't Land

Data-analyse
Dr. H. van Haastrecht

Eindredactie
Dr. H. van 't Land

Review
Drs. G. Franx
Mr. M.O. Samuels

Met medewerking van
Dr. A.M.P. Huiberts

Productiebegeleiding
L. Groeneveld

Opmaak en druk
Ladenius Communicatie BV, Houten

ISBN 978-90-5253-651-4

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl, onder vermelding van artikelnummer **AF0921**.
U krijgt een factuur voor de betaling.

© 2009, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Trimbos Instituut.

Inhoudsopgave

	Voorwoord	5
1	Inleiding	7
1.1	Aanleiding	7
1.2	Doelstelling en onderzoeksvragen	8
1.3	Onderzoeksmethode	9
1.4	Opbouw rapport	15
2	Resultaten literatuurstudie	17
2.1	Overzicht van factoren	17
2.2	Kenmerken van multidisciplinaire richtlijn	17
2.3	Individuele factoren (patiënt en hulpverlener)	18
2.4	Sociale omgevingsfactoren	19
2.5	Organisatorische factoren	19
2.6	Maatschappelijke factoren	20
3	Resultaten digitale enquête en kwalitatieve interviews	21
3.1	Kenmerken van de multidisciplinaire richtlijn	21
3.2	Factoren gerelateerd aan de hulpverlener	25
3.3	Factoren gerelateerd aan de patiënt	32
3.4	Factoren gerelateerd aan de sociale omgeving	33
3.5	Organisatorische factoren	37
3.6	Maatschappelijke factoren	38
4	Conclusie en aanbevelingen	41
4.1	Beperkingen	41
4.2	Conclusies	41
4.3	Aanbevelingen	43
	Bijlage 1 Digitale vragenlijst	47
	Bijlage 2 Resultaten kwalitatieve interviews	65
	Referenties	71

Voorwoord

In 2007 verzocht het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het Trimbos-instituut een periodieke, landelijke rapportage op te stellen over de voor het overheidsbeleid relevante ontwikkelingen op het gebied van de geestelijke gezondheid en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Deze *Tendrapportage GGZ* moeten zicht bieden op de actuele stand van zaken en recente ontwikkelingen en trends, maar ook op achtergronden van de gesignaleerde ontwikkelingen. De tendrapportage GGZ vervult daarmee een driedelige functie (signaleren, analyseren en evalueren) en richt zich op de volgende drie deelterreinen:

1. Organisatie, structuur en financiering
2. Toegang en zorggebruik
3. Kwaliteit en effectiviteit

Deze deelterreinen bestrijken respectievelijk de voorwaarden, het proces en de uitkomsten van het GGZ-systeem. Ook sluiten de deelterreinen aan bij de drie kerntaken van de overheid met betrekking tot de zorg (duurzaamheid, toegankelijkheid, kwaliteit) en bij de belangrijkste beleidsdoelstellingen zoals die zijn verwoord in de Beleidsvisie GGZ van het Ministerie van VWS (2006). In een tweejaarlijkse cyclus worden over elk van deze deelterreinen overzichtsrapportages geschreven. In de tussenliggende jaren verschijnen verdiepende *themarapportages* rond specifieke subthema's binnen de drie deelterreinen.

Kwaliteit en effectiviteit

De voor u liggende themarapportage heeft betrekking op deelterrein 3 'Kwaliteit en effectiviteit'. Kwaliteit van zorg is een speerpunt van het beleid van het ministerie van VWS. Het streven van de overheid is veilige zorg op kwalitatief hoog niveau, klantgericht, met voldoende keuzemogelijkheden en met duidelijke rechten en plichten voor iedereen. Er is sprake van kwalitatief goede zorg als de zorg zoveel mogelijk is toegesneden op de individuele behoeften van de cliënt (cliëntgericht), effectief en veilig is.

In de Tendrapportage GGZ 2008, Deel 3 'Kwaliteit en effectiviteit', werd een overzicht gegeven van kwaliteitsinterventies en -instrumenten in de praktijk van de GGZ. Onder andere wordt de laatste stand van zaken beschreven rondom de multidisciplinaire richtlijnen voor de GGZ (Tendrapportage GGZ, 2008). Aangegeven werd dat er over het gebruik van de multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ nauwelijks gegevens beschikbaar zijn. Naar aanleiding hiervan verzocht het Ministerie van VWS het Trimbos-instituut om een overzicht te maken van factoren die van invloed zijn op het gebruik van de multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ en handvatten aan te reiken hoe het gebruik gestimuleerd kan worden. In de voor u liggende themarapportage wordt deze informatie gepresenteerd.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) in de periode van 2000 tot 2008 zeven multidisciplinaire richtlijnen voor de GGZ en twee addenda uitgegeven. Drie richtlijnen en één addendum verschijnen in de loop van 2009 (Tabel 1.1). Richtlijnen zijn systematisch ontwikkelde aanbevelingen bedoeld om hulpverleners en patiënten te helpen bij het nemen van beslissingen over de gewenste zorg bij concrete gezondheidsproblemen (Gezondheidsraad, 2000). Bij het maken van richtlijnen wordt gebruik gemaakt van kennis die via wetenschappelijk onderzoek is opgedaan, kennis van hulpverleners en ervaringskennis van patiënten en hun omgeving. In een addendum wordt aangegeven of, en zo ja in welk opzicht, de diagnostiek, behandeling en begeleiding van specifieke subgroepen (zoals jongeren of ouderen) met depressie en angst aanpassingen vergen ten opzichte van de aanbevelingen in de algemene multidisciplinaire richtlijn voor volwassenen.

Uit literatuur en praktijk is bekend dat hulpverleners lang niet altijd gebruik maken van de multidisciplinaire richtlijnen voor de GGZ. Gevolg is dat de aanwezige kennis in de richtlijnen over diagnostiek, behandeling en begeleiding van mensen met angst of depressie in de praktijk minder vaak toegepast wordt dan gewenst (Tiemeier e.a., 2002; Grol & Wensing, 2006; Balkom & Oosterbaan, 2008). Uit onderzoek blijkt dat van patiënten met een angststoornis of depressieve stoornis 57 procent in de tweede lijn en 23 procent in de eerste lijn een behandeling conform de multidisciplinaire richtlijnen voor de GGZ krijgen (Fernández e.a., 2007). Dat lang niet alle patiënten met angst of depressie een behandeling conform de richtlijnen krijgen, hangt samen met diverse factoren (Peters e.a., 2003; Smolders e.a., 2006; Francke e.a., 2008; Leentjens & Burgers, 2008; Grol, 2008). In dit onderzoek wordt een overzicht gegeven van de factoren die in de Nederlandse GGZ een rol spelen en worden maatregelen op een rij gezet die het gebruik van de multidisciplinaire richtlijnen kunnen stimuleren.

Tabel 1.1 Overzicht van uitgebrachte en nog te publiceren multidisciplinaire richtlijnen onder auspiciën van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ

Stoornis	Richtlijn	Samenvatting	Cliëntversie
Angststoornissen	2003	2005	2005
Depressie	2005	2005	2005
Schizofrenie	2005	2005	2008
ADHD bij kinderen en jeugdigen	2005	2007	2008
Eetstoornissen	2006	2008	-
Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen	2007	-	-
Persoonlijkheidsstoornissen	2008	2008	-
Problematisch drugsgebruik	2010	2010	-
Huiselijk geweld	2009	2009	-
Somatoforme klachten en stoornissen	2009	2009	-
Addendum Ouderen bij richtlijn Depressie	2008	-	-
Addendum Jongeren bij richtlijn Depressie	2009	-	-
Addendum Ouderen bij richtlijn Angststoornissen	2008	-	-

1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

Doelstellingen

Doel van dit onderzoek is zicht te krijgen op factoren die van invloed zijn op het gebruik van de multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ en maatregelen op een rij te zetten die het gebruik van de multidisciplinaire richtlijnen kunnen stimuleren.

Onderzoeksvragen

Antwoord wordt gegeven op de volgende onderzoeksvragen:

- In hoeverre worden de multidisciplinaire richtlijnen gebruikt?
- Welke factoren zijn van invloed op het gebruik van de multidisciplinaire richtlijnen?
- Welke maatregelen zijn nodig om het gebruik van de multidisciplinaire richtlijnen te stimuleren?

Het onderzoek richt zich op de richtlijnen Angststoornissen, Depressie en Schizofrenie. Deze drie richtlijnen zijn reeds in 2003-2005 ontwikkeld. Angststoornissen en depressie komen verhoudingsgewijs het meest voor in de algemene bevolking.

1.3 Onderzoeksmethode

Om antwoord te geven op bovenstaande onderzoeksvragen, zijn in dit onderzoek de volgende activiteiten uitgevoerd:

1. Uitvoeren literatuurstudie
2. Afname digitale enquête
3. Afname telefonische interviews

Ad 1) Literatuurstudie

Een literatuursearch vond plaats in de bibliografische bestanden PsycINFO en PubMed. Gezocht werd naar Engelstalige literatuur over beïnvloedende factoren bij het toepassen van richtlijnen door gezondheidszorg professionals, specifiek bij professionals in de eerste- en tweedelijns GGZ. Hierbij werden de volgende zoekstrategieën gebruikt:

- PubMed: "Practice Guidelines as Topic"[Mesh] AND implement*[ti] AND (MM Mental Disorders OR psychiatr*[ti]) AND (adher* OR barrier* OR compli* OR appli* OR apply* OR strateg*) AND (("2004"[PDat]:"3000"[PDat]) AND (Humans[Mesh]) AND (English[lang])).
- PsycINFO (via EBSCO): MM "Treatment Guidelines" and ti implement* and (adher* OR barrier* OR compli* OR appli* OR apply* OR strateg*) ; Limiters - Publication Year from: 2004-; English.

De literatuur werd vervolgens handmatig gescreend. Een belangrijke bron voor dit onderzoek bleek een systematische meta-review van Francke e.a. (2008) te zijn. In deze meta-review zijn de volgende twaalf onderzoeken beschreven:

1. Bauer MS: A review of Quantitative studies of adherence to mental health clinical practice guidelines. *Harv Rev Psychiatry* 2002, 10:138-153.
2. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, *et al.*: Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999, 282:1458-1465.
3. Davies J, Freemantle N, Grimshaw J, Hurwitz B, Long A, Russell IT, *et al.*: Implementing clinical practice guidelines: Can guidelines be used to improve clinical practice? *Effective Health Care Bulletin* 1994, 1:1-12.
4. Davis DA, Taylor-Vaisey A: Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ* 1997, 157:408-416.
5. Grilli R, Lomas J: Evaluating the message: the relationship between compliance rate and the subject of a practice guideline. *Med Care* 1994, 32:202-213.
6. Grimshaw J, Eccles M, Thomas R, Maclennan G, Ramsay C, Fraser C, *et al.*: Toward evidence-based quality improvement. Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998. *J Gen Intern Med* 2006, 21(Suppl 2):S14-S20 & Grimshaw JM, Thomas RE, Maclennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, *et al.*: Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004, 8:iii-72.

7. Gross PA, Pujat D: Implementing practice guidelines for appropriate antimicrobial usage: a systematic review. *Med Care* 2001, 39:II55-II69.
8. Sachs M: [Successful strategies and methods of nursing standards implementation]. *Pflege* 2006, 19:33-44
9. Saillour-Glenisson F, Michel P: [Individual and collective facilitators of and barriers to the use of clinical practice guidelines by physicians: a literature review]. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2003, 51:65-80.
10. Simpson SH, Marrie TJ, Majumdar SR: Do guidelines guide pneumonia practice? A systematic review of interventions and barriers to best practice in the management of communityacquired pneumonia. *Respir Care Clin N Am* 2005, 11:1-13.
11. Thomas L, Cullum N, McColl E, Rousseau N, Soutter J, Steen N: Guidelines in professions allied to medicine. *Cochrane Database Syst Rev* 1999:CD000349.
12. Toohar R, Middleton P, Babidge W: Implementation of pressure ulcer guidelines: what constitutes a successful strategy? *J Wound Care* 2003, 12:373-2.

Via de sneeuwbalmethode^a werd vervolgens op zoek gegaan naar aanvullende studies. De literatuurstudie maakte duidelijk dat het merendeel van het onderzoek op dit vlak zich richt op de somatische zorg. Slechts een beperkt aantal had betrekking op de GGZ. Twee publicaties zijn in dit opzicht het vermelden waard:

- In 2004 werd een kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar factoren die van invloed zijn op het gebruik van de multidisciplinaire richtlijnen voor de GGZ (Franx e.a., 2004). Dit onderzoek werd uitgevoerd vóór het verschijnen van de eerste GGZ-richtlijnen.
- In 2006 werd een onderzoek uitgevoerd naar factoren die van invloed zijn op het handelen van hulpverleners conform de multidisciplinaire richtlijnen Angststoornissen en Depressie (Smolders e.a., 2006). Dit onderzoek werd uitgevoerd na het verschijnen van de multidisciplinaire richtlijnen Angststoornissen en Depressie.

Ad 2) Digitale enquête

Een vragenlijst werd ontwikkeld om vast te stellen welke factoren van invloed zijn op het richtlijngebruik binnen de GGZ (zie Bijlage 1 voor de vragenlijst). Input voor de vragenlijst vormden de resultaten van een literatuurstudie en gesprekken met experts^b op het gebied van richtlijnontwikkeling en implementatie. De vragenlijst werd digitaal afgenomen. Naast algemene informatie over geslacht, discipline, lidmaatschap beroepsvereniging, werkzaamheden en deelname aan verbeterprojecten werd respondenten gevraagd om op een vijfpuntsschaal - variërend van 1) 'zeer mee oneens' tot 5) 'zeer mee eens' - aan te geven in welke mate zij het eens waren met uitspraken die betrekking hadden op de multidisciplinaire richtlijnen voor de GGZ (zoals over de lay-out,

a Bij de sneeuwbalmethode wordt gebruik gemaakt van een top down zoektechniek. Gestart wordt op een algemeen niveau, bijvoorbeeld een handboek of meta-review, om te kijken wat er over een onderwerp bekend is. Vervolgens wordt dieper op een onderwerp ingegaan door referenties te raadplegen die in de literatuurverwijzingen van een handboek of meta-review worden genoemd. Van deze boeken worden wederom de literatuurverwijzingen geraadpleegd etc.

b Experts: Drs. Eva Fischer, Drs. Gerdien Franx, Dr. Marleen Hermens, Drs. Jolanda Meeuwissen, Dr. Jan Spijker, Prof. Dr. Jan Swinkels.

de inhoud, bezit en kennis). Daarnaast werd een beperkt aantal open vragen gesteld. De open en gesloten vragen hadden betrekking op de volgende onderwerpen:

- De richtlijn (9 items)
- De hulpverlener (50 items)
- De patiënt (6 items)
- De sociale omgeving (13 items)
- De organisatie (3 items)
- De maatschappij (2 items)

Steekproef

In totaal werd aan 1526 professionals een digitale enquête gestuurd (1277 leden van 5 beroepsverenigingen en 249 oud-deelnemers aan Doorbraakprojecten).

De selectie van respondenten vond als volgt plaats. De beroepsverenigingen Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) en de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB)^c werd gevraagd 170 leden te selecteren.^d Deze selectie diende *at random* plaats te vinden. Om vast te stellen of deelname aan Doorbraakprojecten een positief effect heeft op het gebruik van de multidisciplinaire richtlijnen, werden tevens aselect 249 oud-deelnemers aan de Doorbraakprojecten Depressie, Angststoornissen en Schizofrenie geselecteerd.^e Het Trimbos-instituut verzorgde de verzending van de digitale vragenlijst aan leden van het NIP en de oud-deelnemers aan Doorbraakprojecten. De NVvP, NVP, V&VN en FVB verzorgden de verzending van de digitale enquête aan de door hen geselecteerde leden. De NVvP, het NIP en de NVP stuurden de digitale enquête ieder aan 170 leden. De V&VN stuurde de enquête aan 530 leden, verspreid over 5 afdelingen (GGZ- verpleegkunde, Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (SPV), Verpleegkundig Specialist GGZ, Consultatief verpleegkundigen, Adviesradennetwerk GGZ). De FVB stuurden de digitale enquête aan 237 leden (55 Beeldend-, 39 Drama-, 24 Muziek-, 6 Dans- en 55 Psychomotorisch therapeuten en 58 vaktherapeuten werkzaam met patiënten met angststoornissen, depressie en schizofrenie).

Respons

In totaal stuurden 406 respondenten de ingevulde digitale enquête retour, een respons van 27 procent (zie Hoofdstuk 4 voor een bespreking van de implicaties van de respons).

-
- c In nauw overleg met het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), die de richtlijnen Angststoornissen en Schizofrenie mede hebben geautoriseerd, werd besloten de vragenlijst niet voor te leggen aan leden van de NHG. Huisartsen maken vooral gebruik van de NHG standaard en minder van de multidisciplinaire richtlijnen.
- d Uitgaande van 6 prognostische factoren (richtlijn, hulpverlener, patiënt, sociale omgeving, organisatie, maatschappij) volstaat een aantal van 170 respondenten per beroepsgroep ($N=100+10 \times 6$ predictoren + 10 (voor het intercept); Long, 1997).
- e Voor de implementatie van richtlijnaanbevelingen voert het Trimbos-instituut sinds 2004 Doorbraakprojecten uit. Doorbraakprojecten zijn bedoeld om de kwaliteit, veiligheid en efficiëntie in de zorg te verbeteren (Franx e.a., 2006).

Diverse acties werden ondernomen om de respons te verhogen. In de maanden november en december 2008 werden maximaal drie rappels verstuurd met het verzoek aan leden, die de digitale enquête nog niet ingevuld hadden, dit alsnog te doen. De respons onder de leden van de NVvP bedroeg 33 procent, het NIP 52 procent, de NVP 34 procent, de V&VN 22 procent en de FVB 26 procent. Eenendertig procent van de respondenten had deelgenomen aan een Doorbraakproject; van deze groep was een aantal lid van een beroepsvereniging (23 procent was lid van de NVvP, 22 procent van de NVP, 23 procent van het NIP, 22 procent van de V&VN en 2 procent van de FVB).

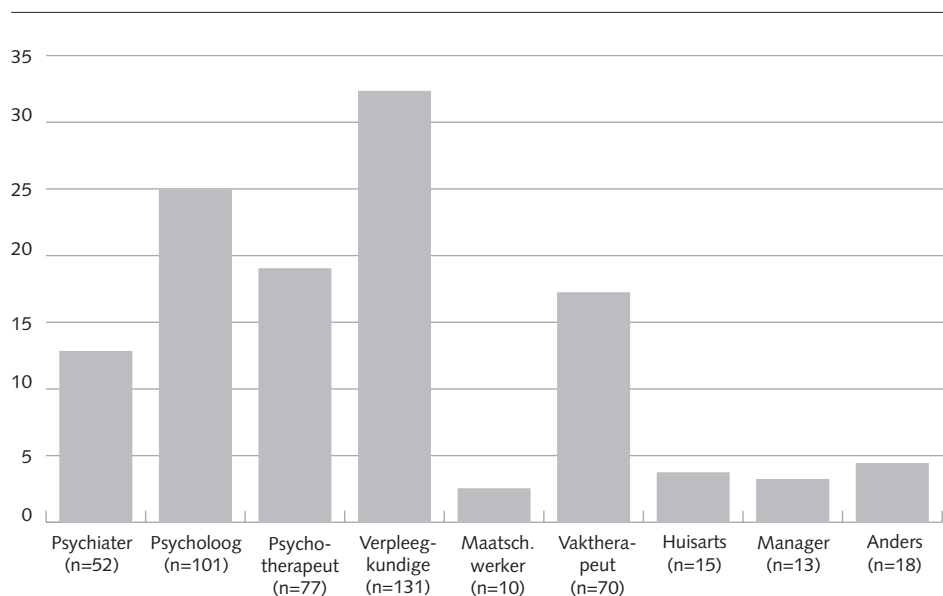
Kenmerken

Ongeveer tweederde van de respondentgroep was vrouw (61 procent). De gemiddelde leeftijd was 46 jaar, variërend van 22 tot 70 jaar. Ruim de helft werkte in de tweedelijns GGZ (52 procent). De respondenten hadden gemiddeld 19 jaar ervaring met het werken met patiënten met psychische stoornissen. Zij werkten gemiddeld 32 uur per week en zagen gemiddeld 21 patiënten per week. Ruim tweederde hield zich uitsluitend met directe patiëntenzorg bezig (63 procent), een derde deed daarnaast ook management en/of beleidstaken en/of onderzoek (32 procent). Slechts 5 procent deed uitsluitend management en/of beleidstaken en/of onderzoek.

Discipline

In Grafiek 1.1 wordt een overzicht gegeven van de respons per discipline. De grafiek geeft een indruk van de vertegenwoordiging van de verschillende disciplines in dit onderzoek; ruim een derde van de respondenten was verpleegkundige, gevolgd door psychologen (kwart), psychotherapeuten (een vijfde), vaktherapeuten, psychiaters, huisartsen en managers.

Grafiek 1.1 Respons per discipline, in procenten

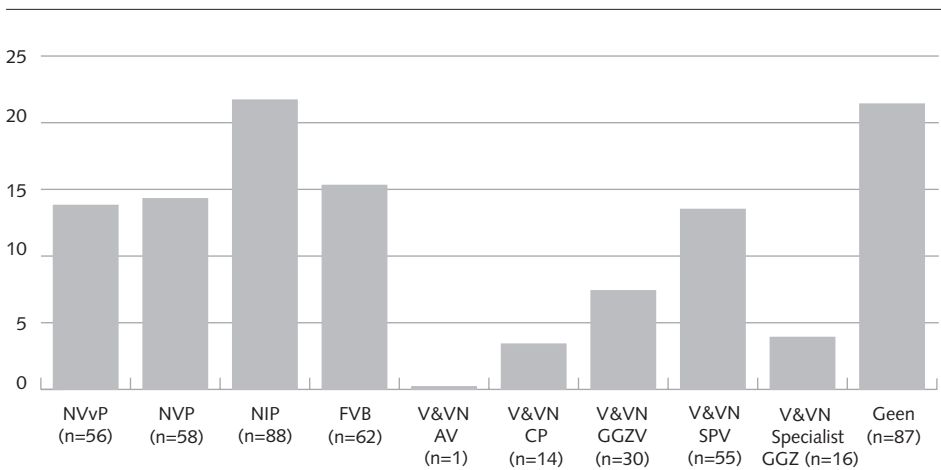


* Respondenten in de categorie 'anders' zijn: directiesecretaresse, ervaringswerker, onderzoeker, gezondheidswetenschapper, preventiefunctionaris, adviseur, trainer pubers met taakstraf, trajectbegeleider, verplegingswetenschapper, vo beroepsinnovatie, opleider psychodrama, wetenschappelijk onderzoeker/opleider vaktherapie, woonbegeleidster, in de ziektewet, kwartiermaker, groepsleider.

Beroepsvereniging

In Grafiek 1.2 wordt een overzicht gegeven van de respons per beroepsvereniging. De grafiek geeft een indruk van de vertegenwoordiging van de verschillende beroepsverenigingen in dit onderzoek. Ruim drie kwart van de respondenten was aangesloten bij een beroepsvereniging (79 procent). Ruim een vijfde (22 procent) was lid van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), 15 procent van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB), 14 procent van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP) en 14 procent van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP).

Grafiek 1.2 Respondenten per beroepsvereniging, in procenten



NVvP = Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

NVP = Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie

NIP = Nederlands Instituut van Psychologen

FVB = Federatie Vaktherapeutische Beroepen

V&VN AV = Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland afdeling Adviesradennetwerk GGZ

V&VN CP = Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland afdeling Consultatief Verpleegkundigen

V&VN GGZV = Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland afdeling GGZ Verpleegkunde

V&VN SPV = Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland afdeling Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen

V&VN Specialist GGZ = Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland afdeling Verpleegkundig Specialist GGZ

Geen = geen lid van één van de genoemde beroepsverenigingen

Ad 3) Kwalitatieve interviews

Kwalitatieve interviews werden afgenomen bij bestuurders van de beroepsverenigingen NVvP, NVP, NIP, V&VN en het NHG, die betrokken waren bij richtlijnontwikkelingen in de GGZ. De interviews hadden tot doel om de visie van de beroepsverenigingen en hun leden op het gebruik en de implementatie van de multidisciplinaire richtlijnen voor de GGZ in kaart te brengen. Voorafgaand aan het interview werden de beroepsverenigingen telefonisch op de hoogte gesteld van het onderzoek. Een afspraak werd gemaakt met één bestuurder voor een interview. In totaal werden vier bestuurders telefonisch en één face-to-face geïnterviewd. Aan de bestuurders werd gevraagd hun mening te geven over het gebruik van de multidisciplinaire richtlijnen in het veld en op welke manier zij de implementatie van de richtlijnen binnen hun instelling/organisatie stimuleren. Gevraagd werd tevens op welke manier de implementatie en het gebruik van de richtlijnen in de toekomst gestimuleerd zouden kunnen worden.

1.4 Opbouw rapport

Deze rapportage bestaat, naast deze inleiding, uit 3 hoofdstukken. In hoofdstuk 2 worden de resultaten gepresenteerd van de literatuurstudie. De resultaten van de digitale enquête afgenomen onder hulpverleners (psychiaters, psychotherapeuten, psychologen, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, vaktherapeuten) en de resultaten van de kwalitatieve interviews met bestuurders van de beroepsverenigingen worden beschreven in hoofdstuk 3. Tot slot wordt in hoofdstuk 4 een aantal conclusies en aanbevelingen op een rij gezet.

2 Resultaten literatuurstudie

2.1 Overzicht van factoren

In dit hoofdstuk worden factoren beschreven die van invloed blijken te zijn op het gebruik van de multidisciplinaire richtlijnen. Bij het bespreken van deze factoren wordt de volgende indeling gehanteerd (zie ook: Grol & Wensing, 2006):

1. Kenmerken van de multidisciplinaire richtlijn (bijvoorbeeld de lay-out)
2. Het individu (de patiënt, de professional, de manager of anderen die de richtlijn gebruiken)
3. De sociale omgeving (teams en netwerken van zorgverleners)
4. De organisatie (de organisatiestructuur, werkprocessen, communicatieprocessen en beschikbare middelen)
5. De maatschappij (het zorgsysteem, maatschappelijke of politieke ontwikkelingen die van invloed zijn op richtlijngebruik, zoals financiële prikkels, wet- en regelgeving)

2.2 Kenmerken van de multidisciplinaire richtlijn

Kenmerken van een richtlijn zijn van invloed op het gebruik. Richtlijnen die gemakkelijk te begrijpen en toe te passen zijn en waarvoor bij de toepassing geen specifieke middelen nodig zijn, hebben meer kans om gebruikt te worden (Francke e.a., 2008). Het gebruik wordt tevens gestimuleerd als richtlijnen *evidence-based* zijn (Francke e.a., 2008; Pagato e.a., 2007) en in termen van gedrag beschreven zijn (Michie & Lester, 2005). Samenvattend zijn de volgende kenmerken van een richtlijn van invloed zijn op het gebruik (Grol & Wensing, 2006):

- *De inhoud* (In hoeverre is een richtlijn *evidence-based*?)
- *De vorm* (In hoeverre kan de vorm van een richtlijn aangepast worden aan een specifieke situatie? Op welke wijze wordt een richtlijn aangeboden: digitaal, schriftelijk?)
- *De formulering* (In hoeverre is een richtlijn gemakkelijk te begrijpen en toegankelijk geschreven? Bestaan er samenvattingen?)
- *De lay-out* (In hoeverre is de opmaak van de richtlijn overzichtelijk?)

De multidisciplinaire richtlijnen voor de GGZ zouden op een aantal punten minder toegankelijk zijn (zie Smolders e.a., 2006 voor een uitgebreid overzicht):

- De beslisbomen zouden onvoldoende richting geven (richtlijn Angststoornissen)
- De volgorde van werken bij het medicamenteuze beleid zou onduidelijk zijn bij de richtlijnen Angststoornissen en Depressie
- De richtlijnen zouden te omvangrijk zijn om in de praktijk te gebruiken
- Niet duidelijk beschreven zou zijn voor welke discipline aanbevelingen gelden
- De aanbevelingen zouden gebaseerd zijn op selectieve onderzoeksresultaten

- De inhoud zou mede bepaald zijn door de farmaceutische industrie
- De richtlijnen zouden vooral voorzien in symptomatische behandeling en niet in de behandeling van de onderliggende psychische problematiek
- Protocolair beschreven behandelvormen zouden ontbreken

2.3 Individuele factoren (patiënt en hulpverlener)

Patiënt

Factoren gerelateerd aan de patiënt zijn ook van invloed op het gebruik van een richtlijn. Lang niet alle patiënten willen conform een multidisciplinaire richtlijn behandeld worden, bijvoorbeeld omdat de aanbevelingen niet overeenstemmen met de behandelvoorkeur. Sommige patiënten voelen weerstand, maar ook schaamte en/of angst voor stigmatisering (Smolders e.a., 2006). De houding van patiënten ten aanzien van het gebruik van richtlijnen heeft invloed op de motivatie van hulpverleners om gebruik te maken van richtlijnen (Grol & Wensing, 2006). Zo kunnen hulpverleners besluiten om de aanbeveling in de richtlijn niet op te volgen om conflicten met patiënten te vermijden (Grol & Wensing, 2006). Ook gebeurt het dat huisartsen, om de patiënt gerust te stellen, somatische diagnostiek aanvragen of preventief onderzoek verrichten, terwijl dit niet nodig is, of dit juist niet doen, terwijl het wel nodig is; onderzoek laat zien dat de kans op een medicatievoorschrift drie keer hoger is als de patiënt een voorschrift had verwacht en tien keer hoger wanneer de arts dacht dat de patiënt een voorschrift verwachtte, ongeacht of deze inschatting correct was (Grol & Wensing, 2006). Tot slot kan het hebben van bijkomende lichamelijke of psychische aandoeningen (comorbiditeit) de kans vergroten dat een hulpverlener een richtlijn niet naleeft (Francke e.a., 2008). Wanneer familie en/of vrienden van een patiënt ondersteuning bieden bij de behandeling, blijkt dit juist wel een positieve invloed te hebben op het gebruik van de richtlijn.

Hulpverlener

Factoren gerelateerd aan de hulpverlener kunnen tevens van invloed zijn op het gebruik van een richtlijn (Grol & Wensing, 2006; Smolders e.a., 2006; Francke e.a., 2008). Voorbeelden zijn:

- Gebrek aan kennis van de hulpverlener over de inhoud van richtlijnen, onwetendheid over het bestaan, onvoldoende vertrouwd zijn met richtlijnen (*cognitieve factoren*)
- Weerstand van de hulpverlener tegen het werken met richtlijnen, het niet eens zijn met de inhoud van richtlijnen, slechte ervaringen met de aanbevelingen in richtlijnen, niet geloven dat richtlijnen leiden tot betere behandeluitkomsten (*motivationale factoren*)
- Rigiditeit, het niet kunnen veranderen van oude patronen (*gedragmatige factoren*)
- Leeftijd en ervaring en de neiging om risico's te accepteren; jonge hulpverleners of hulpverleners met weinig ervaring zouden eerder geneigd zijn richtlijnen te gebruiken dan oudere, ervaren professionals (*persoonskenmerken*)

2.4 Sociale omgevingsfactoren

Sociale omgevingsfactoren hebben ook invloed op het gebruik van richtlijnen. Zo is het van belang dat hulpverleners en organisatie op één lijn zitten. De implementatie van richtlijnen wordt belemmerd als deze strijdig is met de algemene professionele inzichten of normen die breed gedragen worden binnen een beroepsgroep (Grol & Wensing, 2006). Een negatieve houding en/of geringe ondersteuning van collega's of leidinggevenden bij het gebruik van de richtlijnen kunnen ook een negatieve invloed hebben op het gebruik (Francke e.a., 2008). Voorbeelden van sociale omgevingsfactoren die van invloed zijn op het richtlijngebruik (Grol & Wensing, 2006; Francke e.a., 2008):

- De mate waarin innovaties in de zorg overeenkomen met professionele inzichten of normen
- Het functioneren van teams, zoals visie van het team, doelgerichtheid en besluitvorming
- De houding van hulpverleners ten aanzien van innovaties binnen professionele netwerken

De volgende sociale omgevingsfactoren kunnen het gebruik van multidisciplinaire richtlijnen juist stimuleren (Grol & Wensing, 2006):

- Het betrekken van hulpverleners bij het ontwikkelen van een richtlijn
- Het inzetten van sleutelpersonen binnen een organisatie. In professionele netwerken kunnen opinieleiders een belangrijke rol spelen. Ze worden geraadpleegd en vervullen een voorbeeldfunctie.

2.5 Organisatorische factoren

De volgende organisatorische factoren zijn van invloed op het gebruik van richtlijnen (Grol & Wensing, 2006)^f:

- Organisatiestructuur
- Inrichting van het werk
- Communicatie
- Middelen (zoals voorlichtingsfolders, diagnostische instrumenten)

Gebrek aan tijd, personeelsmiddelen, werkdruk, onvoldoende draagvlak, opgelegde productienormen, personeelstekort, wachttijden en gebrek aan training zijn veelvoorkomende organisatorische factoren die het gebruik van richtlijnen belemmeren (Francke e.a., 2008; Michie e.a., 2007; Smolders e.a., 2006). Ook bureaucratie - zoals het administreren van activiteiten die nodig zijn voor het gebruik van een richtlijn - kan een belemmerende rol spelen; hulpverleners kunnen in dat geval het gevoel krijgen niet met

^f Naar de invloed van communicatieprocessen op de implementatie van vernieuwingen is vooral observationeel en kwalitatief onderzoek verricht.

de feitelijke hulpverlening bezig te zijn (Corrigan e.a., 2001). Als verder voorlichtingsfolders en diagnostische instrumenten ontbreken, dan neemt de kans af dat richtlijnen gebruikt worden (Smolders e.a., 2006). Tot slot speelt communicatie een rol (Smolders e.a., 2006). Onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat een gebrekkige communicatie en samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns GGZ, de doorverwijzing van patiënten naar de tweedelijns GGZ kan belemmeren, met als gevolg dat een patiënt minder kans heeft op een behandeling conform de richtlijnen.

De volgende organisatorische factoren kunnen juist het gebruik van richtlijnen stimuleren (Smolders e.a., 2006):

- De praktijk/organisatie heeft een aanbod bestaande uit verschillende behandelingen, die in de richtlijn aanbevolen worden
- In de praktijk/organisatie worden casuïstiek besprekingen gehouden, waarbij richtlijnen als uitgangspunt genomen worden
- Multidisciplinaire samenwerking tussen hulpverleners in de keten
- De praktijk/organisatie biedt scholing in behandelmethoden die in richtlijnen vermeld staan

2.6 Maatschappelijke factoren

Diverse maatschappelijke factoren, zoals financiële prikkels (bijvoorbeeld een vergoeding wanneer volgens de richtlijnen gewerkt wordt) en wet- en regelgeving (hulpverleners dienen binnen de kaders van wet- en regelgeving te handelen), kunnen tot slot invloed uitoefenen op het gebruik van richtlijnen (Grol & Wensing, 2006). Zorgverleners geven aan dat financiële prikkels een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de implementatie van richtlijnen en dat ook informatie over de financiële consequenties van het opvolgen van richtlijnen het gebruik kan stimuleren (Grol & Wensing, 2006). In het onderzoek van Smolders e.a. (2006) komt daarentegen naar voren dat psychiaters, psychologen, psychotherapeuten en huisartsen van mening zijn dat een vergoedingssysteem ook belemmerend kan werken; uitgebreide diagnostiek en bepaalde behandelvormen zouden niet in aanmerking komen.

3 Resultaten digitale enquête en kwalitatieve interviews

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de digitale enquête en de kwalitatieve interviews met de bestuurders van de beroepsverenigingen gepresenteerd. Waar mogelijk wordt verwezen naar eerder uitgevoerd onderzoek. Conform Grol & Wensing (2006) worden de resultaten in dit hoofdstuk aan de hand van de volgende indeling gepresenteerd:

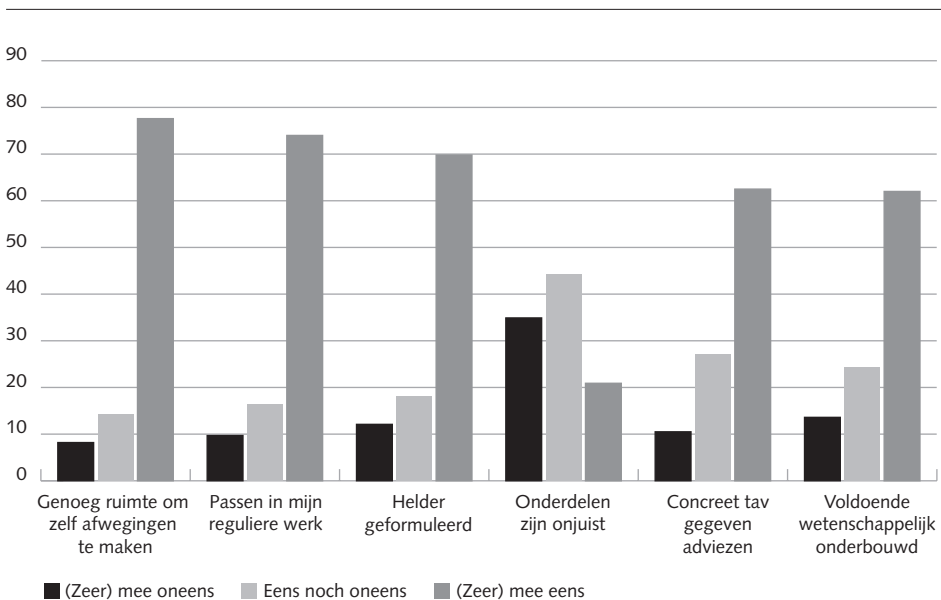
1. Kenmerken van de multidisciplinaire richtlijn (paragraaf 3.1)
2. De hulpverlener (paragraaf 3.2)
3. De patiënt (paragraaf 3.3)
3. De sociale omgeving (paragraaf 3.4)
4. De organisatie (paragraaf 3.5)
5. De maatschappij (paragraaf 3.6)

3.1 Kenmerken van de multidisciplinaire richtlijn

→ *Het merendeel van de hulpverleners dat deelnam aan de digitale enquête vindt de richtlijnen helder en concreet geformuleerd, voldoende wetenschappelijk onderbouwd, in het reguliere werk passen en ruimte laten om zelf afwegingen te maken*
Uit Grafiek 1.3 valt af te leiden dat:

- Bijna driekwart de richtlijnen helder geformuleerd vindt
- Driekwart de richtlijnen in het reguliere werk vindt passen
- Meer dan driekwart van mening is dat de richtlijnen genoeg ruimte laten om zelf afwegingen te maken
- Ruim tweederde de richtlijnen concreet vindt ten aanzien van de gegeven adviezen
- Ruim tweederde van mening is dat de richtlijnen voldoende wetenschappelijk onderbouwd zijn
- Slechts een vijfde bepaalde onderdelen van de richtlijnen onjuist vindt

Grafiek 1.3 Mening over multidisciplinaire richtlijnen, in procenten



In de kwalitatieve interviews oordelen vooral de bestuurders van het NIP en de NVvP positief over de multidisciplinaire richtlijnen. De bestuurder van het NIP merkte in dit kader op: "Ik hoor van mijn leden dat de richtlijnen de wetenschappelijke literatuur dichterbij brengen. Ze geven een goed overzicht van de literatuur en de huidige stand van zaken." De bestuurder van de NVvP voegde hier aan toe: "Ik hoor van mijn leden dat de richtlijnen gewaardeerd worden en als nuttig worden ervaren."

→ Wel zou volgens de hulpverleners die deelnamen aan de digitale enquête de tekst van de richtlijnen te uitgebreid zijn, onvoldoende up-to-date zijn en teveel gebaseerd zijn op RCT onderzoek. Het perspectief van paramedici zou ontbreken.

Analyse van de open vragen laat zien dat hulpverleners die deelnamen aan de digitale enquête minder positief oordelen over de volgende aspecten (zie ook Francke e.a., 2008; Smolders e.a., 2006):

- De tekst in de multidisciplinaire richtlijnen zou te uitgebreid en daardoor lastig te begrijpen zijn. Aanbevolen wordt om de multidisciplinaire richtlijnen in een handzame versie (boek en/of digitaal) met beslisbomen uit te geven.
- Cognitief gedragstherapeutische interventies en medicamenteuze behandelingen zouden in de multidisciplinaire richtlijnen teveel nadruk krijgen, terwijl praktijkervaringen (*best practices*) en onderzoek naar behandelingen vanuit het paramedisch perspectief zouden ontbreken. Vooral verpleegkundigen, vaktherapeuten en maatschappelijk werkers merken dit op. De multidisciplinaire richtlijnen zouden teveel op *randomized clinical trials* gebaseerd zijn (zie ook Smolders e.a., 2006).

- De multidisciplinaire richtlijnen zouden onvoldoende *up-to-date* zijn vanwege steeds nieuwe en veranderende inzichten. Aanbevolen wordt om regelmatig *updates* uit te brengen.
- De multidisciplinaire richtlijnen zou volgens een aantal respondenten als instrument niet goed toepasbaar zijn, omdat ieder mens uniek en dus niet te categoriseren is. Een bestuurder van het NIP merkte hierover op dat *"de leden van het NIP vinden dat de multidisciplinaire richtlijnen haar naam geen eer aandoet, omdat psychiatrie en psychologie overgewaardeerd en verpleegkundige, vaktherapie en maatschappelijk werk ondergewaardeerd zijn. De richtlijnen zijn slecht toepasbaar, omdat ze niet naar de discipline toegeschreven zijn."* De bestuurder van de V&VN voegde hier aan toe: *"Ik hoor van mijn leden dat het verpleegkundige aandeel in de richtlijnen beperkt is, waardoor de richtlijnen niet direct relevant zijn voor verpleegkundigen. De leden die deelnamen aan de richtlijn-werkgroep vinden dat het accent te sterk bij medische problemen lag. Er zijn onvoldoende relevante uitgangsvragen voor verpleegkundigen geformuleerd. In de werkgroep richtlijnontwikkeling hadden volgens mij meer verpleegkundigen betrokken moeten worden. Het multidisciplinair werken moet in de richtlijnen geïntegreerd worden door uitgangsvragen voor alle deelnemende disciplines te formuleren."* De bestuurder van het NHG verwoordde dit als volgt: *"Ik hoor van mijn leden dat de rol van huisartsen onvoldoende beschreven is, terwijl de richtlijnen de hele keten behoren te beschrijven. Zowel de huisartsen, de verpleegkundigen als de paramedici zijn onvoldoende tot hun recht gekomen in de richtlijnen. Bij de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijnen voor de GGZ is uitgegaan van wat nodig is aan diagnostiek en behandeling en niet wie wat op welk moment doet. Daardoor is het zorgproces onvoldoende herkenbaar, zoals de rol van de huisarts en doorverwijs- en terugverwijsindicaties, terwijl huisartsen hier behoefte aan hebben."*

→ Ook de lay-out van de richtlijnen zou volgens respondenten die deelnamen aan de digitale enquête voor verbetering vatbaar zijn

De resultaten laten zien dat respondenten ook minder positief oordelen over de lay-out van de multidisciplinaire richtlijnen:

- Minder dan de helft vindt de lay-out handig voor gebruik (43 procent)
- Bijna de helft vindt de huidige boekvorm handig voor gebruik (48 procent)
- De helft vindt de digitale versie handig voor gebruik (50 procent)

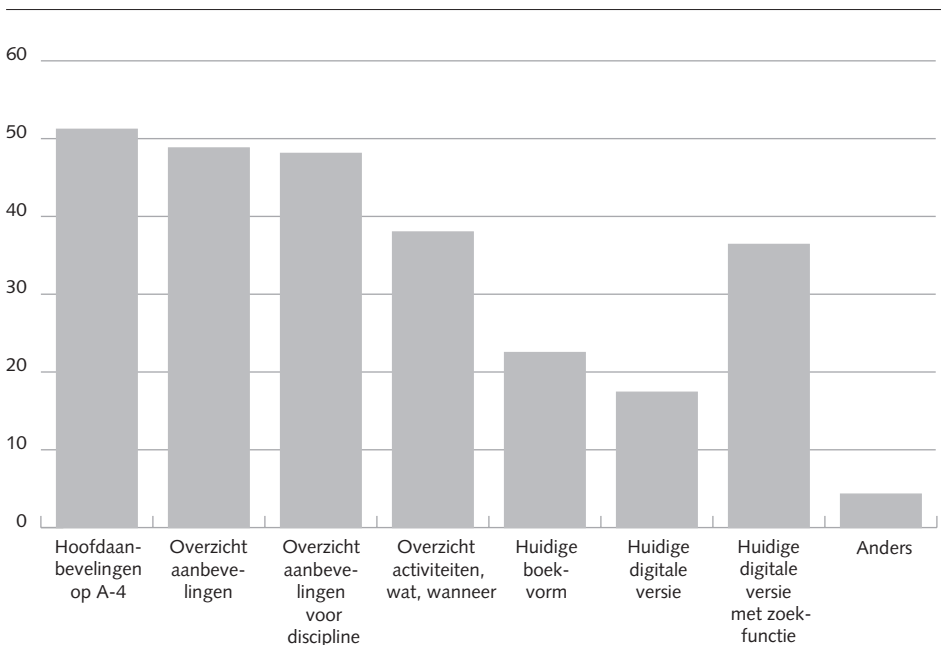
→ Behoeft bestaat aan een handzaam overzicht van aanbevelingen, de hoofdaanbevelingen op A-4 formaat en een overzicht met aanbevelingen per discipline.

In Grafiek 1.4 wordt een overzicht gegeven van aanbevelingen van hulpverleners, die deelnamen aan de digitale enquête, om de lay-out te verbeteren. Uit de grafiek valt af te leiden dat meer dan de helft van de respondenten hoofdaanbevelingen op A-4 formaat de meest ideale vorm vindt om de multidisciplinaire richtlijnen aan te bieden (51 procent), gevolgd door een overzicht van aanbevelingen (49 procent) en een overzicht van aanbevelingen per discipline (48 procent). Per discipline ziet

het beeld er als volgt uit:

- Psychiaters en managers zeggen vooral behoefte te hebben aan een handzaam overzicht van aanbevelingen (respectievelijk 65 en 73 procent)
- Psychologen, psychotherapeuten en huisartsen zeggen het liefst alle hoofdaanbevelingen op A-4 formaat te ontvangen (respectievelijk 63, 59, en 100 procent)
- Verpleegkundigen en vaktherapeuten zeggen vooral behoefte te hebben aan een overzicht met aanbevelingen per beroepsgroep (respectievelijk 51 en 79 procent)
- Maatschappelijk werkers geven aan vooral behoefte te hebben aan hoofdaanbevelingen op A-4 formaat en aan een overzicht van activiteiten wie, wat, wanneer moet doen (elk 40 procent)

Grafiek 1.4 Lay out om multidisciplinaire richtlijn aan te bieden, in procenten



De bestuurder van de NVvP merkte tijdens het kwalitatieve interview hierover op: *"Ik denk dat de richtlijnen eerder gebruikt worden wanneer deze gestandaardiseerde beslisbomen bevatten, zoals bij de richtlijnen angst en depressie. In de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie staan bijvoorbeeld geen beslisbomen, waardoor deze, denk ik, minder vaak gebruikt wordt."* De bestuurder van de V&VN voegde hieraan toe: *"Ik hoor van mijn leden dat de omvang van de richtlijnen enorm is en daardoor niet handig in gebruik. Verpleegkundigen hebben liever adequate hulpmiddelen, zoals observatieschema's en korte samenvattingen. Ik denk dat de richtlijnen concrete hulpmiddelen zouden moeten bevatten waarmee verpleegkundigen aan de slag kunnen. De inhoud moet omgevormd worden tot korte instrumenten."*

3.2 Factoren gerelateerd aan de hulpverlener

3.2.1 Bezit en kennis over inhoud van multidisciplinaire richtlijnen

Uit de literatuurstudie (zie hoofdstuk 2) blijkt dat diverse hulpverlenerfactoren van invloed zijn op het gebruik van een richtlijn (Grol & Wensing, 2006; Smolders e.a., 2006; Francke e.a., 2008), zoals gebrek aan kennis van de hulpverlener over de inhoud van richtlijnen, onwetendheid over het bestaan, onvoldoende vertrouwd zijn met richtlijnen, weerstand van de hulpverlener tegen het werken met richtlijnen, het niet eens zijn met de inhoud van richtlijnen, slechte ervaringen met de aanbevelingen in richtlijnen, niet geloven dat richtlijnen leiden tot betere behandeluitkomsten, rigiditeit, het niet kunnen veranderen van oude patronen, leeftijd en ervaring en de neiging om risico's te accepteren; jonge hulpverleners of hulpverleners met weinig ervaring zouden eerder geneigd zijn richtlijnen te gebruiken dan oudere, ervaren professionals.

→ *De resultaten van de digitale enquête maken duidelijk dat bijna alle ondervraagde hulpverleners (91 procent) op de hoogte zijn van het bestaan van de richtlijnen, tweederde zegt zelf te beschikken over één of meerdere richtlijnen en bijna driekwart zegt de inhoud te kennen; het merendeel is niet op de hoogte van de patiëntenversie van de richtlijnen.*

Bestaan richtlijnen

Bijna alle hulpverleners, die deelnamen aan de digitale enquête (psychiaters, psychologen, psychotherapeuten, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en vaktherapeuten), zijn op de hoogte van het bestaan van de multidisciplinaire richtlijnen (gemiddeld 91 procent) (Grafiek 1.5). Bij de huisartsen ligt dit percentage lager (73 procent). Respondenten die niet op de hoogte zijn van het bestaan van de richtlijnen, willen wel graag informatie hierover ontvangen en vernemen graag de voordelen die het gebruik van de richtlijnen oplevert. In dit kader merkte een respondent op: *"Ik weet niet goed waar ik ze [de richtlijnen] makkelijk kan vinden"*, een andere voegde hieraan toe *"Ik volg maar deels de actualiteit."*

Kennis van de inhoud en kunnen toepassen

Terwijl bijna alle respondenten op de hoogte zijn van het bestaan van de richtlijnen, zegt 70 procent de inhoud van één of meerdere richtlijnen te kennen en de richtlijnen te kunnen toepassen (Grafiek 1.5). Binnen de disciplines zijn er in dit opzicht grote verschillen. Psychiaters (89 procent), psychologen (76 procent), psychotherapeuten (80 procent) en verpleegkundigen (74 procent) zijn het beste hiervan op de hoogte en zeggen de multidisciplinaire richtlijnen goed te kunnen toepassen. Slechts 27 procent van de huisartsen, 47 procent van de vaktherapeuten en 56 procent van de maatschappelijk werkers zegt de inhoud van de richtlijnen te kennen. Minder dan de helft van de vaktherapeuten zegt de richtlijnen te kunnen toepassen. Respondenten die de inhoud van de multidisciplinaire richtlijnen niet zeggen te kennen, geven hiervoor als reden: *"We hebben zelf een multidisciplinaire richtlijn depressie ontwikkeld"*, *"Wij hebben*

instellingsrichtlijnen", "Binnen mijn setting werken we er niet mee", "Tijdgebrek", "Ik ben het niet eens met richtlijnen", "Ik vind dat de instelling mij die zou moeten aanreiken". Van deze groep zegt slechts een vijfde behoefte te hebben aan bijscholing hoe zij de multidisciplinaire richtlijnen in de praktijk kunnen gebruiken. De bestuurder van de NVP merkte hierover op: "De kosten voor richtlijnontwikkeling zijn hoog en psychotherapeuten zijn nauwelijks op de hoogte, ze gaan hun eigen gang."

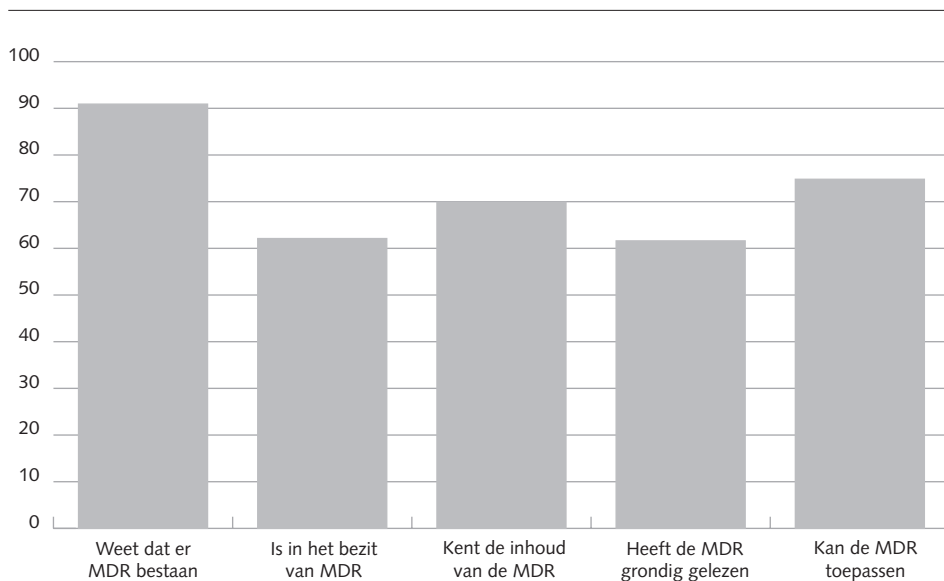
Bezit richtlijnen

Tweederde van de ondervraagde hulpverleners is in het bezit van één of meerdere richtlijnen en heeft de richtlijnen grondig gelezen (62 procent) (Grafiek 1.5). Het bezit is het hoogst onder de psychiaters (89 procent), gevolgd door psychologen (65 procent), psychotherapeuten (66 procent) en verpleegkundigen (60 procent). Het bezit van richtlijnen is het laagst onder huisartsen (36 procent), vaktherapeuten (38 procent) en maatschappelijk werkers (56 procent).

Grondig lezen

Ruim tweederde van de ondervraagde hulpverleners (62 procent) heeft de richtlijnen grondig gelezen (Grafiek 1.5). Wat dat betreft verschillen de disciplines niet wezenlijk van elkaar. Uitzondering vormen de vaktherapeuten: slechts een derde zegt de richtlijnen grondig gelezen te hebben. Het merendeel raadpleegt de multidisciplinaire richtlijnen in boekvorm (52 procent), gevolgd door de samenvatting (42 procent). Een kleiner percentage zegt de digitale versie te raadplegen of de digitale samenvatting (40 versus 26 procent). Het merendeel zegt vooral het onderdeel behandeling en interventies te raadplegen (85 procent), gevolgd door diagnostiek (48 procent), patiëntenperspectief (35 procent) en implementatie (32 procent). Tweederde raadpleegt de aanbevelingen voor psycho-educatie (65 procent), gevolgd door *evidence-based* interventies (61 procent) en stepped care behandeling (60 procent).

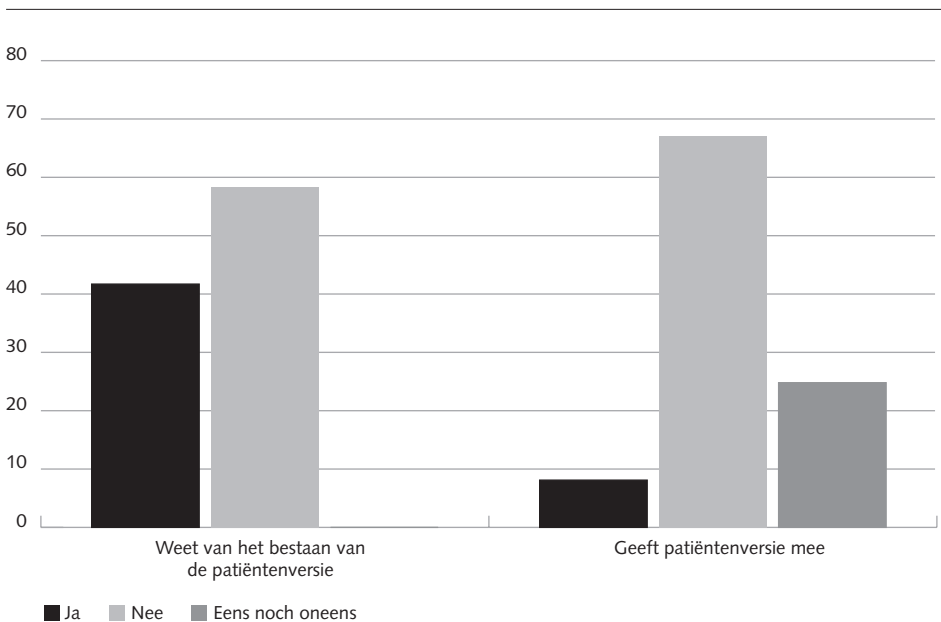
Grafiek 1.5 Kennis en bezit multidisciplinaire richtlijnen, in procenten



In Grafiek 1.6 worden de resultaten van de digitale enquête gepresenteerd over kennis en gebruik van de patiëntenversie van de multidisciplinaire richtlijnen voor de GGZ. Uit de grafiek volgt dat:

- Tweederde van de ondervraagde respondenten zegt niet op de hoogte te zijn van het bestaan van een patiëntenversie van de multidisciplinaire richtlijnen voor de GGZ (59 procent)
- Het merendeel zegt geen patiëntenversie van de multidisciplinaire richtlijnen mee te geven aan patiënten (68 procent)

Grafiek 1.6 Kennis en gebruik patiëntversie, in procenten



3.2.2 Gebruik GGZ-richtlijnen

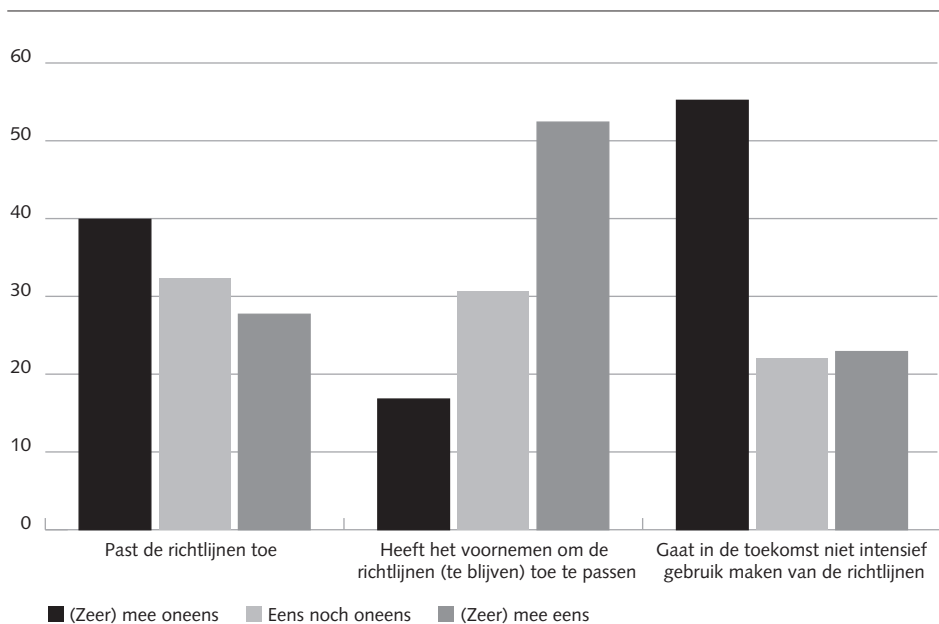
→ *Hoewel tweederde van de respondenten in het bezit is van één of meer richtlijnen, zegt slechts 28 procent de richtlijnen daadwerkelijk toe te passen*

Hoewel tweederde van de ondervraagde hulpverleners in het bezit is van één of meerdere richtlijnen en de helft vindt dat de aanbevelingen in de multidisciplinaire richtlijnen bruikbaar zijn (53 procent), zegt slechts 28 procent de richtlijnen daadwerkelijk toe te passen in de praktijk (Grafiek 1.7). In dit opzicht is er geen significant verschil tussen mannelijke en vrouwelijke hulpverleners, jonge en oudere hulpverleners en het aantal jaren dat hulpverleners met patiënten met psychische stoornissen werken. Belangrijkste reden zou volgens de respondenten zijn dat de multidisciplinaire richtlijnen onvoldoende aansluiten bij de dagelijkse routine en praktijkvoering. Verder zou het toepassen van de richtlijnen nieuwe vaardigheden vergen en extra tijd kosten (zie ook GroL & Wensing, 2006). Maar ook andere oorzaken spelen mogelijk een rol, zoals geringe inspraak die vaktherapeuten en huisartsen hebben ervaren bij de totstandkoming van de multidisciplinaire richtlijnen (respectievelijk 39 en 33 procent). Verder zegt ruim een derde van de respondenten behoefte te hebben aan meer wetenschappelijke onderbouwing van de aanbevelingen (33 procent). Ook wordt lang niet altijd het nut en de toegevoegde waarde van de multidisciplinaire richtlijnen gezien. Sommige respondenten geven aan niet gemotiveerd te zijn om ze toe te passen. Relatief veel ondervraagde psychologen, psychotherapeuten en vaktherapeuten zeggen moeite te hebben met het veranderen van hun werkwijze; ze zijn van mening dat de richtlijnen niet aansluiten bij hun werkopvatting.

Een respondent verwoordde dit als volgt: *"De behandeling wordt onpersoonlijker als de richtlijnen strikt toegepast worden"*, weer een ander zei: *"Ik ben voorstander van spontane creativiteit en flexibiliteit"*, en: *"Ik moet vertrouwde dingen van mezelf loslaten"*, *"Ik werk vanuit een psychoanalytisch kader"*.

De bestuurder van de NVvP voegde tijdens het kwalitatieve interview hieraan toe: *"De richtlijnen worden lang niet altijd gebruikt, omdat ze niet altijd voorhanden zijn en het gebruik niet als een 'moeten' wordt gezien. Leden zijn gewend aan hun manier van handelen en vinden dit lastig te veranderen. Sommige leden denken dat de kennis van jaren geleden nog steeds relevant is."* De bestuurder van de V&VN merkte in dit kader op: *"De richtlijnen worden nauwelijks gebruikt omdat deze niet direct relevant zijn voor verpleegkundigen. Ik vraag me af of er misschien monodisciplinaire richtlijnen ontwikkeld moeten worden of discipline-specifieke bijdragen aan de richtlijnen."* De bestuurder van het NHG gaf aan: *"Het merendeel van de huisartsen kennen de richtlijnen niet. Ze zijn misschien op de hoogte van het bestaan, maar werken er in de dagelijkse praktijk niet mee."*

Grafiek 1.7 Richtlijntoepassing en intentie gebruik, in procenten



Het merendeel van de ondervraagde respondenten raadpleegt vooral de richtlijn Depressie (63 procent), gevolgd door de richtlijn Angststoornissen (59 procent), de richtlijn Schizofrenie (40 procent), de richtlijn ADHD (15 procent) en de richtlijn Eetstoornissen (10 procent). Verder blijken de richtlijnen significant vaker gebruikt te worden door respondenten die hebben deelgenomen aan een Doorbraakproject (61 versus 31 procent van degene die niet hieraan deelnamen), een Kwaliteitsverbeterproject (51 versus 22 procent van degene die niet hieraan deelnamen), of bij- of nascholing volgden in de afgelopen vijf jaar (41 versus 17 procent van degene die geen bij- of nascholing gevolgd hadden).

→ *Respondenten die de richtlijnen gebruiken zijn van mening dat hiermee de transparantie vergroot wordt en de zorg beter te evalueren is. Wel brengt het toepassen van de richtlijnen volgens hen extra tijd met zich mee.*

Ruim driekwart van de respondenten die de multidisciplinaire richtlijnen toepast, is van mening dat het goed is om conform de multidisciplinaire richtlijnen te werken, aangezien dit het werk transparanter maakt. Ruim tweederde vindt de richtlijnen ondersteunend bij het nemen van beslissingen en is van mening dat het het werk ten goede komt. Iets meer dan de helft is van mening dat de multidisciplinaire richtlijnen aansluiten bij hun dagelijkse praktijk (54 procent). Zij beschouwen de multidisciplinaire richtlijnen als kwaliteitsstandaard voor wetenschappelijk onderbouwde zorg, waarmee de zorg transparant gemaakt kan worden, richting en houvast geboden wordt en waarmee de zorg beter te evalueren is. Wel vindt ruim een derde dat het toepassen van de multidisciplinaire richtlijnen extra tijd met zich meebrengt (39 procent). Slechts een klein percentage is van mening dat dit teveel tijd kost (17 procent). Wel vindt bijna de helft dat nieuwe vaardigheden nodig zijn om de multidisciplinaire richtlijn te kunnen toepassen (44 procent).

→ *Verschillen in gebruik per discipline*

Hoewel het gebruik van de richtlijnen over de gehele linie relatief laag is, zijn er aanzienlijke verschillen in gebruik tussen de disciplines. Zo is het gebruik relatief het hoogst onder de ondervraagde psychiaters (47 procent), gevolgd door psychotherapeuten (35 procent), psychologen (34 procent) en verpleegkundigen (31 procent), huisartsen (27 procent), maatschappelijk werkers (22 procent) en vaktherapeuten (8 procent). Volgens bestuurders van de beroepsverenigingen is het gebruik onder verpleegkundigen relatief laag omdat de richtlijnen voor hen niet goed toepasbaar zijn; de multidisciplinaire richtlijnen zouden teveel gebaseerd zijn op *randomized clinical trials*, terwijl praktijkervaringen en het paramedisch perspectief ontbreken.

→ *Vooral psychiaters hebben het voornemen om de multidisciplinaire richtlijnen in de toekomst te (blijven) gebruiken*

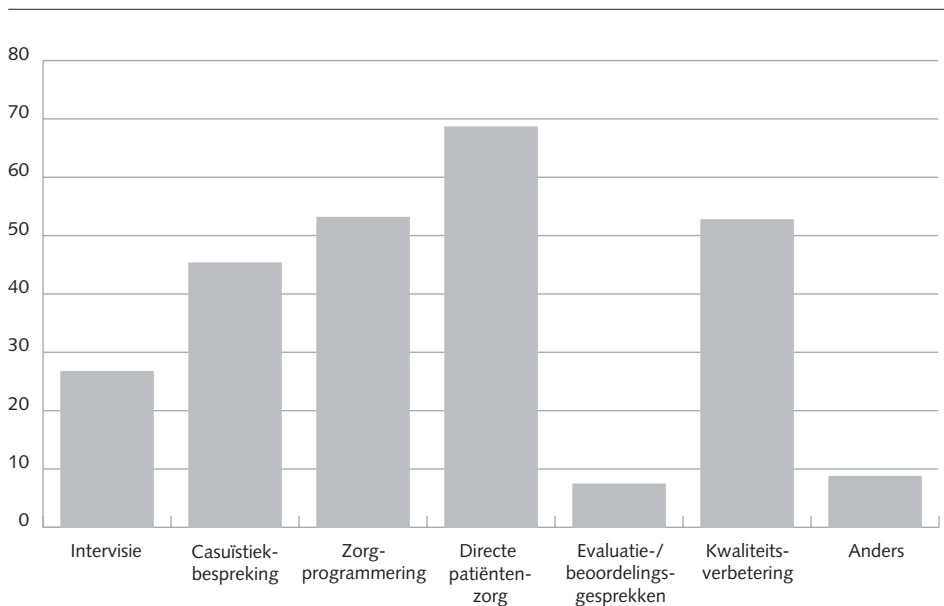
Iets meer dan de helft (52 procent) van de respondenten die deelnamen aan de digitale enquête heeft het voornemen om de richtlijnen in de toekomst te zullen (blijven) gebruiken. Vooral de ondervraagde psychiaters (71 procent) zeggen dit voornemen

te hebben, gevolgd door verpleegkundigen (63 procent), psychologen (55 procent) en huisartsen (53 procent). Minder maatchappelijk werkers (22 procent), vaktherapeuten (31 procent) en psychotherapeuten (48 procent) hebben dit voornemen. Vooral binnen de ondervraagde groep psychologen en psychotherapeuten blijkt weerstand te bestaan om te werken volgens de richtlijnen (respectievelijk 34 en 36 procent).

De gegevens in Grafiek 1.8 maken duidelijk dat richtlijnen vooral gebruikt worden bij de:

- Directe patiëntenzorg (69 procent)
- Zorgprogrammering en kwaliteitsverbetering (53 procent)
- Casuïstiekbespreking (45 procent)
- Intervisie (27 procent)
- Evaluatie-/beoordelingsgesprekken met leidinggevende (7 procent) en bij andere activiteiten, zoals afstemming preventie en curatie, bij het geven van onderwijs (9 procent)

Grafiek 1.8 Richtlijn gebruik, in procenten



3.3 Factoren gerelateerd aan de patiënt

Resultaten van de literatuurstudie maken duidelijk dat de houding van patiënten ten aanzien van richtlijnen van invloed is op de motivatie van hulpverleners om gebruik te maken van richtlijnen (Grol & Wensing, 2006). Zo kunnen hulpverleners besluiten om de aanbeveling in de richtlijn niet op te volgen om conflicten met patiënten te vermijden (Grol & Wensing, 2006). Ook gebeurt het dat huisartsen, om de patiënt gerust te stellen, somatische diagnostiek aanvragen of preventief onderzoek verrichten, terwijl dit niet nodig is, of dit juist niet doen, terwijl het wel nodig is (Grol & Wensing, 2006).

→ *Ook de resultaten van de digitale enquête laten zien dat bijna alle respondenten de wensen van de patiënt laten meewegen bij het gebruik van richtlijnen (88 procent)*

Bijna de helft van de respondenten is van mening dat patiënten lang niet altijd volgens de richtlijnaanbevelingen behandeld willen worden (47 procent). Weerstand van patiënten tegen een behandeling volgens de richtlijnen zou de kans op gebruik verkleinen. Wel vindt het merendeel het belangrijk dat patiënten weten welke aanbevelingen voor zorg in de multidisciplinaire richtlijnen vermeld staan (74 procent). Bijna de helft van de respondenten bespreekt de in de richtlijnen aanbevolen zorg ook met zijn patiënten (50 procent).

→ *De richtlijnen zouden volgens de respondenten minder geschikt zijn voor specifieke groepen, zoals kinderen, ouderen, allochtonen en mensen met comorbide aandoeningen*

Uit de literatuur blijkt dat het hebben van bijkomende lichamelijke of psychische aandoeningen (comorbiditeit) de kans vergroot dat een hulpverlener een richtlijn niet naleeft (Francke e.a., 2008). Ook in dit onderzoek geven respondenten aan dat de multidisciplinaire richtlijnen minder geschikt zijn voor specifieke groepen zoals kinderen, vrouwen, allochtonen, ouderen en patiënten met comorbide aandoeningen (het hebben van bijkomende psychiatrische aandoeningen en /of persoonlijkheidsproblemen of lichamelijke aandoeningen): "*Patiënten passen niet altijd in een standaardplaatje van één stoornis*", merkte een respondent in dit kader op. Een ander voegde hieraan toe dat de richtlijnen "*onvoldoende aansluiten op de chronische cliëntengroep die vele aandoeningen tegelijkertijd heeft*". Weer een andere respondent merkte op: "*Ik werk met multiprobleem gezinnen/ cliënten, daarvoor zijn de richtlijnen minder geschikt*". Kortom: hoe complexer de situatie van een patiënt, hoe minder de multidisciplinaire richtlijnen geschikt lijken om te gebruiken (zie verder Francke e.a., 2008 en Smolders e.a., 2006). Respondenten raadden aan om comorbiditeit een plaats binnen de richtlijnen te geven. Toevoeging van de context van de patiënt en een minder klachtgerichte beschrijving zouden tevens een positieve invloed hebben op het gebruik van de multidisciplinaire richtlijnen.

3.4 Factoren gerelateerd aan de sociale omgeving

Uit de literatuur blijkt dat sociale omgevingsfactoren van invloed zijn op het gebruik van richtlijnen. Zo wordt de implementatie van richtlijnen belemmerd als deze strijdig is met de algemene professionele inzichten of normen die breed gedragen worden binnen een beroepsgroep (Grol & Wensing, 2006). Van belang is dat hulpverleners en organisatie op één lijn zitten. Een negatieve houding en/of geringe ondersteuning van collega's of leidinggevenden bij het gebruik van de richtlijnen kunnen ook een negatieve invloed hebben op het gebruik (Francke e.a., 2008). In deze paragraaf wordt onderzocht in hoeverre het gebruik van de richtlijnen gedragen wordt door beroepsgenoten (paragraaf 3.4.1), de beroepsvereniging (paragraaf 3.4.2), collega's (paragraaf 3.4.3) en leidinggevende (paragraaf 3.4.4).

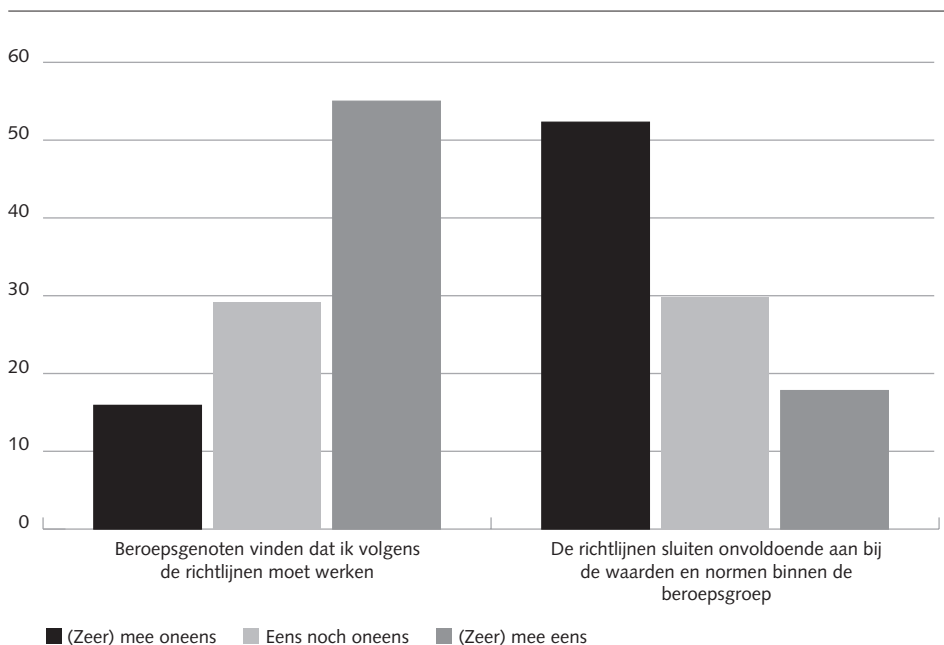
3.4.1 Visie beroepsgenoten

→ *Iets meer dan de helft van de respondenten die deelnam aan de digitale enquête is van mening dat het gebruik van de multidisciplinaire richtlijnen gedragen wordt door beroepsgenoten*

Uit Grafiek 1.9 valt af te leiden dat:

- Iets meer dan de helft van de respondenten aangeeft dat beroepsgenoten vinden dat er volgens de richtlijnen gewerkt moet worden en dat de richtlijnen aansluiten bij de waarden en normen binnen de beroepsgroep (respectievelijk 55 en 52 procent)

Grafiek 1.9 Mening beroepsgroep over multidisciplinaire richtlijnen, in procenten



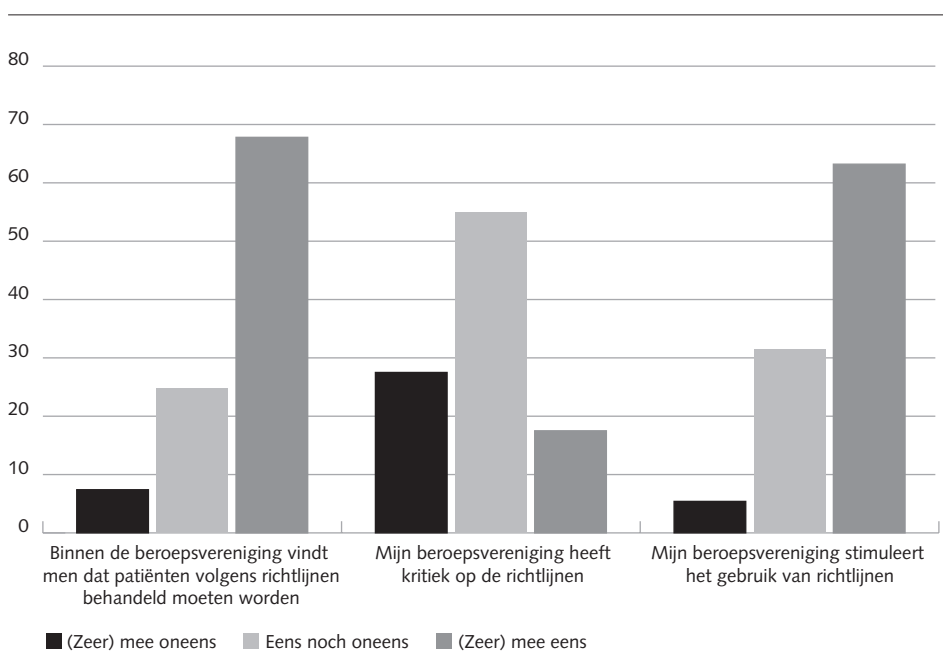
3.4.2 Visie beroepsvereniging

→ *Het merendeel is ook van mening dat beroepsvereniging het richtlijngebruik ondersteunt*

Uit Grafiek 1.10 valt af te leiden dat:

- Ruim tweederde stelt dat binnen de beroepsvereniging men van mening is dat patiënten volgens de richtlijnen behandeld moeten worden en dat de beroepsvereniging het gebruik van de richtlijnen stimuleert (respectievelijk 68 en 63 procent)
- Slechts 18 procent is van mening dat de beroepsvereniging kritiek heeft op de richtlijnen

Grafiek 1.10 Beroepsvereniging en multidisciplinaire richtlijnen, in procenten



Er bestaan grote verschillen tussen de disciplines. Zo geeft het merendeel van de psychiaters (89 procent) aan dat de beroepsvereniging het gebruik van de multidisciplinaire richtlijnen stimuleert. Dat is minder het geval bij de psychotherapeuten (66 procent), de psychologen (64 procent), de maatschappelijk werkers (60 procent) en de verpleegkundigen (57 procent). Een derde van de huisartsen en de vaktherapeuten zegt dat de beroepsvereniging kritiek heeft op de multidisciplinaire richtlijnen, gevolgd door bijna een kwart van de psychologen en de psychotherapeuten en bijna een tiende van de verpleegkundigen en de psychiaters (respectievelijk 7 en 9 procent). Vooral de onderzochte maatschappelijk werkers zijn van mening dat de multidisciplinaire richtlijnen onvoldoende aansluiten bij de waarden en normen binnen de beroepsgroep (40 procent),

gevolgd door vaktherapeuten (39 procent), psychotherapeuten (27 procent), psychologen (19 procent) en psychiaters (7 procent) en huisartsen (0 procent). Belangrijkste reden voor de gevonden verschillen tussen de disciplines is het feit dat het paramedische perspectief zou ontbreken in de richtlijnen, waardoor de richtlijnen minder bruikbaar zijn voor verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, vaktherapeuten en huisartsen. De multidisciplinaire richtlijnen vooral gebaseerd zijn op *evidence-based* wetenschappelijk onderzoek naar effectiviteit van behandelmethoden. Deze insteek zou vooral bruikbaar zijn voor psychiaters, maar minder voor verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, vaktherapeuten en huisartsen.

De beroepsverenigingen zelf zeggen diverse activiteiten te ontplooiën om de richtlijnen onder de aandacht te brengen van haar leden, zo blijkt uit de kwalitatieve interviews:

- Zo staat op de website van het NIP een link naar het Kwaliteitsinstituut CBO en het Trimbos-instituut. Wanneer er een nieuwe richtlijn of update van een richtlijn verschijnt, stuurt het NIP een mailing aan haar leden. Verder heeft het NIP een symposium gewijd aan het addendum Ouderen Angststoornissen en Depressie en worden samenvattingen van de richtlijnen in het vakblad 'De Psycholoog' opgenomen. De bestuurder voegt hier wel aan toe dat "*de richtlijnen als leidraad voor zorg beschouwd dient te worden en niet als dwingend instrument.*"
- Ook de NVvP heeft de multidisciplinaire richtlijnen voor de GGZ op de website staan. Eenmaal in de vijf jaar vindt herregistratie van psychiaters plaats. Voor de herregistratie is het nodig dat psychiaters meewerken aan visitatie waarin gekeken wordt of ze volgens de multidisciplinaire richtlijnen Angststoornissen en Depressie werken en of ze bij- en nascholingsactiviteiten bezoeken. Daarnaast dient er een bepaald aantal accreditatiepunten via scholing behaald te worden. De NVvP besteedt in deze scholing aandacht aan de multidisciplinaire richtlijnen. Tot slot staat op de website van het NVvP voorlichtingsmateriaal over de richtlijnen.
- De NVP ziet het als haar taak leden te informeren over de richtlijnen via de website en een nieuwsbrief
- De V&VN geeft aan dat in nieuwsberichten aandacht geschonken wordt aan de richtlijnen en dat het kwaliteitsstempel van de V&VN erop staat
- Tot slot brengt het NHG op diverse manieren de richtlijnen onder de aandacht van huisartsen; in zowel de opleiding tot basisarts als die van huisarts zijn de NHG standaarden opgenomen. Nascholing is gebaseerd op (onderdelen van) de NHG standaarden, zoals de internetvariant van de Persoonlijke Individuele Nascholing (PIN), waar accreditatie voor verkregen kan worden. In nieuwsbrieven worden afgeleide producten opgenomen: voorlichtingsbrieven voor patiënten (mee te geven na bezoek aan de huisarts) en publieksfolders voor bijvoorbeeld wachtkamers en openbare ruimten.

3.4.3 Visie collega

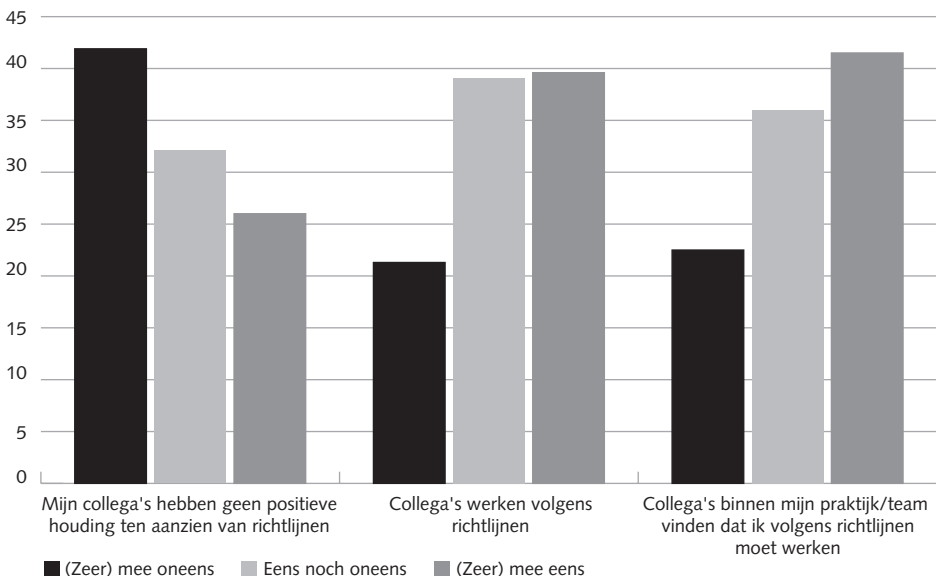
→ *Grote verschillen tussen disciplines in de mate waarin collega's van mening zijn dat er conform de richtlijnen gewerkt zou moeten worden*

Naast individuele motivatie speelt motivatie van collega's een belangrijke rol in de toepassing van richtlijnen. Wanneer er geen overeenstemming bestaat in teams over het gebruik van richtlijnen, dan belemmert dit het gebruik. In Grafiek 1.11 worden de resultaten gepresenteerd. Uit de grafiek valt af te leiden dat:

- Minder dan de helft van de respondenten denkt dat collega's binnen de praktijk en/of het team van mening zijn dat er volgens de multidisciplinaire richtlijnen gewerkt moet worden (42 procent)
- Ruim een derde denkt dat collega's conform de multidisciplinaire richtlijnen werken (40 procent), een vijfde denkt dat dat niet het geval is (21 procent)
- Een kwart is van mening dat collega's geen positieve houding hebben over de multidisciplinaire richtlijnen (26 procent)

In dit kader merkt een respondent op: *"Het werken conform de richtlijnen wordt niet breed gedragen"*, terwijl een ander zegt: *"Ik krijg hierbij geen ondersteuning van collega's"*, weer een ander geeft aan: *"Soms heb ik het idee dat ik de enige ben die zich eraan houdt"* en *"Er bestaat onenigheid over de interpretatie van de richtlijnen"*. Als collega's met de richtlijnen werken, zou dit het gebruik zeker stimuleren. In dit kader merkte een respondent op: *"Aanpak in gezamenlijkheid"*, *"Niet achter willen blijven"*.

Grafiek 1.11 Visie collega's op multidisciplinaire richtlijnen, in procenten



Er bestaan wederom grote verschillen tussen de disciplines. Vooral psychiaters (72 procent) en maatschappelijk werkers (80 procent) zijn van mening dat collega's vinden dat er conform de multidisciplinaire richtlijnen gewerkt moet worden, in mindere mate is dat het geval bij verpleegkundigen (59 procent), psychotherapeuten (49 procent), vaktherapeuten (32 procent) en huisartsen (13 procent). Ook zijn psychiaters (91 procent) van mening dat binnen de beroepsvereniging de heersende mening is dat patiënten volgens de multidisciplinaire richtlijnen behandeld zouden moeten worden. In mindere mate zou dat wederom het geval zijn bij psychologen (69 procent), verpleegkundigen (69 procent), psychotherapeuten (64 procent) en vaktherapeuten (39 procent).

3.4.4 Visie leidinggevende

→ *Grote verschillen tussen disciplines in de mate waarin leidinggevende vindt dat er conform de richtlijnen gewerkt moet worden*

De resultaten van de digitale enquête laten zien dat:

- Ongeveer de helft van de respondenten van mening is dat de leidinggevende vindt dat er conform de multidisciplinaire richtlijnen gewerkt moet worden (53 procent)

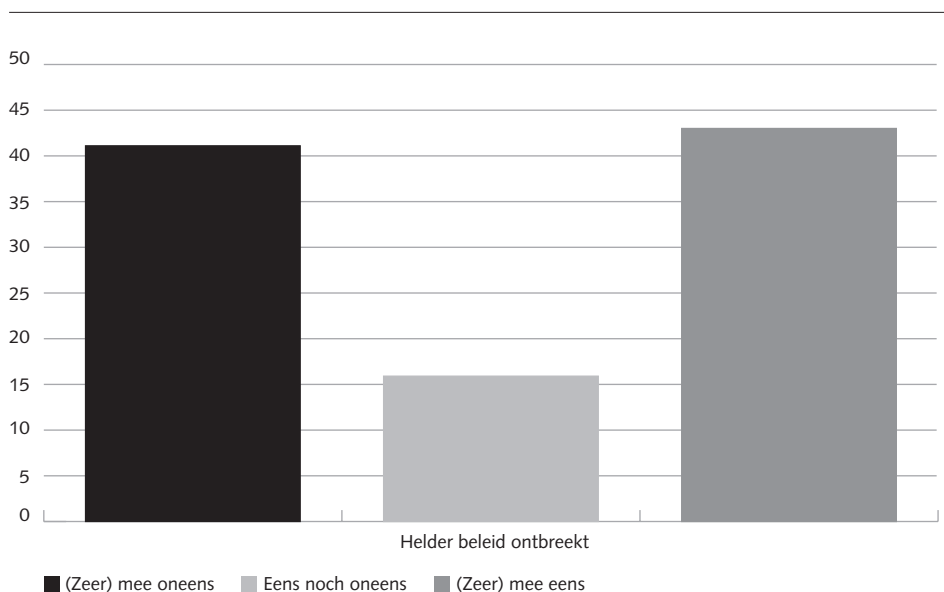
Er bestaan in dit opzicht wederom grote verschillen tussen de disciplines. Vooral maatschappelijk werkers en verpleegkundigen geven aan dat hun leidinggevende van mening is dat er conform de multidisciplinaire richtlijnen gewerkt moet worden (respectievelijk 80 en 70 procent). Bij de andere disciplines zeggen verhoudingsgewijs minder respondenten dit (54 procent van de psychiaters, gevolgd door 45 procent van de psychologen, 42 procent van de psychotherapeuten en 39 procent van de vaktherapeuten).

3.5 Organisatorische factoren

De resultaten van de literatuurstudie laten zien dat gebrek aan tijd, personeelsmiddelen, werkdruk, onvoldoende draagvlak, opgelegde productienormen, personeelstekort, wachttijden en gebrek aan training veelvoorkomende organisatorische factoren zijn die het gebruik van richtlijnen belemmeren (Francke e.a., 2008; Michie e.a., 2007; Smolders e.a., 2006). Ook bureaucratie - zoals het administreren van activiteiten die nodig zijn voor het gebruik van een richtlijn - kan een belemmerende rol spelen; hulpverleners kunnen in dat geval het gevoel krijgen niet met de feitelijke hulpverlening bezig te zijn (Corrigan e.a., 2001). Als verder voorlichtingsfolders en diagnostische instrumenten ontbreken, dan neemt de kans af dat richtlijnen gebruikt worden (Smolders e.a., 2006). De resultaten van de digitale enquête laten zien dat (Grafiek 1.12):

- 43 procent van de respondenten van mening is dat een helder beleid over het richtlijngebruik ontbreekt in hun organisatie/ praktijk

Grafiek 1.12 Helder beleid ontbreekt, in procenten



Tussen de disciplines bestaan op dit punt wederom grote verschillen; zo is 60 procent van de vaktherapeuten van mening dat een helder beleid ontbreekt, gevolgd door 45 procent van de psychologen en managers in zorginstellingen, 39 procent van de psychotherapeuten en 23 procent van de psychiaters. Het beschikbaar stellen van de richtlijnen zelf, het aanbieden van scholing, tijd, personeel en ICT ondersteuning, zouden de inbedding van de multidisciplinaire richtlijnen stimuleren volgens de respondenten.

3.6 Maatschappelijke factoren

De resultaten van de literatuurstudie laten zien dat diverse maatschappelijke factoren, zoals financiële prikkels (bijvoorbeeld een vergoeding wanneer volgens de richtlijnen gewerkt wordt) en wet- en regelgeving invloed uitoefenen op het gebruik van richtlijnen (Grol & Wensing, 2006). Zorgverleners geven aan dat financiële prikkels een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de implementatie van richtlijnen en dat ook informatie over de financiële consequenties van het opvolgen van richtlijnen het gebruik kan stimuleren (Grol & Wensing, 2006). Wel is het zo dat sommige hulpverleners vrezen dat zorgverzekeraars in toenemende mate het gebruik van de richtlijnen gaan 'eisen', terwijl klachten en problemen van sommige patiënten zo divers zijn dat het niet goed mogelijk is om hiervoor een richtlijn te raadplegen (Smolders e.a., 2006). De resultaten van de digitale enquête tonen aan dat:

- Een minderheid van de respondenten van mening is dat het werken volgens de multidisciplinaire richtlijnen een financiële vergoeding vereist (26 procent), dat hulpverleners door de DBC invoering meer met de multidisciplinaire richtlijnen zijn gaan werken (16 procent) en dat de multidisciplinaire richtlijnen gemakkelijk misbruikt kunnen worden in het medisch tuchtrecht (19 procent). Hiermee wordt gerefereerd aan een mogelijke dreiging die hulpverleners ervaren, als zorgvuldigheid van handelen van hulpverleners getoetst wordt aan de hand van de mate waarin gebruik gemaakt wordt van de multidisciplinaire richtlijnen.
- Enkele respondenten geven aan dat de registratie-eisen, het administreren van activiteiten en de opgelegde normen door zorgverzekeraars juist een negatief effect hebben op het gebruik van de multidisciplinaire richtlijnen. In dit kader merkte een bestuurder van het NIP op: *"Bij mijn leden bestaat angst dat zorgverzekeraars gaan bepalen wat professionals moeten doen door richtlijnen te gaan gebruiken als instrument voor toetsing en deze toetsing koppelen aan de financiering. Het NIP zou dit niet juist vinden omdat de richtlijnen niet volledig zijn, omdat niet voor alle knelpunten in de zorg antwoorden opgenomen zijn [in de richtlijnen]. Ik beschouw de richtlijnen als leidraad voor zorg die iemand nodig heeft en niet als dwingend instrument."*
- Sommige respondenten (psychiaters, psychologen, verpleegkundigen) daarentegen geven juist aan de richtlijnen meer te zijn gaan gebruiken als gevolg van de druk die uitgeoefend werd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, zorgverzekeraars en de invoering van de diagnose behandelcombinatie systematiek.

Tussen de disciplines bestaan wederom grote verschillen. Zo vindt 67 procent van de huisartsen dat voor het werken volgens de multidisciplinaire richtlijnen een financiële vergoeding vereist is, gevolgd door maatschappelijk werkers (40 procent), verpleegkundigen (30 procent), psychiaters (26 procent), psychologen en vaktherapeuten (18 procent) en psychotherapeuten (14 procent). De DBC invoering lijkt vooral voor maatschappelijk werkers het gebruik van de richtlijnen te bevorderen (60 procent), gevolgd door vaktherapeuten (36 procent), verpleegkundigen en psychotherapeuten (15 procent), psychologen (12 procent) en psychiaters (7 procent). De verschillen tussen disciplines zijn minder groot als het gaat over misbruik van de multidisciplinaire richtlijnen in het medisch tuchtrecht. Verhoudingsgewijs vinden vooral psychiaters en psychotherapeuten dat de multidisciplinaire richtlijnen misbruikt kunnen worden in het medisch tuchtrecht (37 procent), gevolgd door huisartsen (33 procent), vaktherapeuten en psychologen (18 procent), verpleegkundigen (8 procent) en maatschappelijk werkers (0 procent).

4 Conclusie en aanbevelingen

4.1 Beperkingen

Representativiteit

De respons van de digitale enquête bedraagt 27 procent. Algemeen wordt aangenomen: hoe hoger de respons, hoe betrouwbaarder de resultaten. Maar ook bij een hoge respons kan er sprake zijn van vertekening. Het draait namelijk allemaal om de vraag in hoeverre er sprake is van *selectieve* non-respons. Van selectieve non-respons is sprake als degenen die meedoen aan een onderzoek wezenlijk anders denken over het onderzoeksonderwerp dan degenen die niet hebben meegedaan. Hoewel er geen harde uitspraken kunnen worden gedaan of er in dit onderzoek sprake was van selectieve non-respons - we hebben immers geen navraag kunnen doen bij non-respondenten over hun mening ten aanzien van de multidisciplinaire richtlijnen voor de GGZ - hebben wij de indruk dat hiervan geen sprake is. Uit de resultaten van de kwalitatieve interviews met bestuurders van de vijf beroepsverenigingen (Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie, Nederlands huisartsen Genootschap), de resultaten van de literatuurstudie en de resultaten van de digitale enquête komt immers eenzelfde beeld naar voren als het gaat om factoren die het gebruik van de multidisciplinaire richtlijnen voor de GGZ belemmeren dan wel stimuleren. In die zin durven we te veronderstellen dat de resultaten van de digitale enquête van toepassing zijn op hulpverleners in de GGZ.

4.2 Conclusies

→ *Een minderheid van de hulpverleners zegt de multidisciplinaire richtlijnen voor de GGZ te gebruiken*

Sinds 2003 zijn er verschillende multidisciplinaire richtlijnen voor de GGZ uitgebracht. Nu, zes jaar later, is er over het algemeen weliswaar een positieve attitude te bespeuren over dit instrument, toch geeft slechts 28 procent van de hulpverleners aan de richtlijnen te gebruiken. Respondenten die de richtlijnen toepassen doen dit, omdat richtlijnen een kwaliteitsstandaard zijn voor wetenschappelijk onderbouwde zorg, de zorg transparant maken voor alle partijen die bij de zorg betrokken zijn, de kwaliteit verbeteren, richting en houvast bieden, zorg evalueerbaar maken en leiden tot efficiënt werken.

→ *Wel verschilt het gebruik van richtlijnen aanzienlijk tussen disciplines. Draagvlak is het grootst onder psychiaters, het minst groot onder maatschappelijk werkers en vaktherapeuten*

Zoals tevens uit andere studies blijkt, beïnvloeden verschillende factoren het gebruik van richtlijnen. Deze hebben te maken met de richtlijn zelf, de patiënt, de

professional, de sociale omgeving, de organisatorische context en de maatschappij (Francke e.a., 2008; Grol & Wensing, 2006; Smolders e.a., 2006). Kenmerken van de richtlijnen die het gebruik vooral bevorderen, hebben te maken met het laten aansluiten van richtlijnen op het reguliere werk, een compacte vormgeving, formuleringen en concreetheid ten aanzien van de gegeven adviezen, up to date zijn van de richtlijnen en de wetenschappelijke onderbouwing. Het draagvlak voor gebruik van richtlijnen verschilt tussen beroepsgroepen. Het draagvlak is het grootst bij psychiaters, iets minder dan de helft van de psychiaters past de richtlijn toe. Gevolgd door een derde van de psychologen, psychotherapeuten, verpleegkundigen en huisartsen. Verhoudingsgewijs passen relatief weinig maatschappelijk werkers en vaktherapeuten de richtlijnen toe. Een verklaring hiervoor is dat de niet medische beroepsgroepen vinden dat de huidige richtlijnen te veel op *randomized clinical trials* gebaseerd zijn en dat praktijkkennis van hulpverleners en ervaringskennis van patiënten en hun omgeving in de richtlijnen niet aan bod komen. De complexiteit van de klinische kenmerken van patiënten is volgens hulpverleners de belangrijkste patiënt gerelateerde factor die het gebruik van richtlijnen bepaalt. Hoe complexer het beeld, hoe minder men aan de richtlijnen heeft.

→ *Diverse factoren stimuleren of belemmeren het gebruik van richtlijnen; draagvlak en beleid binnen organisatie zouden vooral van invloed zijn op het gebruik*

Als professionals in het bezit zijn van de richtlijnen, de inhoud kennen en over de juiste vaardigheden beschikken om de richtlijn toe te kunnen passen, zal dit het gebruik van de richtlijnen stimuleren. Bijna de helft van de hulpverleners geeft aan nieuwe vaardigheden nodig te hebben om de richtlijn te kunnen uitvoeren. Wanneer hulpverleners weinig tijd hebben voor het zich eigen maken van richtlijnen of als er onvoldoende personeel is voor de uitvoering van richtlijnen, zal dit het gebruik van de richtlijnen belemmeren. Als richtlijnen door collega's, beroepsgenoten, beroepsvereniging en leidinggevendenden worden aanbevolen, bevordert dit juist het gebruik. Draagvlak en beleid ten aanzien van richtlijnen in de organisatie zijn de belangrijkste factoren. Maatschappelijk factoren die van invloed zijn op richtlijngebruik hebben vooral te maken met de inspectie en de zorgverzekeraar. Vooral psychiaters en psychologen geven aan de richtlijnen toe te passen vanwege de druk die zij vanuit de inspectie en/of de zorgverzekeraar ervaren; zij vinden dat opgelegde normen door zorgverzekeraars vanuit economische motieven een negatief effect hebben op de toepassing van richtlijnen.

→ *Nu multidisciplinaire richtlijnen voor de GGZ een feit zijn, dient geïnvesteerd te worden in de implementatie*

De resultaten uit dit onderzoek geven aanleiding tot zorg over de implementatie van de multidisciplinaire richtlijnen. Toch is de lage implementatiegraad niet verwonderlijk, gezien de relatief geringe energie die gestoken is in implementatie. Er is de afgelopen jaren vooral geïnvesteerd in ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijnen. Slechts enkele beroepsverenigingen en organisaties hebben expliciet beleid opgesteld over het implementeren van de richtlijnen.

4.3 Aanbevelingen

Op basis van de resultaten van dit onderzoek worden in het onderstaande aanbevelingen geformuleerd bestemd voor allen die zich verantwoordelijk voelen voor richtlijnontwikkeling en implementatie, zowel op landelijk als instellingsniveau: beroepsverenigingen, richtlijnontwikkelaars, managers, beleidsmakers, kwaliteitsfunctionarissen, financiers. De aanbevelingen vormen een pakket dat in samenhang dient te worden uitgevoerd. De aanbevelingen hebben als doel het gebruik van richtlijnen, en in het verlengde hiervan het toepassen van effectieve interventies in de GGZ, te stimuleren. Dit is van groot belang omdat *evidence-based* handelen de ziektelast van patiënten vermindert, doelmatiger is, en er meer kan worden bereikt met minder geld (Andrews e.a., 2004). Dat is zeer welkom in een tijd waarin de hulpvraag steeds meer toeneemt en beschikbare budgetten kleiner worden.

→ *Maak gebruik van ICT*

Voor het gebruik van richtlijnen in de praktijk, en het verzamelen van kennis is ICT onmisbaar. Implementatie van veranderingen in de zorg vergt veel energie van groepen van hulpverleners, die zonder goede ICT ondersteuning de gevraagde kwaliteit niet kunnen leveren. De huidige mogelijkheden op het gebied van ICT maakt het mogelijk processen slim en efficiënt in te richten, en patiënten en hulpverleners te voorzien van adviezen en feedback. Onderzoek heeft aangetoond dat dergelijke systemen fouten en complicaties kunnen voorkomen en daarmee de zorg ook veilig maken.

→ *Maak aantrekkelijke samenvattingen en overzichten van richtlijnen*

Aanbevolen wordt om van iedere richtlijn korte samenvattingen met aanbevelingen te maken en te verspreiden, waarin beslisbomen opgenomen zijn die aansluiten bij het zorgproces in de praktijk en waarvan regelmatig updates verschijnen. Gedacht kan worden aan samenvattingen die qua vormgeving vergelijkbaar zijn met de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Verpleegkundigen, vaktherapeuten en algemeen maatschappelijk werkers geven aan dat voor hen een overzicht met daarin voor de beroepsgroep geldende aanbevelingen met daarbij wie, wat, wanneer moet doen, de meest ideale vorm is. De beroepsverenigingen voor verpleegkundigen (V&VN), vaktherapeuten (FVB) en maatschappelijk werkers (NVMW) kunnen overwegen een afgeleid product van richtlijnen voor hun leden te ontwikkelen. Uit de literatuur blijkt dat richtlijnen in termen van gedrag eerder opgevolgd worden (Michie & Lester, 2008). Van deze aanbeveling mag niet direct een grote verandering verwacht worden, maar dergelijke producten kunnen het bewustzijn van en kennis over de richtlijnen vergroten. Het is een eerste stap.

→ *Organiseer scholing en onderwijs*

Uit de literatuur weten we dat het uitsluitend verspreiden van richtlijnen ineffectief is (Francke e.a., 2008; Grol & Wensing, 2006). Naast de verspreiding van een korte

samenvatting met aanbevelingen, wordt geadviseerd een interactieve educatieve workshop aan te bieden voor professionals in de eerste-, tweede- en derdelijn. Interactieve workshops kunnen een positief effect hebben als onderdeel van een bredere implementatiestrategie (Grol & Wensing, 2006). Deze aanbeveling sluit aan bij de eerder geïnventariseerde behoefte van beroepsorganisaties van vrijgevestigde professionals in de eerste lijn, de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten, de Landelijke Vereniging van Eerstlijnspsychologen, en het Nederlands Instituut van Psychologen. In de workshops kan naast educatie over de aanbevolen behandeling, ook training plaatsvinden in de aanbevolen meetinstrumenten voor diagnostiek, behandeling en evaluatie. De workshops kunnen gegeven worden door inhoudelijk experts die betrokken zijn bij de richtlijnontwikkeling. Het advies is om de workshops te accrediteren. Beroepsopleidingen in de GGZ dienen de richtlijnen op te nemen in de opleiding. Educatie is de tweede stap bij de implementatie van richtlijnen.

→ *Verzamel praktijkkennis voor nieuwe richtlijnversies*

Richtlijnontwikkelaars kunnen tegemoet komen aan de kritiek van verpleegkundigen, vaktherapeuten, algemeen maatschappelijk werkers, psychologen en psychotherapeuten dat de huidige richtlijnen te veel op *randomized clinical trials* (RCT's) gebaseerd zijn en dat praktijkkennis van hulpverleners en ervaringskennis van patiënten en hun omgeving in de richtlijnen ontbreken. Dit is een bekend en lastig punt binnen de evidence-based richtlijnontwikkeling, waarbij een hiërarchie gehanteerd wordt als het gaat om bewijsvoering, die loopt van beschrijvend onderzoek, via cross-sectioneel en cohortonderzoek naar gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek en naar systematische reviews (Everdingen e.a., 2004). Als gevolg hiervan worden resultaten van RCT onderzoek om de effectiviteit van interventies te testen, zoals cognitieve gedragstherapie en medicatie, eerder in de richtlijn opgenomen worden dan bijvoorbeeld een verpleegkundige interventie waarvan het effect niet via een RCT aangetoond is. Aanbevolen wordt om naast wetenschappelijke kennis ook praktijk- en ervaringskennis te verzamelen en te integreren in de nieuwe generaties richtlijnen. Experimenten op dit gebied lopen inmiddels (herziening richtlijn Schizofrenie), maar dient geïntensiveerd te worden. Verder zouden de Routine Outcome Monitoring (ROM) gegevens, die instellingen zelf verzamelen, de komende jaren landelijk verzameld kunnen worden en zo hun weg kunnen vinden naar nieuwe richtlijnversies.^g Hierdoor wordt ook een ander knelpunt weggenomen: het gebrek aan aanbevelingen in de richtlijnen over complexe patiëntgroepen; practice-based richtlijnen sluiten mogelijk beter aan op de complexiteit van een patiënt in de gewone praktijk.

^g Met ROM kan de uitkomst van behandelingen in de klinische praktijk over een langere periode geregistreerd worden bij patiënten met stemmings- en angststoornissen. Periodiek kunnen bij patiënten allerlei aspecten van psychisch functioneren gemeten worden met vragenlijsten en beoordelingsschalen. Aan de hand van meetgegevens kan worden bepaald of bij een patiënt de symptomen afnemen en het functioneren verbetert over de tijd.

→ *Richtlijnimplementatie als prestatie indicator*

Werken volgens richtlijnen is een niet uitgewerkte indicator uit de Basisset Prestatie Indicatoren GGZ. Concretisering van de indicator is moeilijk, maar biedt een kans om GGZ organisaties te laten sturen op de mate waarin evidence-based wordt gewerkt. Een gunstig klimaat voor richtlijnen, met goede ondersteuning van collega's, beroeps-genoten of superieuren, heeft immers een positieve invloed op de implementatie van richtlijnen (Francke e.a., 2008).

→ *Informeer en betrek de patiënt en diens omgeving*

Het benutten van de patiënt als motor voor het gebruik van richtlijnen wordt in de GGZ nog onvoldoende gedaan. De patiënt als gelijkwaardige partner in het nemen van beslissingen over behandeling en gezondheid is geen dagelijkse praktijk, terwijl de persoonlijke voorkeur van de patiënt volgens veel richtlijnaanbevelingen mede bepalend zou moeten zijn voor de diagnostische en behandel beslissing. Uit een recent gehouden veldraadpleging over effectiviteit van strategieën voor de implementatie van richtlijnen bleek er veel animo te zijn voor de patiëntgerichte interventie *shared decision making*, het gestructureerde proces waarbij zowel professional als patiënt bijdragen aan een diagnostische of behandel beslissing (Expertmeeting 'Verbetering van de zorg voor mensen met depressie en angststoornissen' georganiseerd door het Nivel en Scientific Institute for Quality of Healthcare van het UMC St Radboud, 11 maart 2009). Onderzoek is nodig om meer te kunnen zeggen over het effect van deze strategie. Duidelijk is wel dat deze goed aansluit bij het overheidsbeleid gericht op zelfmanagement, preventie en empowerment van de hulpvrager.

Bijlage 1 Digitale vragenlijst

Algemene informatie

1. Wat is uw geslacht?

- man
- vrouw

2. Wat is uw leeftijd?

3. In welke discipline bent u werkzaam? (*U kunt meerdere antwoorden kiezen*):

- psychiater
- psychiater i.o.
- AGNIO
- klinisch psycholoog
- klinisch psycholoog i.o.
- gz-psycholoog
- gz-psycholoog i.o.
- psychotherapeut
- psychotherapeut i.o.
- niet BIG geregistreerd psycholoog
- sociaal psychiatrisch verpleegkundige
- psychiatrisch verpleegkundige
- verpleegkundig specialist
- senior verpleegkundige
- maatschappelijk werkende
- anders, namelijk: ...

4. In welke lijn werkt u? (U kunt meerdere antwoorden kiezen):

- eerstelijns
- tweedelijns
- derdelijns

5. Hoeveel jaar werkt u al met patiënten met psychische stoornissen?

.....

6. Hoeveel uur per week werkt u?

.....

7. Hoeveel patiënten met een psychische stoornis ziet u gemiddeld per week?

.....

8. Waarmee houdt u zich vooral bezig?

- directe patiëntenzorg aan patiënten → *ga verder met vraag 10*
- directe patiëntenzorg + management en/of beleidstaken en/of onderzoek
- management en/of beleidstaken en/of onderzoek

9. Als manager of in beleid/onderzoek gebruik ik de multidisciplinaire richtlijn in (U kunt meerdere antwoorden kiezen):

- jaargesprekken met medewerkers
- jaar- en/of beleidsplannen
- optimaliseren van de zorglogistiek
- financiële onderhandelingen
- ontwikkelen van zorgprogramma's
- anders, namelijk: ...
- niet van toepassing

10. De directe patiëntenzorg betreft patiënten met
(U kunt meerdere antwoorden kiezen):

- angststoornissen
- depressie
- schizofrenie
- persoonlijkheidsstoornissen
- ADHD
- eetstoornissen
- anders, namelijk: ...

11. De directe patiëntenzorg betreft de volgende doelgroep(en)
(U kunt meerdere antwoorden kiezen):

- kinderen en Jeugdigen tot 18 jr.
- volwassenen
- ouderen

12. Heeft u deelgenomen aan een Doorbraakproject?

- ja → ga verder met vraag 13
- nee → ga verder met vraag 14

13. Aan welk(e) Doorbraakproject(en) heeft u deelgenomen?
(U kunt meerdere antwoorden kiezen):

- Doorbraakproject Angststoornissen
- Doorbraakproject Depressie 1
- Doorbraakproject Depressie 2
- Doorbraakproject Schizofrenie 1
- Doorbraakproject Schizofrenie 2

14. Heeft u deelgenomen of neemt u deel aan andere kwaliteitverbeterprojecten die gaan over het gebruik van de multidisciplinaire richtlijn(en)?

ja

nee → ga verder met vraag 16

15. Aan welke andere kwaliteitverbeterprojecten die gaan over het gebruik van de multidisciplinaire richtlijn(en) heeft u deelgenomen?

.....

.....

.....

.....

16. Heeft u de laatste 5 jaar bij- of nascholing gevolgd over de multidisciplinaire richtlijn(en)?

ja

nee

17. Van welke van de volgende beroepsverenigingen bent u lid?
(U kunt meerdere antwoorden kiezen):

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie

Nederlands Instituut van Psychologen

Federatie Vaktherapeutische Beroepen

Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland afdeling: Adviesradennetwerk GGZ

Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland afdeling: Consultatieve Psychiatrie

Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland afdeling: GGZ Verpleegkunde

Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland afdeling: Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen

Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland afdeling: Specialist in GGZ

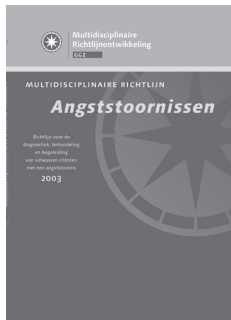
geen van deze

Vragen over het gebruik van de multidisciplinaire richtlijnen: Angststoornissen, Depressie en Schizofrenie

Lees s.v.p. goed de volgende instructies door voordat u de vragenlijst invult:

- In de vragenlijst wordt het woord "richtlijn" gebruikt, hiermee worden de multidisciplinaire richtlijnen Angststoornissen en/of Depressie en/of Schizofrenie bedoeld die onder leiding van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ zijn ontwikkeld.
- Kies steeds het antwoord dat voor u het meest van toepassing is.
- Kies bij elke vraag slechts één antwoord, tenzij anders aangegeven.

Voorbeeld van een richtlijn:



1. Weet u dat er multidisciplinaire richtlijnen Angststoornissen en/of Depressie en/of Schizofrenie bestaan?

ja → *ga verder met vraag 3*

nee

2. Hoe komt het dat u de multidisciplinaire richtlijnen niet kent?

(U kunt meerdere antwoorden geven):

ik ben wel geïnteresseerd maar kan ze niet vinden

ik heb ze niet nodig

ik volg zelf de literatuur

ik heb mijn eigen richtlijnen

anders, namelijk:...

3. In hoeverre bent u het met onderstaande beweringen eens?

	ja	nee
a. ik ben in het bezit van richtlijn(en)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ik ben in het bezit van een samenvatting van richtlijn(en)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ik weet dat er een patiëntenversie van de multidisciplinaire richtlijn bestaat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ik ken de inhoud van richtlijn(en) (indien ja → ga verder met vraag 5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Hoe komt het dat u de inhoud van de multidisciplinaire richtlijnen niet kent?
(U kunt meerdere antwoorden kiezen):

<input type="checkbox"/> ik ben wel geïnteresseerd maar kan ze niet vinden
<input type="checkbox"/> ik heb ze niet nodig
<input type="checkbox"/> ik volg zelf de literatuur
<input type="checkbox"/> ik heb mijn eigen richtlijnen
<input type="checkbox"/> anders, namelijk:

5. Ik maak gebruik van de (meerdere antwoorden mogelijk):

<input type="checkbox"/> multidisciplinaire richtlijn(en) in boekvorm
<input type="checkbox"/> samenvatting in boekvorm
<input type="checkbox"/> patiëntenversie in boekvorm
<input type="checkbox"/> geen van deze

6. Hoe vaak maakt u hiervan gebruik?

<input type="checkbox"/> minder dan 1 keer per week
<input type="checkbox"/> 1 – 5 keer per week
<input type="checkbox"/> 5 – 10 keer per week
<input type="checkbox"/> 10 of meer keer per week

7. Heeft u de richtlijn grondig gelezen?

ja

nee

8. Wist u dat er digitale versies van de multidisciplinaire richtlijnen Angststoornissen en/of Depressie en/of Schizofrenie bestaan?

ja

nee

9. Ik maak gebruik van de *(meerdere antwoorden mogelijk)*:

multidisciplinaire richtlijn(en) in digitale vorm

samenvatting in digitale vorm

patiëntenversie in digitale vorm

geen van deze

10. Welke website(s) bezoekt u voor de digitale richtlijnen?
(U kunt meerdere antwoorden kiezen):

www.trimbos.nl

www.ggzrichtlijnen.nl

www.nvvp.net

anders, namelijk:

11. Hoe vaak bezoekt u een website voor richtlijngebruik?

1 – 5 keer per week

5 – 10 keer per week

10 of meer keer per week

12. Hieronder volgt een aantal uitspraken over het werken volgens de multidisciplinaire richtlijn. Het is de bedoeling dat u aangeeft in hoeverre u het met de uitspraak 'eens' of 'oneens' bent. Als u geen duidelijke mening heeft, probeer dan toch te bepalen of uw mening meer richting 'eens' of 'oneens' gaat. Als dit niet lukt, vul dan 'eens noch oneens' in.

	Zeer mee oneens	Mee oneens	eens noch oneens	mee eens	zeer mee eens
a. De richtlijnen laten genoeg ruimte om zelf afwegingen te maken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. De wensen van de patiënt laat ik meewegen bij het gebruik van de richtlijn(en).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Richtlijnen passen in mijn reguliere werk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Het toepassen van de richtlijnen kost me teveel tijd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ik zie niet direct welke voordelen het werken volgens de richtlijnen oplevert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. De inspanningen die het werken volgens de richtlijnen met zich mee brengen wegen niet op tegen de effecten die bereikt worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. De richtlijn kan volgens mij gemakkelijk misbruikt worden in het medische tuchtrecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Ik vind dat de richtlijnen helder geformuleerd zijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. De richtlijnen sluiten aan bij mijn dagelijkse routine en praktijkvoering.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. De richtlijnen ondersteunen me bij het nemen van beslissingen in de behandeling.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Zeer mee oneens	Mee oneens	eens noch oneens	mee eens	zeer mee eens
k. De lay-out van de richtlijnen is handig voor gebruik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Ik vind dat ik te weinig inspraak heb gehad bij het opstellen van de richtlijn(en).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Ik denk dat bepaalde onderdelen van de richtlijnen onjuist zijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Ik vind de richtlijn concreet ten aanzien van de gegeven adviezen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. De richtlijn in de huidige boekvorm is handig voor gebruik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. De digitale versie is handig voor gebruik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. De ideale vorm van een richtlijn is voor mij (*meerdere antwoorden mogelijk*):

<input type="checkbox"/> De hoofdaanbevelingen op een A-4
<input type="checkbox"/> Een overzicht van de aanbevelingen
<input type="checkbox"/> Een overzicht met daarin voor mijn discipline geldende aanbevelingen
<input type="checkbox"/> Een overzicht met activiteiten, wat ik wanneer moet doen
<input type="checkbox"/> De huidige boekvorm
<input type="checkbox"/> De huidige digitale versie
<input type="checkbox"/> De huidige digitale versie met zoekfunctie
<input type="checkbox"/> anders, namelijk:

14. De beroepsvereniging

In hoeverre bent u het met onderstaande beweringen eens?

	Zeer mee oneens	Mee oneens	eens noch oneens	mee eens	zeer mee eens
a. Mijn beroepsgenoten vinden dat ik volgens de richtlijnen moet werken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Binnen mijn beroepsvereniging vindt men dat patiënten volgens de richtlijnen behandeld zouden moeten worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Mijn beroepsvereniging heeft kritiek op de richtlijnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Deze richtlijn sluit niet voldoende aan bij de waarden en normen binnen mijn beroepsgroep.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Mijn beroepsvereniging stimuleert het gebruik van richtlijnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. De context, organisatie en financiering van de zorg

In hoeverre bent u het met onderstaande stellingen eens?

	Zeer mee oneens	Mee oneens	eens noch oneens	mee eens	zeer mee eens
a. Een helder beleid over het gebruik van de richtlijnen ontbreekt in mijn praktijk/organisatie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Het werken volgens de richtlijnen vereist een financiële vergoeding.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Mijn collega's hebben geen positieve houding ten aanzien van de richtlijnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Collega's binnen mijn praktijk/team vinden dat ik volgens de richtlijnen moet werken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Mijn leidinggevende(n) vindt/vinden dat ik volgens de richtlijnen moet werken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Mijn collega's werken niet volgens de richtlijnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Mijn leidinggevende(n) vinden het niet nodig dat ik volgens de richtlijn werk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Collega's werken volgens de richtlijnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Door de DBC invoering ga ik meer met richtlijnen werken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Door fusie/reorganisatie ga ik meer met richtlijnen werken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. De richtlijn wordt gebruikt bij de (meerdere antwoorden mogelijk):

<input type="checkbox"/> Intervisie
<input type="checkbox"/> Casuïstiek bespreking
<input type="checkbox"/> Zorgprogrammering
<input type="checkbox"/> Directe patiëntenzorg
<input type="checkbox"/> Evaluatie/beoordelingsgesprekken met mijn leidinggevende
<input type="checkbox"/> Kwaliteitverbetering
<input type="checkbox"/> anders, namelijk:

17. De behandelaar

In hoeverre bent u het met onderstaande stellingen eens?

	Zeer mee oneens	Mee oneens	eens noch oneens	mee eens	zeer mee eens
a. Ik vind het werken volgens de richtlijnen goed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ik wil eerst meer weten over de literatuuronderbouwing in de richtlijn voordat ik besluit de richtlijn toe te passen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ik vind de richtlijn voldoende wetenschappelijk onderbouwd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. De aanbevelingen uit de richtlijn zijn passend bij de patiënten die ik behandel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. De richtlijn past niet goed bij mijn manier van werken, bij mijn werkstijl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. De richtlijn ondersteunt me bij het nemen van beslissingen in de behandeling.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Zeer mee oneens	Mee oneens	eens noch oneens	mee eens	zeer mee eens
g. Ik denk dat vrouwelijke hulpverleners eerder gebruik maken van de richtlijnen dan mannelijke hulpverleners.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Ik denk dat jonge hulpverleners eerder gebruik maken van de richtlijnen dan oudere hulpverleners.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ik heb moeite met het veranderen van mijn werkwijze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Ik denk dat het de kwaliteit van mijn werk ten goede komt als ik volgens de richtlijnen werk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Ik voel weerstand tegen het werken volgens richtlijnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Ik kan de richtlijnen toepassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Het toepassen van de richtlijnen maakt het werk voor hulpverleners en voor de buitenwereld transparanter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Voor de uitvoering van de richtlijnen zijn nieuwe vaardigheden nodig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Het opvolgen van de richtlijnen brengt extra tijd met zich mee.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Ik vind het belangrijk dat mijn patiënten weten wat de richtlijnaanbevelingen zijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. De patiënt

In hoeverre bent u het met onderstaande stellingen eens?

	Zeer mee oneens	Mee oneens	eens noch oneens	mee eens	zeer mee eens
a. Mijn patiënten vinden het belangrijk dat zij behandeld worden volgens de richtlijnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ik bespreek met mijn patiënten de in de richtlijn aanbevolen zorg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ik geef de patiënt de patiënt-versie van de richtlijn mee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mijn patiënten willen lang niet altijd volgens de in de richtlijnen aanbevolen aanpak behandeld worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ik vind dat het toepassen van de richtlijnen bij sommige patiënten teveel ingrijpt in hun manier van leven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. De richtlijnen zijn volgens mij onvoldoende bruikbaar voor bepaalde groepen zoals kinderen, vrouwen, allochtonen, ouderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Welke multidisciplinaire richtlijn(en) gebruikt u?

(U kunt meerdere antwoorden kiezen):

- Angststoornissen
- Depressie
- Schizofrenie
- Persoonlijkheidsstoornissen
- ADHD bij kinderen en jeugdigen
- Eetstoornissen
- Geen enkele
- andere, namelijk:

20. Welke onderdelen van deze multidisciplinaire richtlijn(en) gebruikt u?

(U kunt meerdere antwoorden kiezen):

- Diagnostiek
- Behandeling/Interventies
- Ervaringen/aanbevelingen vanuit patiëntperspectief
- Implementatie (richtlijn Schizofrenie en Depressie)
- Geen van deze

21. Welke concrete richtlijnaanbeveling(en) bent u gaan gebruiken?

(U kunt meerdere antwoorden geven):

- instrument voor vroegherkenning
- instrument voor het verrichten van diagnostiek
- instrument voor het structureel meten van de voortgang van de behandeling stepped care behandelen (licht behandelen als het kan en zwaar als het moet)
- psychoeducatie
- evidence based interventies
- anders, namelijk:

22. Intentie gebruik

In hoeverre bent u het met onderstaande stellingen eens?

	Zeer mee oneens	Mee oneens	eens noch oneens	mee eens	zeer mee eens
a. Ik verwacht niet dat ik in de toekomst intensief gebruik zal maken van de richtlijnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mijn voornemen is om de richtlijnen bij het merendeel van de patiënten te (blijven) toepassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Op dit moment pas ik de richtlijnen toe op het merendeel van de patiënten met psychische stoornissen (angststoornis, depressieve stoornis, schizofrenie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Gebruikt u (ook) andere dan de multidisciplinaire richtlijn?

ja

nee → ga verder met vraag 25

24. Welke andere richtlijn(en) gebruikt u? (U kunt meerdere antwoorden kiezen):

NHG-standaard

Landelijke Eerstelijns Afspraak (LESA)

Door de organisatie gemaakte richtlijnen

Door de beroepsgroep gemaakte richtlijnen

andere, namelijk:

25. Noem de twee belangrijkste factoren die voor u belemmerend werken in het toepassen van de multidisciplinaire richtlijn? *(open vraag)*

.....

.....

.....

.....

26. Noem de twee belangrijkste factoren die ertoe hebben geleid dat u de multidisciplinaire richtlijn toepast? *(open vraag)*

.....

.....

.....

.....

27. Welke middelen heeft u nodig om de richtlijn (beter/meer) te gaan gebruiken? *(open vraag)*

.....

.....

.....

.....

28. Mijn overige opmerkingen zijn:

.....

.....

.....

.....

Bijlage 2 Resultaten kwalitatieve interviews

Om verbreding en verdieping aan te brengen in de resultaten van de digitale enquête werden kwalitatieve interviews afgenomen bij bestuurders/ beleidsmedewerkers van beroepsverenigingen. In totaal zijn 5 interviews afgenomen met bestuurders/ beleidsmedewerkers van de volgende beroepsverenigingen:

- Nederlands Instituut van Psychologen
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
- Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie
- Nederlands Huisartsen Genootschap

De respondenten werden de volgende twee vragen gesteld:

1. Wat hoort u van uw leden over de multidisciplinaire richtlijnen en welke factoren hebben volgens u invloed op het gebruik?
2. Welke activiteiten worden vanuit de beroepsvereniging ontplooid gericht op de implementatie van de multidisciplinaire richtlijnen in de praktijk?

Vraag 1: Wat hoort u van uw leden over de multidisciplinaire richtlijnen voor de GGZ en welke factoren hebben volgens u invloed op het gebruik?

Nederlands Instituut van Psychologen

De geïnterviewde van het *Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)* hoort van haar leden dat de richtlijnen de wetenschappelijke literatuur dichterbij brengen, ze geven een goed overzicht van de literatuur en de huidige stand van zaken. De leden vinden dat de multidisciplinaire richtlijnen haar naam geen eer aan doet, omdat de psychiatrie en psychologie overgewaardeerd en verpleegkunde, vaktherapie en maatschappelijk werk ondergewaardeerd is. Verder vinden de leden de richtlijnen slecht direct toepasbaar, omdat ze niet naar de discipline toegeschreven zijn. Bij de leden bestaat angst dat zorgverzekeraars gaan bepalen wat professionals moeten doen door richtlijnen te gaan gebruiken als instrument voor toetsing en deze toetsing koppelen aan de financiering. Het NIP zou dit niet juist vinden omdat de richtlijnen niet volledig zijn, omdat niet voor alle knelpunten in de zorg antwoorden opgenomen zijn. De geïnterviewde beschouwt de richtlijnen als leidraad voor zorg die iemand nodig heeft en niet als dwingend instrument.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

De geïnterviewde van de *Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)* hoort van haar leden dat de richtlijnen gewaardeerd worden en als nuttig ervaren. De leden zien de ontwikkeling van richtlijnen als een belangrijke activiteit van de vereniging. Desondanks worden ze lang niet altijd gebruikt, omdat de richtlijnen niet altijd voorhanden

zijn en het gebruik niet als 'een moeten' wordt gezien. Leden zouden gewend zijn aan hun manier van handelen en vinden dit lastig te veranderen en sommige leden denken dat de kennis van jaren geleden nog steeds relevant is. De geïnterviewde denkt dat richtlijnen eerder gebruikt worden wanneer deze gestandaardiseerde beslisbomen bevatten zoals bij de richtlijnen angst en depressie. In de richtlijn schizofrenie zouden geen beslisbomen opgenomen zijn waardoor deze volgens de geïnterviewde minder vaak gebruikt worden. Een bevorderende factor voor richtlijngebruik is volgens de geïnterviewde de koppeling van richtlijnen aan het elektronisch patiëntendossier.

Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland

De geïnterviewde van de *Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)* hoort van haar leden dat het verpleegkundig aandeel in de richtlijnen beperkt is, waardoor de richtlijnen niet direct relevant zijn voor verpleegkundigen. De leden die deelnamen aan de richtlijnwerkgroep ten behoeve van de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijnen voor de GGZ, vinden dat het accent in de richtlijnen sterk bij medische problemen ligt. Er zijn onvoldoende relevante uitgangsvragen voor verpleegkundigen geformuleerd. Volgens de geïnterviewde heeft dit onder meer te maken met onvoldoende assertiviteit en kennis van verpleegkundigen. De geïnterviewde geeft aan dat de verpleegkundigen die deelnamen aan de werkgroep meer ondersteund hadden moeten worden in het claimen van de verpleegkundige rol. In de werkgroep richtlijnontwikkeling zouden meer verpleegkundigen betrokken moeten worden en het multidisciplinair werken moet in de richtlijnen geïntegreerd worden door uitgangsvragen voor alle deelnemende disciplines te formuleren. De geïnterviewde vraagt zich af of er misschien monodisciplinaire richtlijnen ontwikkeld moeten worden of discipline specifieke bijdragen aan de richtlijnen. Verder hoort de geïnterviewde van haar leden dat de omvang van de richtlijnen enorm is en daardoor niet handig in gebruik. Verpleegkundigen hebben liever adequate hulpmiddelen: observatieschema's, korte samenvattingen. De geïnterviewde is van mening dat richtlijnen het werkproces zouden moeten volgen en concrete hulpmiddelen bevatten waarmee verpleegkundigen aan de slag kunnen. De inhoud moet omgevormd tot korte instrumenten. Bevorderende factoren voor richtlijngebruik zijn volgens de geïnterviewde: een evenredige verdeling van uitgangsvragen per disciplinegroep; professionals die herkenbaar voor de beroepsgroep zijn moeten de implementatie van richtlijnen ondersteunen; professionals moeten onderwerpen bepalen en een landelijk richtlijncentrum kan er indicatoren aan koppelen; strenger toezien en in scholing en bijscholing het werken volgens richtlijnen uitdragen.

Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie

De geïnterviewde van de *Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)* hoort van haar leden dat de praktische bruikbaarheid niet groot is en men niet enthousiast is over de richtlijnen. De kosten voor richtlijnontwikkeling zijn hoog en psychotherapeuten zijn nauwelijks op de hoogte, ze gaan hun eigen gang. De geïnterviewde geeft aan onderzoek naar richtlijnen erg belangrijk te vinden en heeft in 2008 een enquête afgenomen bij psychiaters, psychotherapeuten en psychologen via de NVP, de

RINO, GGZ instellingen en via het netwerk. In totaal hebben ongeveer 100 mensen de enquête ingevuld. De resultaten waren ten tijde van het interview nog niet bekend. De geïnterviewde ziet als taak van de NVP, haar leden op de hoogte te brengen van de richtlijnen en te informeren over ontwikkelingen hieromtrent. De leden zouden meer betrokken moeten worden bij de ontwikkelingen, bijvoorbeeld via het organiseren van een forum. Zo zou bijvoorbeeld de moeizame implementatie van de richtlijnen ook aan de leden voorgelegd moeten worden.

Nederlands Huisartsen Genootschap

De geïnterviewde van het *Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)* hoort van haar leden dat de rol van de huisartsen onvoldoende beschreven is, terwijl de richtlijnen de hele keten behoren te beschrijven. Zowel de huisartsen, de verpleegkundigen als de paramedici zijn onvoldoende tot hun recht gekomen in de richtlijnen. Bij de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijnen voor de GGZ is uitgegaan van wat nodig is aan diagnostiek en behandeling en niet wie wat op welk moment doet. Daardoor is het zorgproces onvoldoende herkenbaar, zoals de rol van de huisarts en doorverwijs en terugverwijs indicaties, terwijl huisartsen hier behoefte aan hebben. Voor de patiënt wordt dan duidelijker wat zij van de huisarts en andere zorgverleners kan verwachten en wanneer zij door- en terugverwezen wordt. In de NHG standaarden zijn verwijsparagrafen opgenomen. Omdat (onder meer) het huisartsgeneeskundig deel van de keten en de daarbij behorende verbindingen met de andere schakels onvoldoende herkenbaar was, zijn de richtlijnen Depressie en ADHD niet door het NHG geautoriseerd. Het merendeel van de huisartsen kennen de richtlijnen niet, ze zijn misschien op de hoogte van het bestaan maar werken er in de dagelijkse praktijk niet mee. Van de richtlijnen zijn soms afgeleide documenten ontwikkeld, zoals bijvoorbeeld de NHG standaard voor depressie, die beschrijft wat de huisarts geacht wordt te doen en waar de huisarts op aan te spreken is. Wanneer er over een aandoening geen standaard is zoals bij ADHD dan consulteert men misschien de richtlijn, maar daarover is weinig bekend. De geïnterviewde is van mening dat de huisarts bij de ontwikkeling van de richtlijnen niet kan ontbreken, omdat de zorg vaak bij de huisarts begint. De huisarts diagnosticeert en behandelt zelf en verwijst patiënten met complexere problematiek en patiënten die niet op de behandeling reageren door. Bij goede samenwerking en voldoende deskundige inbreng van huisartsen in de richtlijnen zal er geen inhoudelijk verschil zijn tussen de richtlijnen en de standaarden. De standaard is dan te beschouwen als een monodisciplinair product, van de richtlijn afgeleid. Een bevorderende factor voor richtlijngebruik en samenwerking is volgens de geïnterviewde de ontwikkeling van monodisciplinaire producten, afgeleid van de richtlijnen.

Vraag 2: Welke activiteiten worden vanuit de beroepsvereniging ontplooid gericht op de verspreiding en implementatie van de multidisciplinaire richtlijnen in de praktijk?

Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)

Het *NIP* voert de volgende activiteiten uit:

- Op de website staat een link naar het Kwaliteitsinstituut CBO en het Trimbos-instituut
- Wanneer er een nieuwe richtlijn of update uit is, gaat er een mailing uit naar leden
- Aan het addendum Ouderen Angststoornissen en Depressie is door de sectie Ouderenzorg een NIP symposium gewijd
- Samenvattingen van de richtlijnen worden in het vakblad 'De Psycholoog' opgenomen

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

Het *NVvP* voert de volgende activiteiten uit:

- Eenmaal in de vijf jaar vindt herregistratie van psychiaters plaats. Voor de herregistratie is het nodig dat 1. psychiaters meewerken aan visitatie waarin gekeken wordt of er volgens de multidisciplinaire richtlijnen Angststoornissen en Depressie gewerkt wordt; 2. bij- en nascholingsactiviteiten bezocht worden en er een bepaald aantal accreditatiepunten behaald moeten worden. De *NVvP* besteedt in deze scholing aandacht aan de richtlijnen
- Integratie in de opleiding. Afhankelijk van de opleider is er aandacht voor werken volgens de richtlijnen
- Bewustmaken van patiënten door het ontwikkelen van voorlichtingsmateriaal in de vorm van folders. Deze staan op de website van de vereniging
- Richtlijnen staan op de website van de vereniging

Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)

De *V&VN* voert de volgende activiteiten uit:

- In nieuwsberichten wordt gemeld wanneer er een richtlijn uit is en dat het kwaliteitsstempel van de *V&VN* erop staat
- De *V&VN* heeft verder geen activiteiten voor implementatie ondernomen. Ze zien de implementatie als verantwoordelijkheid van de individuele instelling

Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)

De *NVP* voert de volgende activiteiten uit:

- Aankondigingen op de website en via de nieuwsbrief wanneer er een nieuwe richtlijn uit is

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Het *NHG* voert de volgende activiteiten uit voor de implementatie van richtlijn afgeleide producten:

- In zowel de opleiding tot basisarts als die van huisarts zijn de *NHG* standaarden opgenomen

- Nascholing is gebaseerd op (onderdelen van) de NHG standaarden, zoals de internetvariant van de Persoonlijke Individuele Nascholing (PIN), waar accreditatie voor verkregen kan worden
- In nieuwsbrieven worden afgeleide producten opgenomen: patiënten voorlichtingsbrieven (mee te geven na bezoek aan de huisarts), publieksfolders voor bijvoorbeeld wachtkamers en openbare ruimten

Referenties

- Andrews G., Issakidis C., Sanderson K., et al. (2004). Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 526-533.
- Balkom A.J.L.M. van, Oosterbaan D.B., (2008). Leiden richtlijnen tot een betere klinische praktijk? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 6, 323-328.
- Corrigan P. W., Steiner L., McCracken S. G., et al. (2001). Strategies for disseminating evidence-based practices to staff who treat people with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 1598-1606.
- Everdingen J.J.E. van, Burgers J.S., Assendelft W.J.J. (2004). Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk. Houten: BSL.
- Fernández A., Haro J.M., Martínez-Alonso M., et al. (2007). Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 172-173.
- Francke A.L., Smit M.C., Veer A.J.E. de, et al. (2008). Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 8, 38.
- Franx G., Karsbergen M. van, Eland A., et al. (2004). Implementatie van richtlijnen in de geestelijke gezondheidszorg: welke (on)mogelijkheden zien hulpverleners in de praktijk? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 82, 317-323.
- Franx G., Spijker J., Huyser J., et al. (2006). Daling in depressie. *Medisch Contact*, 40, 1592-1595.
- Gezondheidsraad (2000). Van Implementeren naar leren: het belang van tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap in de gezondheidszorg. Den Haag: Gezondheidsraad, publicatie nr. 18.
- Grol R. (2008). Knowledge Transfer in Mental Health Care: How Do We Bring Evidence Into Day-to-Day Practice? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 275-276.
- Grol R., Wensing M. (2006). Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Leentjens A.F.G, Burgers J.S. (2008) Welke factoren zijn belangrijk bij succesvolle implementatie van richtlijnen? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 6, 329-335.
- Long J.S. (1997). Regression models for categorical and limited dependent variables. Advanced quantitative techniques in the social science 7. Thousand Oaks: Sage publications.
- Michie S. & Lester K. (2005) Words matter: increasing the implementation of clinical guidelines. *Qual Saf Health Care*, 14, 367-370.
- Michie S., Pilling S., Garety P., et al. (2007). Difficulties implementing a mental health guideline: an exploratory investigation using psychological theory. *Implementation Science*, 26, 8.

- Pagato S., Spring B., Coups E., et al. (2007). Barriers and facilitators of evidence-based practice perceived by behavioral science health professionals. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 695-705.
- Peters M.A.J., Harmsen M., Laurant M.G.H., et al. (2003). Ruimte voor verandering? Knelpunten en mogelijkheden voor verbeteringen in de patiëntenzorg. Nijmegen: Afdeling Kwaliteit van zorg (WOK), UMC St Radboud.
- Smolders M., Laurant M., Duin D., et al. (2006). Werken met richtlijnen: beïnvloedende factoren bij het handelen volgens de multidisciplinaire richtlijnen angststoornissen en depressie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 61, 1018-1030.
- Tiemeier H., Vries de WJ., Loo, van het M., et al. (2002). Guideline adherence rates and interprofessional variation in a vignette study of depression. *Quality Safety Health Care*, 11, 214–218.