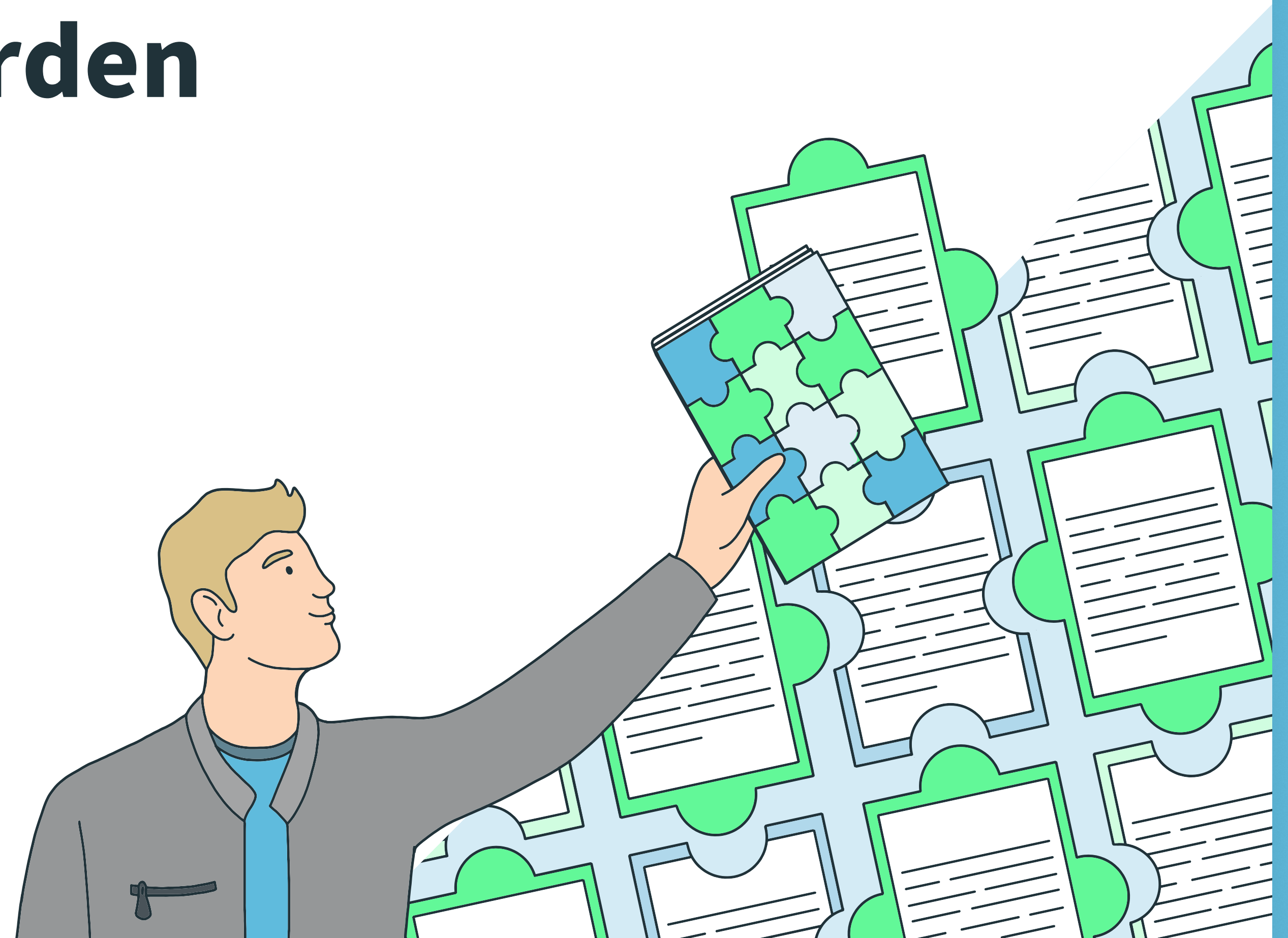


Uitkomsten onderzoek gebruik zorgstandaarden in de praktijk

Bekijken →

Akwa
GGZ Alliantie kwaliteit
Geestelijke
Gezondheidszorg

de
Nederlandse
ggz



59 teams 1000 ggz-professionals

Inhoudsopgave

Algemeen

Samenvatting →

Inleiding →

Teams →



Algemene thema's

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Klik op een van
de knoppen om
naar de gewenste
pagina te
navigeren.

Samenvatting en conclusies

Inleiding

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

Het onderzoek heeft zich gericht op het gebruik van de zorgstandaarden: ADHD, Angst, Bipolaire stoornissen, Persoonlijkheidsstoornissen en Psychose.

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

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

Uitkomsten onderzoek

Thema's

Samen beslissen, betrekken naasten, herstelondersteuning

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

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

Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten
en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

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

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

Veel teams erkennen het belang van het betrekken van naasten. Zij benoemen vooral handelingsverlegenheid en uitvoeringsvraagstukken als knelpunten. Hoe betrek ik naasten als de patiënt dat niet wil? Hoe wordt de inzet van naasten gefinancierd? Ook wensen teams ondersteuning bij de inzet van ervaringsdeskundigen. Hoewel de zorgstandaard aanbeveelt ervaringsdeskundigen in te zetten voor naasten- en herstelondersteuning gebeurt dit in de praktijk nog weinig.

Evalueren als onderdeel van de behandeling

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

Zorgstandaarden

Zorgstandaarden en behandelingen

Behandeling en behandelinterventies zijn in de meeste zorgstandaarden opgebouwd uit een aantal componenten. Meer preventieve en lichte interventies, zoals psycho-educatie, die vaak

opgevolgd worden door meer zware interventies zoals psychotherapeutische, medicamenteuze of psychosociale interventies of een combinatie daarvan.

Algemene bevindingen:

- Zorgstandaarden met een duidelijke, stapsgewijze structuur lijken makkelijker toe te passen in de praktijk. Het zorgproces en de organisatie van zorg zijn dan eenvoudiger in te richten.
- Lichtere interventies worden regelmatig niet ingezet op verzoek van de patiënt.
- Psycho-educatie krijgt binnen de behandeling en de organisatie niet altijd de aandacht die het volgens de betreffende zorgstandaard verdient.
- Het merendeel van de patiënten stroomt na het doorlopen van lichtere interventies door naar psychotherapie en/of medicamenteuze behandeling. Stoppen van de behandeling na lichtere interventies omdat er voldoende effect is bereikt, komt in de praktijk niet vaak voor.
- Het zorgaanbod is in theorie vaak compleet maar kan door capaciteitsproblematiek niet aan alle patiënten gegeven worden.

Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Opvallende uitkomsten per zorgstandaard:

- Bij behandeling van ADHD wijkt de helft van de teams af van het advies om te starten met eenvoudige behandeling, in de vorm van Cognitieve Gedragstherapie (CGT) of Medicamenteuze behandeling. Deze teams starten met een combinatie van beide.
- Bij behandeling van Angst wordt soms met medicatie gestart als patiënten op de wachtlijst staan. De zorgstandaard beveelt aan om dit alleen te doen in overleg met een psychiater. Teams zien het starten met medicatie soms als knelpunt omdat andere interventies daardoor minder effectief zijn.
- Voor de behandeling van Persoonlijkheidsstoornissen zitten specifieke psychotherapieën bij alle teams goed in het zorgaanbod. Het aanbod generieke therapieën loopt achter op specifieke therapieën. Ook ervaren teams knelpunten op het gebied van capaciteit.
- Ondanks dat CGT bij vrijwel alle teams een onderdeel van het zorgaanbod is en in de zorgstandaard Psychose de voorkeursbehandeling is, wordt CGT bij het overgrote deel van patiënten met psychose niet systematisch toegepast.

- Het aanbod van optionele interventies voor de behandeling van patiënten met een psychose is ruim. Tegelijkertijd staat het aanbod van standaard interventies zoals CGT onder druk. Het ruime behandelaanbod vereist een brede kennis van teams en zij ervaren hierbij knelpunten.

Overige uitkomsten

Organisatie van zorg en capaciteit

- Capaciteit wordt door bijna alle teams als knelpunt genoemd. Er is gebrek aan personeel om goede zorg te kunnen leveren. Vacatures voor een bepaalde therapie of onvoldoende psychiateruren leiden tot interne wachtlijsten. Ook wordt er hierdoor gekozen voor andere of een andere volgorde van interventies dan in de zorgstandaard beschreven.
- Ondanks de beperkte capaciteit wordt er regelmatig aan verzoeken van de patiënt voldaan om “lichtere” interventies niet in te zetten. Ook worden soms gecombineerde behandelingen aangeboden, terwijl de zorgstandaard eenvoudige behandeling adviseert.

- Groepsbehandelingen en eHealth worden gezien als mogelijke oplossingen voor de beperkte capaciteit. Teams zijn daarbij soms zoekende hoe zij dit concreet vorm kunnen geven.
- Veel professionals geven aan dat zij kennis missen over de te behandelen problematiek, behoefte hebben aan meer opleiding en training, en aan uitwisseling met andere teams.

Samenwerking

Verschillende teams geven aan dat er vraagstukken liggen met betrekking tot samenwerking, tussen afdelingen en ook buiten de organisatie met de verwijzer of met het sociale domein. Het in de zorgstandaard beschreven aanbod is regelmatig niet beschikbaar binnen het team en zou door meer samenwerking uitgebreid kunnen worden.

Samenwerking tussen poliklinieken en FACT-teams verloopt soms moeizaam. De noodzaak tot het bieden van integrale behandeling en de mogelijkheid dit vanuit verschillende afdelingen aan te bieden, sluit niet altijd op elkaar aan. Teams die zelf psychotherapie, psychosociale en medicamenteuze behandeling aanbieden, lukt dit beter dan teams die dit in samenwerking met een andere teams of

Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten
en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

afdelingen moeten organiseren. Soms ontstaat er een ongewenste situatie omdat het eenvoudiger is iemand terug te verwijzen naar de huisarts, dan door te verwijzen binnen de eigen organisatie. Ook kan het voorkomen dat patiënten door capaciteitsproblemen bij bijvoorbeeld de POH-GGZ eerder worden doorverwezen naar de ggz. Verschillende vormen van psychotherapie zijn niet altijd beschikbaar omdat deze niet worden aangeboden binnen het team of omdat er een interne wachtlijst is. Dit leidt er soms toe dat de patiënt een andere therapie aangeboden krijgt.

Praktijkvariatie

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

Aandachtspunten voor de doorontwikkeling van standaarden

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

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

Aandachtspunten voor het gebruik van standaarden in de praktijk

Er is ondersteuning nodig om samen beslissen, betrekken van naasten en herstelgericht werken als basisattitude te integreren. Training en scholing, bijvoorbeeld een training over hoe je naasten betreft, kan helpen bij handelingsverlegenheid. Een continue bewustwording van triadisch werken met focus op

het creëren van herstel is van belang. Het verkleinen van het kennistekort of specialistische zorg meer concentreren op één plek kan zorgen voor meer benodigde kennis op de plaats van de behandeling. Teams willen graag van elkaar leren en kunnen elkaar hierin ondersteunen.

Algemeen

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

Inleiding →

Teams →

Wat zijn kwaliteitsstandaarden, zorgstandaarden en generieke modules?

De kwaliteitsstandaarden voor de ggz, zorgstandaarden en generieke modules, zijn gebaseerd op wetenschappelijke kennis én ervaringen van patiënten, naasten en professionals. Een zorgstandaard beschrijft in algemene termen vanuit het perspectief van de patiënt wat goede zorg is voor mensen met een bepaalde psychische aandoening. Een generieke module beschrijft een algemeen onderwerp waar professionals en patiënten in veel behandelingen mee te maken krijgen, ongeacht de specifieke aandoening.

Kwaliteitsstandaarden beschrijven wat een patiënt kan verwachten: niet alleen op het gebied van behandeling, ook op het gebied van meedoen in de maatschappij, de rol van

naasten en de organisatie van zorg. Uitgangspunt van elke kwaliteitsstandaard is gezamenlijke besluitvorming: patiënt, naaste en behandelaar beslissen samen hoe de behandeling er uit gaat zien. Een kwaliteitsstandaard beschrijft geen standaardzorg, maar biedt een overzicht van wat patiënten kunnen en mogen verwachten in het zorgtraject.

Kwaliteitsstandaarden vormen samen met wet- en regelgeving en beroepsethiek de basis voor de professional om tot goede zorg te komen. De professional kan er beargumenteerd van afwijken als – naar zijn oordeel en in samenspraak met de patiënt – de belangen van de patiënt daarmee beter zijn gediend vanwege diens specifieke situatie en voorkeuren.

Algemeen

Inleiding

Onderzoek naar het gebruik van zorgstandaarden in de praktijk

Gebruik van kwaliteitsstandaarden in de praktijk

Er is een uitgebreide set van kwaliteitsstandaarden voor de ggz maar er is weinig bekend over het gebruik ervan in de praktijk. Zorgorganisaties en zorgprofessionals zijn zelf verantwoordelijk voor het toepassen van de kwaliteitsstandaarden. Akwa GGZ heeft samen met de Nederlandse ggz van mei 2021 tot februari 2022 onderzoek gedaan naar het gebruik van zorgstandaarden in de praktijk, onder 59 teams met ongeveer 1.000 professionals. Het ging om diverse teams die werkzaam zijn in verschillende organisaties: poliklinisch, (F) ACT, klinisch, POH-GGZ en verblijfszorg. Met de uitkomsten kan de gewenste ondersteuning voor het gebruik van kwaliteitsstandaarden worden uitgebreid en verbeterd ten behoeve van continue kwaliteitsverbetering.

Het onderzoek onder teams

Dit onderzoek had als doel om inzicht te krijgen in het verschil tussen de in de zorgstandaarden omschreven zorg en de in de praktijk toegepaste zorg. En om een beeld te krijgen hoe teams beter te ondersteunen bij het toepassen van de zorgstandaarden in de praktijk.

Er is onderzocht:

1. Op welke onderdelen zorg in de praktijk verschilt van de in de zorgstandaard aanbevolen zorg en wat de oorzaak van dit verschil is.
2. Welke mogelijkheden er zijn om daar waar deze verschilt, de zorg beter aan te laten sluiten bij de zorgstandaard.
3. Wanneer de zorgstandaard onvoldoende toepasbaar is in de praktijk, hoe deze aan te passen voor betere toepasbaarheid.

Uitkomsten ten behoeve van betere toepasbaarheid

De uitkomsten geven landelijk input voor betere toepasbaarheid van en mogelijke aanpassingen in de zorgstandaarden voor betere aansluiting bij de praktijk. Deelnemende teams krijgen meer inzicht in hoe zij zorgstandaarden toepassen, wat hen ondersteunt bij het verder verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Onderzochte thema's en zorgstandaarden

Om een breed beeld te krijgen zijn verschillende thema's, type teams en zorgstandaarden onderzocht. Er is voor een selectie van zorgstandaarden gekozen die naast de beschrijving van goede zorg ook een keuzehulp beschikbaar hadden, zodat algoritmische informatie over de uit te voeren behandelinterventies ook beschikbaar is: ADHD, Angstklachten en angststoornissen, Bipolaire stoornissen, Persoonlijkheidsstoornissen en Psychose.

Attitude, samenwerking en organisatie van zorg zijn belangrijke onderdelen van elke zorgstandaard. Daarom zijn ook de thema's samen beslissen, betrekken van naasten, herstelondersteuning en evalueren onderzocht. Alle teams hebben meegedaan voor alle overkoepelende thema's en zij konden zelf aangeven voor welke zorgstandaard(en) zij mee wilden doen.

Namens ieder team heeft één contactpersoon een online enquête ingevuld waarin is gevraagd welke zorg in de praktijk geboden wordt en waar teams knelpunten ervaren. Deze persoon is vervolgens geïnterviewd om dit verder uit te diepen.

Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Teams hebben een schriftelijke terugkoppeling van hun antwoorden op de enquête en het interview ontvangen. Als dank voor deelname aan het onderzoek hebben bijna alle teams gekozen voor een deskundigheidsbevordering op maat:

- 1. Verdere kennismaking zorgstandaarden;
- 2. Inhoudelijke expert voor het team;
- 3. Kennisdelen met andere teams.

Toelichting grafieken

ADHD, angst, bipolair, persoonlijkheid en psychose

In de enquête is in percentages uitgevraagd hoe vaak patiënten een bepaald type interventie aangeboden krijgen. Om de leesbaarheid van de grafieken te vergroten, is dit percentage omgezet in de categorieën: altijd/vaak, regelmatig, soms, zelden of nooit. De vertaling van deze categorieën naar percentage patiënten is als volgt:

Altijd/vaak	Bij 75 t/m 100% van de patiënten
Regelmatig	Bij 50 tot 75% van de patiënten
Soms	Bij 25 tot 50% van de patiënten
Zelden	Bij 1 tot 25% van de patiënten
Nooit	Bij geen van de patiënten

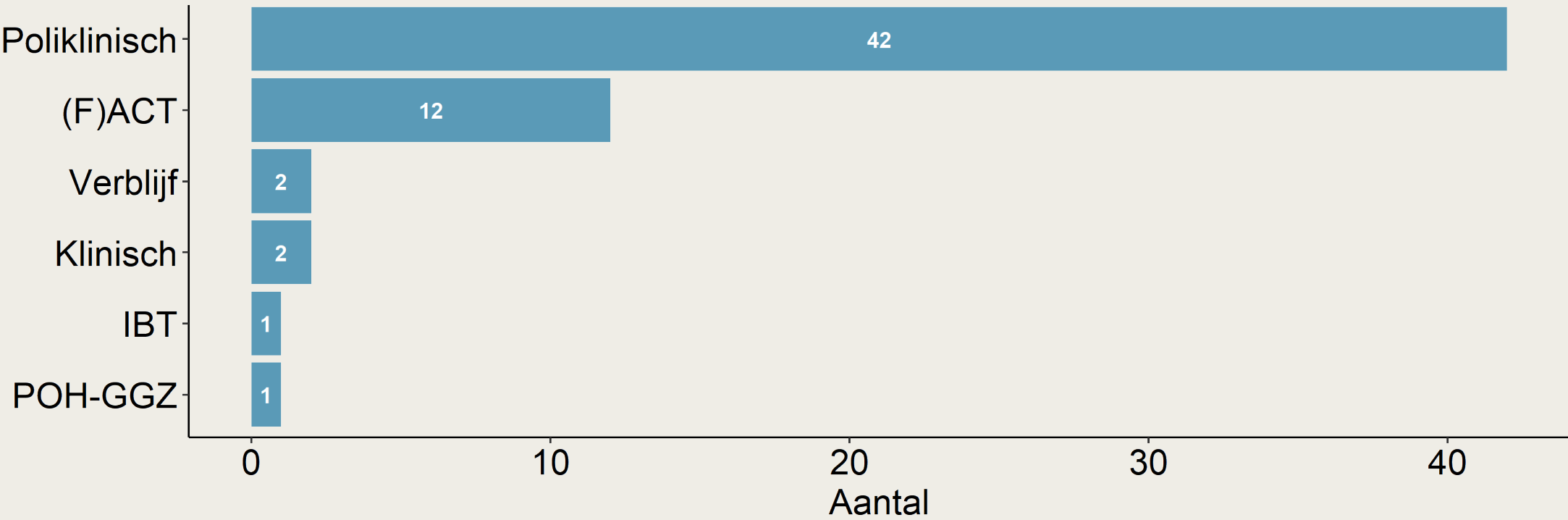
Algemeen

Teams

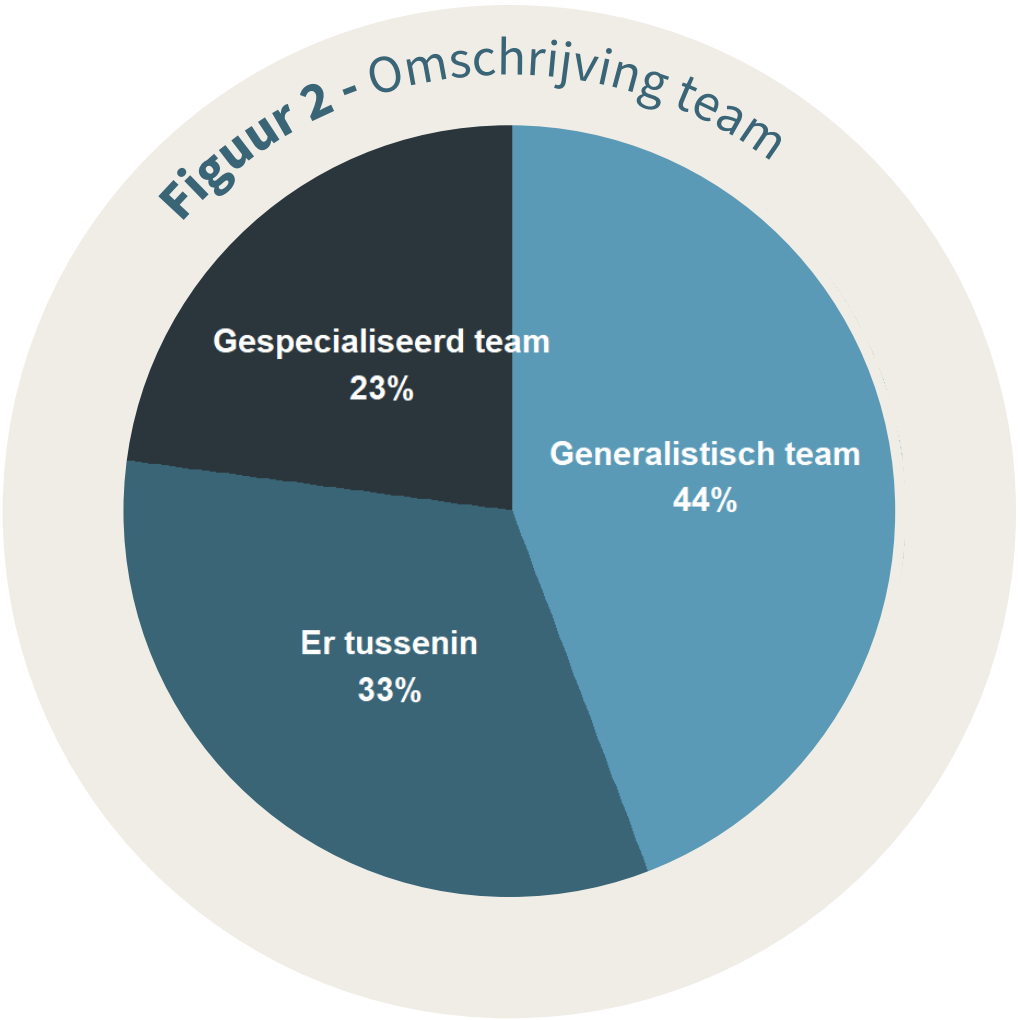
Aan het onderzoek hebben 59 teams met ongeveer 1.000 professionals deelgenomen, grotendeels poliklinische teams en ook (F)ACT teams waren goed vertegenwoordigd (Figuur 1).

Van de teams beschrijft 44% zichzelf als generalistisch team, zij behandelen verschillende aandoeningen zonder specialist te zijn in één van deze aandoeningen. Van de teams is 23% gespecialiseerd in de aandoening waarvoor zij deelnemen aan het onderzoek. De overige 33% van de teams zit hier tussenin (Figuur 2).

Figuur 1 - Type teams



Figuur 2 - Omschrijving team



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

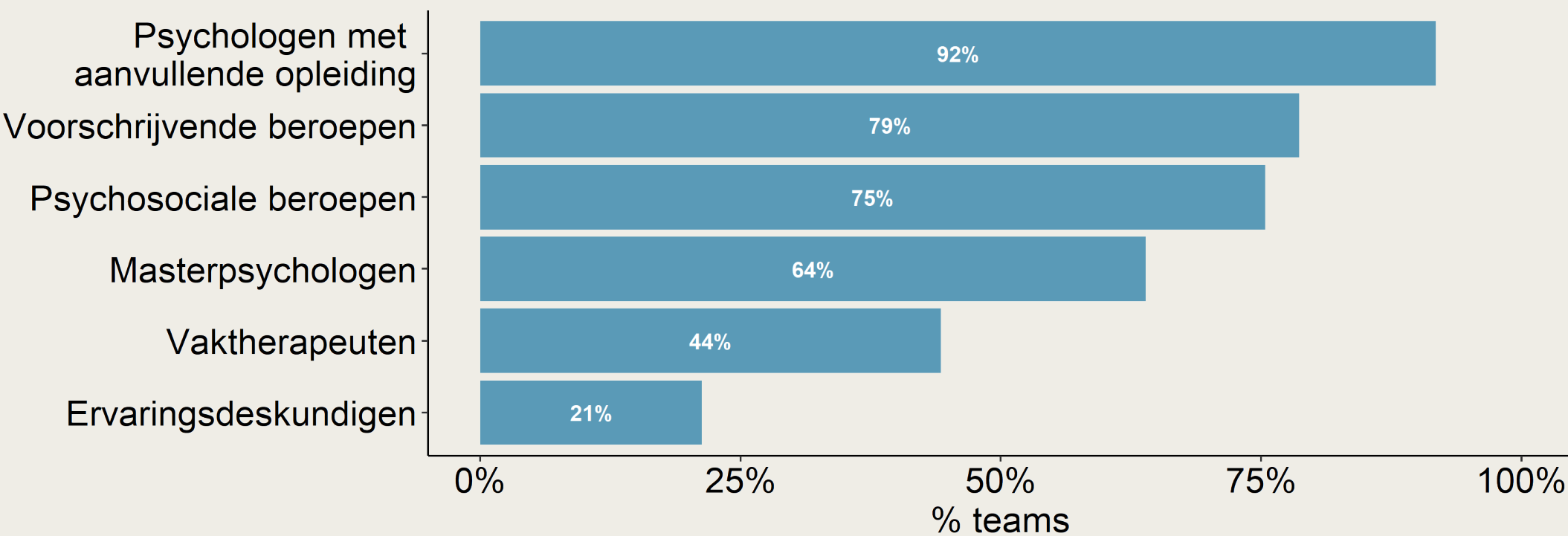
Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Binnen de teams zijn verschillende beroepsgroepen werkzaam. Psychologen met aanvullende opleiding zijn in bijna alle teams (92%) werkzaam. Hieronder vallen onder andere GZ-psycholoog, klinisch psycholoog en psychotherapeut. Ook zijn er vaak professionals van voorschrijvende beroepen (79%) werkzaam in de teams: psychiaters, artsen en verpleegkundig specialisten. Masterpsychologen (64%) en psychosociale beroepen (75%) zoals SPV-er, maatschappelijk werkers, sociaalpedagogisch hulpverleners zijn regelmatig werkzaam binnen de teams. Vaktherapeuten (44%) en ervaringsdeskundigen (21%) zijn minder vaak werkzaam binnen de teams (Figuur 3).

Figuur 3 - Beroepsgroepen aanwezig in teams



Algemene thema's

Alle zorgstandaarden bevatten een aantal algemene thema's die een belangrijk onderdeel van goede zorg zijn.

Een aantal van deze thema's zijn onderzocht, namelijk:

[Samen beslissen →](#)

[Betrekken van naasten →](#)

[Herstelondersteuning →](#)

[Evalueren →](#)

Algemene thema's

Samen beslissen

Inleiding

Samen beslissen draagt bij aan het vergroten van de kwaliteit van behandeling en draagt bij aan de autonomie en herstel van de patiënt. Samen beslissen is een belangrijk onderdeel van alle kwaliteitsstandaarden.

Samen beslissen ofwel gezamenlijke besluitvorming betekent dat patiënt, zorgprofessional en eventueel naaste samen kijken welke behandeling en ondersteuning past bij de specifieke situatie van de patiënt. Samen beslissen vindt plaats tijdens het gehele zorgproces. Bij aanvang wordt expliciet besproken dat er keuzes zijn, samen wordt in kaart gebracht wat de problematiek is, samen worden zorgbehoeften en behandeldoelen bepaald, samen worden opties afgewogen én met elkaar wordt de

behandeling geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Ook het besluit de behandeling af te sluiten wordt in gezamenlijkheid genomen.

De inbreng van patiënt, naaste en zorgprofessional is gelijkwaardig bij samen beslissen, iedereen is deskundig op zijn eigen terrein:

- De patiënt is deskundige op het gebied van de persoonlijke problematiek, de eigen behoeften en de eigen sterke en kwetsbare kanten.
- Een naaste kent de patiënt in goede en slechte tijden, en is expert op het gebied van eigen draagkracht bij het ondersteunen van de dierbare.
- De zorgprofessional is expert op het gebied van psychische aandoeningen en de mogelijkheden voor passende behandeling en begeleiding.

Attitude

Samen beslissen wordt op verschillende wijzen vormgegeven binnen de deelnemende teams. Er zijn teams die samen beslissen toepassen op één of meerdere onderdelen van het zorgtraject, bijvoorbeeld bij de keuze voor een behandeling. Bij andere teams is samen beslissen een basisattitude die onderdeel is van het gehele zorgproces en de samenwerking tussen patiënt, professional en naaste.

Twee derde van de teams ziet verbetermogelijkheden voor samen beslissen en heeft zichzelf hiervoor doelen gesteld. Voorbeelden van doelen zijn ‘inzetten op het creëren en behouden van bewustzijn’ en ‘samen beslissen meer gestructureerd in het zorgproces plaats laten vinden’. Geconcludeerd mag worden dat het thema samen beslissen door de teams als belangrijk wordt ervaren.

“We proberen zoveel mogelijk in overleg te doen met de cliënt om op die manier de intrinsieke motivatie van de cliënt te vergroten.”

Samen beslissen in de praktijk

Samen beslissen speelt op verschillende momenten in de behandeling een rol

Onderzocht is hoe de rollen van de behandelaar en de patiënt zich tot elkaar verhouden op vier momenten van het zorgproces. Bij het stellen van de diagnose (er is geen onderscheid gemaakt in beschrijvende of DSM-diagnose), het bepalen van de behandeldoelen, het opstellen van het behandelplan en bij het wijzigen van het behandelplan.

Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Figuur 4 geeft de rolverdeling tussen behandelaar en patiënt weer op de verschillende beslismomenten. Naast bovengenoemde vier momenten noemen teams het afronden van de behandeling én het doorverwijzen van de patiënt ook belangrijke momenten om samen te beslissen.

Grote verschillen tussen teams bij samen beslissen

De grote spreiding in de grafiek laat zien dat er grote verschillen tussen de teams zijn.

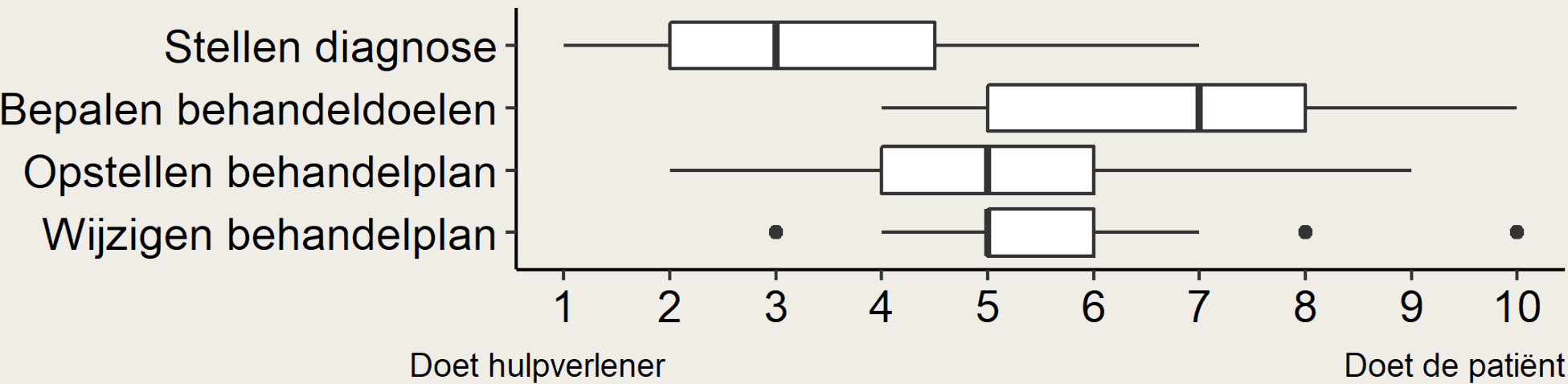
Bij het stellen van de diagnose neemt de behandelaar vaak het voortouw. In de grafiek is te zien dat in sommige teams de behandelaar de diagnose stelt zonder de patiënt. Dit gebeurt in 10% van de teams (niet uit grafiek af te lezen) en deze teams geven aan dat de diagnose naderhand met de patiënt wordt besproken.

Hoe figuur lezen?

Het getal 1 betekent dat het de beslissing van de behandelaar is, 10 betekent dat het de beslissing van de patiënt is, daartussen is een combinatie van beide. Van het begin van de linker lijn tot het eind van de rechter lijn is de spreiding van alle

antwoorden weergegeven. De helft van de teams gaf een antwoord dat in het witte vlak valt. Het verticale streepje geeft de mediaan (de middelste waarde van de teams) weer. De helft van de teams gaf een antwoord lager dan dit getal en de andere helft hoger. De punten geven uitschieters weer.

Figuur 4 - Wie beslist in verschillende fases



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten
en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Bij het bepalen van de behandeldoelen is het de patiënt die meestal het voortouw neemt. Het opstellen van een behandelplan wordt door alle teams door de professional en de patiënt samen gedaan. De grootte van de rol van de patiënt en de professional verschilt enorm per team.

Het besluit om het behandelplan te wijzigen wordt vrijwel altijd door de professional en de patiënt samen genomen. De grootte van de rol van de patiënt en de professional verschilt enigszins per team.

Patiëntkenmerken hebben invloed op samen beslissen

Teams geven aan dat patiëntkenmerken invloed hebben op de wijze waarop teams samen beslissen vormgeven. Denk hierbij aan de ernst van de psychische klachten (concentratieproblemen, psychotische belevingen, etc.) en de mate waarin de patiënt vrijwillig in behandeling is. Professionals geven aan het in dit soort situaties lastiger te vinden om samen te beslissen en neigen ertoe sneller zelf besluiten te nemen.

Aandachtspunten, doelen en benodigdheden

Twee derde van de teams geeft aan dat samen beslissen verbeterd kan worden. Veel teams zoeken manieren om meer bewustzijn over samen beslissen te creëren of om dit te behouden. Ze vinden het een onderwerp dat continu onder de aandacht moet blijven. De interviews laten zien dat teams verschillend omgaan met samen beslissen. Enkele teams geven ook aan dat het binnen een team tussen de behandelaren kan verschillen. Zij willen hier meer structuur in en beter met elkaar afstemmen.

Om aan de slag te gaan met verbeteringen geven teams aan behoefte te hebben aan hulpmiddelen:

- Beeldmateriaal over problematiek, behandelinterventies en farmacotherapie om beter samen met de patiënt stil te kunnen staan bij de verschillende mogelijkheden.
- Format/gespreksleidraad met concrete vragen om het gesprek aan te gaan.
- Een overzicht van mogelijkheden om samen beslissen meer onderdeel te maken van de dagelijkse praktijk, welke praktische toepassingen zijn er.

Conclusie

Samen beslissen staat bij veel teams op de agenda én twee derde van de teams willen hier verbeteringen in doorvoeren. De variatie tussen de teams is groot. Er lijkt geen uniform beeld te bestaan over hoe samen beslissen er in de praktijk uit hoort te zien. De mate waarin en wijze waarop samen beslissen wordt vormgegeven, lijkt daardoor veelal afhankelijk van de visie en werkwijze van de individuele professional of regiebehandelaar. Er lijken onvoldoende kaders te zijn waaraan samen beslissen behoort te voldoen.

Algemene thema's

Betrekken van naasten

Inleiding

Naasten spelen een belangrijke rol in het herstelproces van mensen met psychische of verslavingsproblematiek. Deze problematiek raakt niet alleen de patiënt, maar ook de naasten: partner, ouders, (volwassen)kinderen, vrienden, broers en zussen. Het gedrag van naasten kan een positieve en/of negatieve invloed hebben op het functioneren van de patiënt. Het is daarom van belang om in de zorg aandacht te hebben voor naasten, met hen samen te werken en waar nodig te ondersteunen. Uiteraard voor hun eigen welzijn, en ook omdat ze in het herstelproces van de patiënt alleen een passende rol kunnen vervullen als ze zelf overeind blijven.

In alle kwaliteitsstandaarden is er aandacht voor het betrekken van naasten en er is een [generieke module Naasten](#), waarvoor ook veel [praktische hulpmiddelen](#) zijn ontwikkeld.

Attitude

Teams geven aan dat zij het belangrijk vinden om naasten te betrekken. Twee derde van de teams ziet verbetermogelijkheden en heeft hiervoor doelen opgesteld. Er worden verschillende factoren genoemd die invloed hebben op het betrekken van naasten.

A. Uit de interviews blijkt dat de vanzelfsprekendheid van het betrekken van naasten afhankelijk is van de diagnose en ernst van de stoornis. Bij ontwikkelingsproblematiek is het bijvoorbeeld gebruikelijker om een naaste te betrekken dan bij enkelvoudige of klachtgerichte problematiek.

B. Er zijn zowel verschillen tussen als binnen teams, in de mate van het betrekken van naasten.

C. De mate waarin een patiënt afhankelijk is van een naaste, bijvoorbeeld door ouderdom of taal, is mede bepalend voor de mate waarin naasten worden betrokken.

D. De visie van professionals op privacyvraagstukken bepaalt soms de wijze waarop professionals naasten betrekken.

E. De mate waarin de professional zich kundig voelt om naasten te betrekken, is soms bepalend voor de keuze om naasten wel of niet te betrekken. Soms is er sprake van handelingsverlegenheid.

F. Teams geven aan dat patiënten niet altijd willen dat naasten betrokken worden.

“Het systeem van de patiënt wordt gezien als belangrijk en daarom worden naasten betrokken waar nodig.”

Betrekken van naasten in de praktijk

Verschillende naastenrollen

In de generieke module Naasten worden verschillende rollen omschreven: die van informatiebron, mantelzorger, co-begeleider en zorgvrager. Een nadere omschrijving is te vinden in de [Infographic: Verschillende rollen van naasten](#).

Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Bijna alle teams hebben aandacht voor alle vier de rollen van naasten. Hoe vaak de rollen voorkomen, verschilt per team. Naasten vervullen het vaakst de rol van informatiebron. Van de teams zegt 70% dat deze rol altijd of vaak voorkomt (Figuur 5).

Verschillende situaties voor betrekken naasten

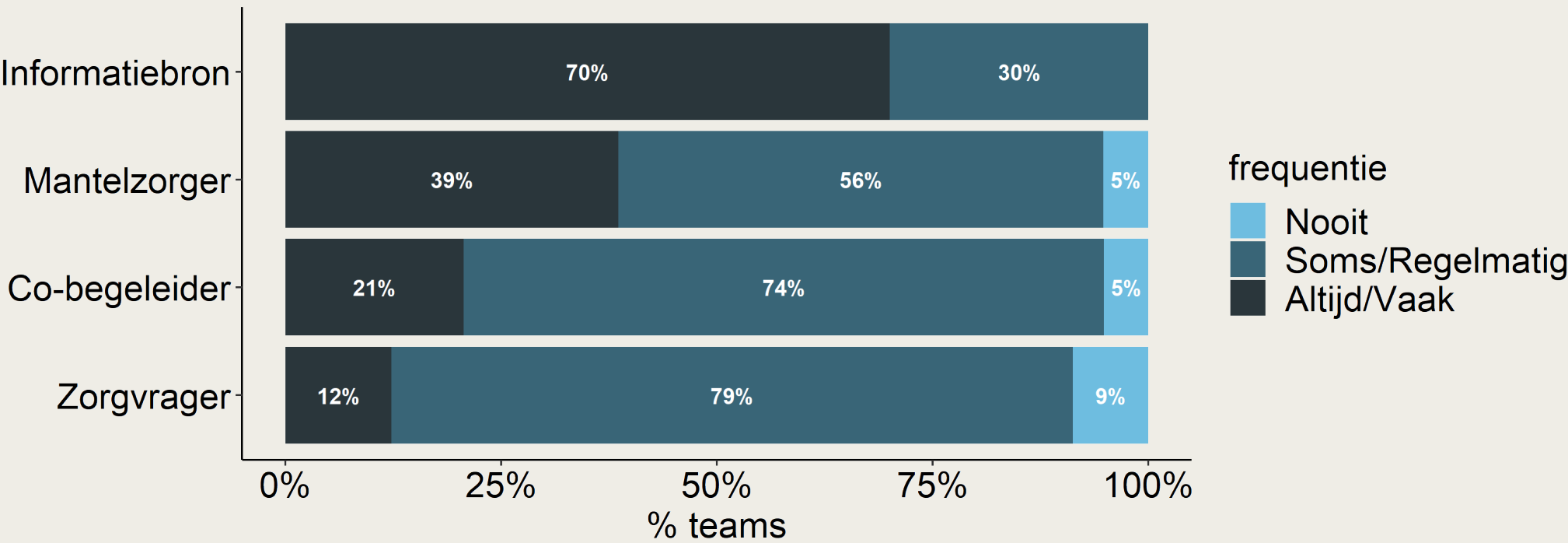
De generieke module Naasten beveelt aan om in ieder geval samen te werken met naasten bij:

- De intake, bespreek hier het triadisch werken en leg afspraken vast;
- Verandering van behandeling (ook afsluiting behandeling), behandelaar of behandelsetting;
- Crisissituatie en suïcidaliteit.

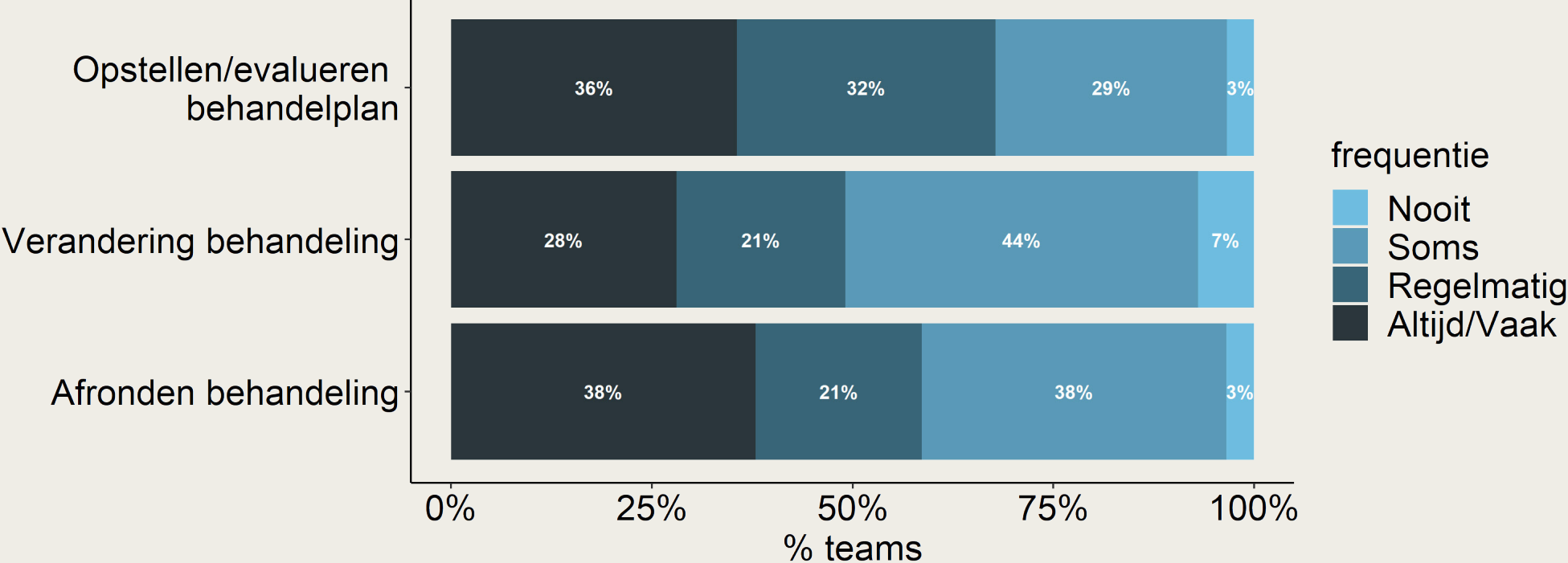
Teams is gevraagd naar de mate waarin naasten worden betrokken bij het opstellen van het behandelplan, het veranderen van het behandelplan en het afronden van een behandeling (Figuur 6).

Het betrekken van naasten heeft bij de meeste teams de aandacht. Het verschilt per team hoe vaak naasten betrokken worden.

Figuur 5 - De rollen van naasten in het zorgtraject



Figuur 6 - Betrekken naasten in fasen van behandeling



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

In het begin en aan het einde van een behandeling wordt hier vaker aandacht aan besteed. In de tijd hiertussen is er minder aandacht voor het betrekken van naasten (Figuur 6, zie pagina 17).

Aanbod voor naasten

De generieke module Naasten laat zien wat er aangeboden kan worden aan naastenondersteuning. Voorbeelden hiervan zijn psycho-educatie en de inzet van familie-ervaringsdeskundigen (Figuur 7).

Naasten worden door 57% van de teams vaak of altijd uitgenodigd voor een gesprek. Dit gebeurt bij een aantal teams door de naaste expliciet uit te nodigen voor het intakegesprek en de mogelijkheid te benoemen om de naaste bij het behandeltraject te betrekken. Bij andere teams is de wens van de patiënt leidend bij het al dan niet betrekken van de naaste. Hierdoor worden naasten niet structureel betrokken. Psycho-educatie aan naasten wordt aanbevolen in de generieke module Naasten. Onder de deelnemende teams wordt psycho-educatie in 34% van de gevallen zelden of nooit aangeboden.

In de generieke module Naasten wordt regelmatig verwezen naar familie-ervaringsdeskundigen. 72% van de teams zet nooit familie-ervaringsdeskundigen

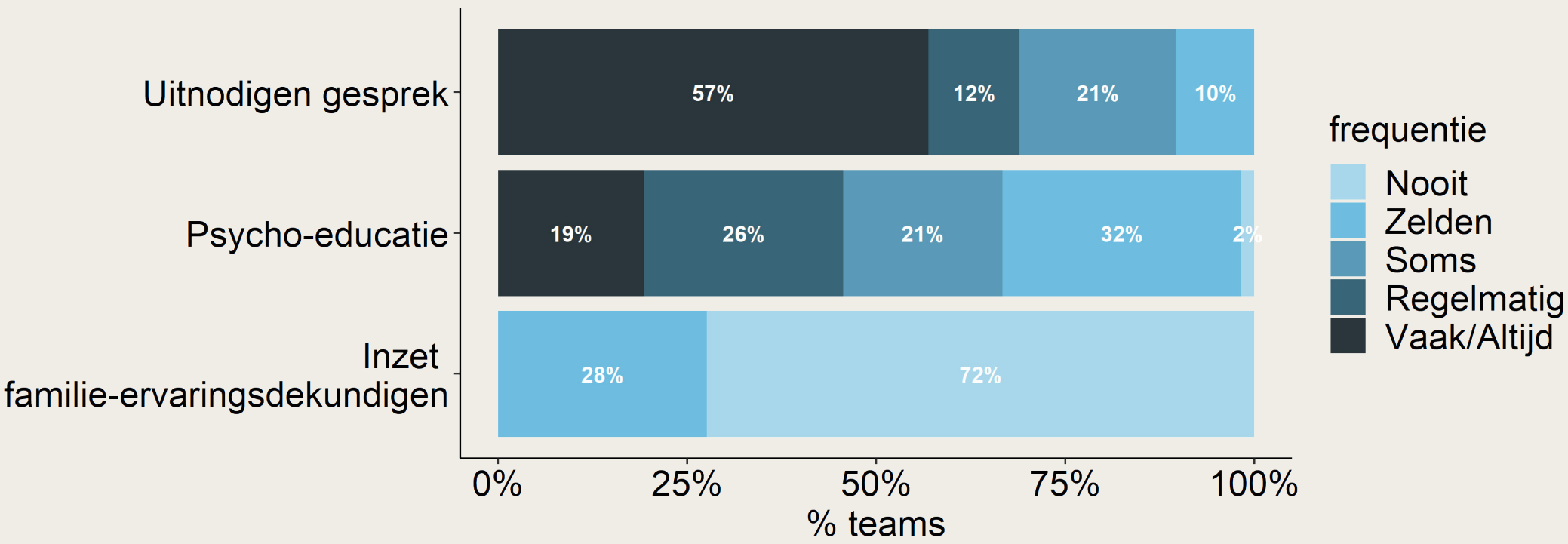
Generieke module Naasten

In de generieke module Naasten staan thema's omschreven die besproken kunnen worden met naasten tijdens de behandeling, bijvoorbeeld:

- Wat moeten naasten weten over de aandoening en behandeling?
- Hoe kunnen naasten een positieve bijdrage leveren aan de behandeling en begeleiding?

- Lukt het de naaste voldoende om aan zijn eigen leven toe te komen? Naasten hebben een verhoogd risico om zelf psychische problemen te ontwikkelen. Soms houden naasten door 'vraagverlegenheid' hun netwerk kleiner dan nodig en vergeten ze ondersteuning voor zichzelf te zoeken.

Figuur 7 - Aanbod aan naasten



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten
en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

in en 28% doet dit zelden. Veel respondenten geven aan hier niet goed bekend mee te zijn of benoemen dat dit in de praktijk lastig te realiseren is. Daarbij rijst de vraag of de familie-ervaringsdeskundige in deze organisaties al zijn intrede heeft gedaan (Figuur 7, zie pagina 18).

Aandachtspunten, doelen en benodigdheden

In de interviews hebben teams knelpunten genoemd die zij ervaren bij het betrekken van naasten. Genoemde drempels zijn o.a. handelingsverlegenheid (hoe pak ik een gesprek met meerdere deelnemers aan), de complexiteit van het betrekken van naasten in situaties waarin de patiënt geen naaste wil betrekken of bij vragen rondom privacy. De generieke module Naasten bevat verschillende [hulpmiddelen](#) die stilstaan bij deze thema's. In de werkkaart: [Patiënt houdt samenwerking met naaste af](#) staat beschreven hoe je om kunt gaan met situaties waarin de patiënt niet wil dat er naasten worden betrokken.

Teams zetten in op verschillende doelen rondom het betrekken van naasten

Teams willen meer groepsbijeenkomsten voor naasten organiseren, het betrekken van naasten structureel vormgeven en de bewustwording onder professionals vergroten.

Dit willen zij o.a. doen door het betrekken van naasten een vaste plek te geven binnen het MDO, naasten op vaste momenten te betrekken bij de behandeling en de rol van naasten te concretiseren in het behandelplan.

Teams geven aan op de volgende wijze ondersteuning te kunnen gebruiken:

- Training over hoe naasten betrokken kunnen worden bij een individuele behandeling.
- Organisatie breed beleid over het betrekken van naasten.
- Binnen de organisatie structureel psycho-educatie aanbod, specifiek voor naasten.
- ICT-ondersteuning, bijvoorbeeld door een automatische reminder voor de professional met de vraag of de professional overwogen heeft om naasten te betrekken.
- Organiseren van een andere evaluatiestructuur waarin naasten betrokken worden bij de evaluatiecyclus.

Conclusie

Twee derde van de teams ziet het betrekken van naasten als een aandachtspunt en zijn hier intern mee aan de slag. Er zijn zowel verschillen tussen teams als binnen teams in de mate van het betrekken

van naasten. Er blijken verschillende factoren te zijn die invloed hebben op het betrekken van naasten: diagnose, ernst problematiek en de mate waarin patiënt al afhankelijk is van een naaste. Belemmerende factoren in het betrekken van naasten zijn privacy en patiënten die niet willen dat naasten betrokken worden.

Teams geven aan dat zij het betrekken van naasten een belangrijk onderdeel vinden. Het onderzoek laat echter ook zien dat er voor naasten weinig aanbod is. Zo wordt er nauwelijks psycho-educatie aangeboden. Ook de inzet van familie-ervaringsdeskundigen is laag.

Algemene thema's

Herstel- onder- steuning

Inleiding

Psychische aandoeningen hebben invloed op de identiteit, het zelfbeeld en zelfvertrouwen van een persoon. Doorgaans hebben ze ingrijpende gevolgen voor de sociale relaties en rollen van iemand. Herstel van een psychische aandoening is niet alleen verbonden met vermindering van ziekteverschijnselen, maar ook met herstel van identiteit, zelfbeeld, zelfvertrouwen en sociale relaties en rollen. Bij herstel wordt onderscheid gemaakt tussen symptomatisch, functioneel,

maatschappelijk en persoonlijk herstel.

De [generieke module Herstelondersteuning](#) gaat over de ondersteuning van herstel. Ook in alle zorgstandaarden is er een hoofdstuk opgenomen over herstel bij een specifieke aandoening. Naast een op herstelondersteuning gerichte basisattitude van professionals kan de inzet van ervaringsdeskundigheid worden ingezet om herstel te bevorderen.

Attitude

Bijna drie kwart van de teams geeft aan dat herstelondersteuning een aandachtspunt is. Veel teams willen dit graag verbeteren. Teams vinden het lastig om herstelondersteuning onder woorden te brengen.

Er zijn teams waarbij herstel wordt omschreven als een stap binnen het zorgproces. Vraagstukken als wanneer en hoe ga je aan herstel werken, met welke externe partijen ga je de samenwerking aan, hoe organiseer je herstel en wat voor herstelinterventies zet je als team in, staan hierbij centraal. Vaak wordt hier dan aan maatschappelijk herstel gerefereerd en spreken teams bijvoorbeeld over herstel van arbeid.

Bij het andere deel van de teams wordt herstel gezien als iets dat altijd aandacht nodig heeft en als een rode draad door de behandeling loopt. Zij spreken meer over een visie en een basisattitude zoals ook in de generieke module wordt beschreven: “Herstelondersteuning is in de eerste plaats een kwestie van de rol en de basishouding van de professional. De basishouding van de professional is die van betrokken ondersteuner of coach, die indien nodig intervenieert.”

Ook bij het thema samen beslissen was een soortgelijke tweedeling, proces versus basisattitude, van de teams zichtbaar.

Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Herstelondersteuning in de praktijk

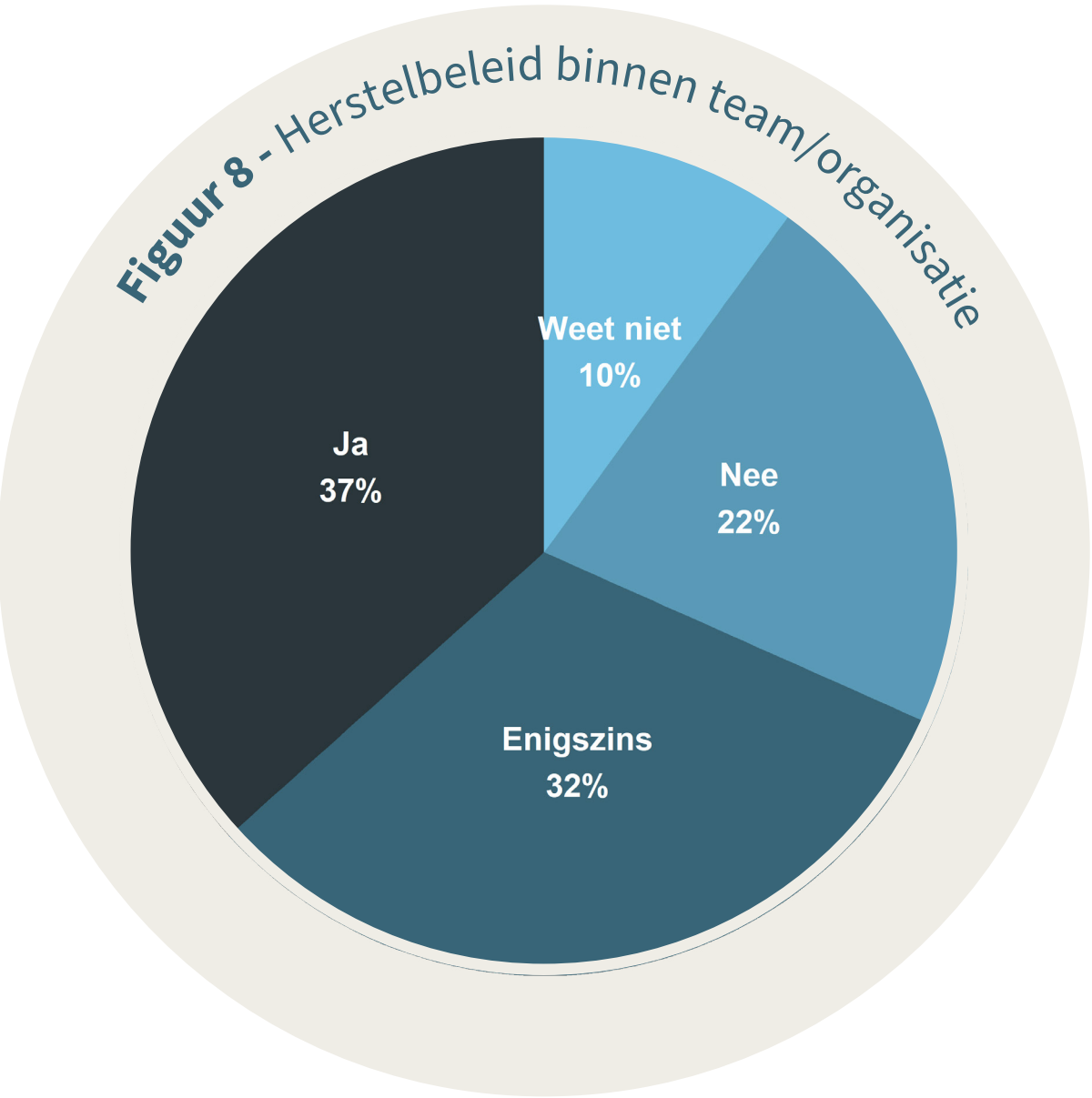
Beleid rondom herstel is niet altijd bekend

Wat zegt de generieke module
Herstelondersteuning?

Voor herstel bestaat nog geen afgebakende definitie, juist omdat het begrip gekoppeld is aan een subjectieve ervaring. Een veel gehanteerde definitie is die van Anthony (1993), waarbij herstel wordt gezien als ‘een individueel proces gericht op het hervinden van de persoonlijke identiteit en het hernemen van de regie op het leven’.

Om tot een cultuurverandering te komen is het allereerst nodig om een herstelgerichte visie en begrippenkader voor de eigen organisatie te ontwikkelen met de belangrijkste herstelwaarden, zoals verbondenheid met anderen, hoop, identiteit, betekenisgeving en grip op het eigen leven.

Opvallend is dat vanuit de teams wordt gerapporteerd dat er slechts in 37% sprake is van helder gedefinieerd herstelbeleid binnen de organisatie. De andere teams geven aan dat er enigszins beleid is (32%), geen beleid is (22%) en 10% weet niet of er beleid is. Uit het onderzoek komt naar voren dat dit niet verschilt tussen de verschillende soorten teams (Figuur 8).



Inzet van ervaringsdeskundigheid vaak door
lotgenootcontact of patiëntorganisaties

Wat zegt de generieke module
Herstelondersteuning?

Ervaringsdeskundigheid is het vermogen om op grond van eigen herstelervaring voor anderen ruimte te maken voor herstel. Inzet daarvan kan een cruciale rol spelen bij herstel. Werken met ervaringsdeskundigheid maakt het gemakkelijker om contact vanuit gelijkwaardigheid en wederkerigheid tot stand te brengen. De inbreng van de eigen ervaringen van een ervaringsdeskundige biedt de ander hoop dat ook in de eigen situatie herstel mogelijk is.

Ervaringsdeskundigheid kan als individuele coaching of ondersteuning worden ingezet, maar ook groepsgewijs in de vorm van bijvoorbeeld herstelgroepen of zelfhulpgroepen.

Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten
en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

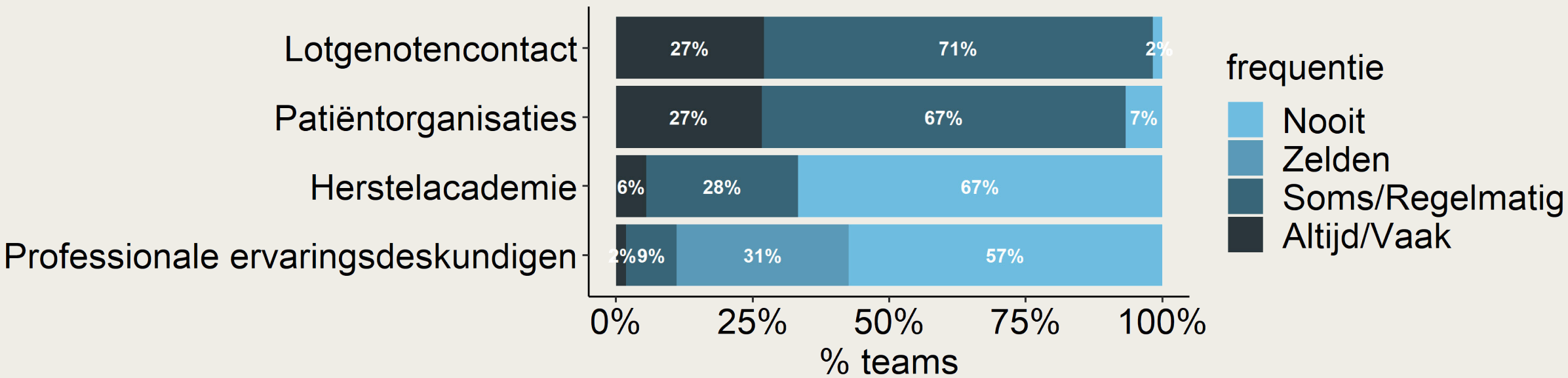
Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Ervaringsdeskundigheid kan op verschillende manieren worden vormgegeven: bijvoorbeeld door patiëntenorganisaties, de herstelacademie of door de inzet van lotgenotencontact of professionele ervaringsdeskundigen.

De inzet van ervaringsdeskundigheid gebeurt het vaakst door de patiënt te wijzen op lotgenotencontact en/of patiëntorganisaties. Er zijn enkele teams die dit nooit aanbieden. Inzet van een herstelacademie of een professioneel ervaringsdeskundige komt veel minder vaak voor. De herstelacademie wordt door 67% niet aangeboden en de professionele ervaringsdeskundige door 57% niet. Er zijn hierin geen grote verschillen tussen de soorten teams (Figuur 9).

Figuur 9 - Inzetten ervaringsdeskundigheid



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten
en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Netwerkmethoden en rehabilitatiemethoden worden weinig toegepast

Wat zegt de generieke module

Herstelondersteuning

Het streven van rehabilitatie is mensen te helpen om binnen hun mogelijkheden optimaal te functioneren op levensgebieden zoals wonen, werken, leren en contacten met zo min mogelijk professionele hulp. Het is gericht op het verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden van activiteitendoelen en participatiedoelen. Eén van de best onderzochte en effectief bevonden algemene rehabilitatiemethode is de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB). Uit Nederlands effectonderzoek blijkt dat patiënten met IRB-begeleiding er na een jaar bijna twee keer zo vaak in slagen om hun doelen helemaal te behalen als patiënten die andere begeleiding krijgen. Daarnaast zijn methoden beschikbaar die opbouw van een sociaal netwerk bevorderen of ondersteunen, zoals de Eigen Kracht-conferenties, Netwerkcirkel of Netwerkcoach.

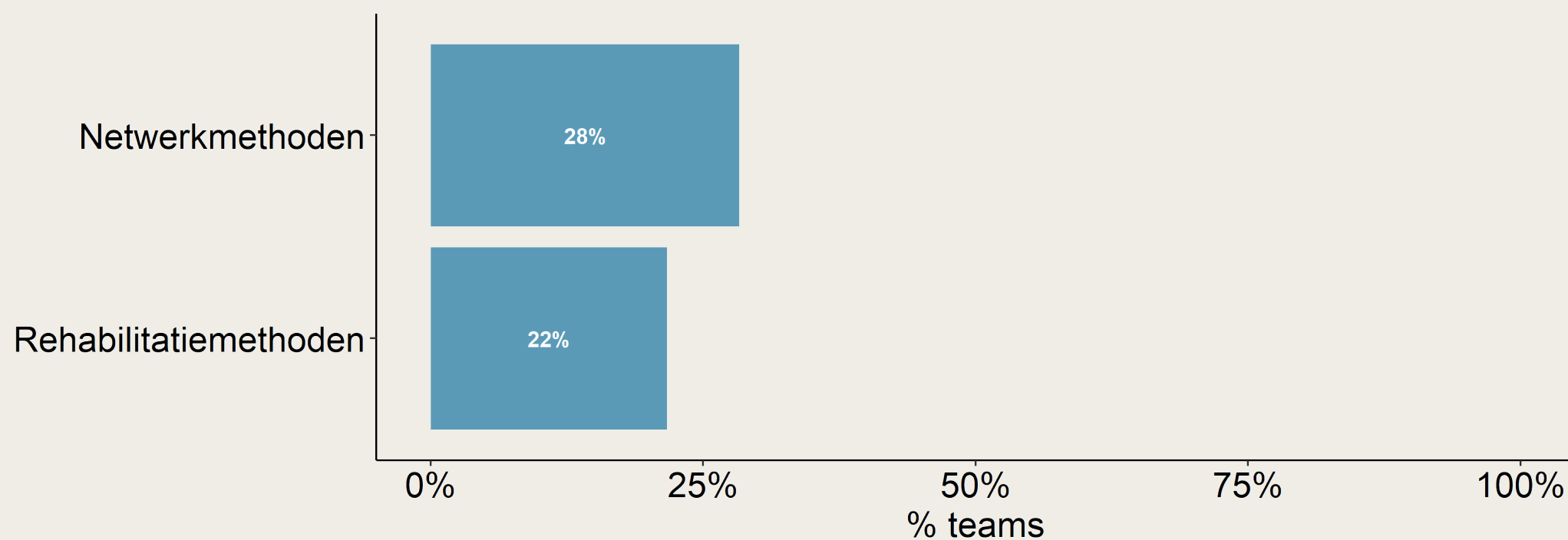
In de generieke module Herstelondersteuning worden netwerk- en rehabilitatiemethoden aanbevolen als mogelijke behandelinterventies. Slechts een klein deel van de teams past deze methoden toe: 28% past netwerkmethoden toe en 22% past rehabilitatiemethoden toe (Figuur 10).

Aandachtspunten, doelen en benodigdheden

Bijna driekwart van de teams geeft aan dat herstelondersteuning een aandachtspunt is. Teams vinden het lastig om herstelondersteuning onder

woorden te brengen en concreet vorm te geven. Eén van de genoemde doelen is dat teams vaker met ervaringsdeskundigen en lotgenoten willen werken. Teams geven aan dat de financiering van ervaringsdeskundigen ingewikkeld is en dat heldere juridische en financiële kaders hierbij kunnen helpen. Dit wordt vooral door kleinere teams en organisaties benoemd. Als er wel met ervaringsdeskundigen wordt gewerkt, geven teams aan dat er regelmatig problemen ontstaan door de uitval van ervaringsdeskundigen en er daardoor niet

Figuur 10 - Toepassing interventies



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten
en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

altijd continuïteit geboden kan worden.

Tot slot geven teams aan dat het lastig is om de juiste ervaringsdeskundige te vinden voor de doelgroep die ze behandelen, vooral als teams verschillende stoornissen behandelen.

“De zorgverzekeraar legt de nadruk op ziekten en beperkingen, terwijl de visie van de organisatie juist gericht is op herstel en wat er goed gaat.”

Teams geven aan dat zij meer kennis willen over de mogelijkheden om herstelondersteuning vorm te geven. Zij willen dit leren door te kijken hoe andere afdelingen en instellingen dit inrichten. Ook willen zij graag informatie van beroepsverenigingen of ander organisaties over dit onderwerp.

Conclusie

Ondanks dat herstelondersteuning al jaren een begrip is binnen de geestelijke gezondheidszorg zijn er nog uitdagingen als het gaat om het concreet vormgeven van herstel in de praktijk. Teams missen vaak een visie zowel binnen het team als de organisatie en ook is er behoefte aan een heldere definitie van herstel. Herstelinterventies zoals netwerk- en rehabilitatiemethoden worden maar door een kwart van de teams in de praktijk toegepast. De inzet van ervaringsdeskundigen is binnen de teams nog niet optimaal. Teams zijn zich ervan bewust dat herstel meer aandacht behoeft en worstelen met hoe ze dat kunnen doen. Ondersteuning vanuit de organisatie, bijvoorbeeld door het opstellen van een duidelijk en concreet beleid, en ook meer aandacht voor de implementatie van de generieke module Herstelondersteuning zou hierbij kunnen helpen.

Algemene thema's

Evalueren

Inleiding

Regelmatig samen evalueren met patiënt, naaste en behandelaar is van belang om te weten of een behandeling effectief is en aansluit bij de gestelde behandeldoelen. Zo komen veranderingen in de situatie van de patiënt tijdig in beeld en kan de behandeling hierop aangepast worden. Bijvoorbeeld door het aanpassen van de frequentie van zorg, interventies aan de behandeling toe te voegen, wijzigen of schrappen, of het afronden van de behandeling.

In alle kwaliteitsstandaarden is in het hoofdstuk Diagnostiek en monitoring informatie opgenomen over monitoring en evaluatie, en er is een hoofdstuk over kwaliteitsindicatoren. Dit hoofdstuk geeft een overzicht van mogelijke kwaliteitsindicatoren en een advies voor het gebruik van meetinstrumenten per patiëntgroep.

In de onlangs gepubliceerde [generieke module Diagnostiek](#) wordt dieper ingegaan op het thema evalueren.

Attitude

Iets meer dan de helft van de teams geeft aan dat evalueren een aandachtspunt is. Dit is minder dan bij de andere algemene thema's over samen beslissen, betrekken van naasten en herstelondersteuning.

“Patiënten vinden het leuk en nuttig om te evalueren, omdat voortgang zichtbaar wordt gemaakt. En het houdt patiënten en behandelaren scherp.”

Teams zijn verdeeld over het belang van evalueren met vragenlijsten. Een deel van de teams vindt het belangrijk om de behandeling op deze manier te evalueren. Zij vinden dat het bijdraagt aan de kwaliteit van zorg en merken dat de patiënt het waardeert als uitkomsten besproken worden.

Een ander deel ziet het meer als een verplichting. Ook vinden zij dat er te veel van de patiënt gevraagd wordt en zij al veel vragenlijsten moeten invullen. Er zijn ook verschillen binnen teams. Afhankelijk van persoonlijke voorkeuren van de professional die wel of geen toegevoegde waarde ziet in het afnemen van vragenlijsten.

“Patiënten moeten al zoveel invullen, niet alleen in de ggz maar overal. Patiënten worden daar gek van.”

Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten
en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Evalueren in de praktijk

Teams evalueren voornamelijk periodiek

Wat zeggen de kwaliteitsstandaarden?

Het is aan te bevelen dat de patiënt en de behandelaar hun samenwerking en de geboden zorg op gezette momenten evalueren aan de hand van de zorgstandaard en een vragenlijst. Op deze manier ontstaat een verbinding tussen zorgstandaarden, vragenlijst en kwaliteitsverbetering, maar ook tussen patiënten, hulpverleners, en andere stakeholders met als belangrijkste missie: continue verbetering van zorg aan mensen met psychische klachten en stoornissen.

Bijna alle teams (98%) geven aan periodiek te evalueren. Slechts de helft van de teams doet dit ook aan het einde van de behandeling. Van de teams evalueert 50% als de hulpverlener dit nodig vindt en 48% doet dit als de patiënt erom vraagt (Figuur 11).

De meeste teams hebben een evaluatiestructuur en deze is zeer wisselend van aard en frequentie.

Er is een grote mate aan variatie over de invulling van de evaluatiestructuur.

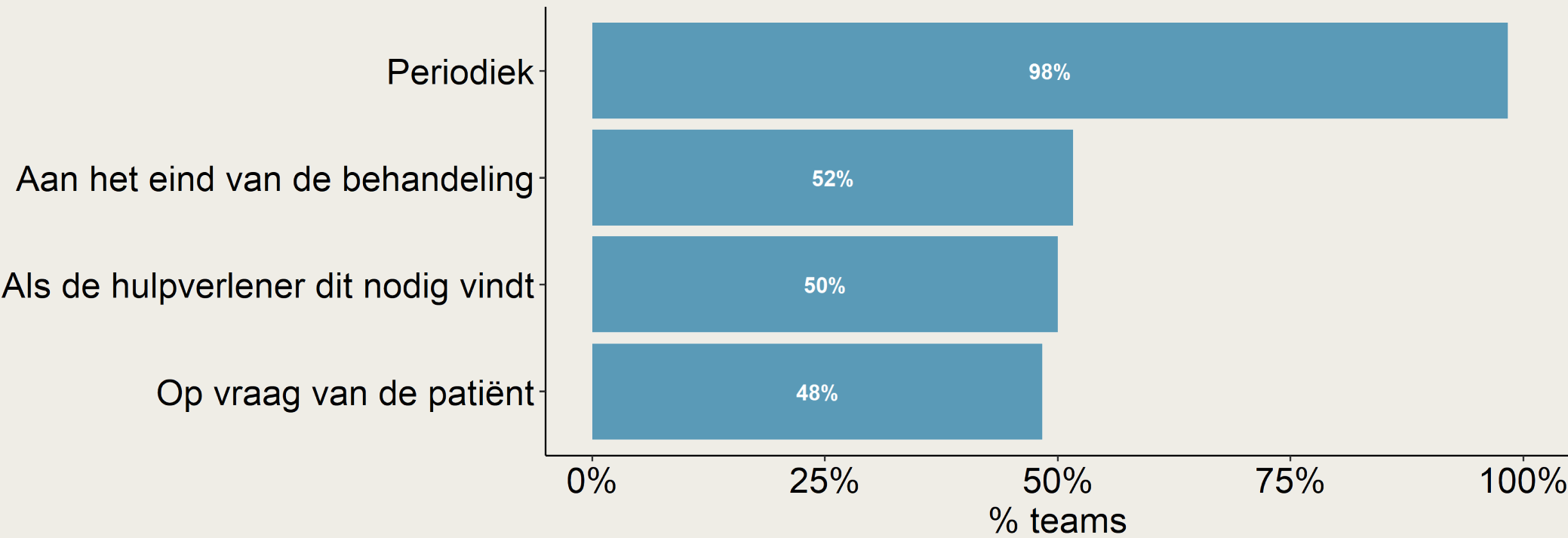
In FACT-teams is deze frequentie vaak lager en binnen de gespecialiseerde ggz-poli's hoger. De meeste teams maken gebruik van een evaluatiecyclus waarbij om de 3 of 6 maanden wordt geëvalueerd. Enkele teams kiezen voor een hogere frequentie. Sommige teams hebben de cyclus gekoppeld aan het aantal behandelcontacten en evalueren bijvoorbeeld na 12 sessies. Enkele teams geven aan dat binnen het team de wijze en frequentie van evalueren afhankelijk is van de behandelaar.

In een aantal gevallen geven teams aan dat ze via het EPD-systeem een herinnering krijgen dat het tijd is voor de evaluatie/vragenlijst, dit is niet altijd een reden om dit ook daadwerkelijk te gaan doen.

Betrokkenen bij het evalueren van de behandeling

De patiënt wordt altijd, direct of indirect, betrokken bij de evaluatie. Er zijn teams die in het multi-disciplinair overleg evalueren zonder dat daar een patiënt of naaste bij aanwezig is. Dit kan worden gedaan op basis van vragenlijsten die zijn ingevuld door de patiënt of een gesprek dat met de patiënt heeft plaatsgevonden.

Figuur 11 - Evaluatiemomenten



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

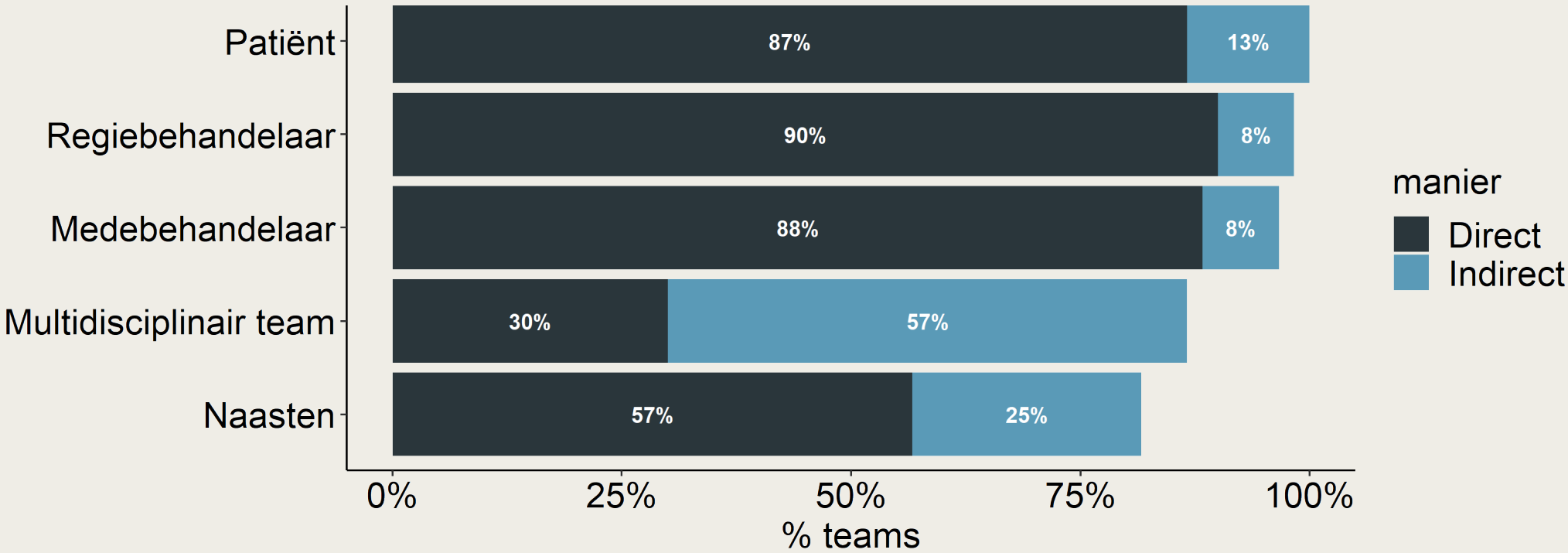
Psychose →

Ook regiebehandelaren en medebehandelaren worden betrokken. Multidisciplinaire teams en naasten worden minder vaak betrokken en dit gebeurt regelmatig indirect (Figuur 12).

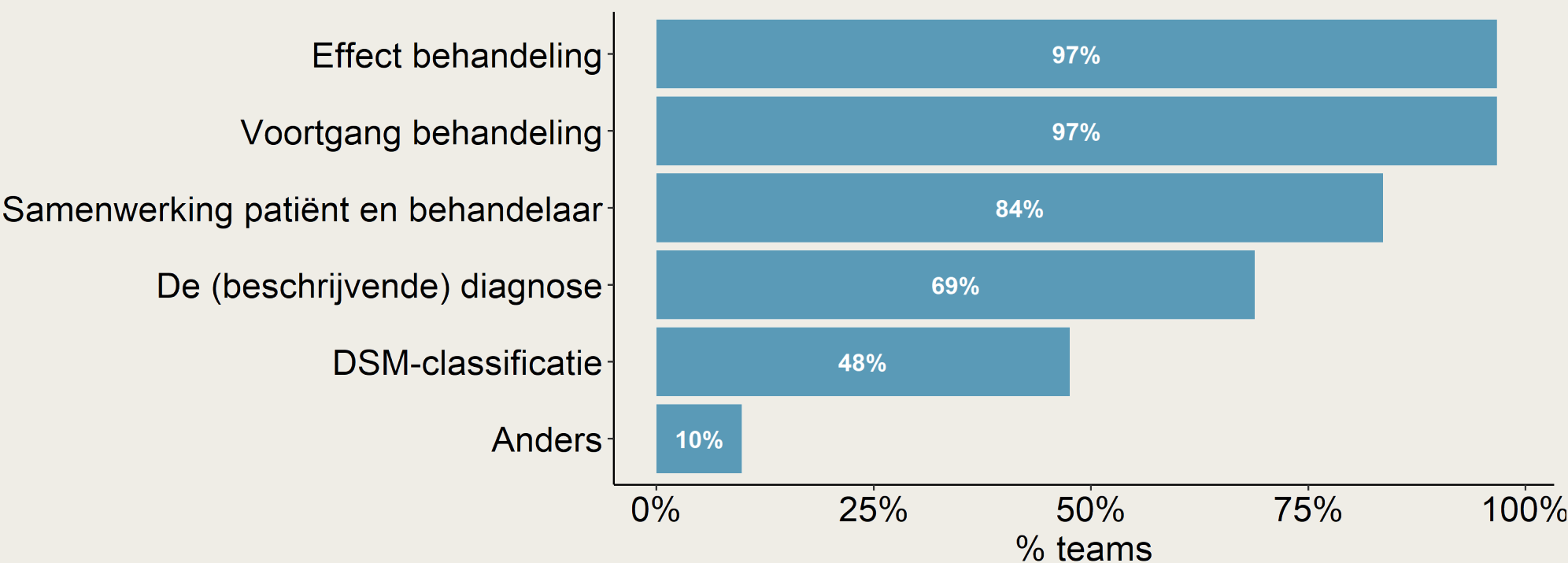
De (beschrijvende) diagnose wordt niet altijd geëvalueerd

Vrijwel alle teams evalueren het effect en de voortgang van de behandeling. De (beschrijvende) diagnose wordt in 31% van de teams niet geëvalueerd terwijl hier wel de behandelkeuzes op worden gemaakt. De DSM-classificatie wordt door iets minder dan de helft van de teams geëvalueerd (Figuur 13).

Figuur 12 - Betrokkenen bij evaluatie



Figuur 13 - Aspecten die worden geëvalueerd



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Vragenlijsten worden in de praktijk niet standaard gebruikt

Wat zeggen de kwaliteitsstandaarden?

De patiënt en de behandelaar beslissen samen hoe en wanneer zij de voortgang van de behandeling en het herstelproces periodiek monitoren en evalueren. Om dit proces te ondersteunen zijn passende uitkomstindicatoren geformuleerd en is een set aan bijbehorende meetinstrumenten per zorgstandaard beschikbaar.

Uitkomstindicatoren voor monitoring voortgang en uitkomst van de behandeling en herstelproces:

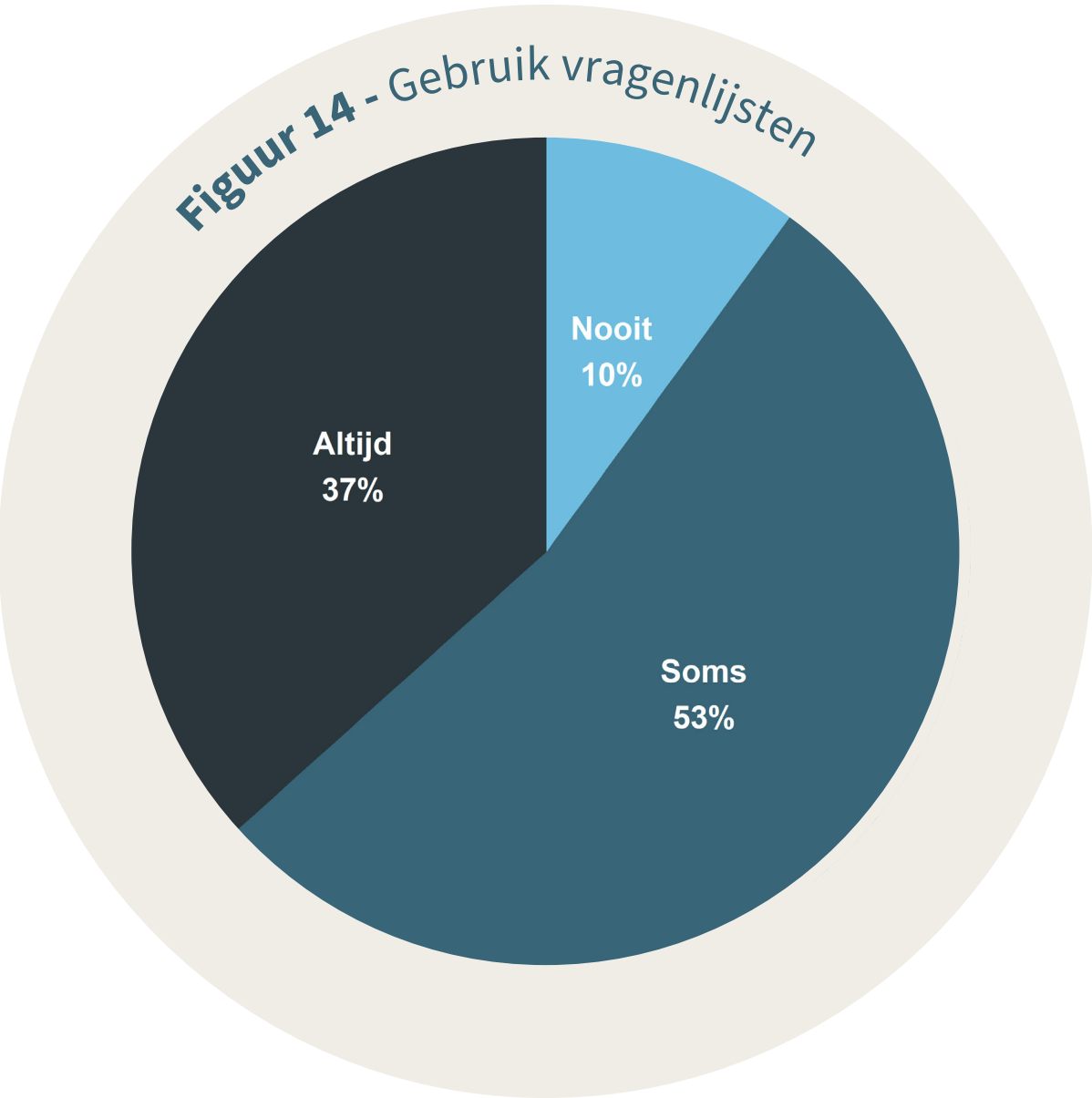
- De mate van symptomatisch herstel.
- De mate van functioneel herstel: het kan hier gaan om persoonlijk of maatschappelijk herstel.
- De mate van verandering van kwaliteit van leven.

- De mate waarin overeengekomen doelen zijn gerealiseerd.
- Patiëntervaringen rondom het behandelproces en de behandelrelatie.

Het doel van de opgenomen indicatoren is het bevorderen van de kwaliteit van het individuele proces van herstel. Het interpreteren van de uitkomsten van meetinstrumenten wordt gedaan in de context van de behandeling en het persoonlijke verhaal van de patiënt.

Elke zorgstandaard adviseert in het hoofdstuk kwaliteitsindicatoren welke vragenlijst bij welke indicator wordt aangeraden. Alle vragenlijsten staan in [de ROM-bibliotheek](#).

Hoewel bijna alle teams periodiek evalueren, gebruikt slechts 37% van de teams standaard een vragenlijst om de evaluatie te ondersteunen. Ongeveer de helft van de teams doet dit soms en 10% doet dit nooit (Figuur 14).



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Vragenlijsten symptomatisch herstel het vaakst gebruikt

Als er vragenlijsten worden ingezet bij de evaluatie is dit met name voor het meten van symptomatisch herstel. Vragenlijsten die maatschappelijk herstel en doelrealisatie meten en aansluiten bij herstel-ondersteunende zorg worden veel minder gebruikt (Figuur 15).

Uitkomst vragenlijst wordt niet altijd met patiënt besproken

In de kwaliteitsstandaarden is het advies om de uitkomsten van vragenlijsten met de patiënt en naasten te bespreken.

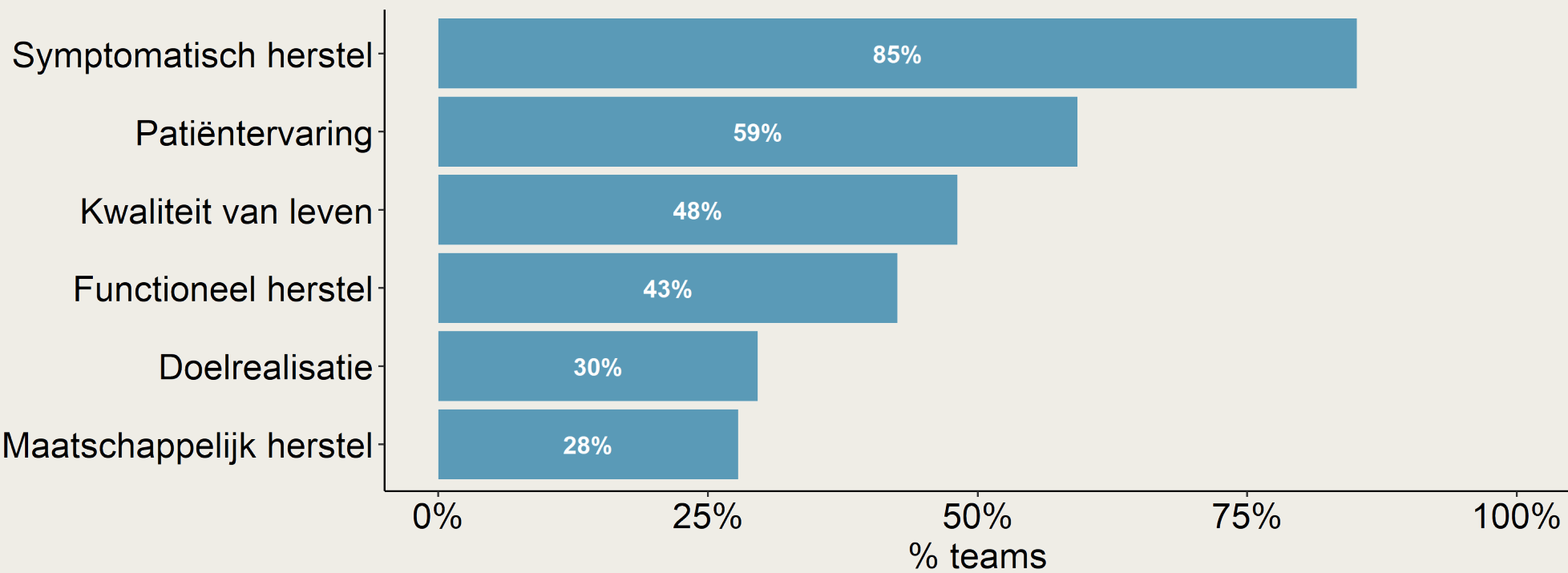
Van de teams die gebruik maken van vragenlijsten, bespreekt 59% de uitkomsten standaard met de patiënt. De andere teams doen dit alleen als de patiënt hier om vraagt of als de uitkomsten hiervoor aanleiding geven. Teams die “Nee, anders” hebben geantwoord, lichten toe dat dit wisselend gebeurt. Dit kan verschillen per behandelaar of hangt af van of de behandelaar eraan denkt (Figuur 16, zie pagina 30).

Wat zeggen de kwaliteitsstandaarden?

De kwaliteitsstandaarden onderschrijven het belang om de uitkomsten van de vragenlijsten te koppelen aan de behandelvoortgangsbespreking met de patiënt en naasten. Tijdens deze afspraak worden eventuele aanpassingen van de behandeling besproken. De uitkomsten van

de vragenlijsten kunnen hierbij ondersteunend zijn. Vooral in de beginfase van de behandeling kunnen vaker vragenlijsten worden gebruikt om vroegtijdig stagnerende behandelingen op te sporen. In overleg met de patiënt kunnen ook naasten mee evalueren, om ook hun visie op de voortgang van de behandeling in beeld te krijgen.

Figuur 15 - Type vragenlijsten die worden gebruikt bij de evaluatie



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Van de teams die gebruik maken van vragenlijsten, bespreekt 7% de uitkomsten standaard met naasten. Bij 52% van de teams gebeurt dit alleen als de patiënt of naaste hier zelf om vraagt (Figuur 16).

“Vragenlijsten worden naar de cliënt gestuurd, maar er wordt niet altijd aan gedacht deze ook weer samen te bespreken.”

Aandachtspunten, doelen en benodigdheden

Meer dan de helft van de teams geeft aan dat evalueren een aandachtspunt is. Er zijn duidelijke verschillen tussen teams over hoe zij evalueren en vragenlijsten gebruiken, en ook binnen teams zijn verschillen. Er zijn professionals die de inzet van vragenlijsten nuttig vinden en een andere groep ziet dit minder. Als knelpunt wordt vaak genoemd dat de patiënt al zoveel vragenlijsten moet invullen en dat nog een vragenlijst daarom niet wenselijk is.

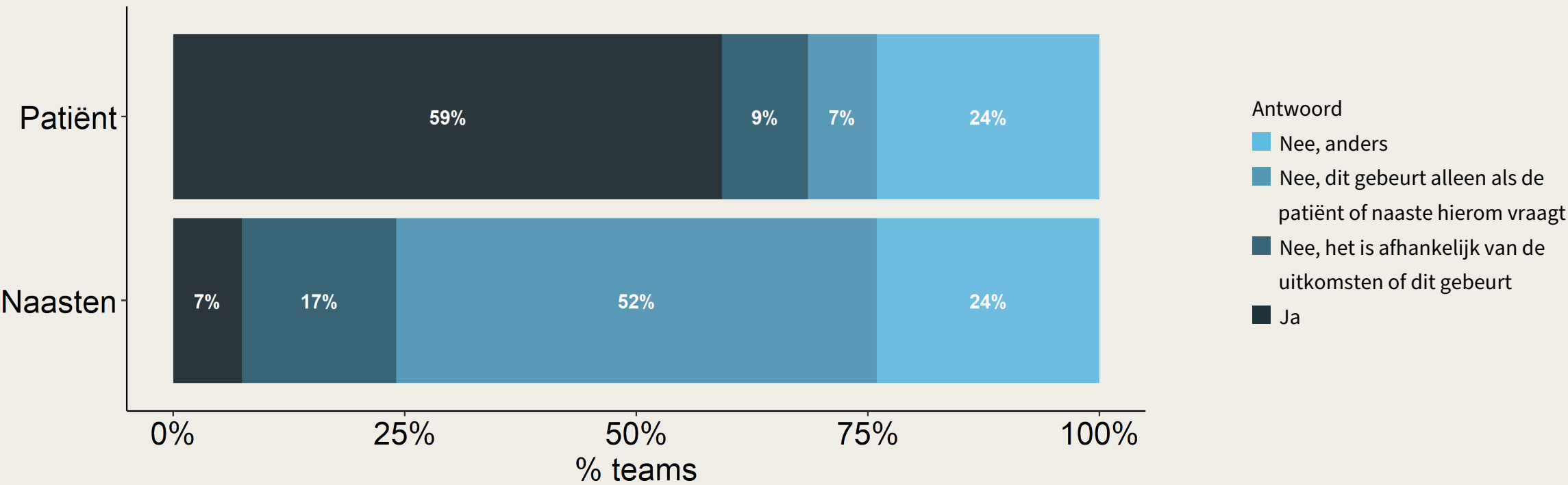
Teams hebben verschillende doelen genoemd om regelmatig evalueren te verbeteren:

- Betrokkenheid van zowel naasten als regie-behandelaren en behandelaren die niet direct bij de behandeling betrokken zijn, vergroten.
- Teams willen meer evaluaties waarbij de patiënt en naaste aanwezig zijn.
- Teams willen monitoring en evaluatie meer gebruiken om de behandeling bij te sturen en af te sluiten.

Enkele teams geven aan dat hiervoor de nodige kennis ontbreekt.

- Teams geven aan vaker, met meer regelmaat en/of meer structuur te willen bij evalueren. Structurele ondersteuning door ICT-systemen en/of het secretariaat is hierbij gewenst.
- Het visueel aantrekkelijk maken van uitkomsten van vragenlijsten kan teams helpen om deze gemakkelijker te kunnen bespreken met de patiënt en naasten.

Figuur 16 - Bespreek je de uitkomst van de vragenlijsten



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

**Angstklachten
en angststoornissen** →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Conclusie

Evalueren is bij de meeste teams door middel van een algemene structuur vormgegeven en vindt bij bijna alle teams periodiek plaats. De inzet van vragenlijsten vindt niet standaard plaats bij alle patiënten. Teams zijn verdeeld over het belang van evalueren met vragenlijsten. Als er vragenlijsten worden gebruikt, is dit vaak voor het meten van symptomatisch herstel en patiëntervaring. De uitkomsten van vragenlijsten wordt maar door een klein deel van de teams met de patiënt besproken en door enkele teams ook met een naaste.

Bij meer dan de helft van de teams is evalueren een aandachtspunt. De doelen van de teams gaan over het betrekken van patiënt en naaste bij de evaluatie én de frequentie van evalueren. Ook willen teams evalueren inzetten om de behandeling bij te sturen of af te sluiten.

Zorgstandaarden

Het onderzoek heeft zich gericht op het gebruik van de zorgstandaarden: ADHD, Angst, Bipolaire stoornissen, Persoonlijkheidsstoornissen en Psychose. Alle teams konden zelf aangeven voor welke zorgstandaard(en) zij mee wilden doen.

[ADHD →](#)

[Angstklachten en angststoornissen →](#)

[Bipolaire stoornissen →](#)

[Persoonlijkheidsstoornissen →](#)

[Psychose →](#)

Zorgstandaarden

ADHD

Inleiding

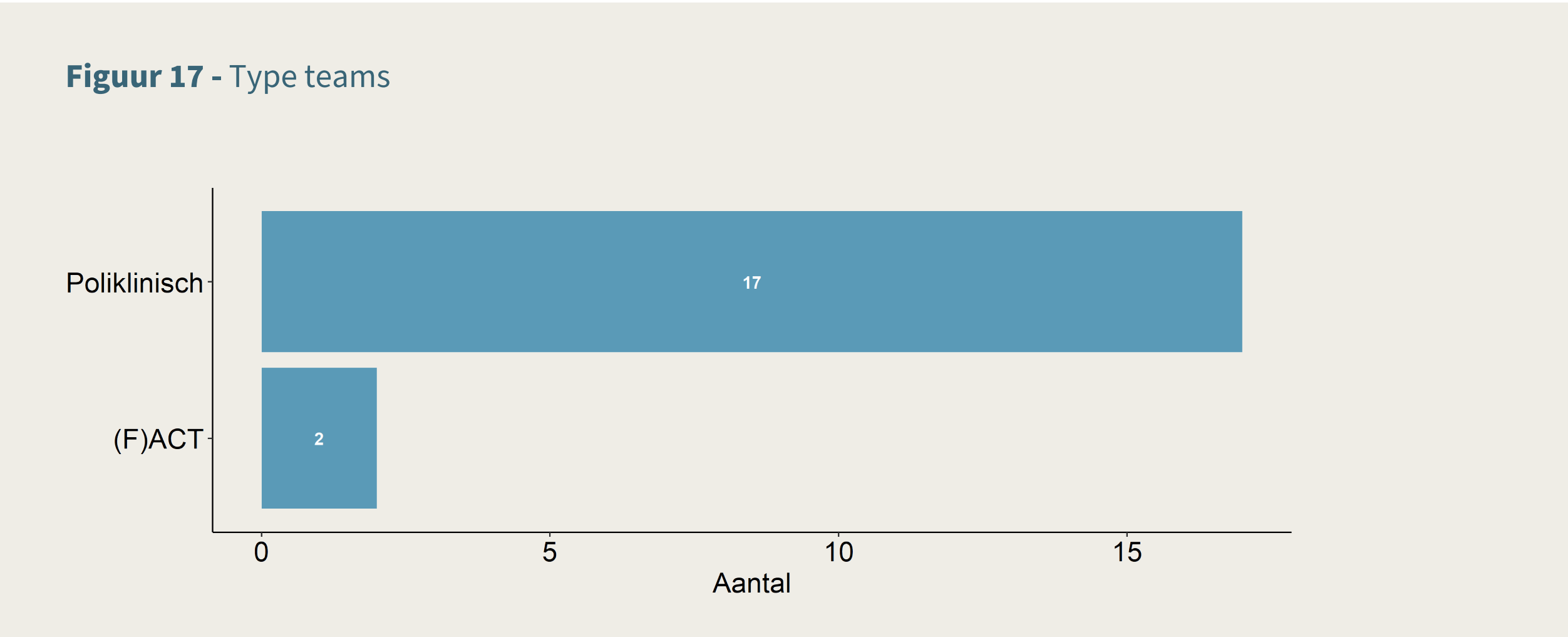
ADHD gaat over ongeconcentreerd en/of druk en impulsief gedrag. Bij kinderen staan de impulsiviteit en hyperactiviteit vaak meer op de voorgrond, bij jongeren en volwassenen de problemen met aandacht, planning en het organiseren van het dagelijks leven. Mensen die daardoor op meerdere levensgebieden in de knel komen hebben passende zorg nodig. Professionele zorg richt zich niet zozeer op het veranderen van eigenschappen zoals de mate van impulsiviteit of concentratievermogen, maar eerder op het omgaan met de problemen die mensen als gevolg daarvan in het dagelijks leven, ervaren. De ernst van de aandoening kan variëren. De mate waarin patiënten beperkingen ervaren, wordt beïnvloed door omstandigheden en levensgebeurtenissen.

In de [zorgstandaard ADHD](#) staat per leeftijds-categorie wat de beste behandelopties zijn voor mensen met ADHD, en in welke volgorde die bij voorkeur worden ingezet. Er is vooral onderzocht hoe de behandelstappen uit de zorgstandaard worden gevolgd. Het onderwerp diagnostiek is bijvoorbeeld niet onderzocht en het onderzoek betrof alleen de behandeling van volwassenen .

Teams

Van de 59 deelnemende teams hebben 19 teams meegedaan aan het onderzoek naar het gebruik van de zorgstandaard ADHD in de praktijk.

Van deze teams leveren 17 teams poliklinische zorg. Daarnaast deden er twee (F)ACT teams mee (Figuur 17).



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

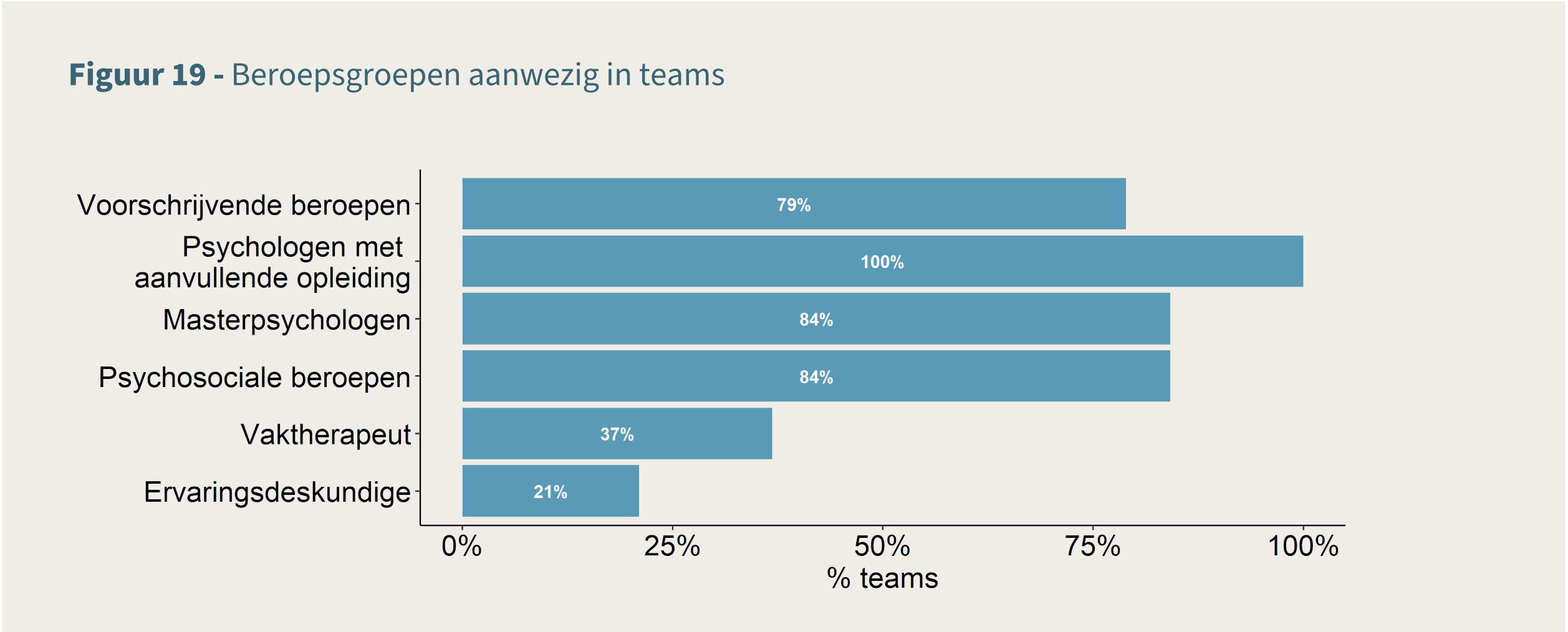
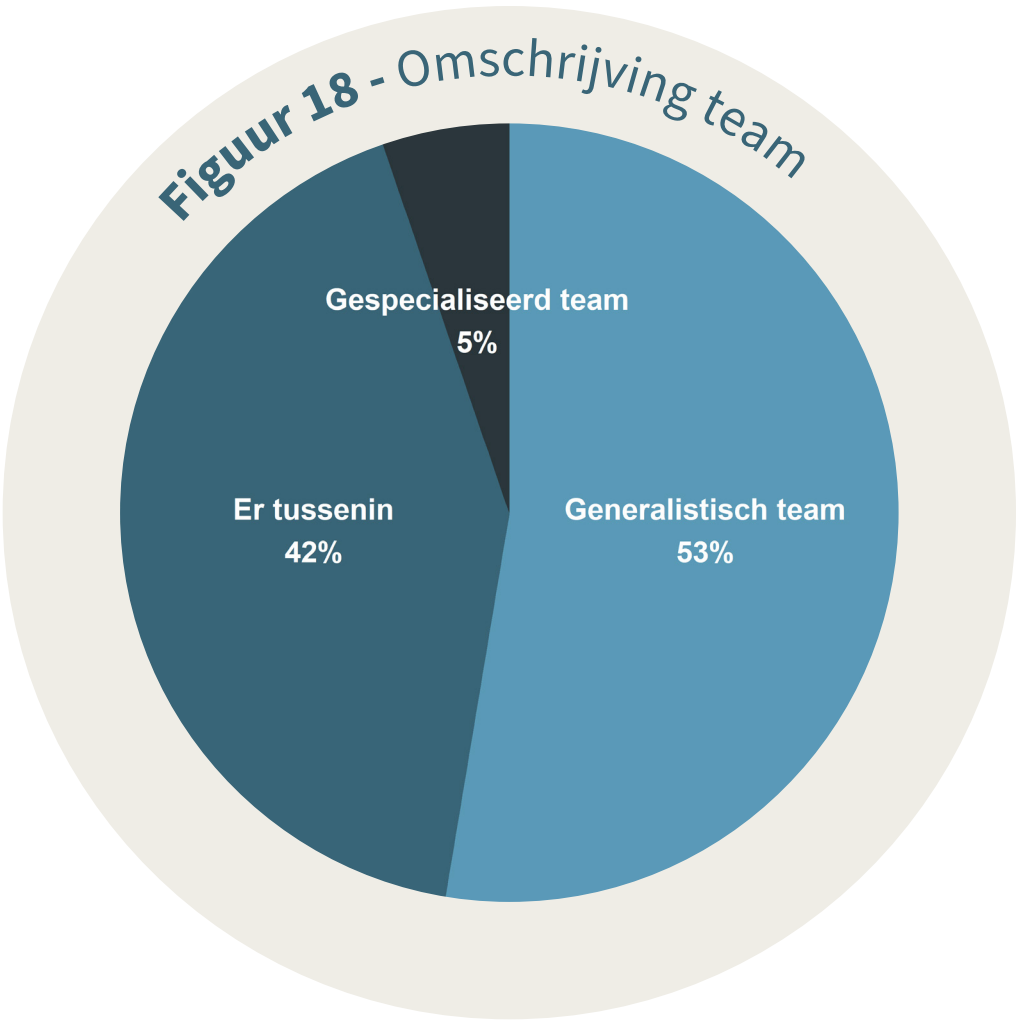
Psychose →

Merendeel generalistische teams

Meer dan de helft van de teams omschrijft zichzelf als generalistisch, 5% als gespecialiseerd in (onder andere) ADHD en 42% tussen generalistisch en gespecialiseerd in (Figuur 18).

Teams samengesteld uit verschillende beroepsgroepen

Binnen alle deelnemende teams werken psychologen met een aanvullende opleiding (GZ-psycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut). In de meeste teams zijn ook professionals met voorschrijvende beroepen zoals psychiater, arts en verpleegkundig specialist werkzaam (79%). Masterpsychologen en psychosociale beroepen zijn in 84% van de teams vertegenwoordigd. Vaktherapeuten en ervaringsdeskundigen zijn minder vaak vertegenwoordigd: zij zijn respectievelijk in 37% en 21% van de teams werkzaam (Figuur 19).





Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

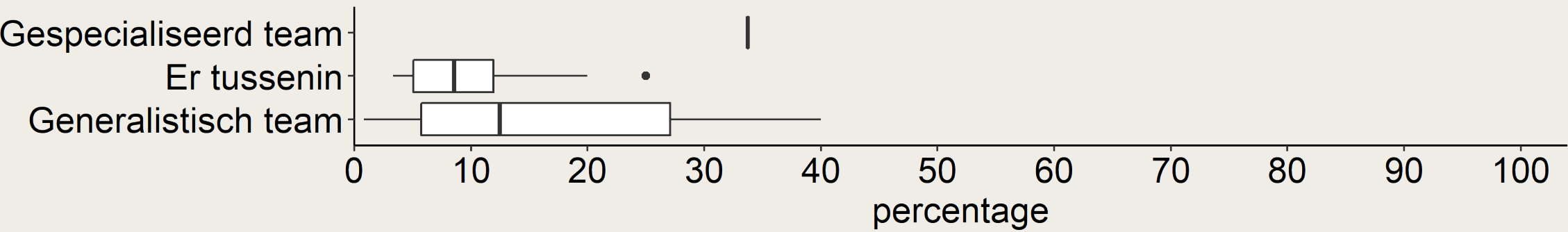
Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Aandeel ADHD-patiënten binnen teams varieert

Het aandeel van patiënten dat voor ADHD behandeld wordt binnen de teams varieert sterk, van 1 tot 40%. De mediaan van alle teams ligt bij 10% (niet in grafiek af te lezen), dit betekent dat in de helft van de teams minder dan 10% van de patiënten voor ADHD wordt behandeld en in de andere helft meer dan 10%. In gespecialiseerde teams wordt 34% van de patiënten behandeld voor ADHD (Figuur 20).

Figuur 20 - Aandeel ADHD patiënten



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

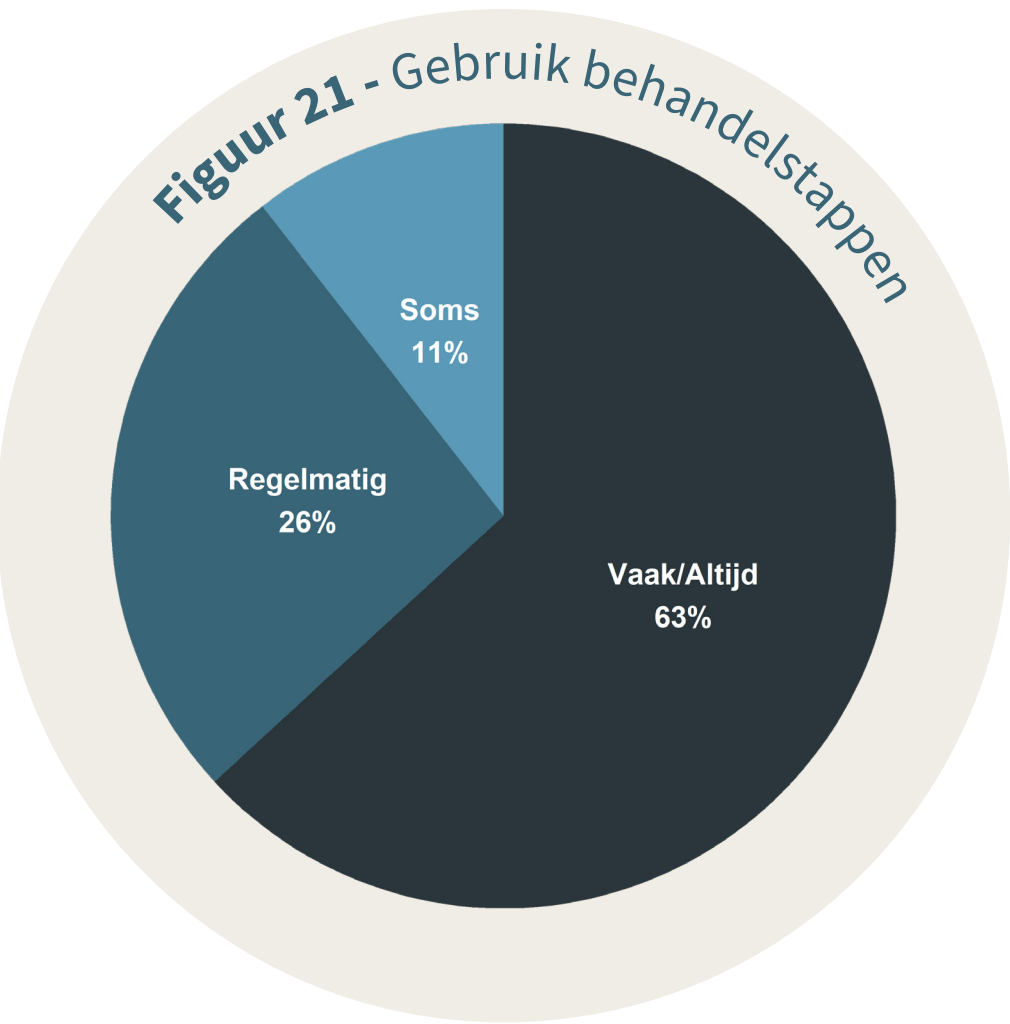
Psychose →

Zorg ADHD in de praktijk

Behandelstappen

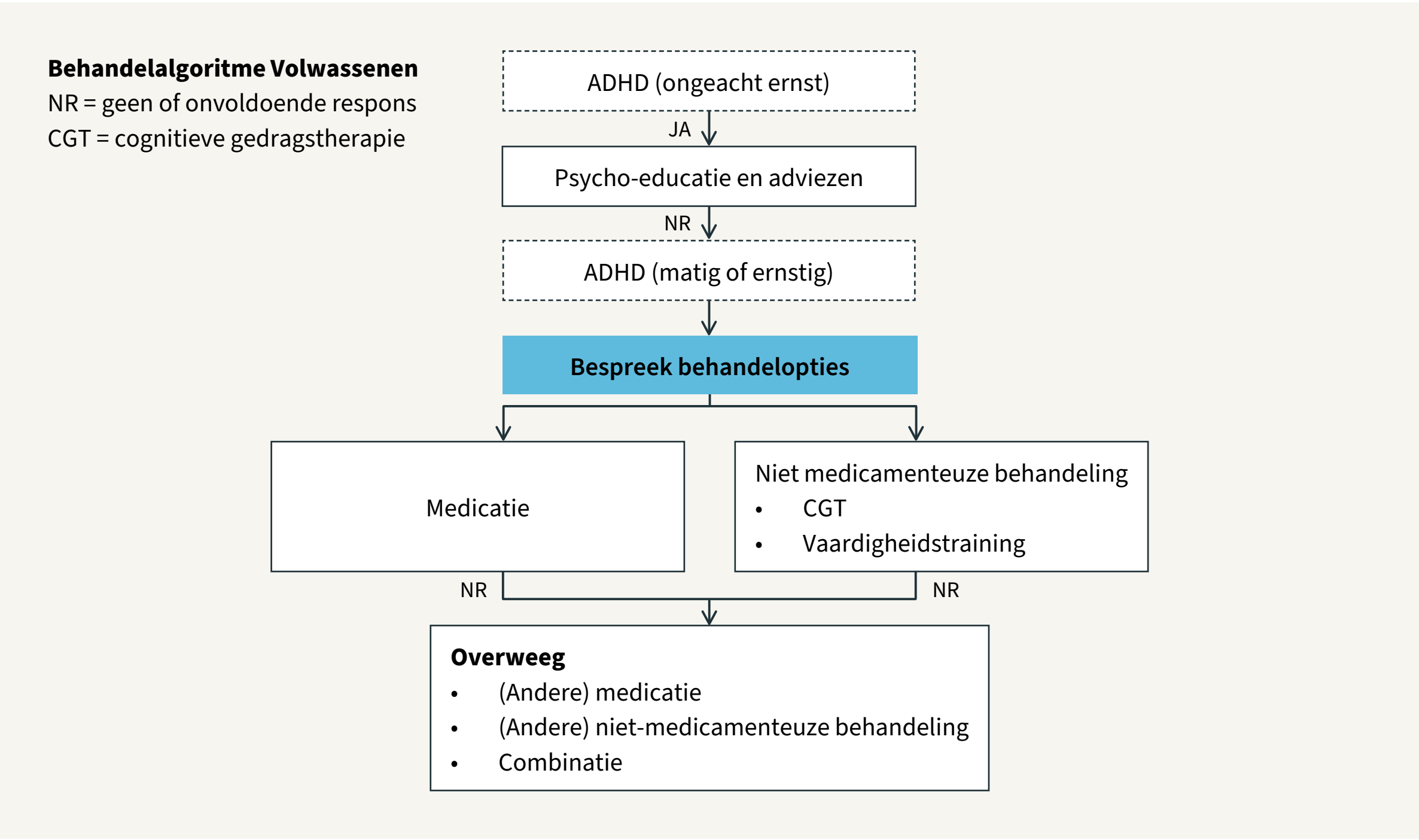
Grootste deel van de teams geeft aan de behandelstappen vaak/altijd te gebruiken

De grafiek geeft weer bij hoeveel patiënten teams de behandelstappen (zie kader) uit de zorgstandaard toepassen. Alle teams geven aan de behandelstappen te volgen. Hoe vaak dit gebeurt varieert per team. De meeste teams (63%) doen dit altijd of vaak. Andere teams volgen de behandelstappen regelmatig of soms (Figuur 21).



De zorgstandaard ADHD beschrijft de volgende behandelstappen

In de zorgstandaard staan de behandelstappen bij ADHD onder andere beschreven in een behandel-algoritme (zie hieronder). Bij volwassenen met ADHD wordt gestart met psycho-educatie en adviezen. Bij onvoldoende resultaat (NR) bespreken behandelaar en patiënt samen welke interventies er vervolgens kunnen worden ingezet. In de meeste gevallen leidt dit tot een gezamenlijk besluit voor medicamenteuze of niet medicamenteuze (CGT en/of vaardigheidstraining) behandeling. Een combinatie van beide wordt pas geadviseerd wanneer de gekozen behandeling onvoldoende effect heeft.



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Interventies veelal binnen het aanbod van het team

De deelnemende teams bieden alle interventies aan die beschreven staan in de behandelstappen. Het grootste deel van deze interventies wordt binnen de teams aangeboden. Sommige teams bieden zelf geen psycho-educatie (11%) en vaardigheidstraining (22%) aan. Patiënten kunnen dit dan op een andere plaats in de organisatie volgen. Medicatie wordt door sommige teams (16%) niet voorgeschreven, dit wordt dan binnen het netwerk aangeboden (Figuur 22).

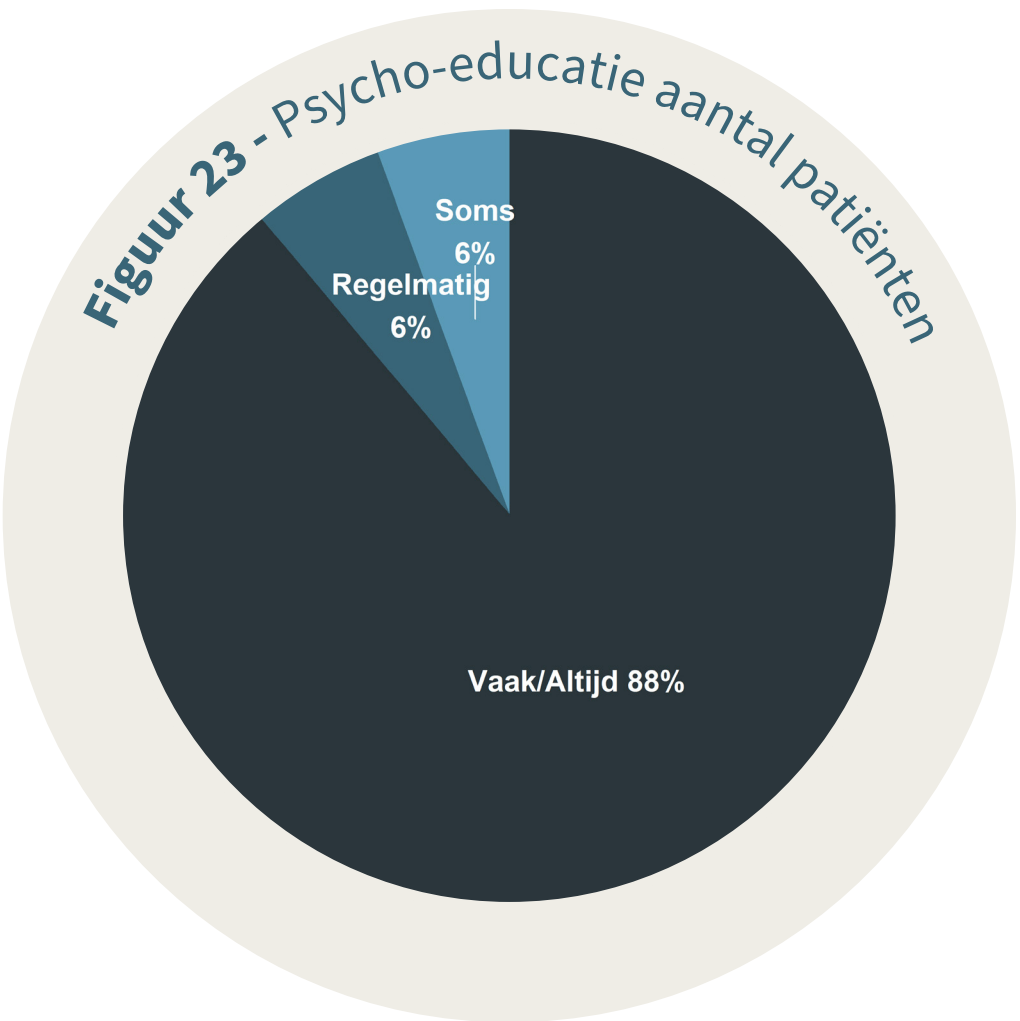
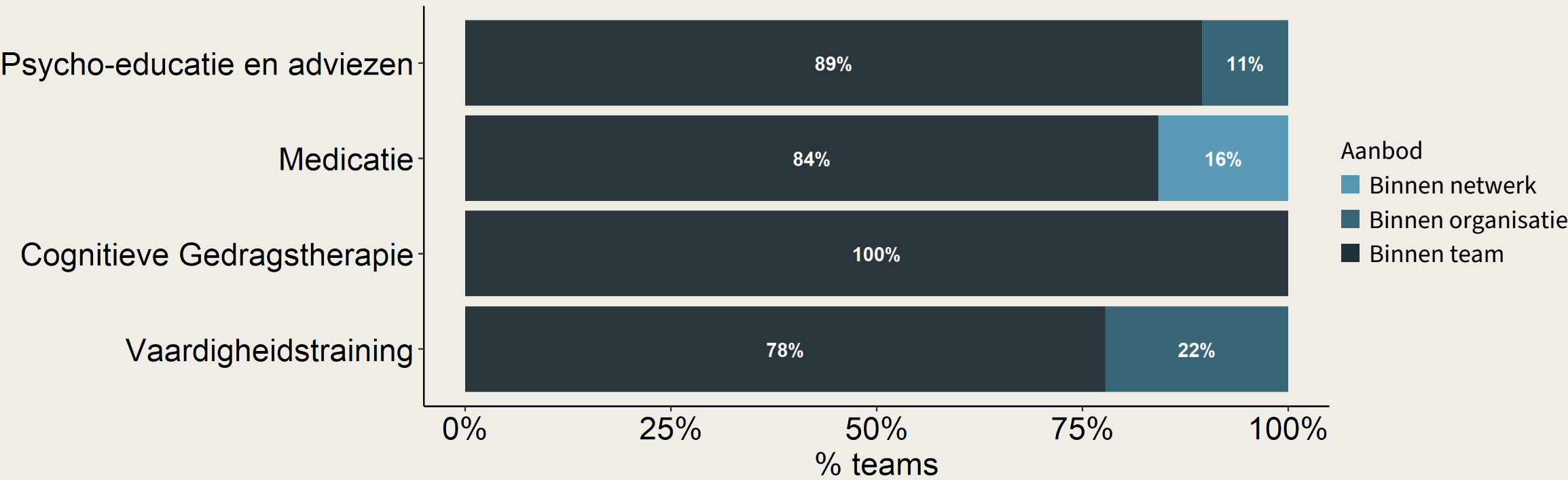
Psycho-educatie

Psycho-educatie is een vast onderdeel van de behandeling

Een groot deel van de teams (88%) past altijd, vaak of regelmatig psycho-educatie toe, een klein aantal doet dit regelmatig (6%) of soms (6%). Deze teams geven aan dat dit dan vaak in een eerder stadium al is toegepast (Figuur 23).

Voor de meeste teams is psycho-educatie een vast onderdeel van de behandeling en een logische stap in het stappenplan dat wordt doorlopen. Psycho-educatie wordt individueel, in een groep of online toegepast.

Figuur 22 - Aanbod interventies



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Psycho-educatie vaak stiefkindje binnen ADHD zorg?

Psycho-educatie wordt in de interviews regelmatig omschreven als het stiefkindje. Dit wordt vaak uitgevoerd door de minder ervaren professionals. Dit komt omdat de behandelcapaciteit van meer ervaren behandelaren voor CGT wordt ingezet. Hierdoor staan de kwaliteit en continuïteit van psycho-educatie regelmatig onder druk.

Patiënten hebben zelden genoeg aan alleen psycho-educatie

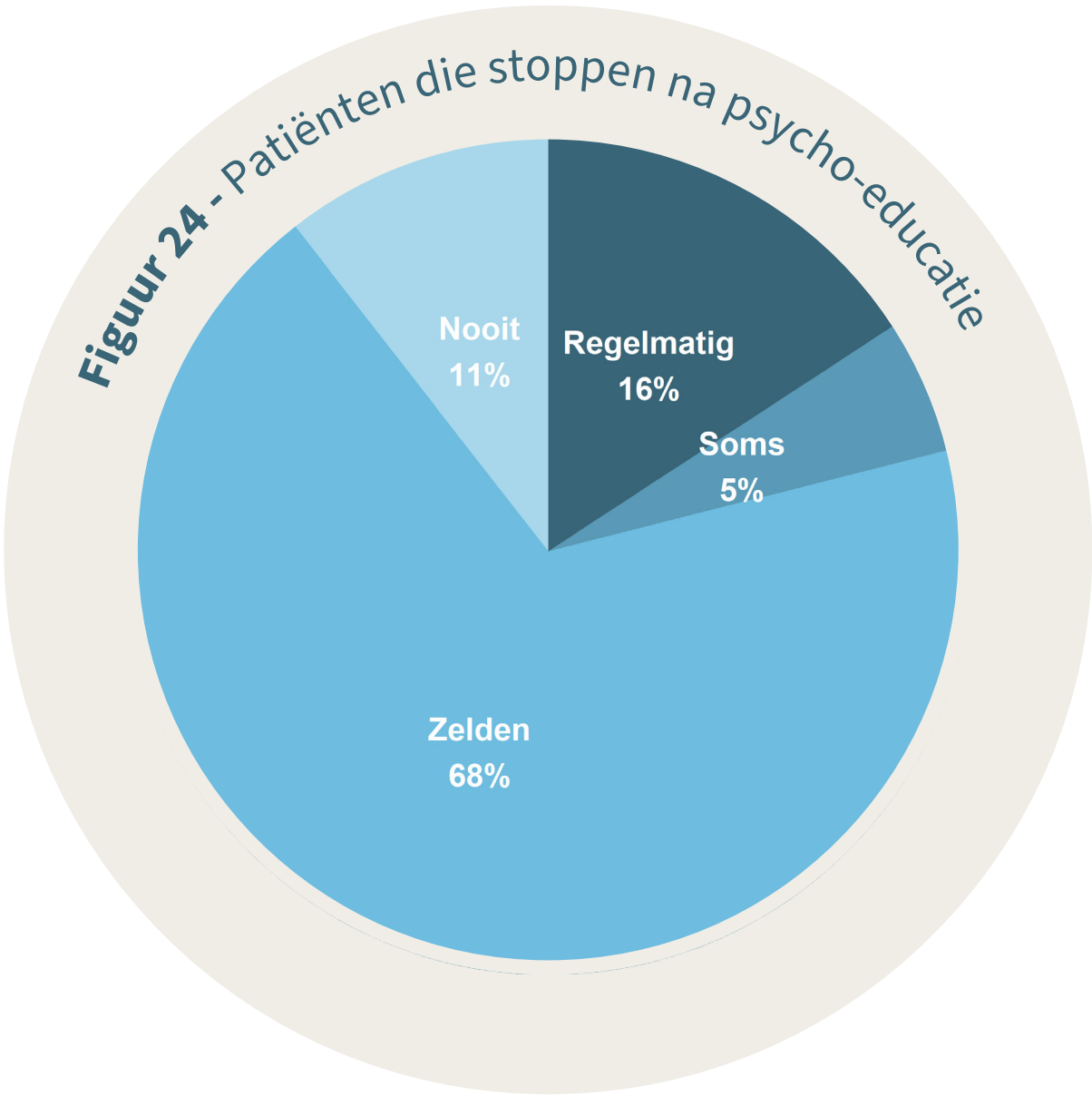
Bij voldoende respons op psycho-educatie en adviezen kan de behandeling afgesloten worden. Het is opvallend dat bij slechts 16% van de teams psycho-educatie regelmatig leidt tot voldoende respons waarna de behandeling kan worden afgesloten. In de meeste teams (79%) gebeurt dit zelden tot nooit (Figuur 24).

Vervolgbehandelingen

Na psycho-educatie kan de behandeling vervolgd worden met CGT/vaardigheidstraining of met medicamenteuze behandeling. Het aantal patiënten dat na psycho-educatie een vervolgbehandeling volgt is groot.

Wat adviseert de zorgstandaard ADHD over keuze vervolgbehandeling?

De zorgstandaard ADHD heeft als algemene stelregel: start niet gelijk met een combinatie van medicatie en psychologische behandeling. Vooral niet bij lichte of matige ADHD. Het advies is om pas een tweede behandelvorm toe te voegen als het resultaat van de eerst gekozen behandelvorm onvoldoende is gebleken. Anders kan niet worden nagegaan welke behandelvorm de werkzame is. Bovendien is een combinatiebehandeling niet altijd nodig en duurder. Tot slot kan deze werkwijze ertoe bijdragen dat in gevallen waarbij een niet-medicamenteuze behandeling voldoende verbetering geeft, onnodig gebruik van medicatie wordt voorkomen.



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Teams starten vaak met een combinatie van therapieën

Teams is gevraagd bij welk deel van de patiënten zij starten met medicatie, niet-medicamenteuze behandeling of een combinatie van deze twee. Binnen de teams wisselt per patiënt met welk type behandeling gestart wordt. Ondanks het advies in de zorgstandaard “Start niet gelijk met een combinatie van medicatie en psychologische behandeling”, start de meerderheid van de teams (53%) wel met een combinatie behandeling. Dit spreekt het eerdere antwoord tegen, waarbij teams aangaven het behandelalgoritme uit de zorgstandaard over het algemeen te volgen (Figuur 25).

Ernst van de klachten belangrijkste reden om te starten met combinatie van therapieën

Teams is gevraagd wat redenen zijn om met de combinatie van medicatie en niet-medicamenteuze behandeling te starten. Teams konden vier antwoordcategorieën kiezen op meest voorkomend. De ranking van meest voorkomende redenen is als volgt:

1. Ernst van de klachten.
2. Eerste keuze van de patiënt.

3. De behandelaar schat het in als meest effectief voor een individuele patiënt.
4. Dit is in het team de eerste keuze van behandeling.

Behandeling wordt tussentijds aangevuld of vervangen

Zoals ook in de zorgstandaard omschreven, wordt in bijna alle teams bij onvoldoende behandel-effect overgestapt van medicamenteus naar niet-medicamenteuze behandeling en vice versa of wordt er een behandeling toegevoegd en een combinatie gestart.

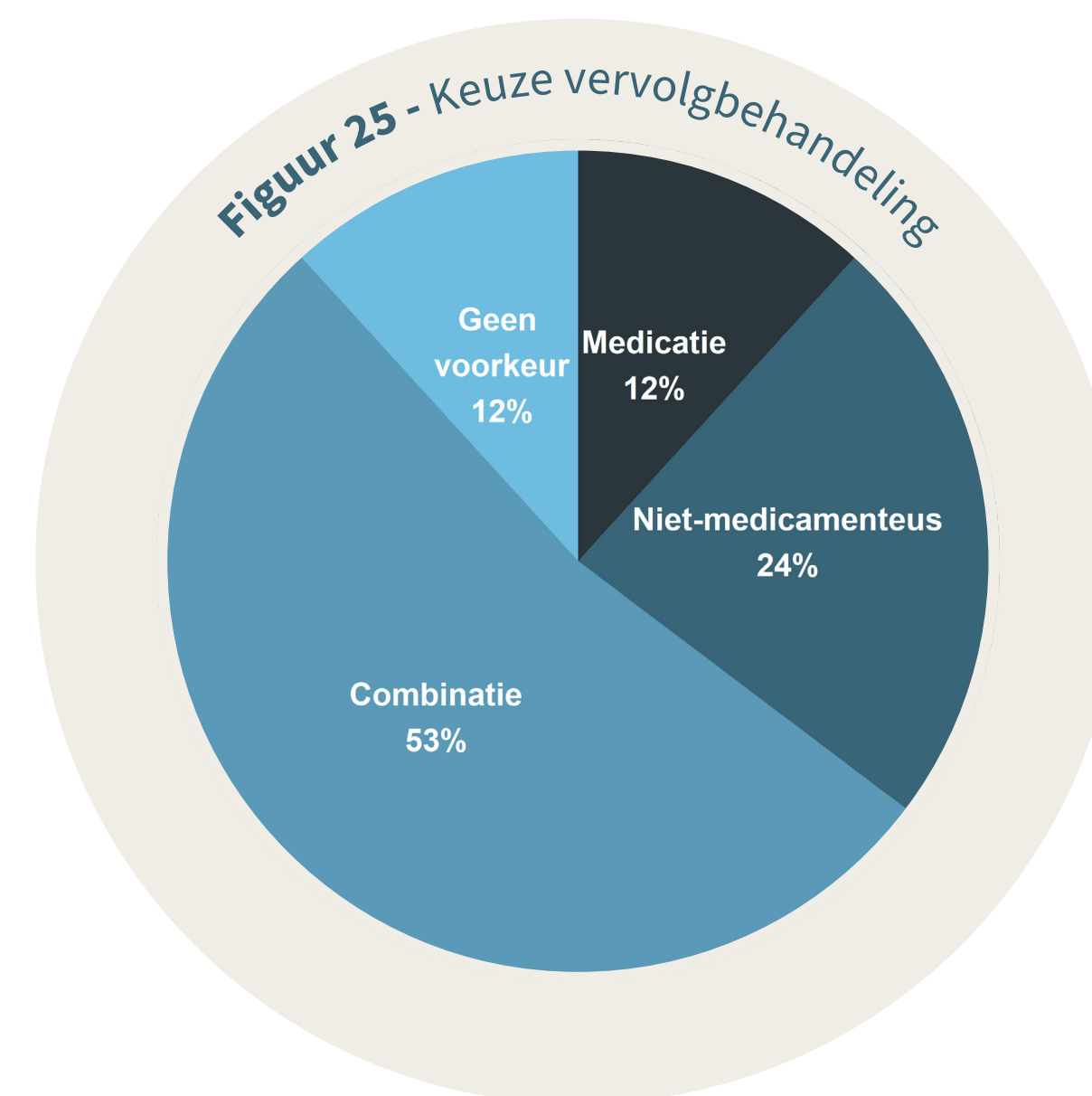
Aandachtspunten, doelen en benodigdheden

Teams noemen op basis van hun aandachtspunten hun doelen en wat zij nodig hebben om deze te realiseren.

Kennis en vaardigheden grootste aandachtspunt bij aanbieden psycho-educatie

Van alle teams ervaart twee derde één of meerdere knelpunten bij het bieden van psycho-educatie. De meest voorkomende knelpunten betreffen gebrek aan kennis en vaardigheden (37% van de teams):

teams geven aan dat het moeilijk is om kennis op te bouwen en vast te houden. Dit speelt voornamelijk in teams waar niet zo vaak ADHD wordt behandeld. Ook het verloop van professionals die psycho-educatie aanbieden is een uitdaging. Teams geven aan dat het onvoldoende lukt om te komen tot een gerichte aanpak met betrekking tot dit aandachtspunt.



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Capaciteit grootste knelpunt bij bieden van medicatie

Van de teams ervaart 42% één of meerdere knelpunten bij het bieden van medicatie. Teams geven aan dat:

- Er een tekort aan psychiateruren is om medicatie voor te schrijven. Van de teams geeft 26% aan dat er knelpunten zijn op gebied van capaciteit.
- Het voorschrijven van bepaalde medicatie wordt bemoeilijkt omdat deze niet wordt vergoed via de zorgverzekering. Van de teams ervaart 11% knelpunten op gebied van financiering.

Teams willen efficiënter gebruik maken van de mogelijkheden om medicatie voor te schrijven door in te zetten op:

- Up-to-date kennis (bij psychiater en behandelteam) over de voorschrijfmogelijkheden.
- Versterken van de samenwerking tussen behandelteam en psychiater.
- Vergroten van de kennis bij het behandelteam over het beste moment om te verwijzen voor medicatie.

Om deze doelen te behalen geven teams aan dat ze onder andere behoefte hebben aan deskundigheidsbevordering over medicamenteuze behandeling bij ADHD.

Opvallend is dat een deel van de teams aangeeft dat er een tekort aan psychiateruren is en anderzijds 53% van de teams bij de meeste patiënten een gecombineerde behandeling inzet waarbij medicatie onderdeel wordt van de behandeling.

Twee derde van teams ervaart knelpunten bij CGT en/of vaardigheidstraining

Van de teams ervaart 67% één of meerdere knelpunten bij het bieden van CGT en of vaardigheidstraining. Eén van de meest voorkomende knelpunten is een gebrek aan kennis en vaardigheden (33%). Dit speelt voornamelijk in teams waar niet zo vaak ADHD wordt behandeld.

Ook wordt ADHD soms gezien als minder urgent of minder ernstig dan andere problematiek. Hierdoor krijgt het organiseren van het behandel aanbod soms minder aandacht of wordt door minder ervaren professionals vormgegeven.

Teams geven aan dat er te weinig behandelaren zijn om CGT of vaardigheidstraining aan te bieden en patiënten hierdoor soms lang moeten wachten. Van de teams ervaart 22% knelpunten op gebied van capaciteit. Opvallend is dat ondanks dat de zorgstandaard adviseert met één behandeling te

starten, er regelmatig met een gecombineerde behandeling wordt gestart en er gelijktijdig capaciteitsvraagstukken worden gerapporteerd.

Oplossingsrichtingen die door teams genoemd worden:

- Het (groeps)aanbod ook digitaal organiseren om daarmee capaciteit vrij te maken.
- Het vergroten van kennis en vaardigheden m.b.t. ADHD.

Om dit te realiseren geven teams aan dat ze behoefte hebben aan:

- Tijd en ruimte om aanbod door te ontwikkelen.
- Scholing, deskundigheidsbevordering en/of training over ADHD.
- De mogelijkheid om te leren van collega's van andere teams/organisaties.

Samenvatting →**Algemeen** →**Inleiding** →**Teams** →**Algemene thema's** →**Samen beslissen** →**Betrekken van naasten** →**Herstelondersteuning** →**Evalueren** →**Zorgstandaarden** →**ADHD** →**Angstklachten
en angststoornissen** →**Bipolaire stoornissen** →**Persoonlijkheidsstoornissen** →**Psychose** →**Conclusie**

Teams noemen de behandeling van ADHD goed te protocolleren zorg. De meeste teams geven aan de behandelstappen uit te voeren zoals omschreven in de zorgstandaard. Het is opvallend dat bij onvoldoende effect van psycho-educatie ruim de helft van de teams regelmatig een gecombineerde behandeling inzet terwijl de zorgstandaard juist beschrijft eerst een enkelvoudige behandeling te starten. Interessant zou zijn nader te onderzoeken of het starten met een enkelvoudige therapie een positief effect heeft op de capaciteit en op de effectiviteit van de behandeling.

De uitdagingen die teams benoemen bij het organiseren van psycho-educatie en het feit dat slechts 16% van de teams aangeeft dat de behandeling regelmatig eindigt na het aanbieden van psycho-educatie biedt wellicht kans voor een kwaliteitsslag.

Het behandelaanbod is in alle teams compleet: teams hebben de mogelijkheid om de belangrijkste interventies aan te bieden aan patiënten. Wel staat de beschikbaarheid van dit behandelaanbod door capaciteitsproblemen onder druk. Er is wel een psycholoog om CGT aan te bieden, maar het aantal uren is niet toereikend voor alle patiënten waarbij CGT geïndiceerd is.

ADHD wordt door sommige teams als minder urgent of ernstig dan andere problematiek gezien, waardoor het organiseren van behandelaanbod soms minder aandacht krijgt of door minder ervaren professionals wordt vormgegeven.

Zorgstandaarden

Angst- klachten en angst- stoornissen

Inleiding

Angstklachten zijn klachten waarbij angstgevoelens en begeleidende lichamelijke klachten een rol spelen. Het verschil met een angststoornis in de ernst van de symptomen. De overgang van ‘angstklachten’ naar een ‘angststoornis’ heeft geen exact afkappunt. Pathologische angst komt bij veel psychische aandoeningen voor. Als angst het belangrijkste symptoom is, spreekt men van een angststoornis.

Soorten angststoornissen:

- Paniekstoornis: recidiverende paniekaanvallen, met tussendoor angst voor een nieuwe paniek-aanval.
- Agorafobie: angst voor en vermijding van situaties waaruit men denkt moeilijk te kunnen ontkomen of waarin men moeilijk hulp zou kunnen krijgen bij een paniekaanval.
- Specifieke fobie: hevige, aanhoudende angst voor en vermijding van specifieke objecten/situaties.
- Sociale-angststoornis (sociale fobie): hevige, aanhoudende angst voor en vermijding van situaties waarin men wordt blootgesteld aan een mogelijke kritische blik van anderen.
- Sociale-angststoornis kan onderverdeeld worden in een specifieke vorm, waarbij de angst gekoppeld is aan een specifieke situatie zoals podiumvrees, en in een gegeneraliseerde vorm, waarbij de angst in verschillende situaties voorkomt.
- Gegeneraliseerde-angststoornis: buitensporige, aanhoudende angst en piekergedachten over een verscheidenheid aan dagelijkse onderwerpen.
- Scheidingsangst of separatieangststoornis: niet bij de ontwikkelingsfase passende, excessieve angst of vrees om gescheiden te worden van diegenen aan wie men gehecht is.
- Obsessieve compulsieve stoornis: terugkerende en hardnekkige gedachten, impulsen of voorstellingen (obsessies), en/of dwanghandelingen (compulsie).

De [zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen](#) beschrijft de zorg voor mensen met angst en hoe deze ingezet kan worden, aansluitend op de behandeldoelen.

Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Teams

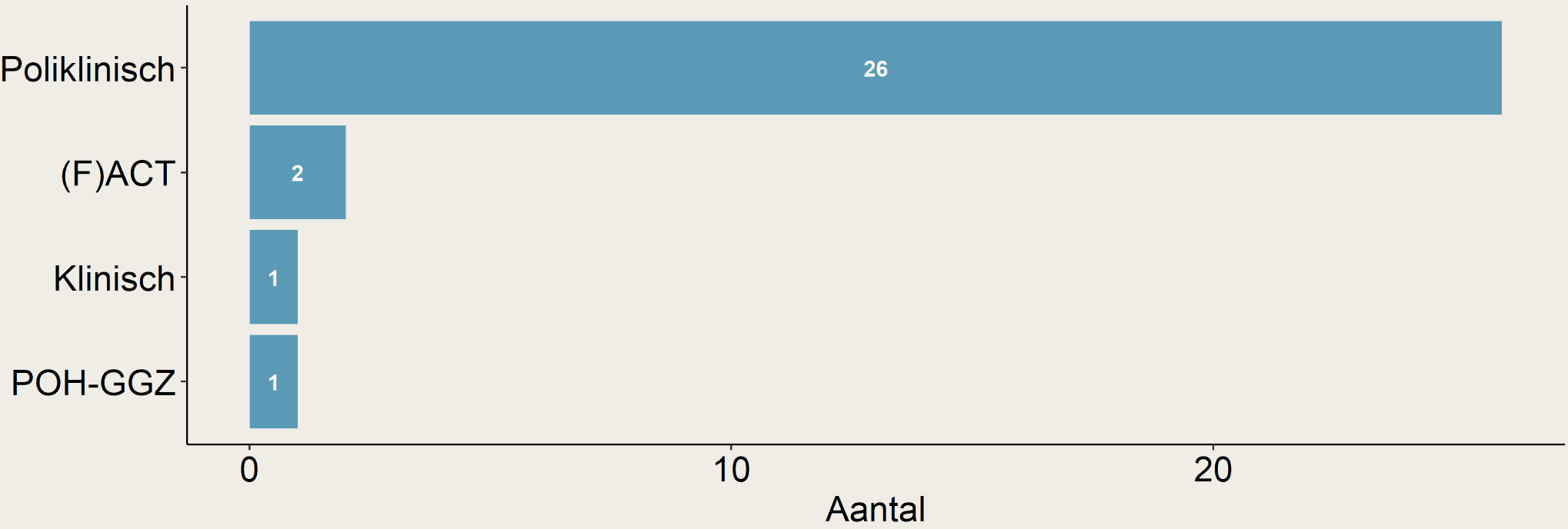
Van de 59 deelnemende teams hebben 30 teams meegedaan aan het onderzoek naar het gebruik van de zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen in de praktijk.

Het merendeel van de 30 ondervraagde teams biedt poliklinische zorg. Daarnaast deden er twee (F)ACT teams, één kliniek en één team POH-GGZ mee (Figuur 26).

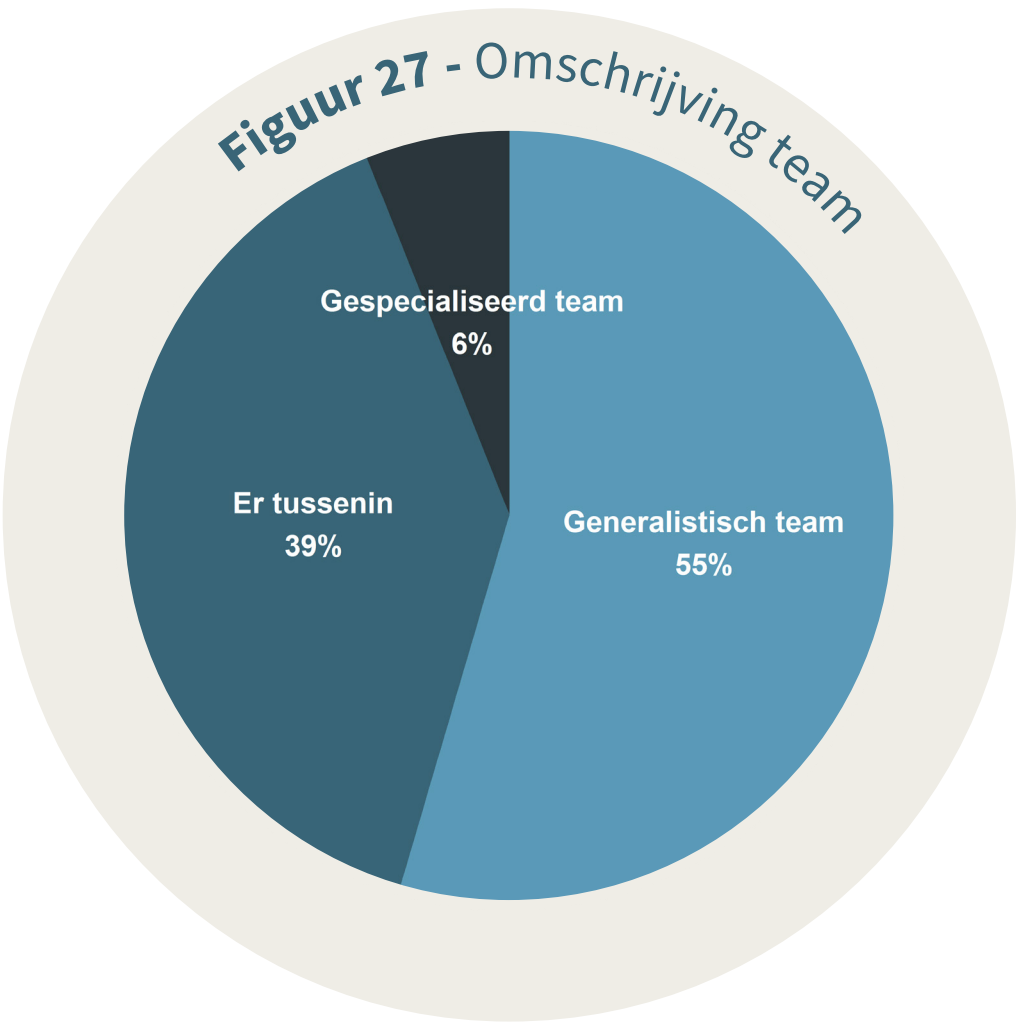
Merendeel generalistische teams

Meer dan de helft van de teams omschrijft zichzelf als generalistisch, 6% als gespecialiseerd in enkele diagnoses waaronder angst en 39% geeft aan dat ze hier tussenin zitten (Figuur 27).

Figuur 26 - Type teams



Figuur 27 - Omschrijving team



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

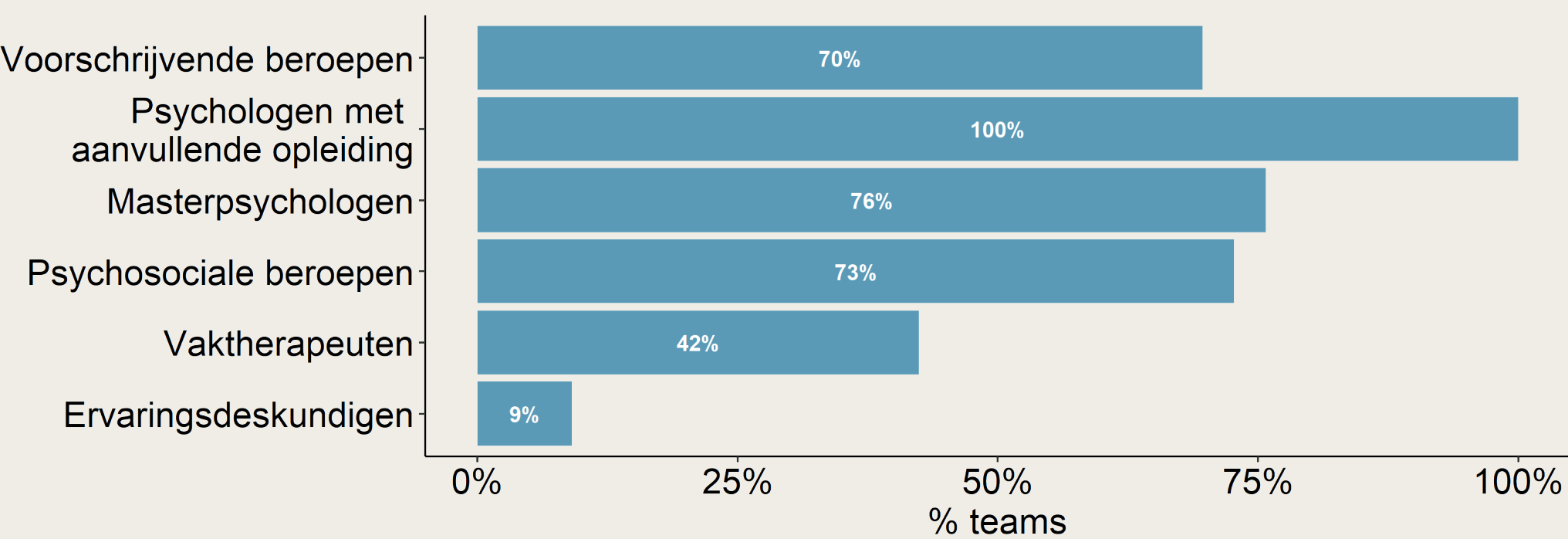
Teams samengesteld uit verschillende beroepsgroepen

Binnen alle deelnemende teams werken psychologen met een aanvullende opleiding (GZ-psycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut). In de meeste teams zijn ook professionals met voorschrijvende beroepen zoals psychiater, arts en verpleegkundig specialist (70%), masterpsychologen (76%) en psychosociale beroepen (73%) vertegenwoordigd. Vaktherapeuten en ervaringsdeskundigen zijn minder vaak vertegenwoordigd: zij zijn respectievelijk in 42% en 9% van de teams werkzaam (Figuur 28).

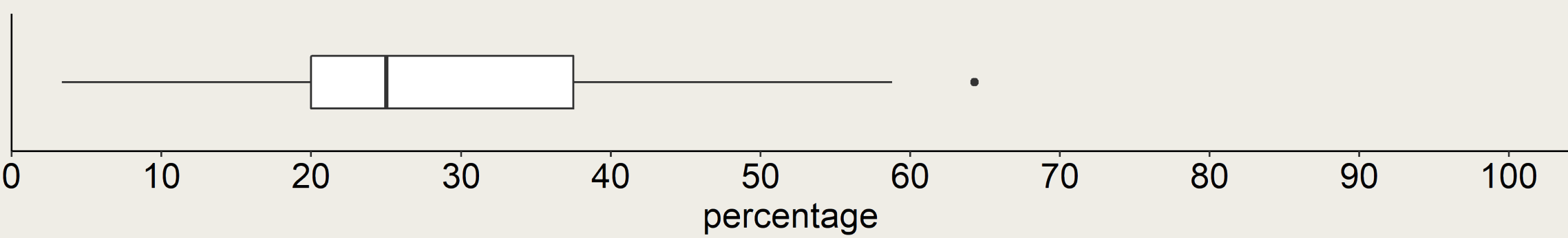
Aandeel patiënten met angstklachten en angststoornissen varieert

Er is een groot verschil tussen de teams in het aandeel patiënten dat voor angstklachten en angststoornissen in behandeling is, dit varieert van 3% tot 64%. De mediaan ligt bij 25%, dit betekent dat in de helft van de teams minder, en in de andere helft van de teams meer dan 25% van de patiënten behandeld worden voor angstklachten en angststoornissen. Teams behandelen naast angststoornissen dus ook andere aandoeningen. Het aandeel patiënten met een angststoornis is gelijk voor gespecialiseerde en generalistische teams (Figuur 29).

Figuur 28 - Beroepsgroepen aanwezig in teams



Figuur 29 - Aandeel angst patiënten



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Teams behandelen verschillende typen angststoornissen

De meest behandelde angststoornissen zijn:

- Paniekstoornis;
- Gegeneraliseerde angststoornis;
- Sociale angststoornis.

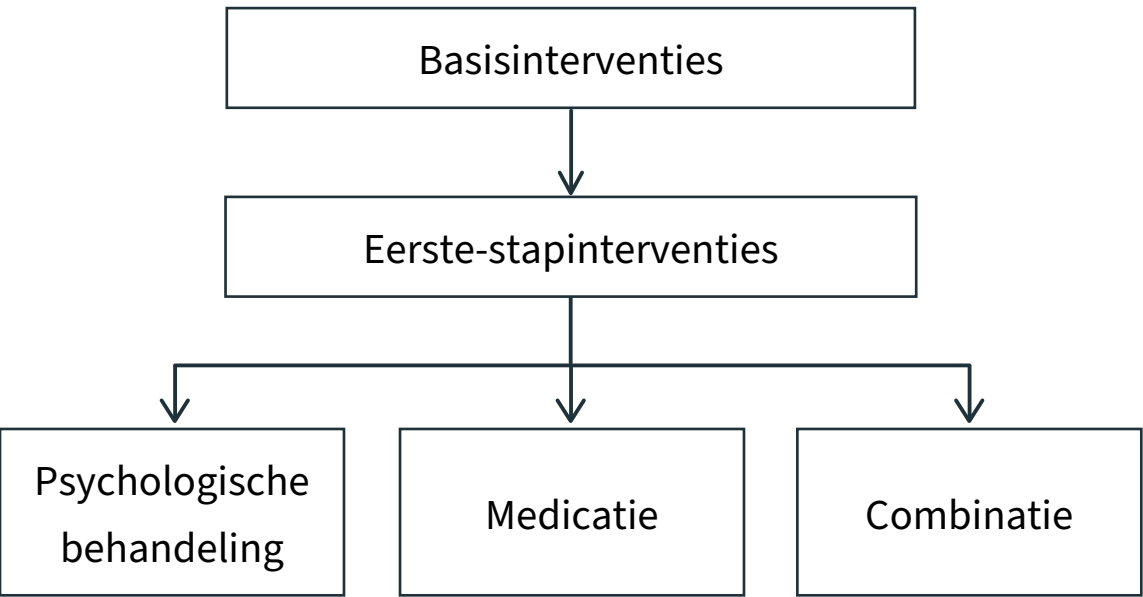
Zorg Angstklachten en angststoornissen in de praktijk

Bij de behandeling van angstklachten en angststoornissen, kan een groot aantal interventies ingezet worden en deze worden in de zorgstandaard in drie categorieën ingedeeld:

- Basisinterventies
- Eerste-stapinterventies
- Psychologische en psychotherapeutische behandeling en/of medicatie.

Wat zegt de zorgstandaard?

Om zo vroeg mogelijk gezondheidswinst te bereiken en verergering van de problematiek te voorkomen, overweegt de behandelaar met de patiënt in eerste instantie de lichtste, eenvoudigste behandeling waarvan bekend is dat er resultaat mee kan worden bereikt. Bij onvoldoende herstel wordt overgestapt op intensievere, meer passende interventies.



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

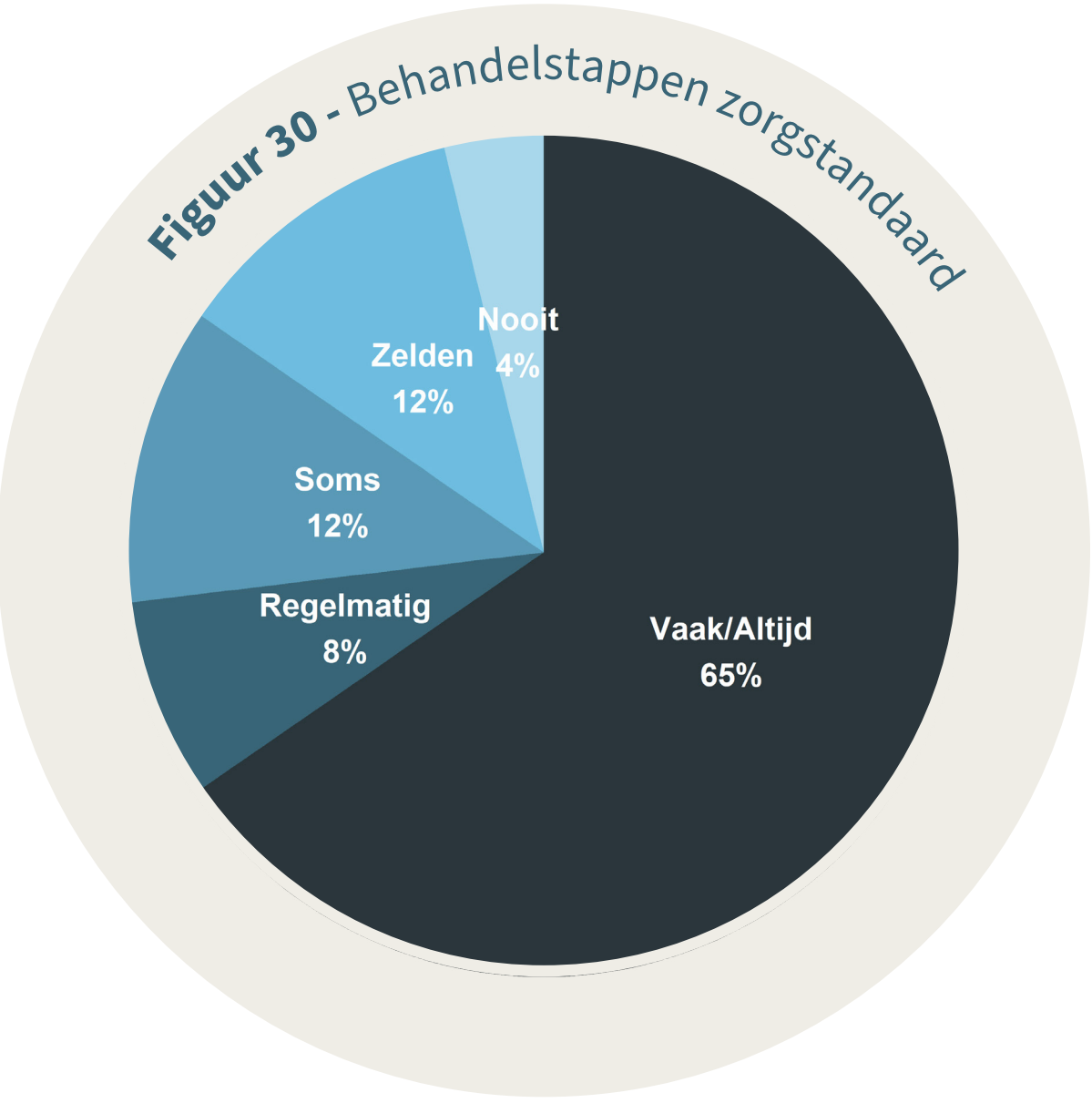
Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Grootse deel teams volgt behandelstappen uit de zorgstandaard

De meeste teams geven aan de behandelstappen uit de zorgstandaard vaak of altijd te volgen (65%).

De teams die behandelstappen niet altijd volgen, geven aan dat hoog complexe problematiek het soms lastig maakt om patiënten de interventies volgorde­lijk aan te bieden (Figuur 30).



Basisinterventies

Teams hebben een goed aanbod van basisinterventies

Wat zegt de zorgstandaard?

Binnen twee weken nadat een angststoornis is vastgesteld, wordt gestart met de basisinterventies, zowel in de huisartsenzorg (inclusief POH-GGZ) en de generalistische basis ggz als in de gespecialiseerde ggz. De basisinterventies worden voortgezet gedurende de behandeling. Basis interventies zijn:

- Psycho-educatie
- Adviezen m.b.t. activering en het tegengaan van vermijding
- Actief volgen van beloop van symptomen en klachten

Zie paragraaf 5.6 van de [zorgstandaard angstklachten en angststoornissen](#).

Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Het aanbod van basisinterventies is binnen bijna alle teams compleet. Alle teams hebben individuele psycho-educatie in hun aanbod. Psycho-educatie in de groep wordt maar door 45% van de teams aangeboden. In de zorgstandaard wordt aanbevolen om psycho-educatie in te zetten, hierbij wordt geen voorkeur gegeven of dit individueel of in groepsverband gebeurt (Figuur 31).

Adviezen m.b.t. activering en tegengaan van vermijding én het actief volgen van symptomen en klachten wordt door de meeste teams aangeboden.

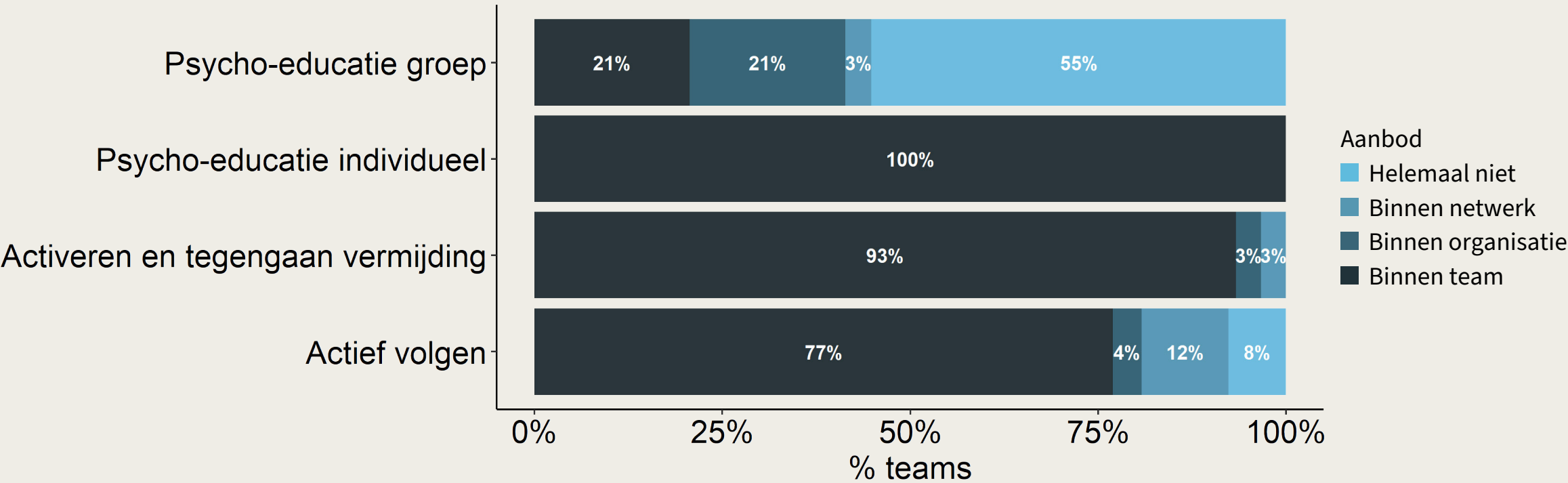
Opvallend is dat 8% van de teams deze laatste interventie niet aanbiedt.

Basisinterventies vaak ingezet

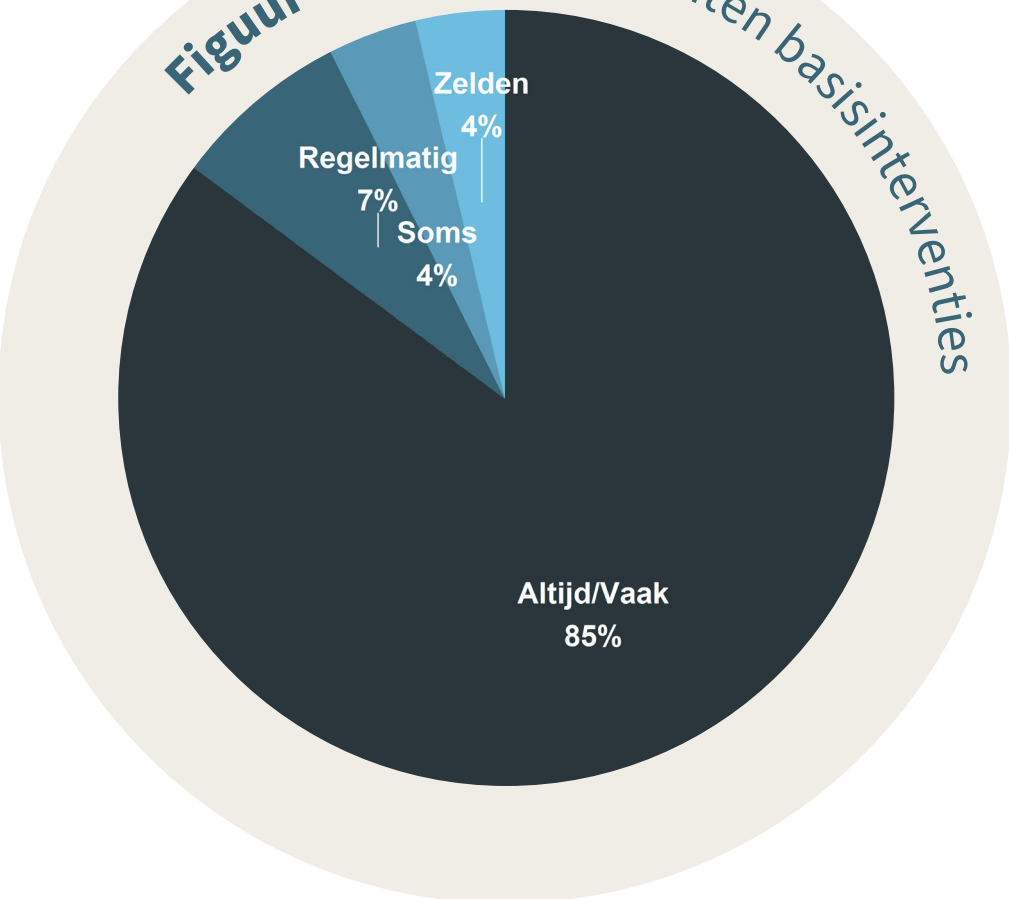
In de meeste teams (85%) worden basisinterventies altijd of vaak ingezet. Basisinterventies worden soms als opzichzelfstaande interventies gezien en ook als zodanig aangeboden. In sommige gevallen worden basisinterventies meer gezien als een onderdeel van de totale behandeling en lopen ze als een rode draad door de behandeling.

Niet bij alle patiënten worden basisinterventies ingezet, bij 8% van de teams gebeurt dit zelden of soms (Figuur 32). Hiervoor kunnen verschillende redenen zijn. Soms zijn basisinterventies al in een eerder stadium van het zorgproces gegeven, 57% van de teams geeft aan dat dit wel eens gebeurt. Opvallend is dat 27% van de teams op verzoek van de patiënt wel eens de basisinterventies overslaat.

Figuur 31 - Aanbod basisinterventies



Figuur 32 - Aantal patiënten basisinterventies



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

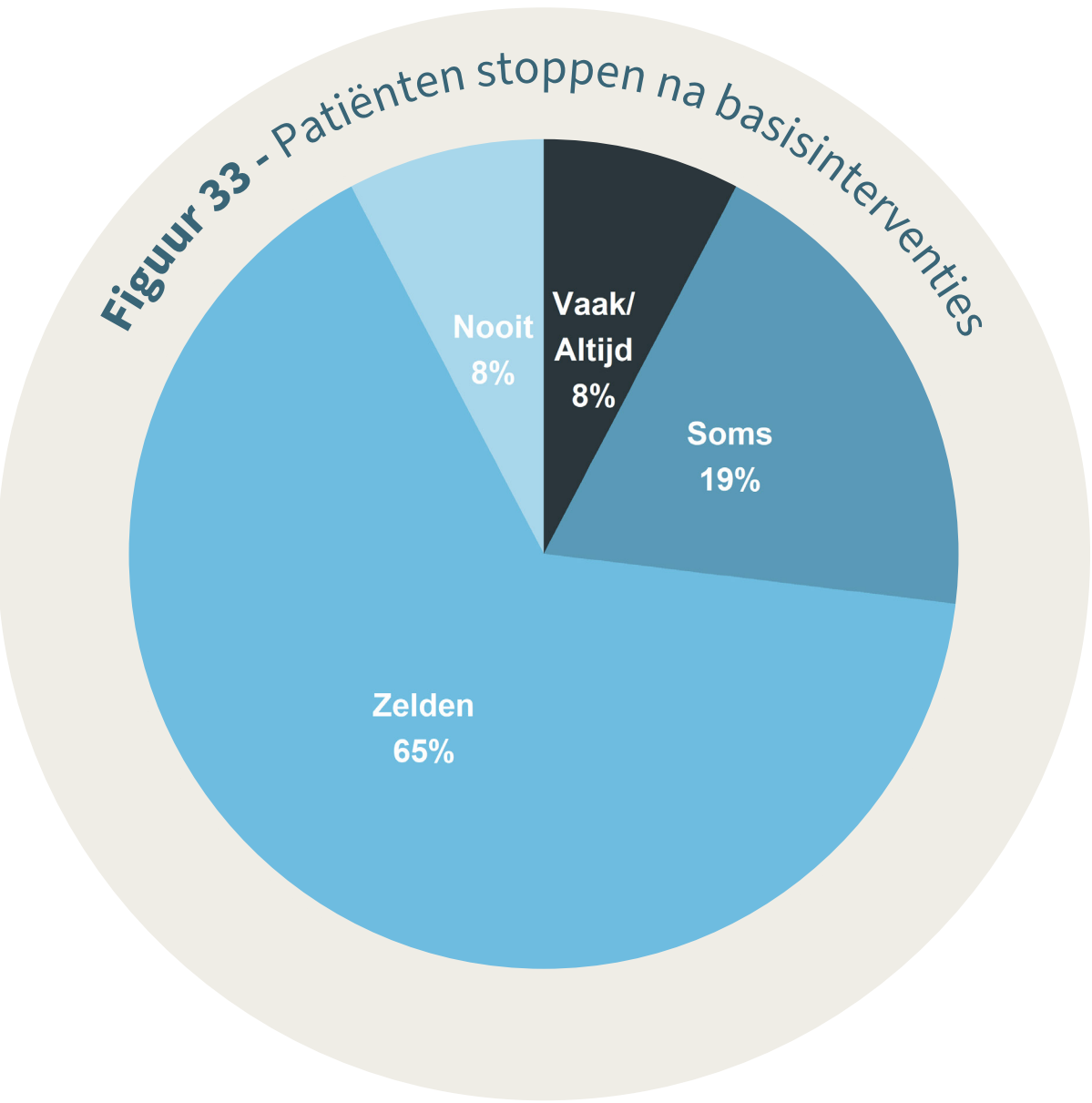
Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Bij klein deel patiënten stopt behandeling na basisinterventies

De zorgstandaard beveelt aan om te starten met de lichtste effectieve interventies. Dit betekent dat wanneer er voldoende effect wordt bereikt, na deze interventie de behandeling gestopt kan worden. 73% van de teams geeft aan dat de behandeling zelden of nooit kan worden afgerond na het bieden van basisinterventies. Slechts 8% van de teams geeft aan dat dit regelmatig tot vaak voorkomt (Figuur 33).



Eerste-stapinterventies

Aan basisinterventies kunnen eerste-stapinterventies worden toegevoegd.

Wat zegt de zorgstandaard?

Toevoegen van eerste-stapinterventies aan de basisinterventies vindt plaats op basis van gezamenlijke besluitvorming. In de keuze van eerste-stapinterventies wordt rekening gehouden met de aard en ernst van de angststoornis en de voorkeur van de patiënt. Eerste-stapinterventies zijn ook geschikt ter ondersteuning van psychotherapeutische en farmacotherapeutische behandelinterventies.

Eerste-stapinterventies zijn: bibliotherapie, zelfmanagementstrategieën met begeleiding, E-interventies, steunend-structurerende begeleiding, activerende begeleiding, psychosociale behandeling.

Meer informatie over deze interventies: [zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen](#) paragraaf 5.8.

Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

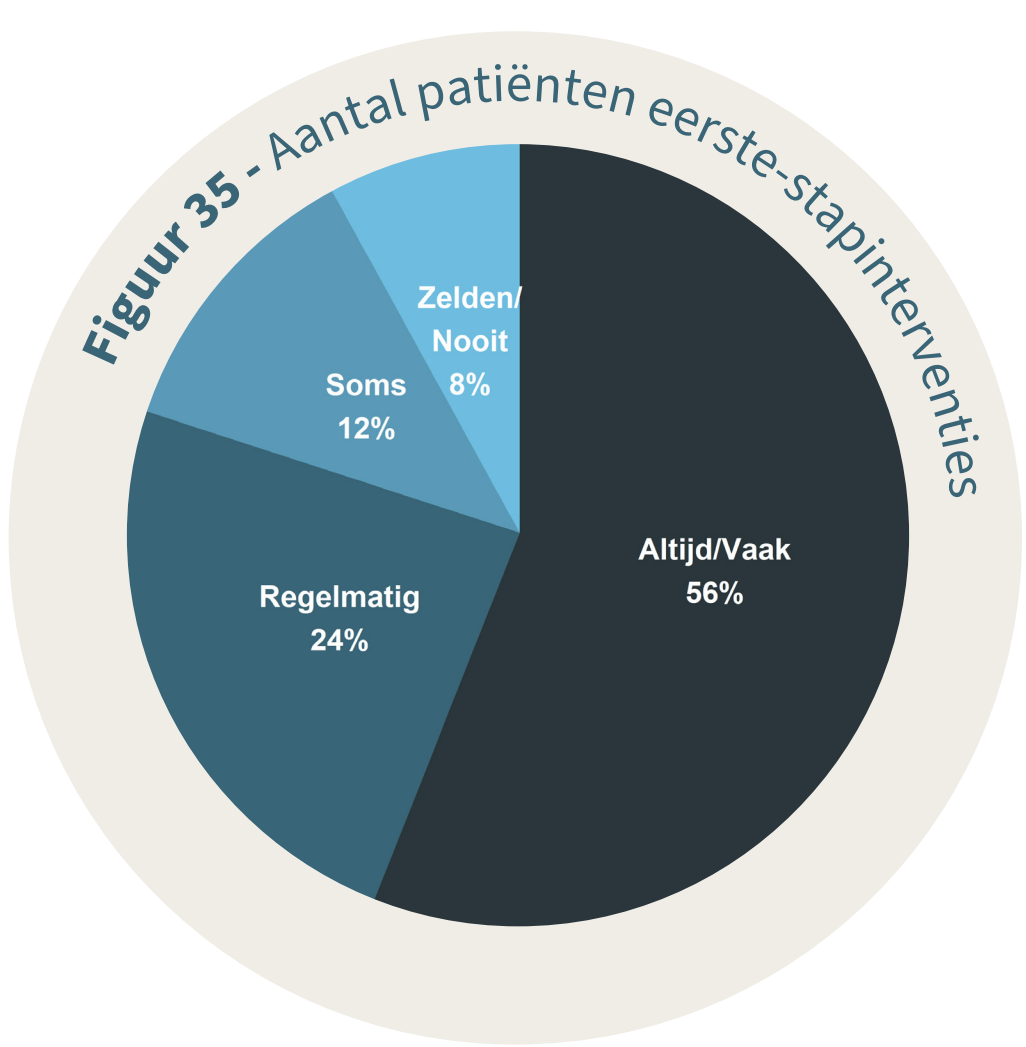
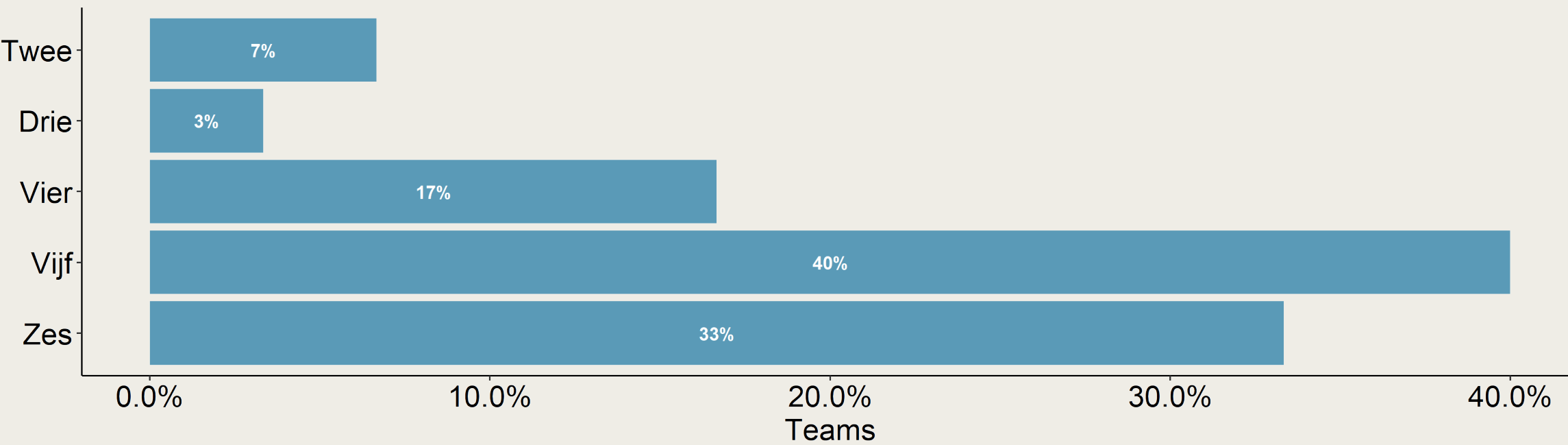
Ruim aanbod eerste-stapinterventies binnen de teams

Alle teams bieden meerdere eerste-stapinterventies aan. Meestal is het aanbod groot, bijna driekwart van de teams biedt minstens vijf van de zes eerste-stapinterventies aan. De interventie die het minst vaak in het aanbod voorkomt is bibliotherapie. Deze interventie wordt door de helft van de teams aangeboden. De andere interventies worden door meer dan 90% van de teams aangeboden (Figuur 34).

Eerste-stapinterventies niet altijd ingezet

Ondanks dat het aanbod binnen de teams vaak breed is, past 8% zelden tot nooit en 12% slechts soms eerste-stapinterventies toe. Redenen waarom eerste-stapinterventies niet worden ingezet, zijn: omdat de patiënt het in een eerder stadium van het zorgproces al heeft gehad, 67% van de teams noemt dit als reden. Ook worden deze overgeslagen op verzoek van de patiënt, 37% van de teams noemt dit als reden. Opvallend is dat ook hier, net als bij de basisinterventies, op verzoek van de patiënt “lichtere” interventies worden overgeslagen (Figuur 35).

Figuur 34 - Aanbod eerste-stapinterventies



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Afronding behandeling na eerste-stapinterventies

Volgens de zorgstandaard kan, wanneer na de eerste-stapinterventies voldoende effect is bereikt, de behandeling afgerond worden.

9% van de teams geeft aan dat dit vaak/altijd gebeurt en 13% regelmatig. De meeste teams geven aan dat het zelden voorkomt dat patiënten stoppen na de eerste-stapinterventies (Figuur 36).

Wanneer eerste-stapinterventies niet voldoende effect blijken te hebben, kan er volgens de zorgstandaard gekeken worden naar psychologische en psychotherapeutische behandelingen, medicatie of een combinatie van deze twee interventies.

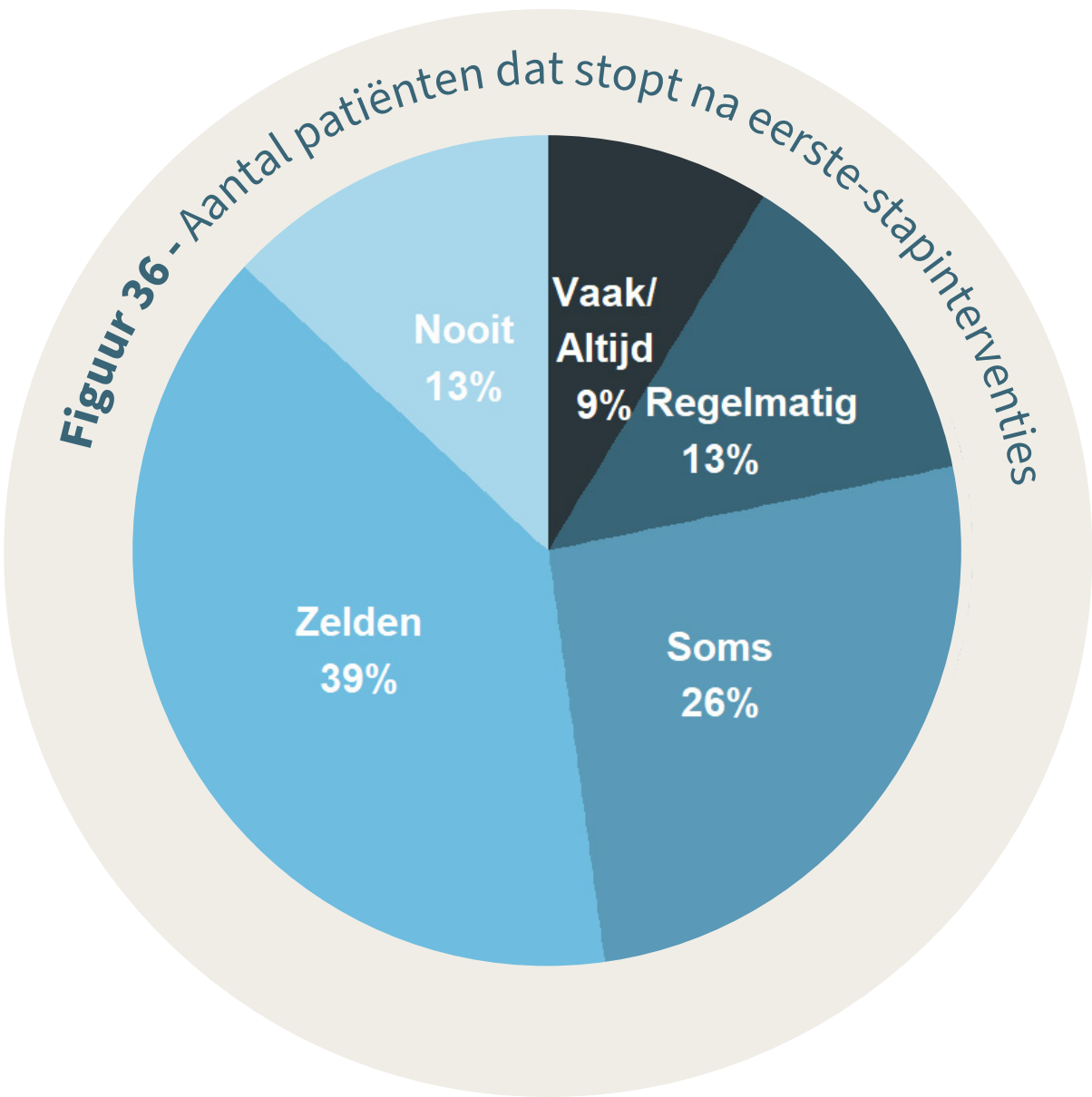
Psychologische en psychotherapeutische behandelingen en medicatie

Wat zegt de zorgstandaard?

Bij angststoornissen is cognitieve gedragstherapie (CGT) de eerste keus in het geval van een psychologische behandeling. In deze zorgstandaard is CGT breed opgevat. Onder CGT wordt een diversiteit van interventies en methodieken verstaan:

- Verschillende vormen van exposure (in vivo, imaginair, interoceptief);
- Responspreventie;
- Cognitieve herstructurering;
- Paniekmanagement;
- Taakconcentratietraining;
- Applied relaxation;
- Sociale vaardigheidstraining.

De keuze voor een bepaalde CGT-interventie, op basis van gezamenlijke besluitvorming, is mede afhankelijk van de aard en ernst van de angststoornis en van de aangrijpingspunten van de interventie. De keuze voor een interventie wordt voornamelijk gebaseerd op het soort klachten en symptomen waarop de behandeling is gericht.



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten
en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

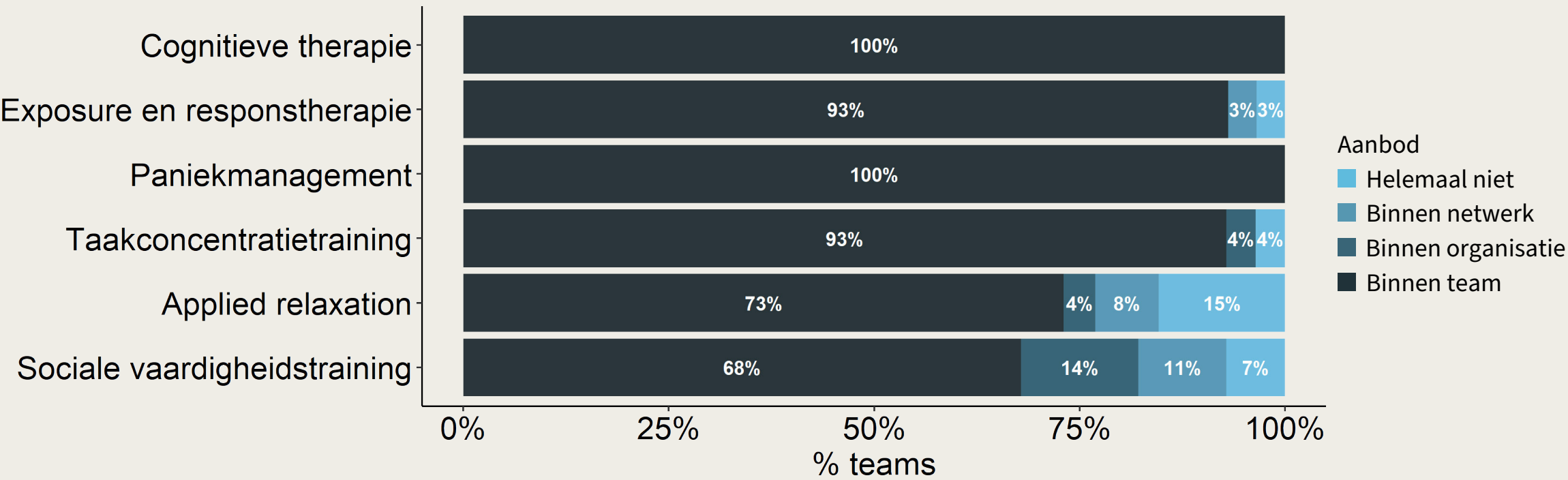
Psychose →

Cognitieve gedragstherapie kan bijna overal worden aangeboden

Op één team na hebben alle teams cognitieve en exposure responstherapie in hun aanbod, dit betreft een (F)ACT team. De helft van de teams heeft de mogelijkheid om hierbij gebruik te maken van virtual reality.

Daarnaast bieden alle teams cognitieve therapie en paniekmanagement aan. Bijna alle teams bieden taakconcentratietraining (97%), exposure respons-therapie (96%) en sociale vaardigheidstraining (93%) aan. 85% van de teams biedt applied relaxation aan. In totaal is het aanbod van de psychologische en psychotherapeutische interventies ruim (Figuur 37).

Figuur 37 - Aanbod psychologische en psychotherapeutische behandelingen



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Farmacotherapie

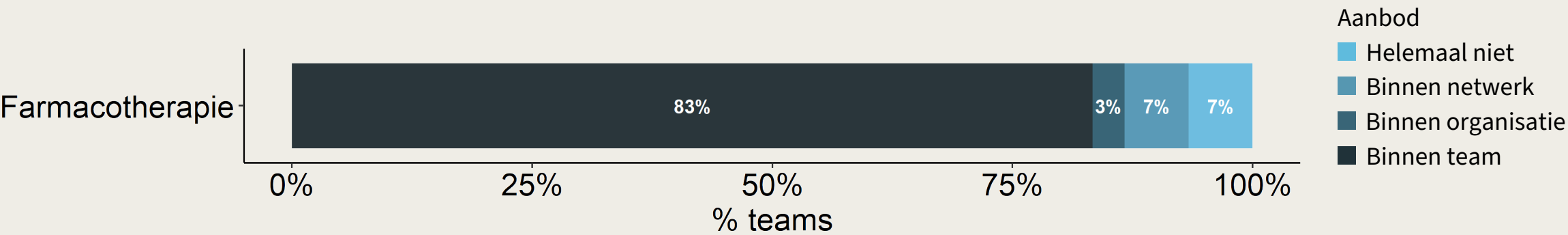
Wat zegt de zorgstandaard?

De plaats van farmacotherapie in de behandeling bij angststoornissen is beperkt. Volledig herstel treedt vaak niet op en na staken van de behandeling keren de oorspronkelijke klachten vaak terug. Bij ongecompliceerde angststoornissen zonder comorbiditeit heeft psychotherapie (voornamelijk cognitieve gedragstherapie) de voorkeur. Bij angststoornissen met depressie als comorbiditeit is er een voorkeur voor een serotonerg werkend antidepressivum vanwege een betere tolerantie en de aard van de bijwerkingen.

Farmacotherapie wordt veelal binnen het team aangeboden

Veel teams geven aan dat het aanbod van farmacotherapie binnen het team aangeboden kan worden. Enkele teams (7%) geven aan dat ze geen farmacotherapie aanbieden in het behandelaanbod. Hiervan geeft één team tijdens het interview aan bij het op- en afbouwen met de huisarts samen te werken. Of dit bij de andere teams ook gebeurt, is niet bekend (Figuur 38).

Figuur 38 - Farmocotherapie



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Niet-medicamenteuze therapie heeft de voorkeur

De meeste teams (76%) geven de voorkeur aan niet-medicamenteuze therapie, 14% voor een combinatie van medicamenteus en niet-medicamenteus. Bij 10% van de teams wordt er even vaak gestart met een combinatie als met medicatie alleen.

Teams hebben geen voorkeur om met medicatie te starten. Dit betekent niet dat het nooit gebeurt. Gemiddeld, over de teams, begint 10% van de patiënten met medicatie (Figuur 39).

Een vaak genoemde reden om te starten met alleen medicatie is dat de behandelaar het inschat als meest effectief voor de individuele patiënt. De zorgstandaard beschrijft dat het starten met niet-medicamenteuze behandeling de voorkeur heeft. Alleen wanneer er sprake is van een ernstige comorbide depressie, heeft starten met medicatie de voorkeur volgens de zorgstandaard. Het is dus volgens verwachting dat een deel van de patiënten met medicatie start.

Een andere reden die vaak genoemd wordt om met medicatie te starten, is dat het in een eerder stadium in het zorgproces al is voorgeschreven. Dit gebeurt bijvoorbeeld door de huisarts.

In de zorgstandaard wordt aanbevolen om als huisarts terughoudend te zijn met het voorschrijven van medicatie. Als een huisarts met medicatie wil starten in verband met wachtlijsten in de ggz, wordt geadviseerd om te overleggen met een psychiater. Of dit in de praktijk gebeurt, is niet onderzocht. Wel blijkt uit de interviews dat teams de samenwerking wel eens als knelpunt ervaren.

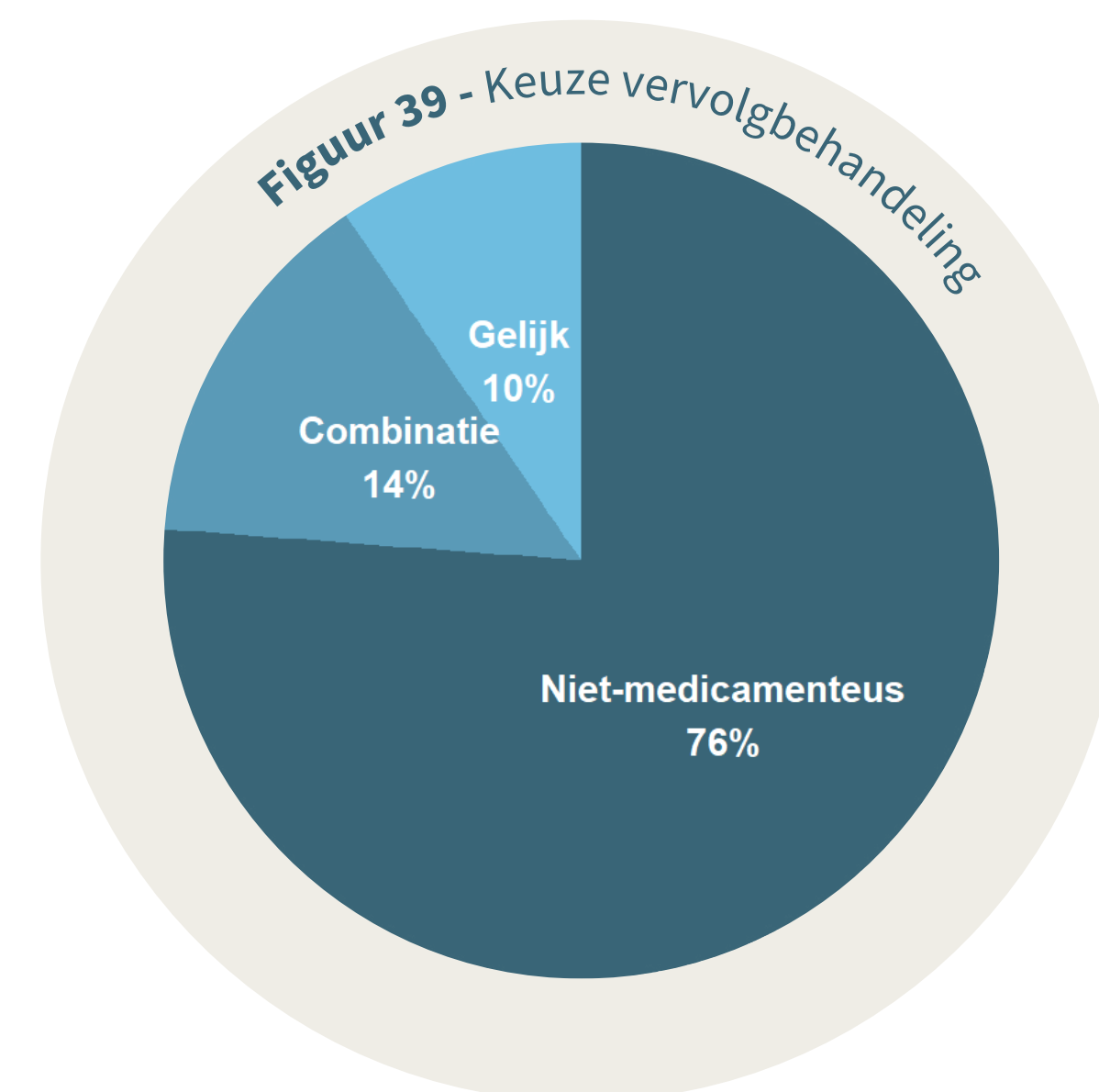
Knelpunten en verbeterpunten

Bij zowel basis-, eerste-stap- en vervolgenterventies geven teams aan dat zij worstelen om deze aan te bieden omdat er structurele capaciteitsvraagstukken zijn. Deze capaciteitsvraagstukken liggen soms bij de verwijzer waardoor er sneller wordt doorverwezen naar specialistische teams. Soms betreft het een capaciteitsprobleem van de algemene bezetting van een team en soms van een specifieke interventie (wachtlijst voor specifieke therapie, tekort aan psychiateren).

Teams formuleren verschillende verbeterdoelen rondom basis- en eerste-stapinterventies

Teams benoemen op basis van hun aandachtspunten voor basis- en eerste-stapinterventies de volgende doelen:

“Het team vindt het jammer als cliënten medicatie krijgen vlak voordat ze naar de intake komen. Het team is voorstander van het activeren van cliënten zonder daar medicatie voor te gebruiken want dit kan gunstig zijn voor het creëren van zelfvertrouwen en veerkracht (herpakken van zelfregie) bij de cliënt.”



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

- Vergroten van kennis over en bewustwording van basisinterventies en eerste-stapinterventies.
- Vergroten van het eHealth aanbod ten aanzien van basis en eerste stap interventies.
- Vergroten van bewustzijn over nut en noodzaak van inzet eHealth onder professionals.

Om deze doelen te bereiken, geven teams aan dat ze behoefte hebben aan:

- Ruimte om meer van elkaar te leren en met elkaar mee te lopen.
- Deskundigheidsbevordering over behandelmogelijkheden en meer kennis over richtlijnen en zorgstandaarden.
- Financiering van bijvoorbeeld psycho-educatie als er nog geen diagnose is gesteld. (Dit onderzoek vond plaats voor de invoering van het zorgprestatiemodel).

Teams formuleren verschillende doelen rondom vervolginterventies

- Waarborgen van continuïteit van behandeling ondanks capaciteitsvraagstukken.
- Vergroten van kennis over interventies, zorgstandaarden en richtlijnen.
- Verbeteren en versterken samenwerking tussen verschillende organisaties.

Om deze doelen te bereiken, geven teams aan dat ze behoefte hebben aan:

- Meer inzet van groepsbehandeling en het aanbod en de bewustwording hierover onder behandelaren vergroten.
- Deskundigheidsbevordering, ruimte om te leren.
- Personeel.
- Vernieuwende landelijke afspraken over samenwerking in de zorg waardoor er eenvoudiger en meer intrinsiek, integrale samenwerking is te organiseren.

Conclusie

Het aanbod van interventies zoals beschreven in de zorgstandaard Angststoornissen en angstklachten is bij de meeste teams aanwezig en ook de behandelvolgorde wordt over het algemeen gevolgd. Opvallend is dat met name basis- en eerste stap interventies regelmatig worden overgeslagen op verzoek van de patiënt. Zoals ook aanbevolen in de zorgstandaard, hebben teams de voorkeur om met niet-medicamenteuze behandeling te starten. Bij een klein deel van de patiënten (gemiddeld 10%) wordt wel gestart met medicatie. Dit komt omdat de behandelaar het als meest effectief inschat en ook omdat dit soms al voorgeschreven is door de huisarts.

Capaciteitsvraagstukken kunnen leiden tot snellere doorverwijzing naar specialistische teams of hebben invloed op de gewenste behandelvolgorde: zo kan de arts bijvoorbeeld eerder beschikbaar zijn dan de psycholoog. Teams hebben behoefte aan meer kennis en uitbreiding van het eHealth- en groepsaanbod.

“Tussen het bespreken van het behandelplan en het daadwerkelijke eerste gesprek zit een lange wachttijd. Dit kan ervoor zorgen dat patiënten soms eerder starten met medicatie (omdat dit wel direct beschikbaar is) en pas later met de behandeling bij de psycholoog. Dit is niet altijd de juiste volgorde.”

Zorgstandaarden

Bipolaire stoornissen

Inleiding

De bipolaire stoornis is een meestal terugkerende stemmingsstoornis, waarbij in de tijd afgebakende perioden, episoden genoemd, van manie, hypomanie en depressie elkaar afwisselen. Tussen deze episoden heeft iemand meestal perioden van een normale stemming. Men spreekt ook wel van 'manisch depressieve stoornis' of 'manische depressiviteit'. De aard en vorm van de aandoening kan individueel zeer verschillen.

De [zorgstandaard Bipolaire stoornissen](#) beschrijft de zorg voor mensen met een bipolaire stoornis en hoe deze ingezet kan worden, aansluitend op de behandeldoelen.

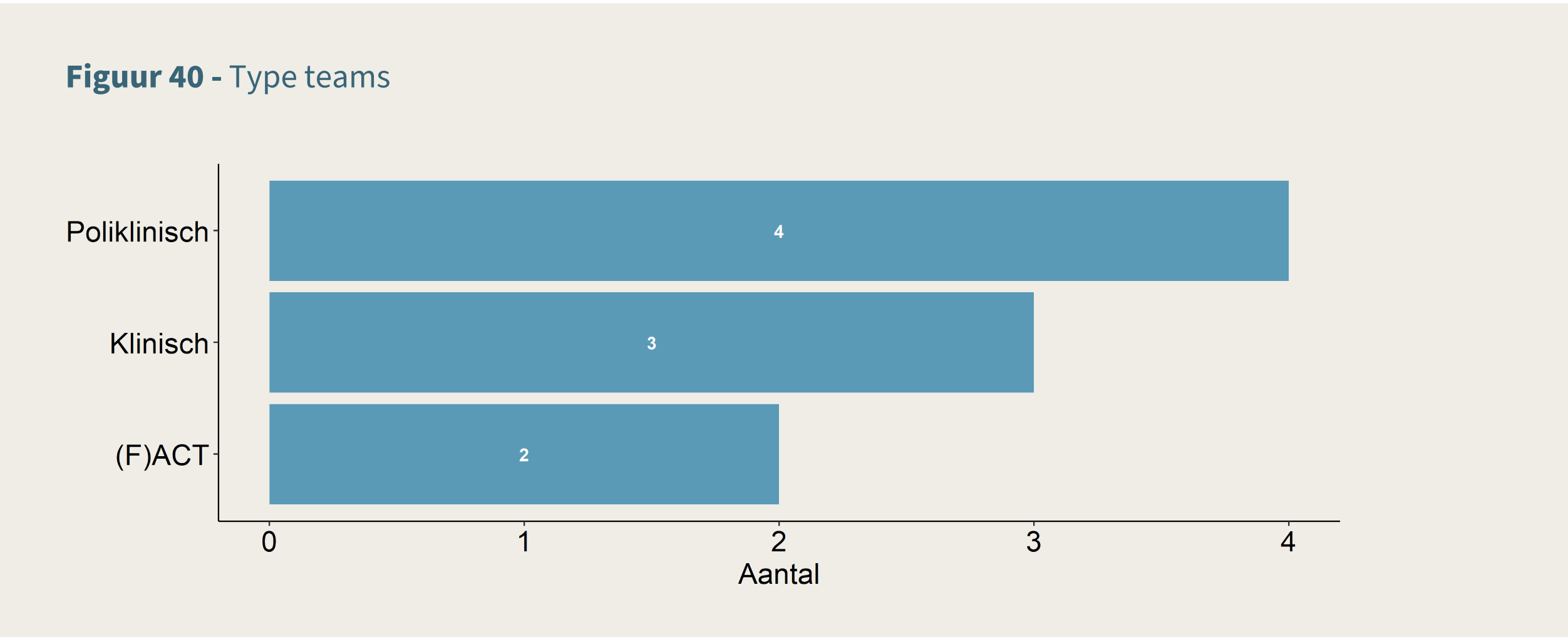
Het onderzoek richtte zich vooral op hoe de behandelstappen uit de zorgstandaard worden gevolgd door teams. Het onderwerp diagnostiek is bijvoorbeeld niet onderzocht.

Omdat er weinig teams deelnamen aan het onderzoek naar het gebruik van de zorgstandaard Bipolaire stoornissen, moeten de resultaten voorzichtig geïnterpreteerd worden.

Teams

Van de 59 deelnemende teams hebben negen teams meegedaan aan het onderzoek naar het gebruik van de zorgstandaard Bipolaire stoornissen in de praktijk.

Van de teams die meededen waren er vier poliklinische teams, drie klinische teams en één (F)ACT team (Figuur 40).



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

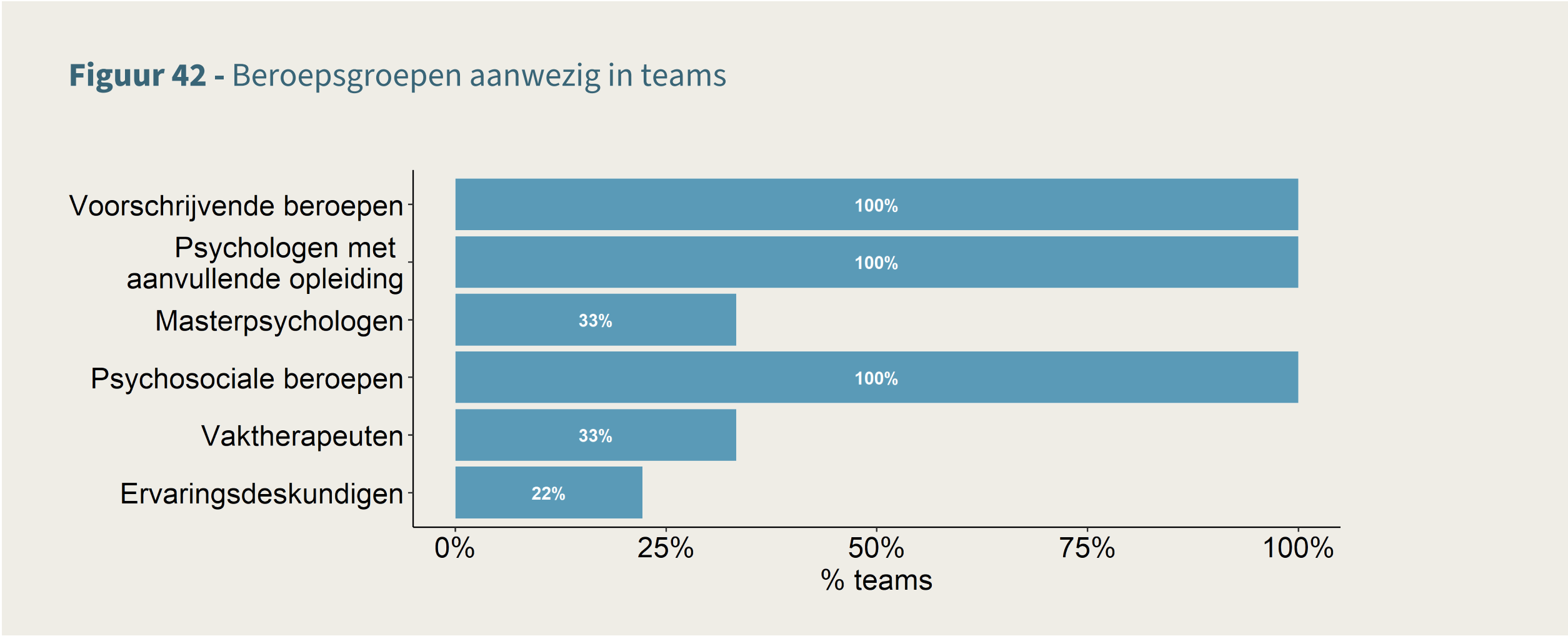
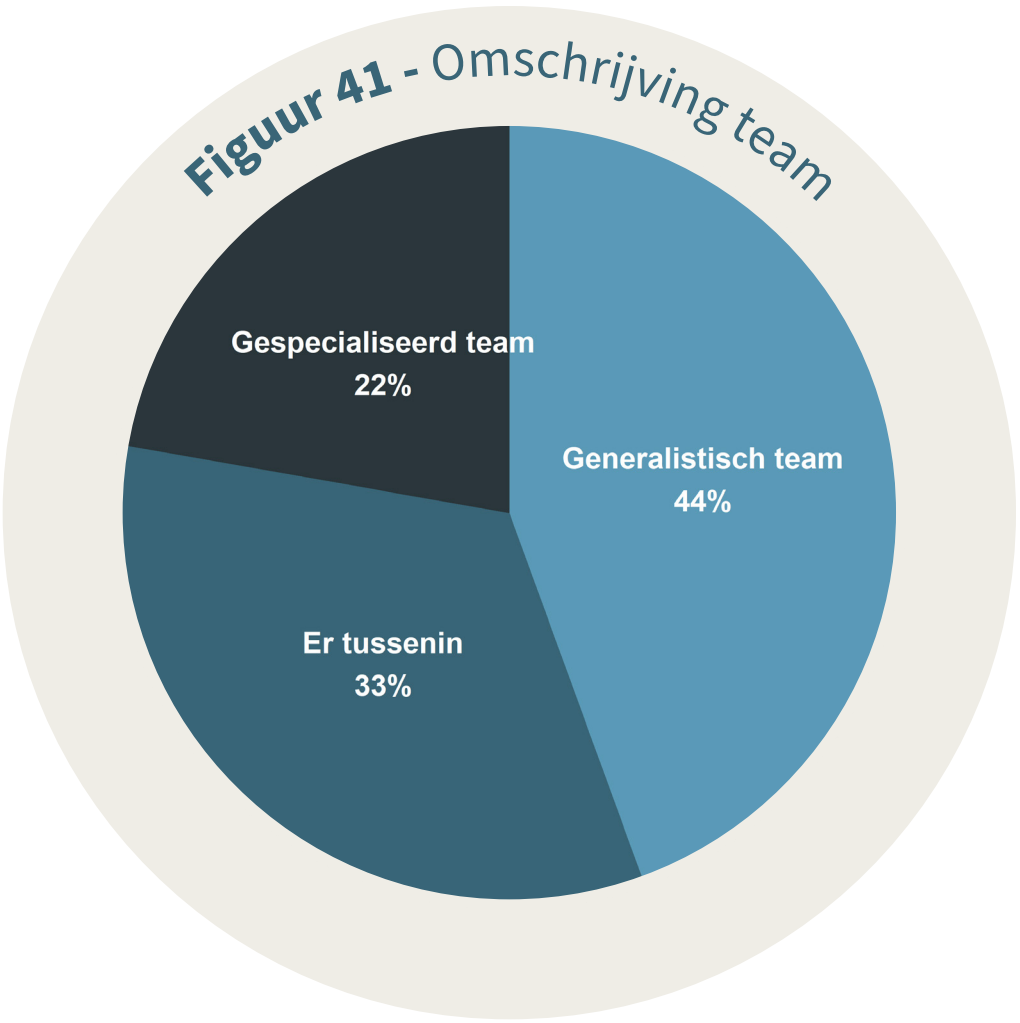
Psychose →

Merendeel generalistische teams

Van de teams omschrijft 44% zich als generalistisch, 22% als gespecialiseerd in bipolaire stoornissen en 33% als hier tussenin (Figuur 41).

Teams samengesteld uit verschillende beroepsgroepen

Binnen alle deelnemende teams werken professionals met voorschrijvende beroepen zoals psychiater, arts en verpleegkundig specialist; psychologen met een aanvullende opleiding (GZ-psycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut) en professionals met psychosociale beroepen. In enkele teams zijn ook masterpsychologen (33%), vaktherapeuten (33%) en ervaringsdeskundigen (22%) werkzaam (Figuur 42).



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten
en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Aandeel patiënten met bipolaire stoornissen varieert

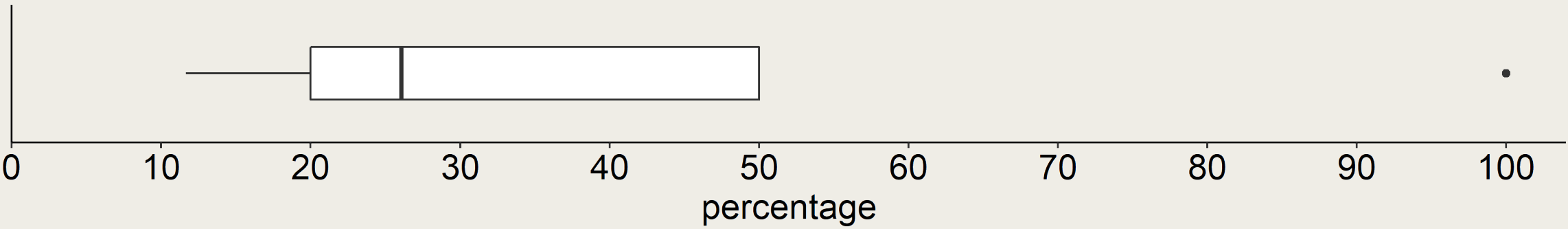
Het aandeel patiënten met bipolaire stoornissen varieert per team van 12 tot 100%. De mediaan ligt bij 26%. Dat betekent dat het aandeel van patiënten met bipolaire stoornissen in de helft van de teams minder dan 26% en de andere helft van de teams meer dan 26% is (Figuur 43).

Zorg Bipolaire stoornissen in de praktijk

Bij de behandeling van een bipolaire stoornis kunnen de volgende interventies worden aangeboden:

- Psycho-educatie
- Medicatie
- Somatische screening
- Ondersteunende interventies zoals psychosociale ondersteuning en inzet op zelfmanagement
- Psychotherapeutische interventies

Figuur 43 - Aandeel patiënten met bipolaire stoornis



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

**Angstklachten
en angststoornissen** →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Psycho-educatie

Psycho-educatie in groepsvorm wordt niet altijd aangeboden

Individuele psycho-educatie wordt in alle teams aangeboden. De zorgstandaard omschrijft dat het streven is dat elke patiënt in de voortgezette behandel fase en onderhoudsbehandeling minstens één keer deelneemt aan psycho-educatie in groepsverband. Een kwart van de teams, dit zijn de twee teams die klinische zorg leveren, biedt de psycho-educatie in groepsverband niet aan (Figuur 44, pagina 59).

Wat zegt de zorgstandaard?

Psycho-educatie is een belangrijk element van de behandeling. Een beter begrip van de aandoening, de behandeling en de medicatie bevordert de acceptatie, het zelfmanagement, de samenwerking met de hulpverlening en de therapietrouw. Daardoor wordt het risico op terugval verminderd. Het is aan te bevelen om de psycho-educatie te volgen samen met een naastbetrokkene (partner, familielid, vriend).

Individueel

In elke fase van de behandeling kan psycho-educatie in verschillende vormen worden aangeboden. Deelname aan groepspsycho-educatie is in de acute fase niet haalbaar of wenselijk vanwege de structuur en concentratie die dit vergt.

Groepspsycho-educatie

In de voortgezette behandel fase of tijdens de onderhoudsbehandeling kan psycho-educatie in groepsverband wel worden aangeboden. Meestal gaat het om een min of meer vast format van 6 tot 12-wekelijkse bijeenkomsten. Hierbij worden ook ervaringsdeskundigen of lotgenoten betrokken. De gespecialiseerde ggz is verantwoordelijk voor de organisatie en de uitvoering van deze psycho-educatiegroepen. Het streven is dat elke patiënt ten minste eenmaal deelneemt aan een dergelijke groep. Als groepsbehandeling niet haalbaar of wenselijk blijkt te zijn, wordt psycho-educatie individueel gegeven.

Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Medicamenteuze behandeling

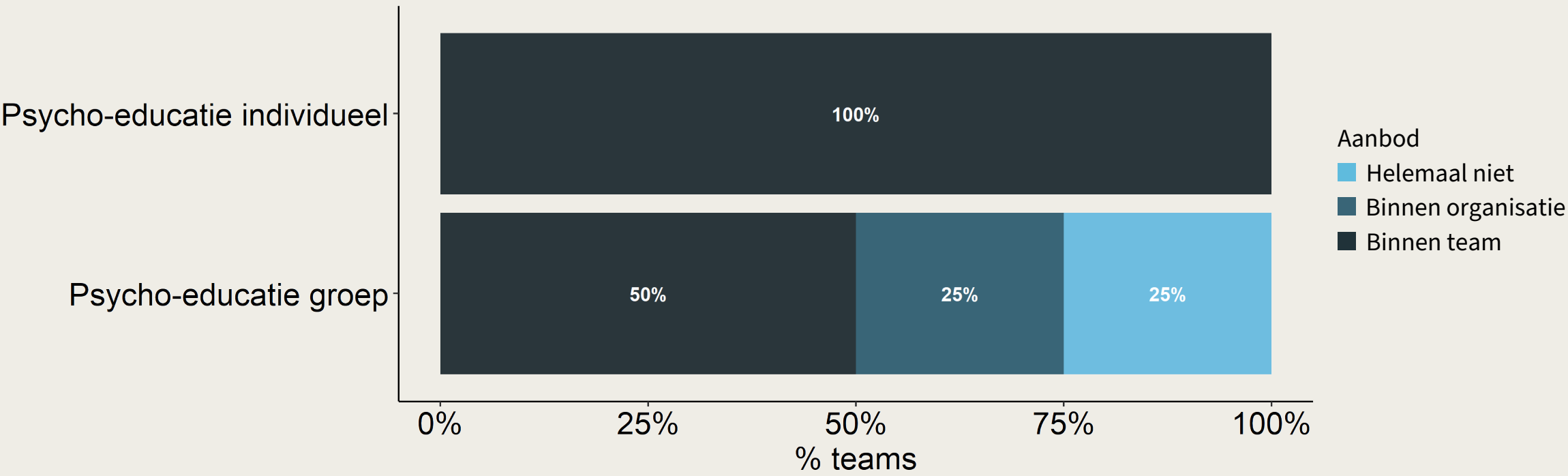
Wat zegt de zorgstandaard?

Een bipolaire stoornis wordt zeker in de acute en voortgezette behandelfase ook behandeld met medicijnen. Het voorschrijven en monitoren van medicatie vereist specifieke kennis en ervaring. Bij de keuze van de medicatie staat de vanuit wetenschappelijk onderzoek bewezen effectiviteit voorop. Daarnaast wordt gekeken naar eerdere ervaringen van de patiënt met bepaalde medicatie (werking en bijwerkingen) en effecten van medicatie bij eventuele eerste-graads familieleden met een bipolaire stoornis.

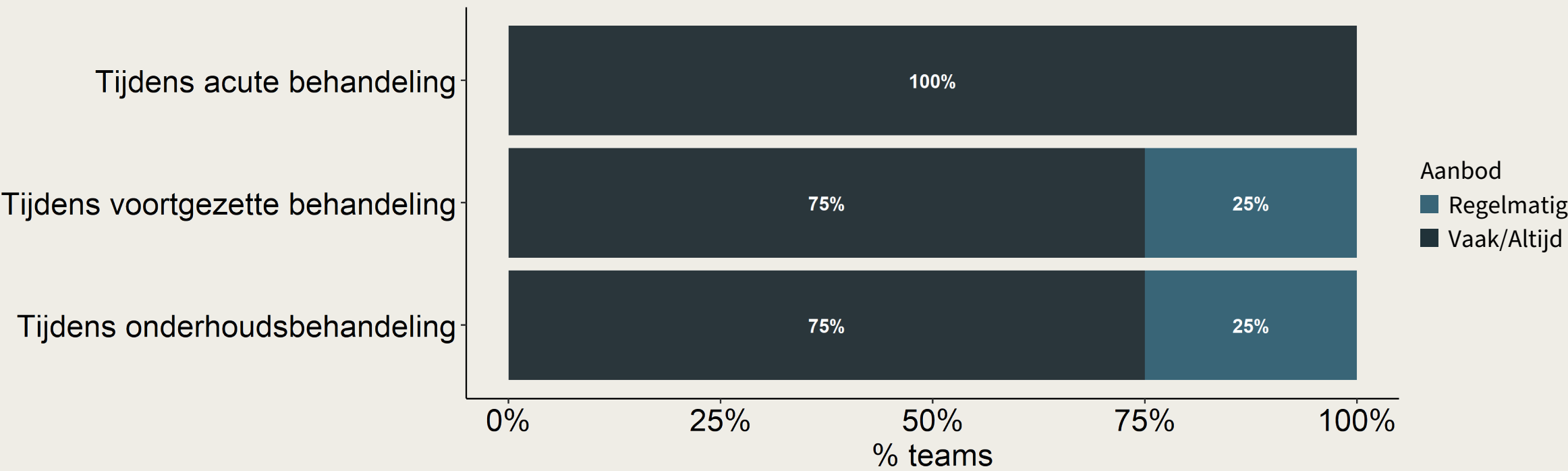
Medicatie bij alle fasen van bipolaire stoornis ingezet

Alle teams geven aan dat patiënten tijdens de acute behandeling vaak of altijd medicatie krijgen, de teams kunnen dit zelf aanbieden. Tijdens de voortgezette en onderhoudsbehandeling zet 75% van de teams dit vaak/altijd in en 25% regelmatig (Figuur 45).

Figuur 44 - Aanbod psycho-educatie



Figuur 45 - Aantal patiënten medicatie



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten
en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Somatisch screening

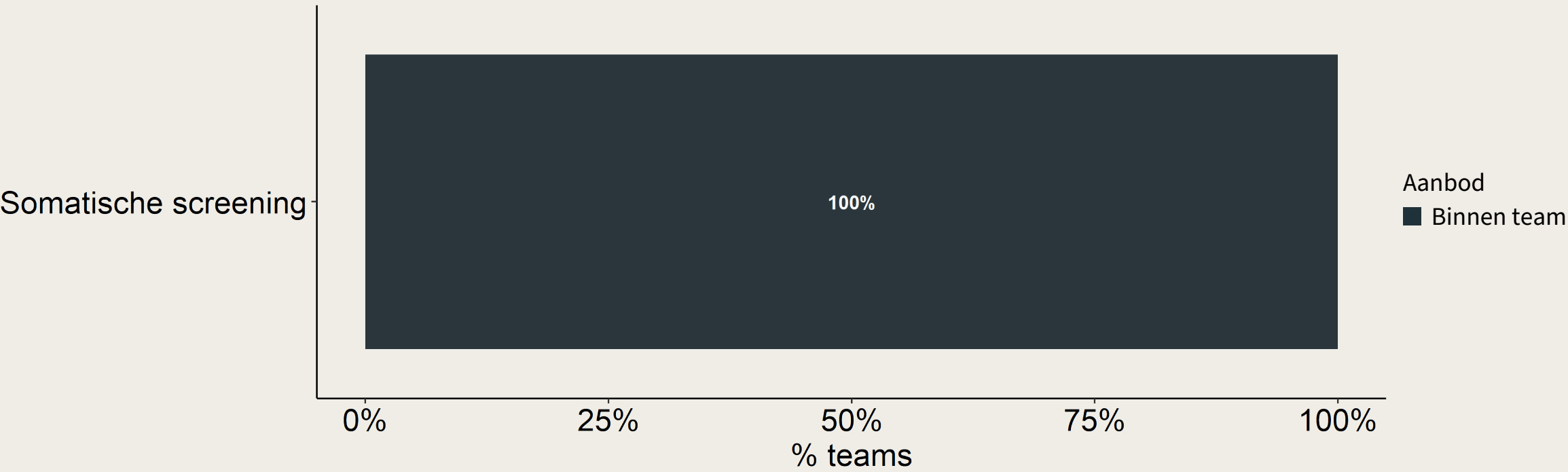
Wat zegt de zorgstandaard?

Somatische screening

Bij mensen met een bipolaire stemmingsstoornis hoort regelmatig een somatische screening te worden gedaan, waarbij overlegd wordt met de huisarts en eventueel medische specialisten als de patiënt ook een lichamelijke aandoening heeft.

Alle teams bieden zelf somatische screening.
(Figuur 46).

Figuur 46 - Aanbod somatisch



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Ondersteunende interventies

Ondersteunende behandelingen worden altijd aangeboden

Alle teams bieden binnen het eigen team of binnen de organisatie psychosociale behandeling aan, hebben aandacht voor zelfmanagement en monitoren patiënten met behulp van meetinstrumenten (Figuur 47).

Wat zegt de zorgstandaard?

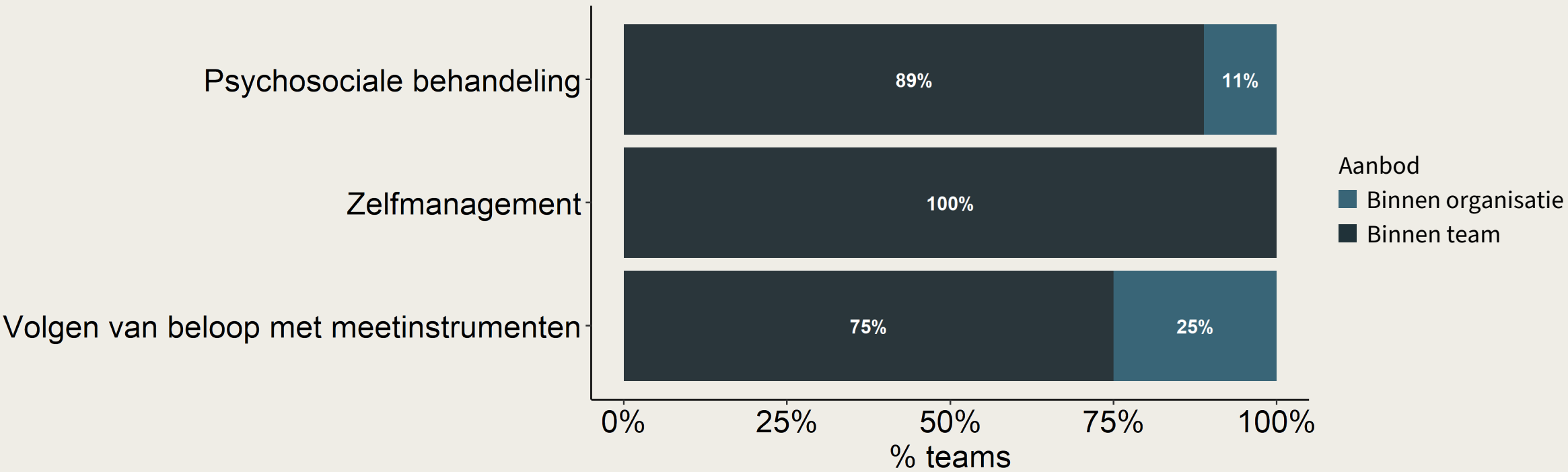
Psychosociale behandeling - Een bipolaire stemmingsstoornis kan gevolgen hebben voor alle levensgebieden en in alle levensfasen. Het is daarom vaak noodzakelijk om mensen ook hulp te bieden in de vorm van ondersteuning bij het dagelijks leven, huisvesting, huishouding, werk(hervatting) en schuldsanering.

Zelfmanagement - Een goed zorgplan besteedt aandacht aan het bevorderen van zelfmanagement en zelfredzaamheid.

Iemand kan zelf het nodige doen om de kwaliteit van leven te verbeteren en een nieuwe (hypo-) manische of depressieve episode te voorkomen.

Monitoring - Vanwege de vaak blijvende kwetsbaarheid voor stemmingsepisoden wordt het beloop bij de individuele patiënt met behulp van meetinstrumenten gevolgd. Zo kunnen patiënt, naastbetrokkene en zorgverlener veranderingen tijdig signaleren. Dit vergroot het inzicht in situaties die een manie of depressie uitlokken.

Figuur 47 - Aanbod ondersteuning



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten
en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Psychotherapie

Wat zegt de zorgstandaard?

Psychologische en psychotherapeutische behandelingen kunnen primair gericht zijn op de bipolaire stoornis, of meer algemeen gericht op andere problematiek en het bevorderen van persoonlijk herstel. De effecten van psychologische behandelingen en psychotherapie zijn alleen onderzocht bij mensen die ook medicatie gebruiken. Waarschijnlijk zijn behandelingen zonder medicatie onvoldoende om stemmings-episoden te behandelen of te voorkomen. Patiënten willen vaak een psychotherapeutische behandeling. Het is op dit moment nog onduidelijk welke vorm van psychotherapie in welke fase van de behandeling bij welke patiënten effectief is. In de klinische praktijk is de hulpvraag de leidraad voor de behandeling; afhankelijk hiervan worden doelen opgesteld en afspraken gemaakt over de vorm van behandeling.

De volgende therapievormen zijn specifiek gericht op de bipolaire stoornis:

- Probleemoplossende behandeling (POB)
- Een vorm van cognitieve gedragstherapie (CGT)
- Sociaalritme en/of balanst rainingen/ balanscursussen gericht op leefstijladvies en zelfmanagement
- Interpersoonlijke en sociaalritmeth therapie (IP-SRT)
- Gezinsgerichte therapie (family focused treatment of FFT).

Meer informatie over deze therapievormen zie [hoofdstuk 5.12.4 van de zorgstandaard](#).

Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Verskillende therapievormen worden aangeboden

Niet alle soorten psychotherapie worden door alle teams aangeboden. De meeste teams bieden een aantal van de verschillende therapiesoorten. Twee klinische teams bieden geen psychotherapie. CGT en probleemoplossende behandeling wordt het meest aangeboden. Opvallend is dat Gezinsgerichte therapie door 71% van de teams helemaal niet wordt aangeboden (Figuur 48).

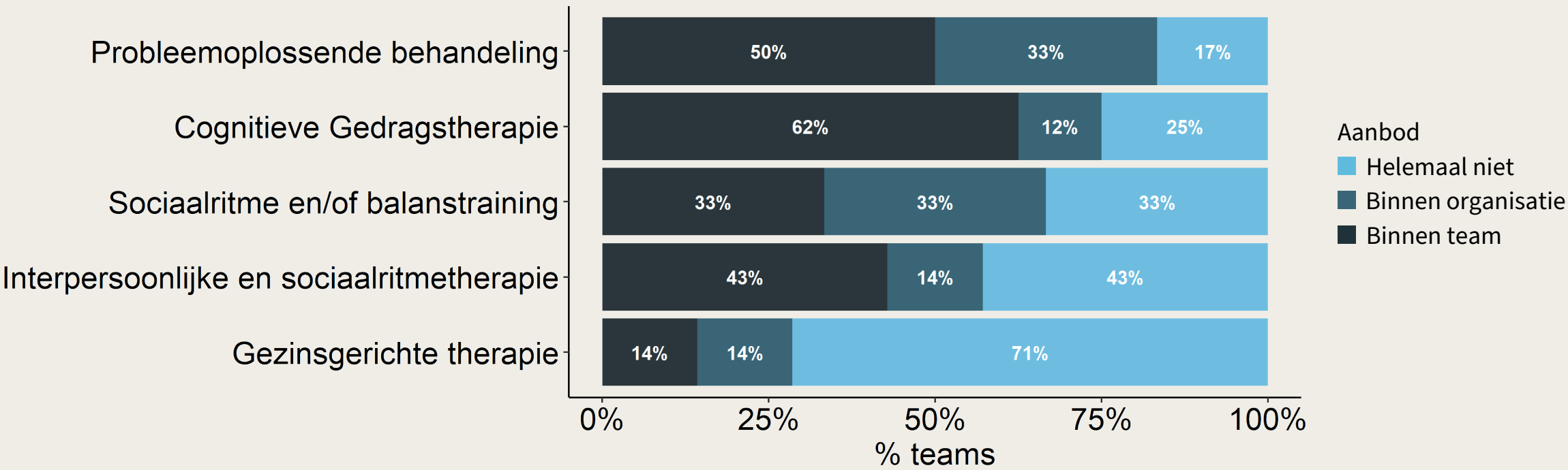
Psychotherapie in relatie tot de behandelfase

Wat zegt de zorgstandaard?

Acute fase - In de acute fase kan iemand vaak niet deelnemen aan intensieve psychologische of psychotherapeutische behandelingen. Wel is het nodig dat er tijdens een opname voldoende begeleide activiteiten en waar mogelijk (vak) therapieën worden aangeboden. Ook kan psycho-educatie en gezinsgerichte therapie (FFT) worden ingezet om schade aan de relaties van de patiënt en diens omgeving zoveel mogelijk te beperken.

Voortgezette en onderhoudsfase - Tijdens de voortgezette en onderhoudsfase zijn psychotherapeutische behandelingen een goede aanvulling op de meer ondersteunende begeleiding en de medicamenteuze behandeling. Psychotherapeutische behandelingen zijn onder andere gericht op functioneel en persoonlijk herstel. Ze hebben een gunstig effect op depressies en verminderen de kans op nieuwe episoden.

Figuur 48 - Aanbod psychotherapie



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

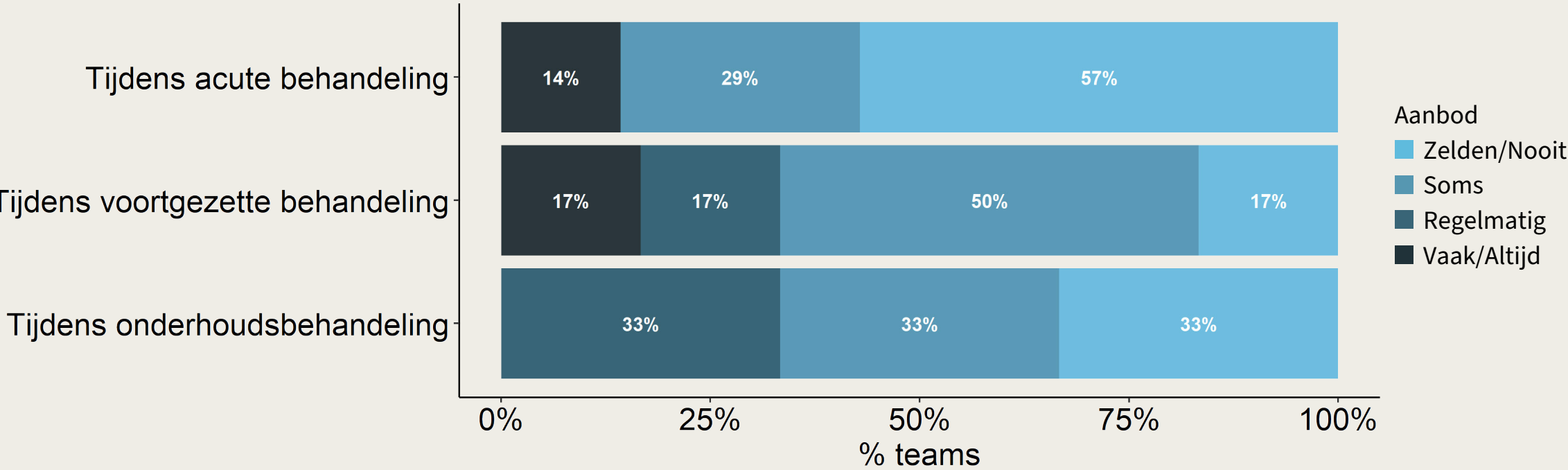
Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

In de acute fase kunnen patiënten vaak niet deelnemen aan intensieve psychologische of psychotherapeutische behandeling, dit is terug te zien in de toepassing hiervan door de teams. Van de teams biedt 14% dit altijd of vaak, 29% soms en 57% zelden of nooit tijdens de acute behandeling.

Opvallend is dat psychotherapie ook weinig wordt toegepast tijdens de voortgezette en onderhoudsbehandeling. Tijdens de voortgezette behandeling biedt 17% dit altijd of vaak en een grootste deel van de teams (50%) soms. Psychotherapie wordt in de onderhoudsfase door 33% van de teams regelmatig, 33% soms en 33% zelden of nooit ingezet (Figuur 49).

Figuur 49 - Aantal patiënten psychotherapie



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten
en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Aandachtspunten, doelen en benodigdheden

Teams hebben per deel van de behandeling aan-gegeven welke knelpunten zij ervaren, of ze het zien als aandachtspunt en welke verbeterdoelen zij daaraan koppelen. Teams rapporteren nauwelijks knelpunten bij de uitvoering van medicamenteuze behandeling. De grootste uitdagingen zien teams bij de uitvoering van niet medicamenteuze behandeling.

Niet medicamenteuze therapie

Veel teams 78% ervaren knelpunten bij niet-medicamenteuze behandeling. Van de teams geeft 56% aan moeite te hebben hun psycho-educatie en psychotherapeutisch aanbod goed te organiseren. Ook mist 56% van de teams kennis over bipolaire stoornissen of over comorbide problematiek zoals trauma. Dit geldt zowel voor specialistische als generalistische teams. Het gebrek aan capaciteit waar 44% van de teams mee te maken heeft, kan het laag aantal patiënten dat psychotherapie aangeboden krijgt verklaren. Dit is niet specifiek gevraagd, maar wordt wel door één team genoemd in het interview.

Conclusie

Een deel van de behandelinterventies zijn goed verankerd in het aanbod van de teams. Somatische controles, het verstrekken van medicatie en het geven van individuele psycho-educatie worden door alle teams geboden. Ook ondersteunende interventies zoals psychosociale behandeling, zelfmanagement en monitoren met behulp van meetinstrumenten worden vaak binnen het team aangeboden en anders binnen de organisatie.

Psycho-educatie in een groep heeft als voordeel dat ervaringsdeskundigen of lotgenoten ook betrokken worden. Dit wordt door een kwart van de teams echter niet geboden. Het aanbod van de verschillende soorten psychotherapie is ook beperkt: bijna een kwart van de teams biedt helemaal geen psychotherapie. Ook als dit aanbod er wel is, volgt maar een beperkt aantal patiënten dit.

Omdat er weinig teams deelnamen aan het onderzoek naar het gebruik van de zorgstandaard Bipolaire stoornissen, moeten de resultaten voorzichtig geïnterpreteerd worden.

Zorgstandaarden

Persoonlijkheidsstoornissen

Inleiding

Mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben veelal problemen met identiteit (zelfbeeld), zelfsturing, verbondenheid en intimiteit (intermenselijke relaties). Dit leidt tot ernstig persoonlijk lijden en heeft negatieve gevolgen voor werk, intieme relaties en sociale contacten. Er zijn 10 verschillende persoonlijkheidsstoornissen onder te verdelen in drie clusters:

Cluster A-persoonlijkheidsstoornissen

- Paranoïde-persoonlijkheidsstoornis, schizoïde-persoonlijkheidsstoornis en schizotypische-persoonlijkheidsstoornis.

Cluster B-persoonlijkheidsstoornissen

- Antisociale-persoonlijkheidsstoornis, borderline-persoonlijkheidsstoornis, histrionische-persoonlijkheidsstoornis (voorheen: theatrale) en narcistische-persoonlijkheidsstoornis.

Cluster C-persoonlijkheidsstoornissen

- Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis, afhankelijk-persoonlijkheidsstoornis en dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis (voorheen obsessieve-compulsieve).

In de [zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen](#) staan de behandelopties voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis.

Er is vooral onderzocht hoe de behandelstappen uit de zorgstandaard worden gevolgd. Het onderwerp diagnostiek is bijvoorbeeld niet onderzocht.

Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Teams

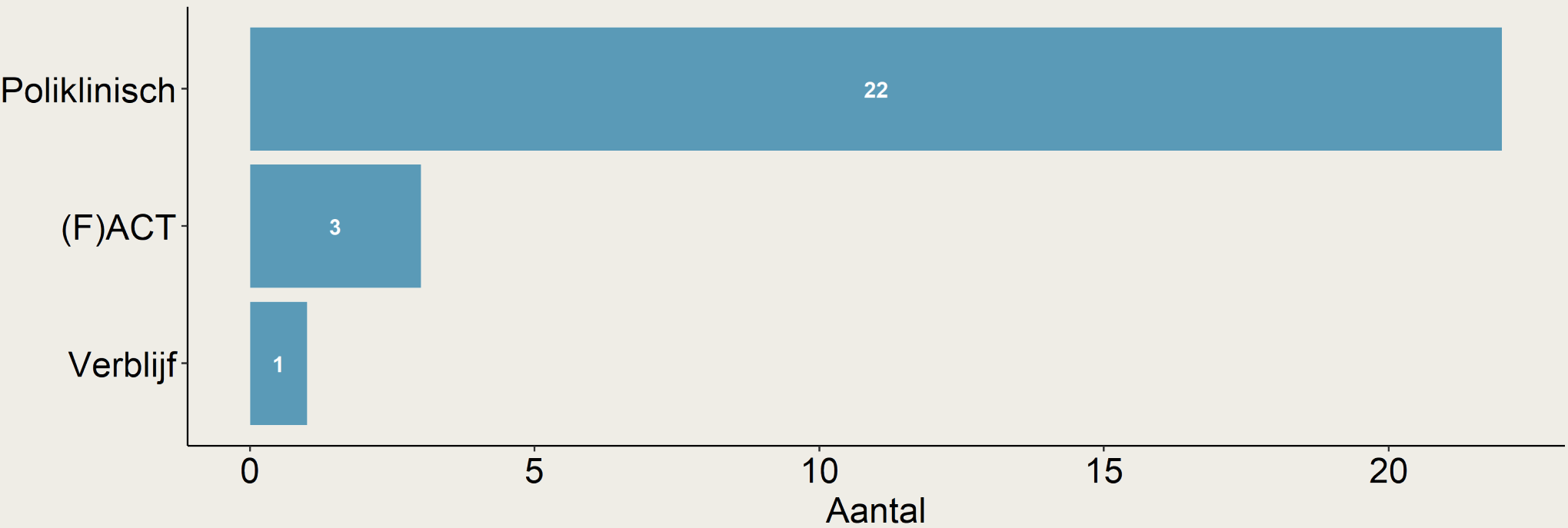
Van de 59 deelnemende teams hebben 25 teams meegedaan aan het onderzoek naar het gebruik van de zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk.

Van deze teams leveren 21 teams poliklinische zorg. Daarnaast deden er twee (F)ACT teams mee en één team dat verblijf zorg levert. Eén team is zowel een (F)ACT als poliklinisch team (Figuur 50).

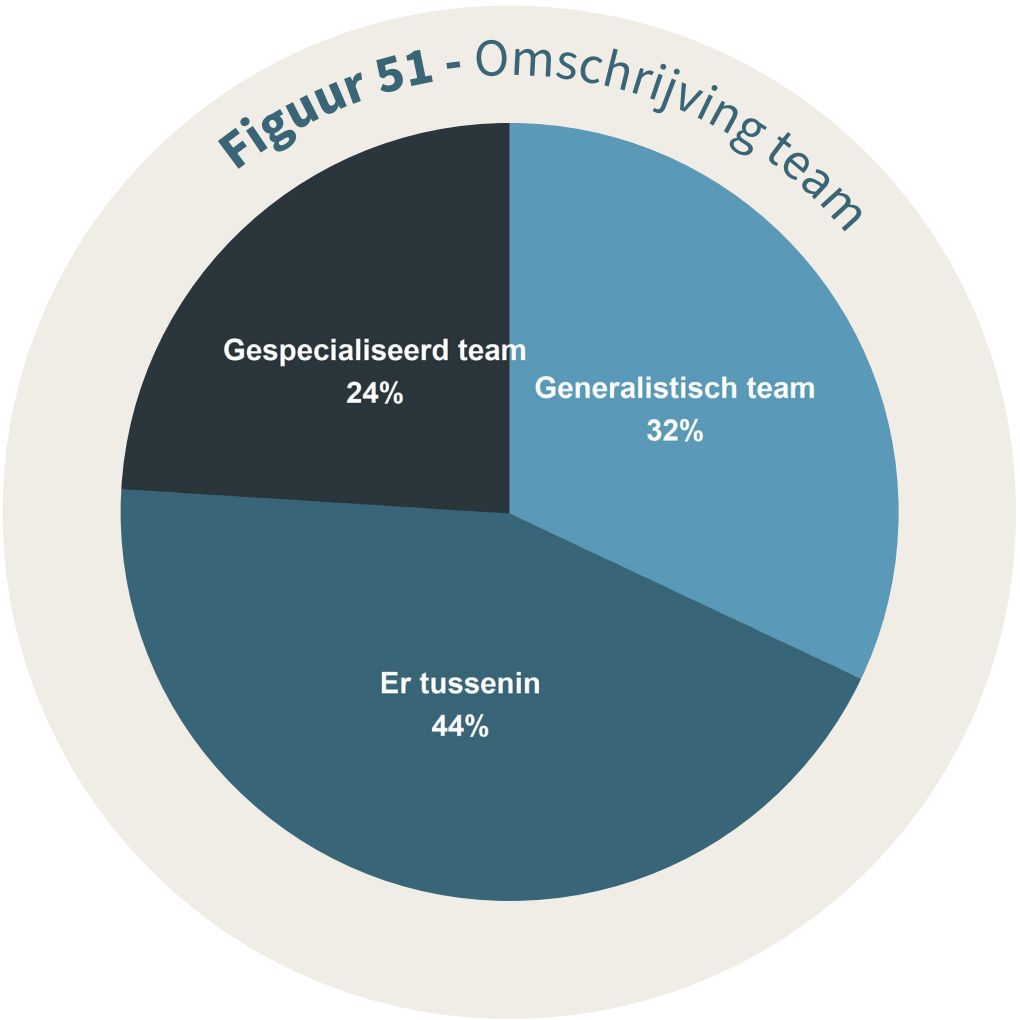
Gespecialiseerde als generalistische teams

Van de teams omschrijft 24% zichzelf als gespecialiseerd in persoonlijkheidsstoornissen, 32% als generalistisch en 44% als tussen generalistisch en specialistisch in (Figuur 51).

Figuur 50 - Type teams



Figuur 51 - Omschrijving team



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

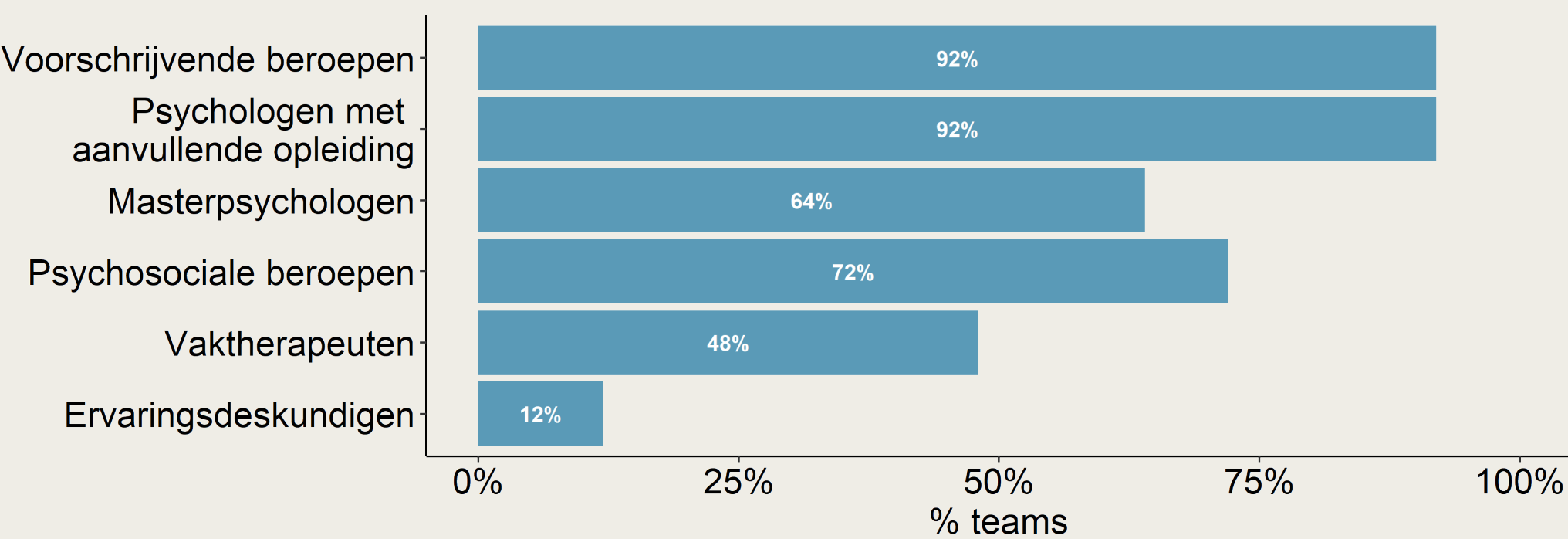
Teams samengesteld uit verschillende beroepsgroepen

Binnen bijna alle deelnemende teams (92%) werken voorschrijvende beroepen zoals psychiater, arts en verpleegkundig specialist én psychologen met een aanvullende opleiding (GZ-psycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut). In de meeste teams zijn ook master psychologen (64%) en psychosociale beroepen (72%) werkzaam. Vaktherapeuten (48%) en ervaringsdeskundigen (12%) zijn minder vaak vertegenwoordigd (Figuur 52).

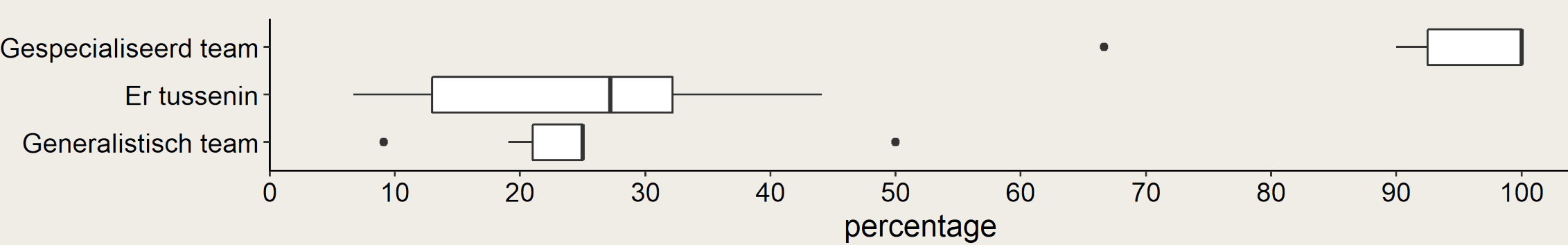
Aandeel patiënten met persoonlijkheidsstoornissen varieert tussen teams

Er is een groot verschil tussen de teams in het aandeel patiënten dat voor persoonlijkheidsstoornissen in behandeling is, dit varieert van 7% tot 100%. De mediaan is 30%, dit betekent dat in de helft van de teams minder, en in de andere helft van de teams meer dan 30% van de patiënten behandeld worden voor persoonlijkheidsstoornissen. Teams die zichzelf specialistisch noemen hebben tussen 67 en 100% patiënten met persoonlijkheidsstoornissen in behandeling. Bij generalistische teams is dit tussen 9 en 50%. Bij teams die zich tussen generalistisch en specialistisch in beschrijven, varieert dit tussen 7 en 44% (Figuur 53).

Figuur 52 - Beroepsgroepen aanwezig in teams



Figuur 53 - Aandel patiënten met persoonlijkheidsstoornis



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Zorg Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk

Voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen zijn drie groepen interventies onderzocht:

- Psycho-educatie
- Psychosociale behandeling
- Psychotherapie

Psycho-educatie

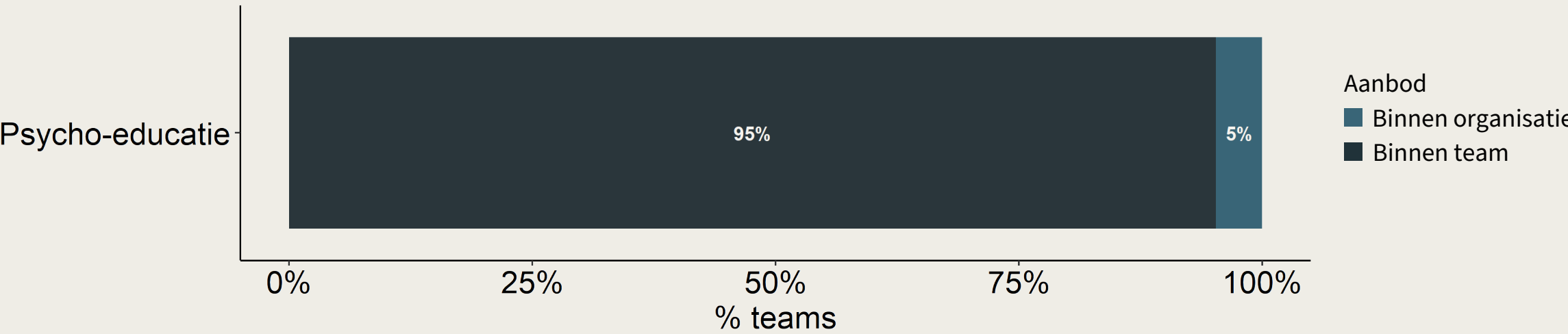
Psycho-educatie wordt door alle teams aangeboden
Binnen alle teams is het aanbod van psycho-educatie goed geregeld. Bij één team dat verblijfszorg aanbiedt, krijgt de patiënt dit niet door het team zelf maar binnen de organisatie aangeboden (Figuur 54).

Wat zegt de zorgstandaard?

Psycho-educatie, het geven van voorlichting, is belangrijk voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis en hun naasten. Psycho-educatie gaat over de aard en ernst van de persoonlijkheidsstoornis, de oorzaken, het beloop van de aandoening, de behandelmogelijkheden, een gezonde levenswijze en het omgaan met de gevolgen.

Een goed geïnformeerde patiënt heeft kennis over en inzicht in zijn aandoening en de mogelijkheden en beperkingen van behandeling. Goede psycho-educatie over alle facetten van de persoonlijkheidsstoornis stelt de patiënt in staat om meer verantwoordelijkheid te nemen voor zijn levenswijze, keuzes te maken ten aanzien van de therapie en de kwaliteit van zijn leven te verbeteren of zo goed mogelijk te houden.

Figuur 54 - Aanbod psycho-educatie



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

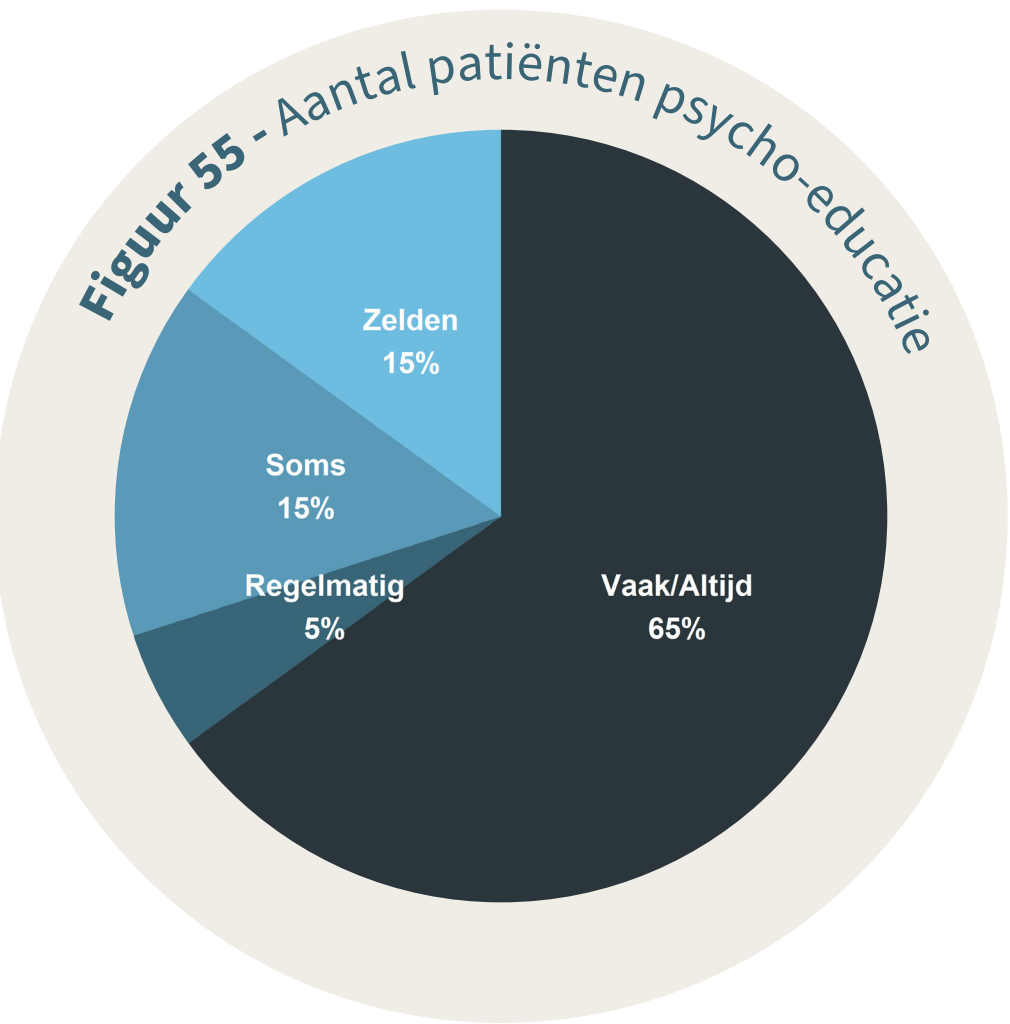
Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Inzet psycho-educatie varieert

Het aantal patiënten dat psycho-educatie krijgt varieert van zelden tot vaak of altijd. Bijna twee derde van de teams biedt altijd of vaak psycho-educatie aan. Er zijn ook teams (15%) die zelden psycho-educatie aanbieden. Teams die dit zelden aanbieden zijn: één (F)ACT team, één poliklinisch team en één team dat verblijfszorg levert. Dat de patiënt al psycho-educatie gehad heeft in een eerder stadium van het zorgproces is de meest genoemde reden om geen psycho-educatie in te zetten (56%). Van de teams geeft 27% als reden dat dit op verzoek van de patiënt niet is ingezet (Figuur 55).



Psychosociale behandeling

Wat zegt de zorgstandaard?

Psychosociale behandeling wordt bij persoonlijkheidsstoornissen voornamelijk gegeven in de vorm van sociaalpsychiatrische behandeling. Sociaalpsychiatrische behandeling richt zich op de patiënt in zijn maatschappelijke en sociaal-culturele context en is gebaseerd op de gedachte dat de meeste psychische problemen ontstaan in interactie tussen individu en omgeving. Deze vorm van behandeling is overwegend praktisch georiënteerd en is gericht op het bevorderen van het weerstandsvermogen bij de patiënt en zijn omgeving. Sociaalpsychiatrische behandeling is slechts voor een deel van de mensen met een persoonlijkheidsstoornis noodzakelijk. Veel mensen kunnen (een deel van) de bovengenoemde problemen zelfstandig of met behulp van naasten oplossen en mensen in psychotherapie hebben slechts incidenteel aanvullende sociaalpsychiatrische behandeling nodig.

Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

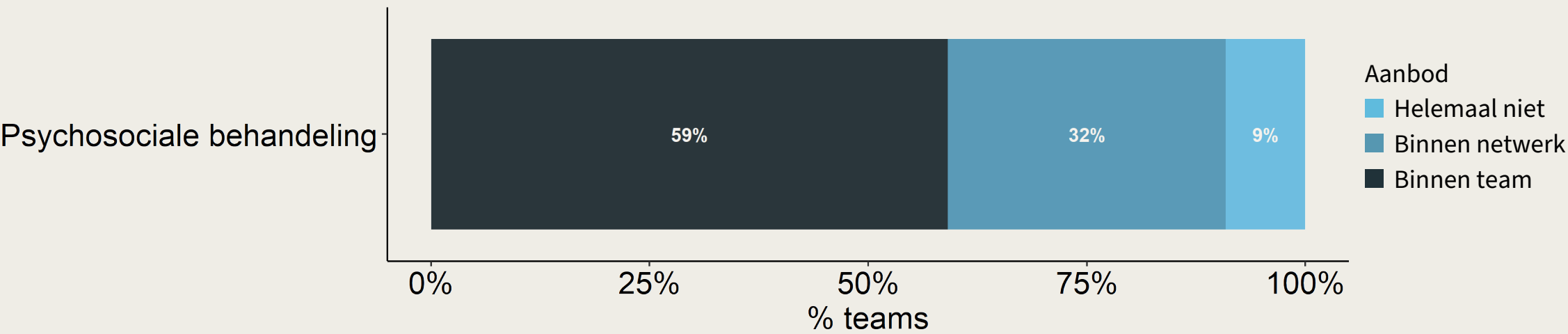
Aanbod psychosociale behandeling grotendeels binnen eigen team

De meeste teams bieden psychosociale therapie aan, 59% binnen het team en 32% binnen het netwerk. Enkele teams (9%) bieden helemaal geen psychosociale behandeling, dit zijn een (F)ACT- team en een poliklinisch team (Figuur 56).

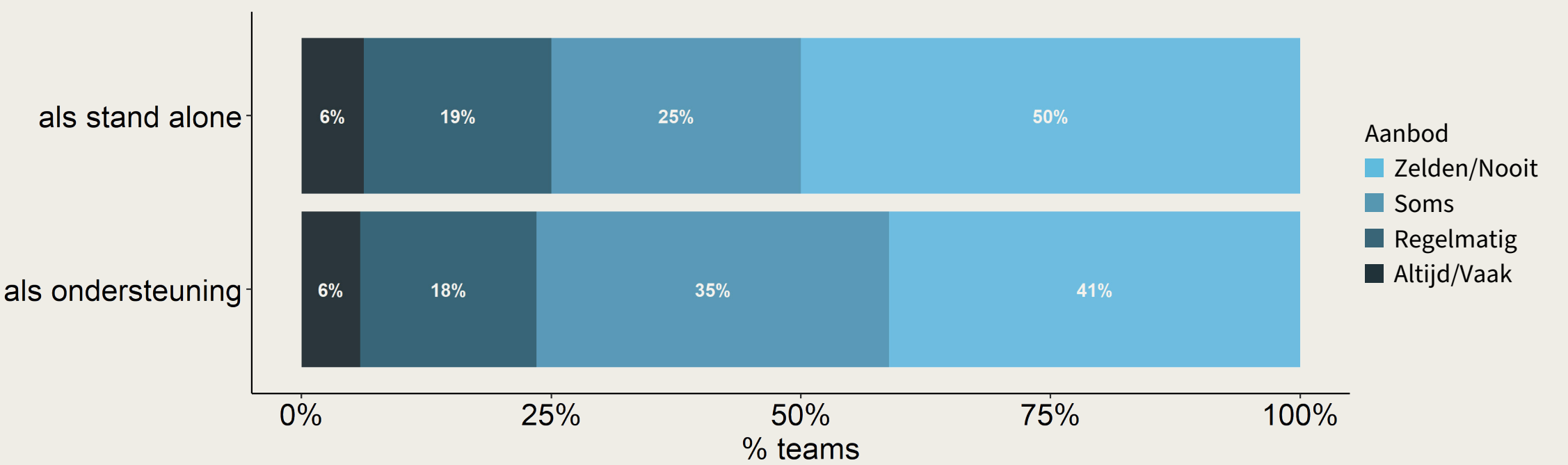
Psychosociale behandeling wordt alleen ingezet indien noodzakelijk

In een groot deel van de teams (75%) wordt Psychosociale behandeling zelden/nooit of soms ingezet. Psychosociale behandeling is volgens de zorgstandaard slechts voor een deel van de mensen met persoonlijkheidsstoornissen noodzakelijk en wordt dus als zodanig ingezet (Figuur 57).

Figuur 56 - Aanbod psychosociale behandeling



Figuur 57 - Aantal patiënten psychosociale behandeling



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

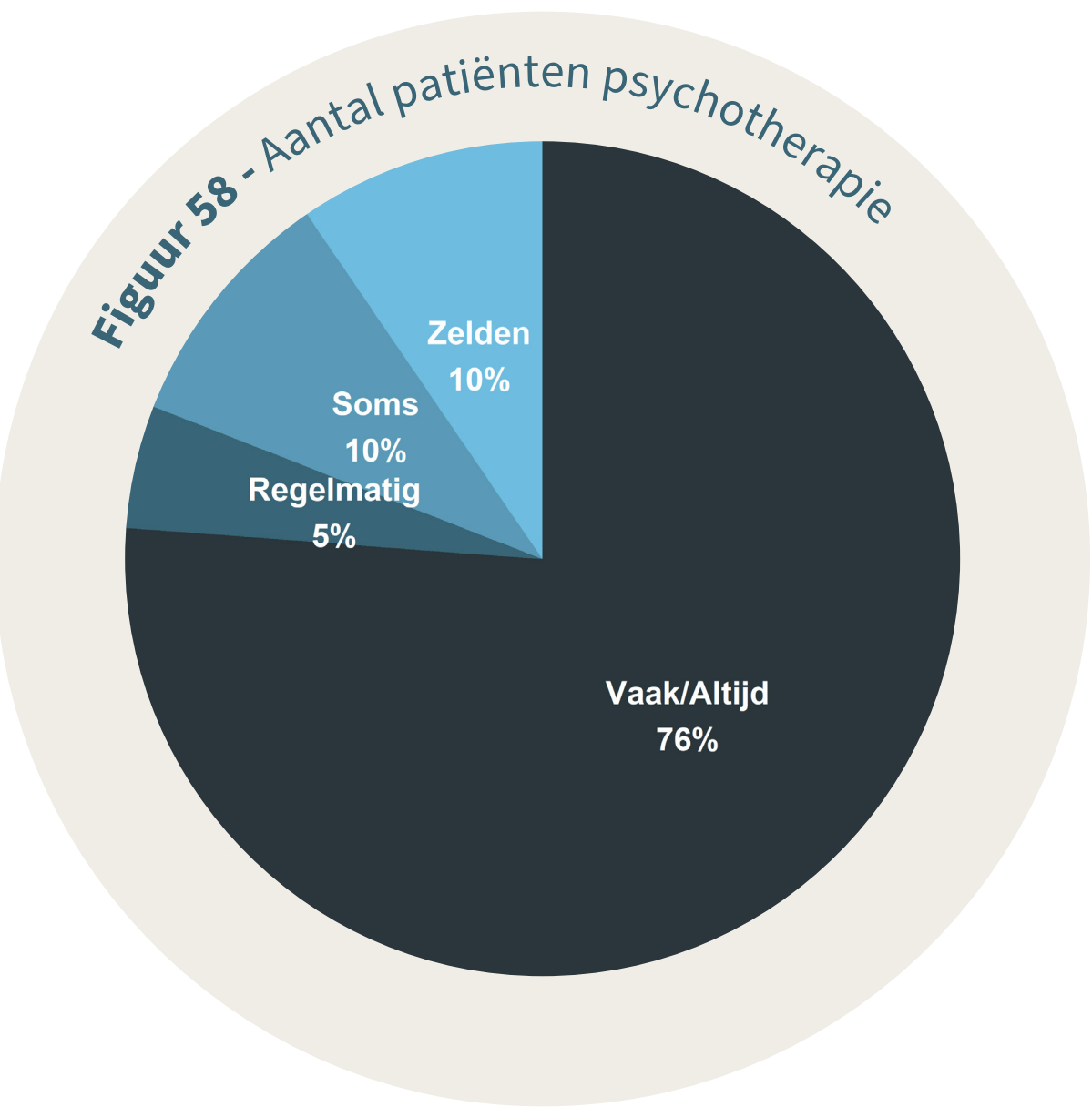
Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Psychotherapie

Drie kwart van de teams zet vaak of altijd psychotherapie in

In de volgende paragrafen wordt de onderverdeling tussen het aanbod per cluster en de onderverdeling tussen generieke en specifiek psychotherapie verder uitgediept (Figuur 58).



Wat zegt de zorgstandaard?

Psychotherapie is de eerste keus behandeling bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis.

Specifieke therapieën

Cluster A en B persoonlijkheidsstoornissen

Voor Borderline Persoonlijkheid Stoornis (BPS) bestaan veel verschillende soorten behandelingen. De voorkeur verdienen de zogeheten ‘specifieke BPS behandelingen’. Deze zijn ontwikkeld voor BPS, maar kunnen ook worden toegepast bij andere cluster-A en B-persoonlijkheidsstoornissen. Het gaat om de therapieën: Dialectical Behavior Therapy (DBT) of Dialectische Gedragstherapie (DGT), Mentalization-Based Treatment (MBT), Schema Therapy of Schematherapie (ST) en Transference-Focused Psychotherapy (TFP).

Cluster C persoonlijkheidsstoornissen

Speciaal voor persoonlijkheidsstoornissen ontwikkelde psychotherapieën werken beter dan psychotherapieën die niet speciaal voor deze stoornissen ontwikkeld zijn. De bekendste vormen zijn: psychodynamische psychotherapie (PP), Schematherapie (ST) en Cognitieve Gedragstherapie (CGT).

Generieke behandelingen

Generieke behandelingen staan in de belangstelling omdat ze makkelijk zouden kunnen worden geïmplementeerd en belangrijke algemene ingrediënten van een goede psychotherapeutische behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen bevatten. Er is in toenemende mate wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van generieke behandelingen, al blijken de specifieke behandelingen (iets) effectiever dan de generieke.

Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

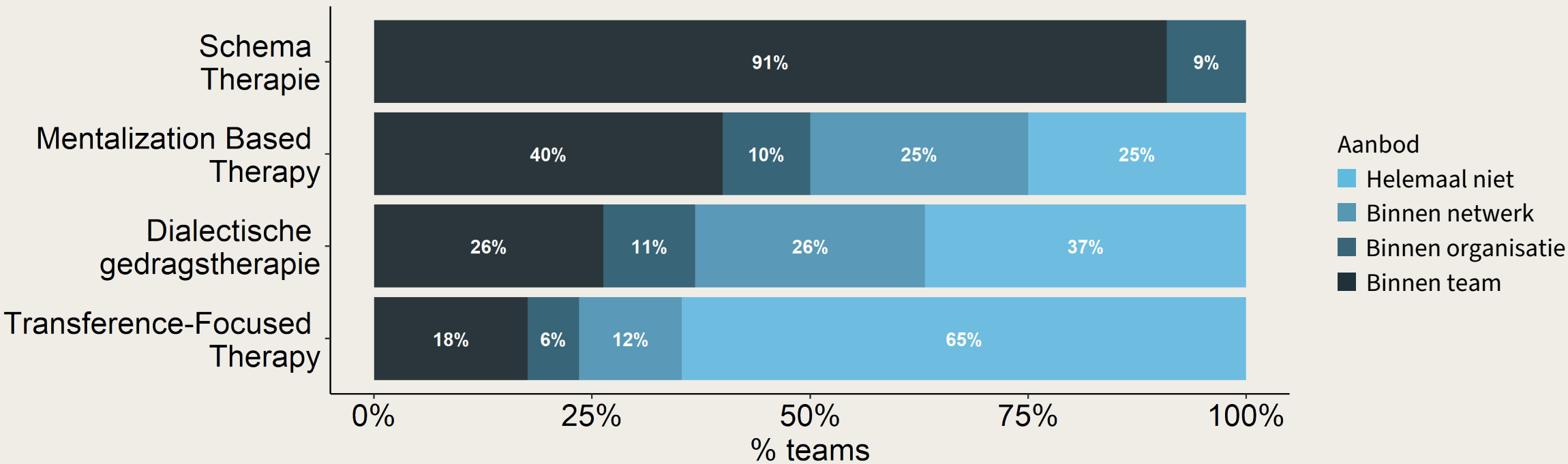
Psychose →

Aanbod specifieke psychotherapie voor cluster C hoger dan voor Cluster A en B

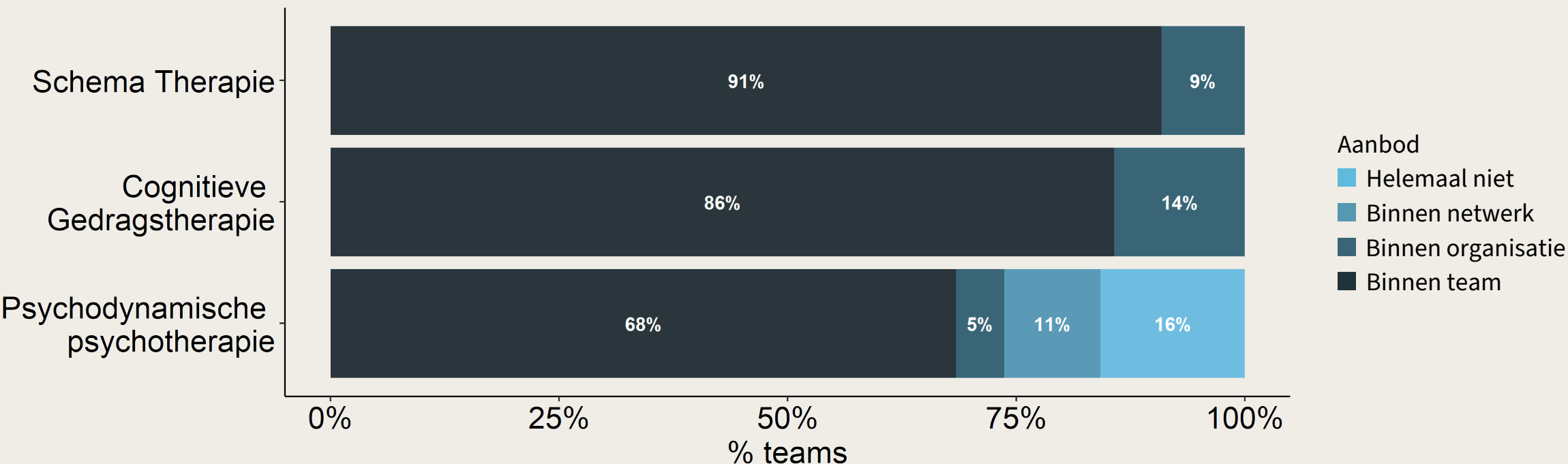
Het aanbod van specifieke therapieën voor cluster A en B is opvallend lager dan bij Cluster C. Alle teams bieden ten minste één soort specifieke psychotherapie voor cluster A en B. Een kwart van de teams biedt alleen schematherapie. De andere teams bieden twee of meer verschillende soorten voor cluster A en B (Figuur 59).

Bij cluster C is het aanbod specifieke psychotherapieën breed. Alle teams bieden schematherapie en cognitieve gedragstherapie aan. Psychodynamische psychotherapie wordt door 16% van de teams niet aangeboden (Figuur 60).

Figuur 59 - Aanbod specifieke psychotherapie cluster A en B



Figuur 60 - Aanbod specifieke pscyhotherapie cluster C



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

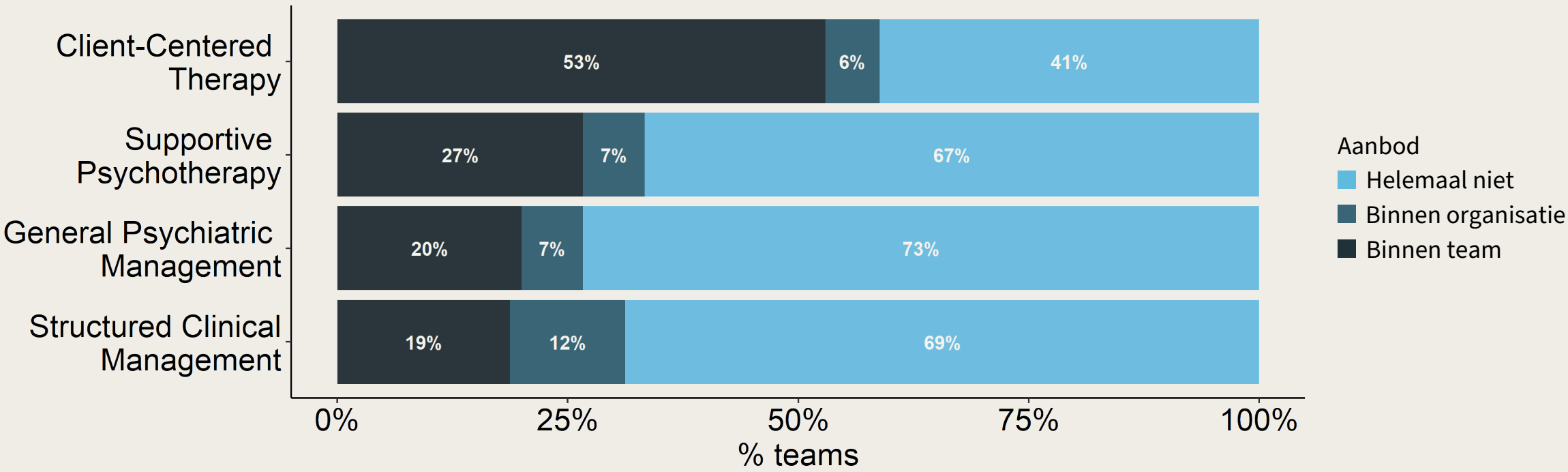
Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Aanbod generieke psychotherapie laag

Eén op de vijf teams weet niet of zij generieke psychotherapie bieden. Deze teams zijn niet meegenomen in de grafiek. Van de overige teams heeft 60% generieke therapieën in hun aanbod en 40% van de teams biedt helemaal geen generieke therapieën aan. Van de teams die het wel aanbieden wordt Client-Centered Therapy (CCT) het meest aangeboden. Mogelijk heeft het toevoegen van generieke psychotherapieën aan het zorgaanbod positieve invloed op het verkorten van de wachtlijst (Figuur 61).

Figuur 61 - Aanbod generieke psychotherapie



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

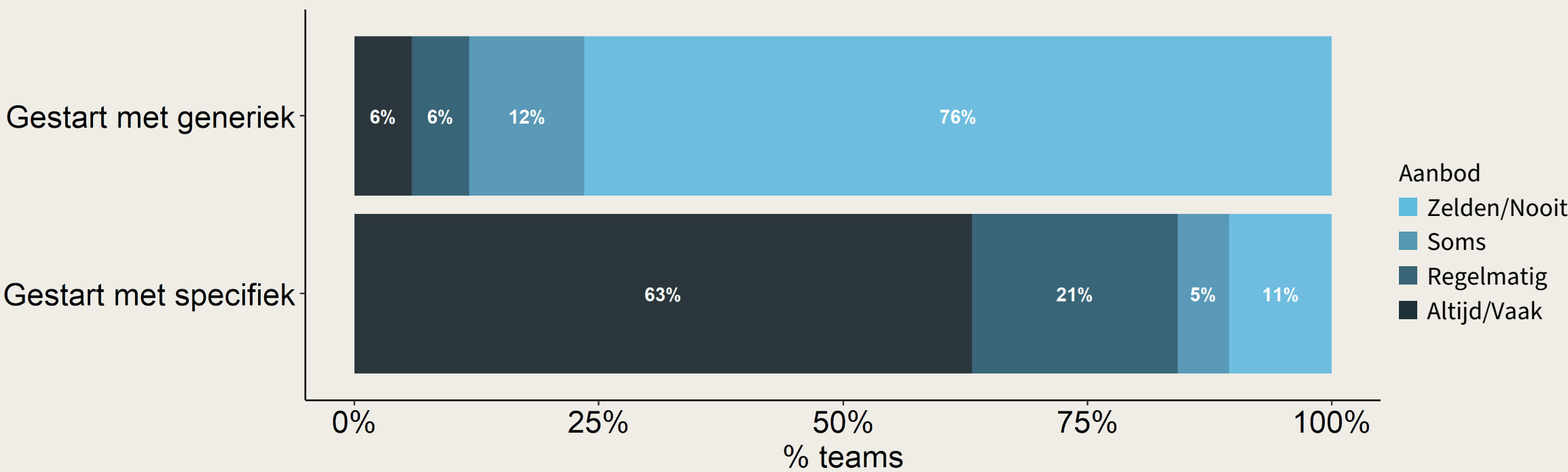
Psychose →

Bij alle clusters vaker met specifieke psychotherapie gestart

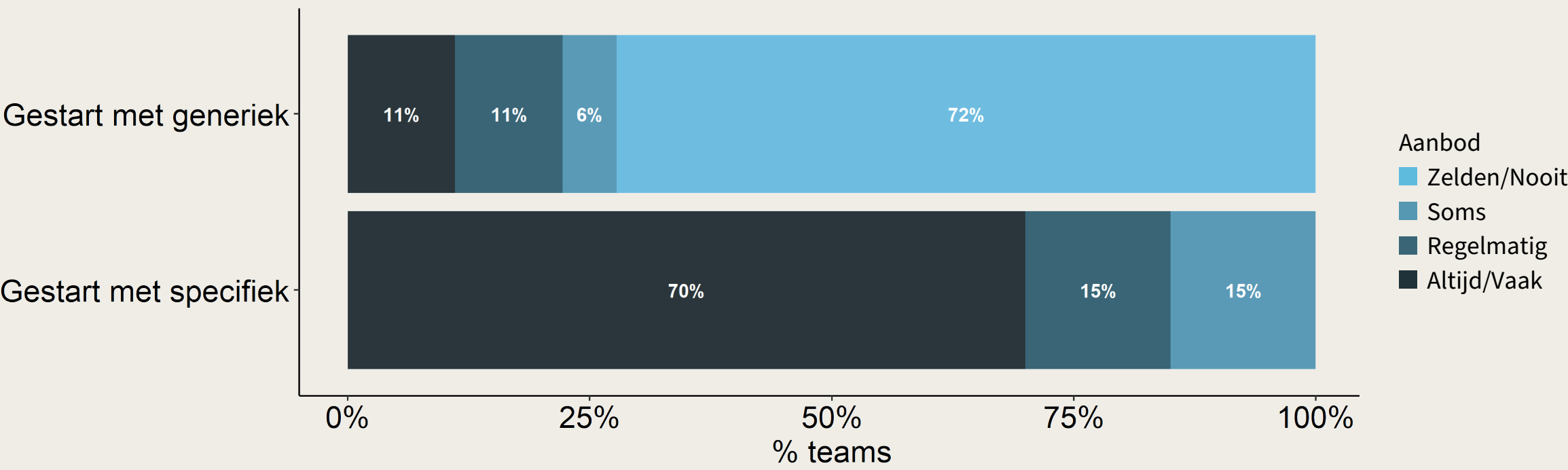
Bij alle clusters start bij drie kwart van de teams de patiënt zelden of nooit met een generieke therapie en bij twee derde van de teams wordt altijd/vaak gestart met een specifieke therapie (Figuur 62 en Figuur 63).

Alle teams geven aan dat de mate van beschikbaarheid van een therapie (onderdeel van het aanbod/geen of korte wachtlijst op een therapie) een rol speelt bij de keuze om met een bepaalde therapie te starten. Daarnaast speelt de voorkeur van de patiënt, ernst en aard van de klachten, en behandelcapaciteit een rol.

Figuur 62 - Aantal patiënten type psychotherapie cluster A en B



Figuur 63 - Aantal patiënten type psychotherapie cluster C



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten
en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Aandachtspunten, doelen en benodigdheden

Psycho-educatie

Capaciteit grootste knelpunt bij bieden psycho-educatie

Twee derde van de teams ervaart knelpunten bij het bieden van psycho-educatie. Bij 36% van de teams hebben de knelpunten met capaciteit te maken. Hierdoor wordt er bijvoorbeeld zo snel mogelijk ingezet op de psychotherapeutische behandeling en wordt er gekort op tijd voor psycho-educatie. Bij 32% van de teams heeft het knelpunt met kennis en vaardigheden te maken, vooral binnen generalistische teams. Door een tekort aan kennis over persoonlijkheidsproblematiek is het lastig om psycho-educatie te geven.

Doelen voor psycho-educatie sluiten aan bij knelpunten

- 40% van de teams vindt dat psycho-educatie een aandachtspunt voor het team is. Doelen van de teams zijn:
- Inzet van eHealth vergroten.
 - Kennis over persoonlijkheidsproblematiek vergroten.
 - Vergroten van gebruik van zelfhulpgroepen.

Teams geven aan het volgende nodig te hebben:

- Deskundigheidsbevordering/training/scholing.
- Voldoende capaciteit/behandelaren met kennis over persoonlijkheidsproblematiek.
- Interne mogelijkheden/structuren om van elkaar te leren en met elkaar mee te lopen.
- Informatie over zelfhulpgroepen en de kwaliteit hiervan.

Psychosociale behandeling

Behandelaanbod grootste knelpunt bij bieden psychosociale behandeling

Bijna drie kwart van de teams ervaart knelpunten bij het aanbieden van psychosociale behandelingen. De meest voorkomende knelpunten bij specialistische én generalistische teams hebben te maken met behandelaanbod. Binnen een team of afdeling is niet altijd de juiste expertise aanwezig voor het aanbieden van deze interventies. Ook is niet altijd inzichtelijk wat de verschillende professionals kunnen bieden aan interventies.

Een ander veel voorkomende belemmering is capaciteit, vooral bij generalistische teams. Er is meer vraag naar psychosociale behandeling dan er professionals beschikbaar zijn.

Slechts bij een klein deel van de patiënten wordt psychosociale behandeling ingezet. In hoeverre dit een gevolg is van de capaciteitsproblematiek is niet bekend.

Teams noemen verschillende doelen voor psychosociale behandeling

32% van de teams geeft aan dat psychosociale behandelingen een aandachtspunt voor het team zijn. Om het aanbod van psychosociale behandelingen te versterken geven teams aan met de volgende doelen aan de slag te gaan:

- Verbeteren van de samenwerking met andere teams en organisaties.
- Vergroten van kennis over psychosociale behandeling binnen het eigen team.
- Vergroten van het aanbod binnen het eigen team.

Teams kunnen hierbij vooral ondersteuning gebruiken op het gebied van capaciteit en beschikbaarheid van deskundigheidsbevordering. Andere financieringsafspraken zodat psychosociale behandeling überhaupt kan worden ingezet en ondersteuning bij het komen tot regionale samenwerkingsafspraken kunnen hier ook aan bijdragen.

Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Psychotherapie

Capaciteit en behandelaanbod grootste knelpunten bij bieden psychotherapie

Meer dan drie kwart van de teams ervaart één of meerdere knelpunten bij het bieden van psychotherapie. De helft van de teams ervaart knelpunten op het gebied van capaciteit. Dit komt vaker voor in de generalistische dan in de gespecialiseerde teams. Het leidt tot interne wachtlijsten voor een specifieke vorm van psychotherapie of er wordt gestart met beschikbaar aanbod, omdat het moeilijk is om door te verwijzen door capaciteitsproblemen/ wachtlijsten elders. Ook ervaren generalistische teams vaak knelpunten die te maken hebben met behandelaanbod en kennis en vaardigheden. Een gebrek aan kennis en vaardigheden kan ertoe leiden dat bepaalde vormen van psychotherapie niet kunnen worden aangeboden.

Verskillende doelen gesteld om aanbod psychotherapie te verbeteren

45% van de teams heeft aangegeven dat psychotherapie een aandachtspunt binnen het team is. Daarbij hebben teams verschillende doelen gesteld om het aanbod psychotherapie te verbeteren:

- Verbeteren van indicatiestelling voor verschillende vormen van psychotherapie.
- Versterken van de samenwerking in de keten waardoor het beschikbare aanbod beter kan worden benut en integrale behandeling makkelijker kan worden geboden daar waar dit nodig is.
- Vergroten van aanbod (kennis/kunde en capaciteit) naar meerdere vormen van psychotherapie.
- Vergroten van kennis over (de omgang met) patiënten met persoonlijkheidsproblematiek

Conclusie

Bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen is het aanbod van psycho-educatie in het zorgaanbod goed georganiseerd, als aparte module of als integraal onderdeel van de behandeling. Niet bij alle patiënten wordt psycho-educatie ingezet. Vaak gebeurt dit omdat de patiënt dit al eerder in het zorgproces heeft gehad en soms wordt dit op het verzoek van de patiënt overgeslagen. Generalistische teams ervaren knelpunten op het gebied van kennis en vaardigheden bij het aanbieden van psycho-educatie. Psychosociale behandeling wordt niet altijd aangeboden omdat dit regelmatig niet noodzakelijk wordt bevonden.

Daarmee worden de adviezen uit de zorgstandaard gevolgd. Daar waar het wel noodzakelijk is, is het met name voor teams die zich vooral hebben georganiseerd rondom psychotherapie lastig om dit integraal aan te bieden. Zij lopen tegen wachtlijsten en samenwerkingsvraagstukken aan. Deze teams benoemen als aandachtspunt om de beschikbaarheid van psychosociale behandeling te verbeteren.

Het aanbod van generieke psychotherapie zoals omschreven in de zorgstandaard is bij veel teams niet aanwezig. Het aanbod van specifieke psychotherapie is over het algemeen wel goed binnen de teams, waarbij schematherapie het meest wordt aangeboden. De meeste patiënten starten dan ook met een specifiek type psychotherapie. De helft van de teams ervaart bij psychotherapie knelpunten op het gebied van capaciteit. Er is sprake van interne of externe wachtlijsten voor een specifieke vorm van psychotherapie. Vaak wordt er daarom gestart met het beschikbare aanbod. De geïndiceerde zorg staat hiermee onder grote druk. De aangeboden behandeling is daardoor regelmatig aanbod gestuurd.

Zorgstandaarden

Psychose

Inleiding

Een psychose beïnvloedt waarnemen, denken en emoties. Daardoor beleeft iemand de werkelijkheid anders. Psychosen zijn kenmerkend voor een groep psychische stoornissen. In de DSM-5 worden die onder de term ‘schizofreniespectrum’ geschaard. In de zorgstandaard gebruiken we voor deze groep de term ‘psychotische stoornissen’.

Bij een psychotische stoornis heeft de patiënt één of meer psychotische symptomen wanen, hallucinaties, onsamenhangende spraak, gedesorganiseerd gedrag of catatonie en daarnaast kan sprake zijn van symptomen uit drie andere symptoomclusters:

- [Negatieve symptomen](#) - spraakarmoede, motivatieproblemen, initiatiefverlies, vervlakking van het gevoelsleven;

- [Cognitieve symptomen](#) - onder andere stoornissen in informatieverwerking, concentratie, (werk)geheugen, planning en probleemoplossend vermogen;
- [Affectieve symptomen](#) - angst, somberheid, manie.

Niet iedereen met een psychotische stoornis heeft al deze symptomen, ze komen in elke combinatie voor. Gebruik van tabak, alcohol en cannabis en in mindere mate van andere psychoactieve middelen, komt veel voor bij patiënten met een psychotische stoornis, o.a. als ‘zelfmedicatie’ om rustig te worden of juist energiever.

Er is een breed scala aan interventies voor psychose. Goede zorg sluit aan bij de ervaren symptomen en hulpvraag van de patiënt. In dit hoofdstuk wordt bij farmacotherapie en therapeutische behandeling stilgestaan bij het zorgaanbod en de ontvangen zorg. Bij de overige interventies wordt met name ingegaan op het zorgaanbod.

In de [zorgstandaard Psychose](#) worden de behandelopties beschreven voor mensen met een psychotische stoornis, afhankelijk van het type symptomen en zorgbehoeften.

Er is onderzocht hoe de behandelstappen uit de zorgstandaard worden gevolgd. Het onderwerp diagnostiek is niet onderzocht.

Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Teams

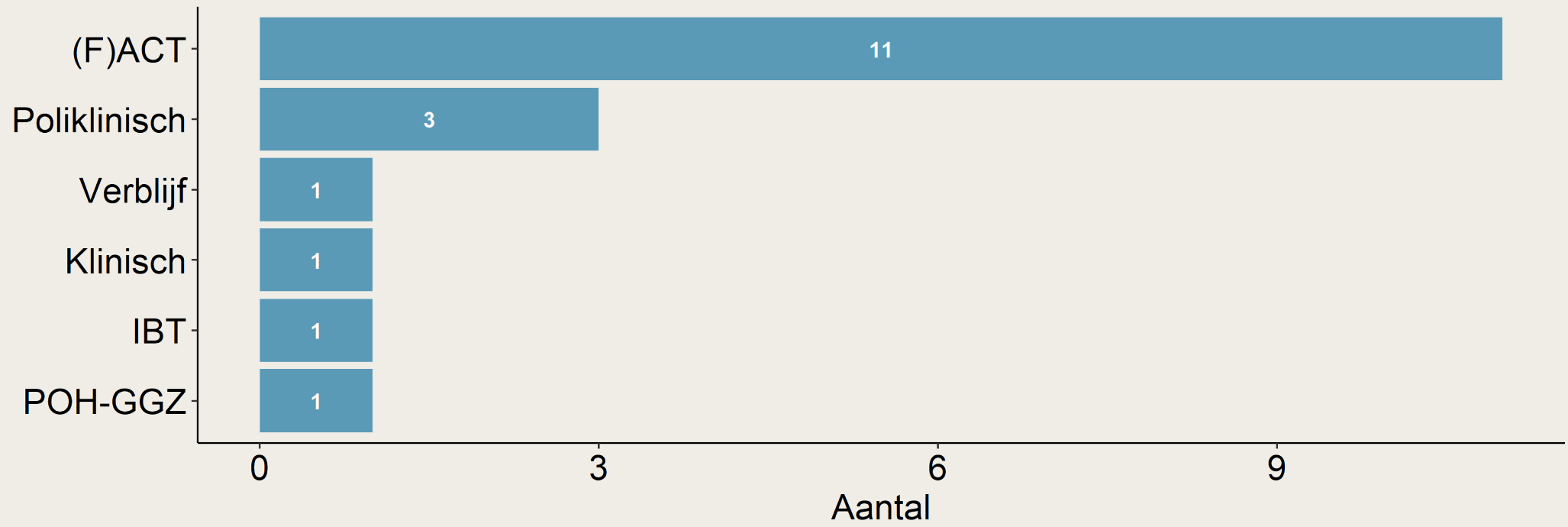
Van de 59 deelnemende teams hebben 18 teams meegedaan aan het onderzoek naar het gebruik van de zorgstandaard Psychose in de praktijk.

Van de teams waren er 11 (F)ACT teams en drie poliklinische teams. De overige teams leveren verblijfszorg, klinische zorg, Intensieve Thuisbehandeling en POH-GGZ (Figuur 64).

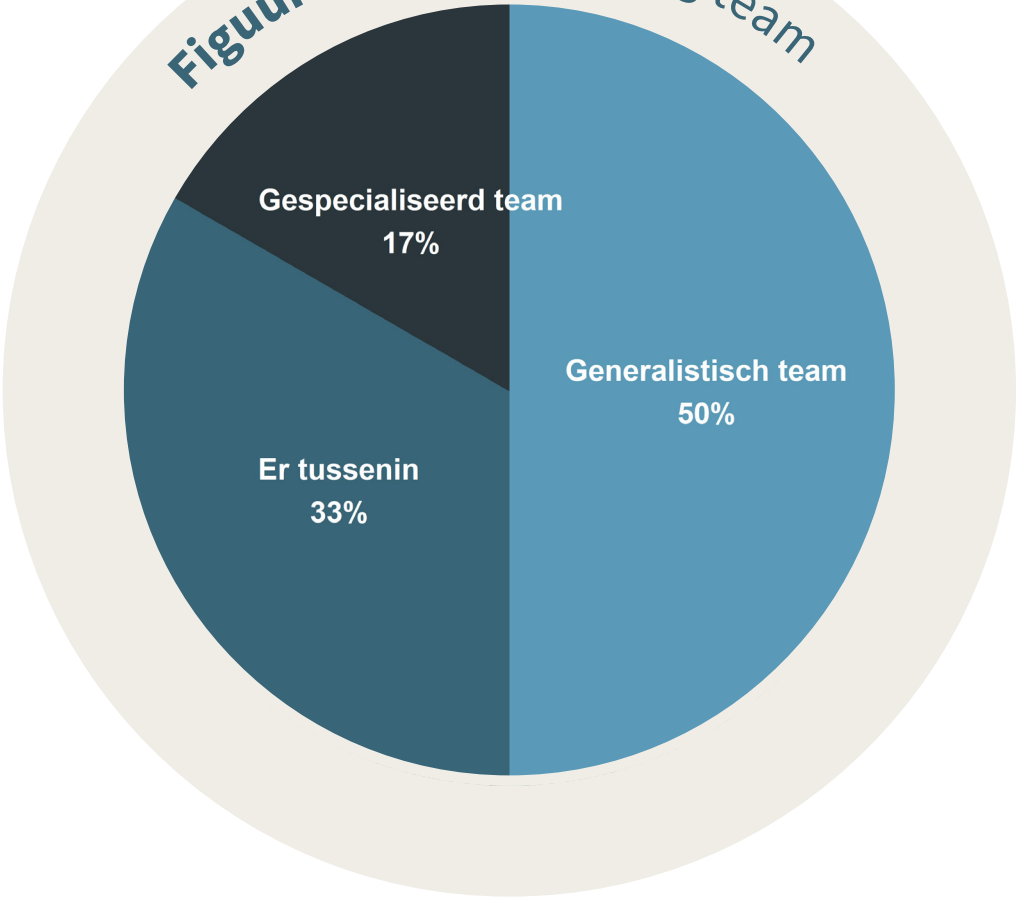
Meer generalistische teams

De helft van de teams omschrijft zich als generalistisch, 17% van de teams als specialistisch en 33% als hier tussenin (Figuur 65).

Figuur 64 - Type teams



Figuur 65 - Omschrijving team



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten
en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

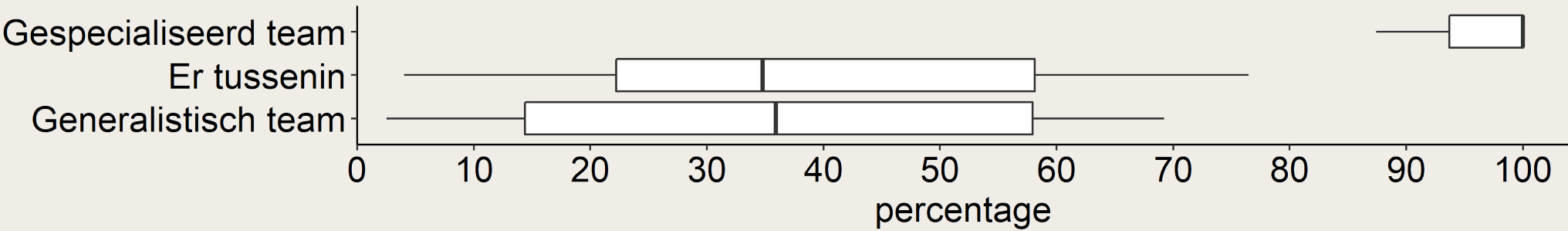
Aandeel psychose-patiënten binnen teams varieert

Bij teams die zichzelf gespecialiseerd noemen zijn 85 tot 100% van de patiënten in behandeling voor psychose. Er is een grote spreiding in het aandeel patiënten dat voor psychose wordt behandeld binnen de teams die zich als generalistisch of “er tussenin” beschrijven. Dit varieert van 3 tot 77% van de patiënten. Opvallend is dat teams die zich generalistisch noemen een hoog percentage patiënten met een psychose behandelen (Figuur 66).

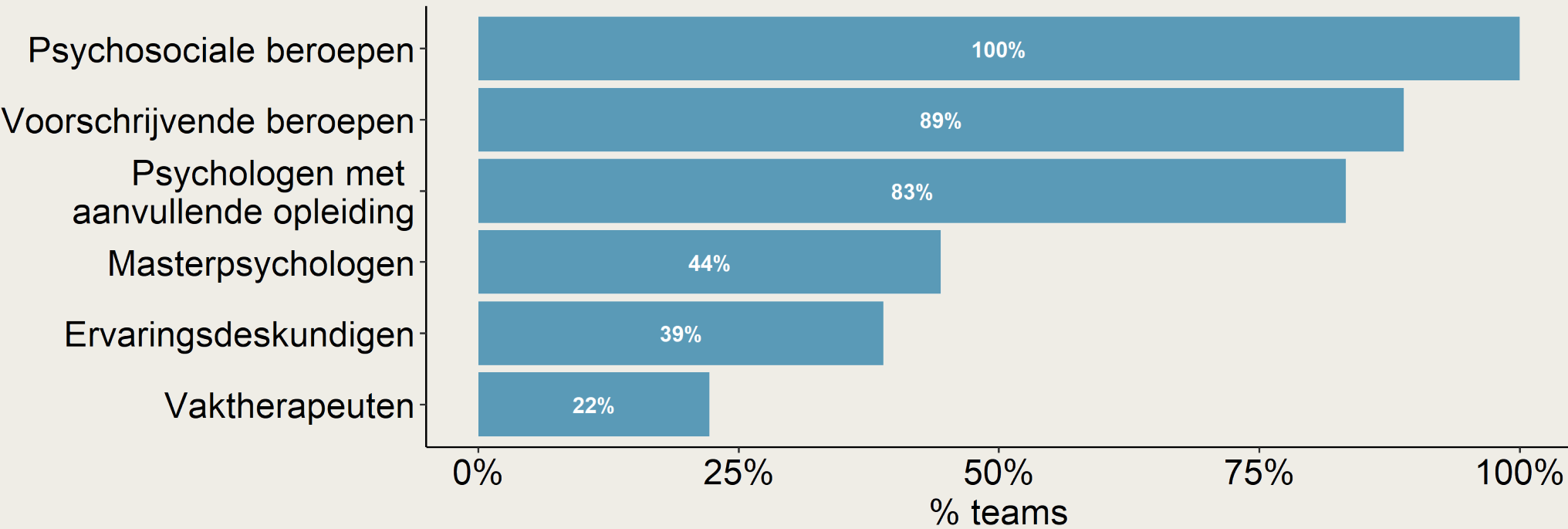
Teams samengesteld uit verschillende beroepsgroepen

Binnen alle teams zijn psychosociale beroepen aanwezig zoals sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, maatschappelijk werkers of sociaal pedagogisch hulpverleners. Ook voorschrijvende beroepen zoals psychiaters, artsen en verpleegkundig specialisten (89%) en psychologen met aanvullende opleiding zoals GZ-psycholoog, klinisch psycholoog en psychotherapeut (83%), zijn goed vertegenwoordigd in de teams. Masterpsychologen (44%), ervaringsdeskundigen (39%) en vaktherapeuten (22%) zijn minder vertegenwoordigd in de teams. Het is opvallend dat het percentage ervaringsdeskundigen bij psychosezorg hoger is dan bij andere onderzochte standaarden (Figuur 67).

Figuur 66 - Aandeel patiënten met psychose



Figuur 67 - Beroepsgroepen aanwezig in teams



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten
en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Zorg Psychose in de praktijk

Aanbod interventies

Bij psychose worden vrijwel altijd psycho-educatie en farmacotherapie aanbevolen. Cognitieve gedrags-therapie wordt ook altijd aanbevolen, maar wordt gericht op het type symptomen. De overige inter-venties zijn afhankelijk van de symptomen en de hulpvraag. Problematisch middelengebruik en verslaving speelt regelmatig een rol bij psychose.

In dit hoofdstuk worden verschillende type interventies beschreven:

- Algemene interventies (psycho-educatie en farmacotherapie)
- Interventies bij psychotische symptomen
- Interventies bij negatieve symptomen
- Interventies bij cognitieve symptomen
- Interventies bij affectieve symptomen
- Interventies bij problematisch middelengebruik

Algemene interventies

Wat zegt de zorgstandaard?

Psycho-educatie - Bij psychotische stoornissen loopt psycho-educatie op maat gesneden vanaf de start door de hele behandeling heen. Psycho-educatie ondersteunt de patiënt bij het adequaat omgaan met de stoornis, actief zelfmanagement en goede gezamenlijke keuzes maken. Psycho-educatie en de voorlichting over voor- en nadelen van de behandeling zijn in lijn met het stadium van de aandoening.

Medicatie - Medicatie (antipsychotica) is een belangrijk onderdeel van de behandeling. Het werkt doorgaans goed om psychotische symptomen onder controle te krijgen en helpt na het herstel van de psychose te voorkómen dat deze symptomen terugkomen of opleven. Regelmatige evaluatie van de medicatie met de patiënt is belangrijk om de beste keuzes te kunnen maken over start, voortzetten en afbouwen van medicatie. Pas zo nodig medicamenteuze therapie aan in verband met negatieve of affectieve symptomen.

Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

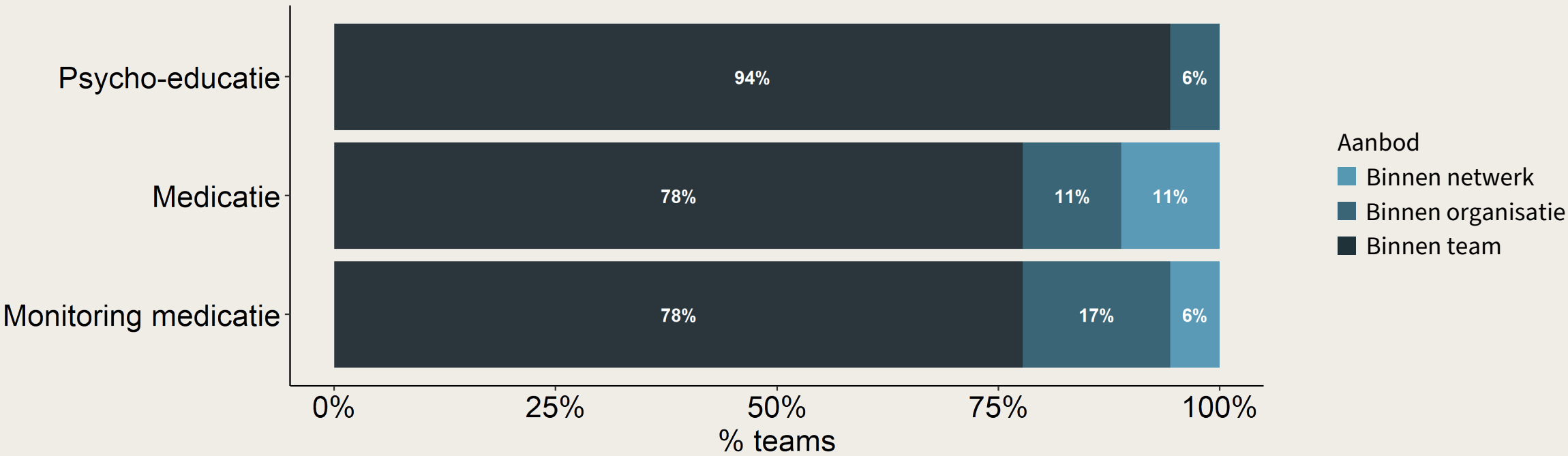
Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Psycho-educatie wordt door alle teams aangeboden

Het aanbod van algemene interventies is binnen alle teams goed georganiseerd en wordt veelal binnen het team zelf aangeboden. Medicatie en medicatiemonitoring wordt in enkele gevallen ook binnen het netwerk aangeboden (Figuur 68).

Figuur 68 - Aanbod algemene interventies



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten
en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Interventies bij psychotische symptomen

Psychotische symptomen betreffen wanen, hallucinaties, onsamenhangende spraak, gedesorganiseerd gedrag of catatonie. Hiervoor kunnen verschillende interventies worden ingezet (zie kader). Een aantal daarvan wordt aanbevolen om altijd in te zetten, een aantal zijn optioneel.

Psychotische symptomen

Wat zegt de zorgstandaard?

Farmacotherapie - Antipsychotica wordt altijd aangeboden bij psychotische symptomen. Daarnaast kan er optioneel een SSRI, tweede antipsychoticum of anti-epilepticum worden geboden .

Cognitieve gedragstherapie - Behandelaars exploreren altijd de inhoud van de psychotische symptomen, de betekenis die de patiënt aan de symptomen geeft en de impact ervan op emoties en gedrag. Bij aanhoudende psychotische symptomen wordt cognitieve gedragstherapie (CGT) ingezet. Aanbevolen wordt om dit altijd in te zetten.

Coping strategieën stemmen horen - Copingstrategieën bij auditieve hallucinaties kunnen onderdeel uitmaken van deze behandeling, maar zijn op zichzelf vaak te beperkt om last terug te dringen. Deze interventie is optioneel.

Repetitieve transcraniële magnetische stimulatie (rTMS) - RTMS is een behandeloptie voor mensen bij wie auditieve hallucinaties niet verdwijnen door behandeling met antipsychotica. Er is geen duidelijk effect op wanen, dus rTMS kan geen vervanging zijn voor antipsychotica. Voordeel van rTMS is dat het weinig bijwerkingen heeft.

Elektroconvulsietherapie - Een psychotische stoornis is in het algemeen geen indicatie voor elektroconvulsietherapie (ECT), omdat ECT minder effectief is dan behandeling met antipsychotica en bovendien ingrijpend is. Catatonie die onvoldoende reageert op benzodiazepine-behandeling kan wel een (acute) indicatie voor ECT zijn. Als de behandeling met antipsychotica onvoldoende effect heeft en verbetering van het klinische beeld op korte termijn noodzakelijk, dan is de combinatie van een antipsychoticum met ECT wel een behandeloptie. ECT is daarnaast een optie bij patiënten met aanhoudende ernstige symptomen ondanks behandeling met tenminste 2 antipsychotica én vervolgens clozapine.

Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

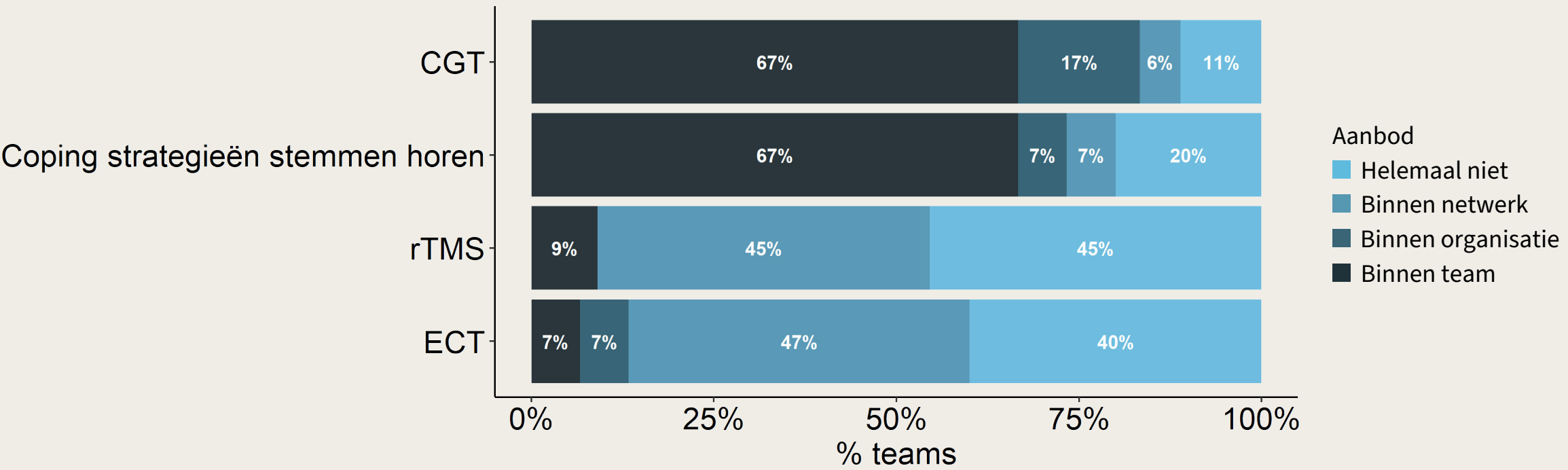
Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Niet alle interventies aangeboden door de teams

In de zorgstandaard wordt bij psychotische symptomen aanbevolen om altijd CGT aan te bieden. Enkele teams (11%) bieden geen CGT gericht op psychotische klachten. Dit betreft één team POH-GGZ en één poliklinisch team. Coping strategieën stemmen horen is een optionele interventie. Deze interventie wordt door veel teams aangeboden, 20% biedt dit niet aan. De optionele behandelingen die worden aanbevolen wanneer antipsychotica onvoldoende effectief is, rTMS en ECT, worden door respectievelijk 45% en 40% van de teams niet aangeboden. Als het wel wordt aangeboden, is dit vaak buiten het eigen team (Figuur 69).

Figuur 69 - Aanbod interventies psychotische symptomen



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten
en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Interventies bij negatieve symptomen

Negatieve symptomen zijn spraakarmoede, motivatieproblemen, initiatiefverlies en vervlakking van het gevoelsleven. Hiervoor kunnen verschillende interventies worden ingezet (zie kader). Eén daarvan, aanpassen farmacotherapie, wordt aanbevolen om altijd in te zetten, een aantal zijn optioneel.

Negatieve symptomen

Wat zegt de zorgstandaard?

Farmacotherapie - Altijd wordt aanbevolen het antipsychoticum aan te passen. Optioneel kan een antidepressivum geboden worden. Daarnaast zijn de volgende interventies optioneel:

Cognitieve gedragstherapie - Bij negatieve symptomen is cognitieve gedragstherapie (CGT) een specifieke optie, omdat CGT zich richt op het bijstellen van gedachten over negatieve symptomen. De therapie richt zich op het bijstellen van demoraliserende gedachten die een rol kunnen spelen bij het ontstaan en in stand houden van negatieve symptomen, lage verwachtingen van de eigen competenties of een negatief zelfbeeld, soms samenhangend met (zelf)stigma.

Doel is om gedachten zoals ‘Ik kan geen opleiding meer doen want ik kan me niet meer concentreren’ of ‘Ik ben afgevlakt, ik kan nergens meer van genieten’ te nuanceren en te relativeren.

Psychomotorische therapie en muziektherapie - Bij ernstige negatieve symptomen zijn psychomotore en muziektherapie optioneel. Wat betreft muziektherapie heeft met name de activering als gevolg van de interventie effect op negatieve symptomen.

Activerende interventies - Activerende interventies zoals sociale vaardigheidstraining en lotgenotengroepen, maar ook [cognitieve revalidatie training \(CRT\)](#), leiden vaak tot een vermindering van negatieve symptomen.

Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

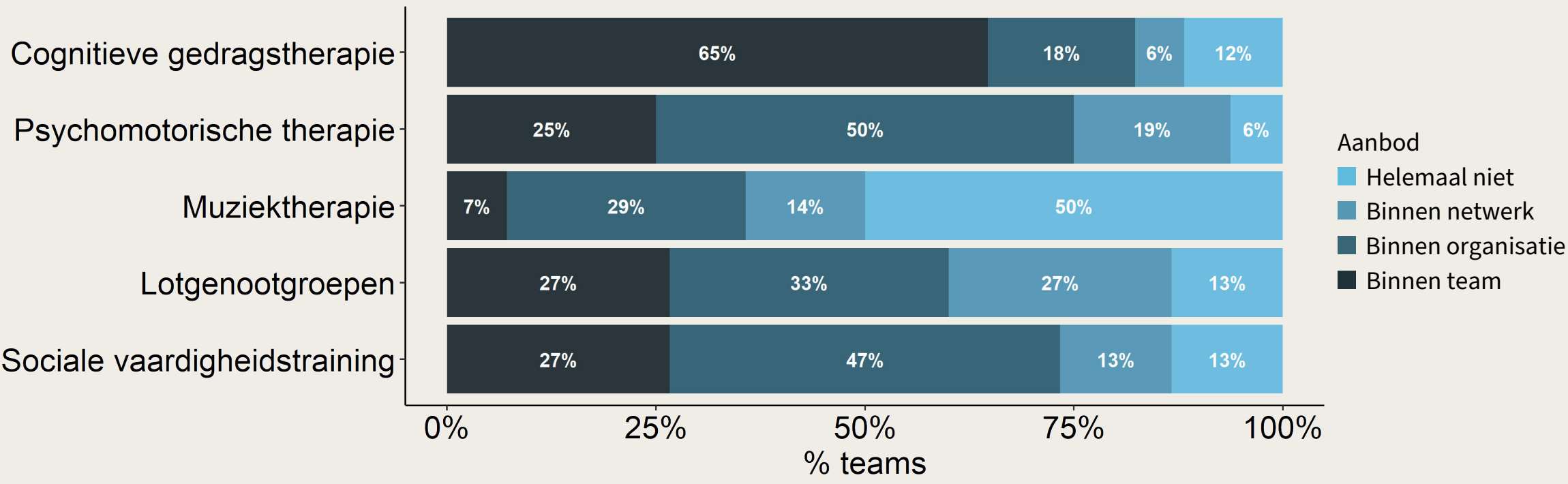
Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Aanbod interventies bij negatieve symptomen wisselend

De verschillende in de zorgstandaard benoemde optionele interventies worden wisselend aangeboden bij negatieve symptomen. Enkele teams bieden geen CGT gericht op negatieve symptomen (12%). Hiervan is één team POH-GGZ en één gespecialiseerd team. Van de vaktherapiën wordt door de meeste teams psychomotore therapie geboden, vaak buiten het eigen team en muziektherapie wordt door de helft van de teams geboden. Lotgenootgroepen en sociale vaardigheidstraining wordt door de meeste teams (87%) aangeboden, meestal buiten het eigen team (Figuur 70).

Figuur 70 - Aanbod interventies negatieve symptomen



Interventies die gericht zijn op cognitieve symptomen

Cognitieve symptomen zijn onder andere stoornissen in informatieverwerking, concentratie, (werk) geheugen, planning en probleemoplossend vermogen. Hiervoor kunnen verschillende interventies worden ingezet (zie kader). Eén daarvan wordt aanbevolen om altijd in te zetten, een aantal zijn optioneel.

Aanbod interventies bij cognitieve symptomen wisselend

De optionele interventies bij cognitieve symptomen worden minder vaak geboden. Vaardigheidstraining als onderdeel van IRB worden het vaakst geboden (73% van de teams). Cognitieve remediatie training en cognitieve adaptatie training wordt door minder dan de helft van de teams geboden (Figuur 71).

Cognitieve symptomen

Wat zegt de zorgstandaard?

Farmacotherapie - Bij cognitieve problemen als gevolg van medicatie, wordt altijd aanbevolen de medicatie aan te passen. Daarnaast kan optioneel geboden worden:

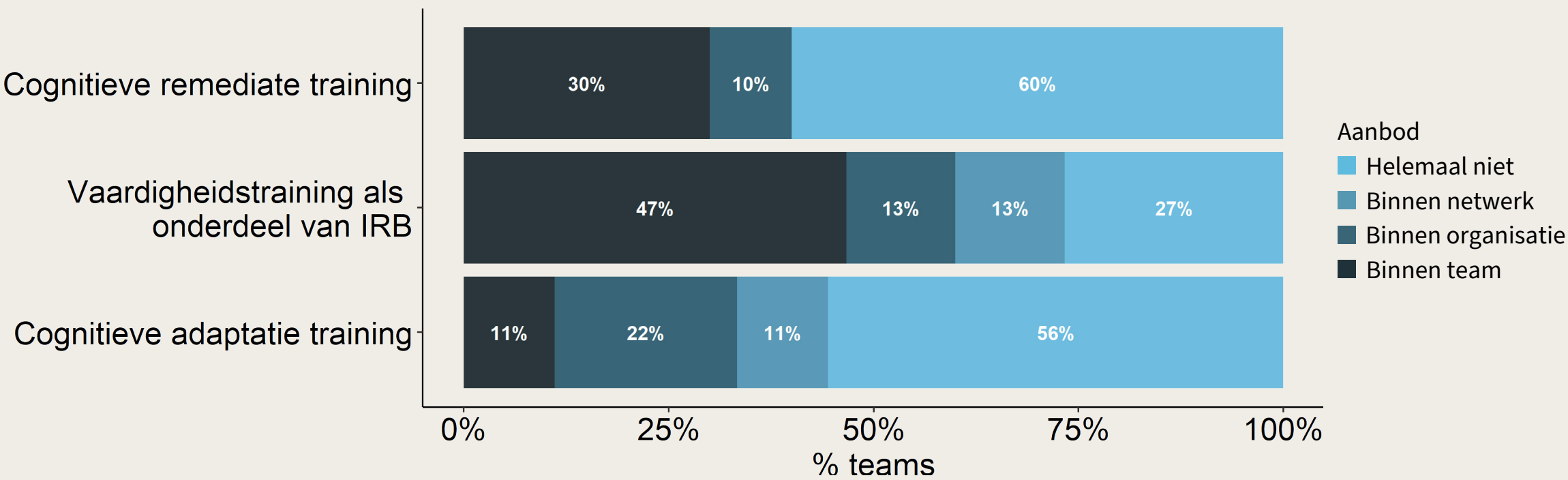
Cognitieve revalidatie - Cognitieve remediatie-training of CRT (cognitive remediation training), ook wel cognitieve revalidatie genoemd, is de gerichte training van cognitieve functies zoals aandacht, geheugen en planning (vaak via computertaken) die mensen met een psychotische stoornis in alle stadia kan helpen om hun dagelijks

functioneren te verbeteren.

Vaardigheidstraining als onderdeel van IRB - Optioneel kan Vaardigheidstraining als onderdeel van IRB worden geboden.

Cognitieve adaptatie training - Optioneel kan bij stoornissen in het executieve functioneren (het doelgericht uitvoeren van taken en wat daarbij nodig is, zoals planning, structuur aanbrengen, zelfmonitoring, mentale flexibiliteit, concentratie) [Cognitieve Adaptatie Training](#) worden aangeboden.

Figuur 71 - Aanbod interventies cognitieve symptomen



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Interventies die gericht zijn op affectieve symptomen

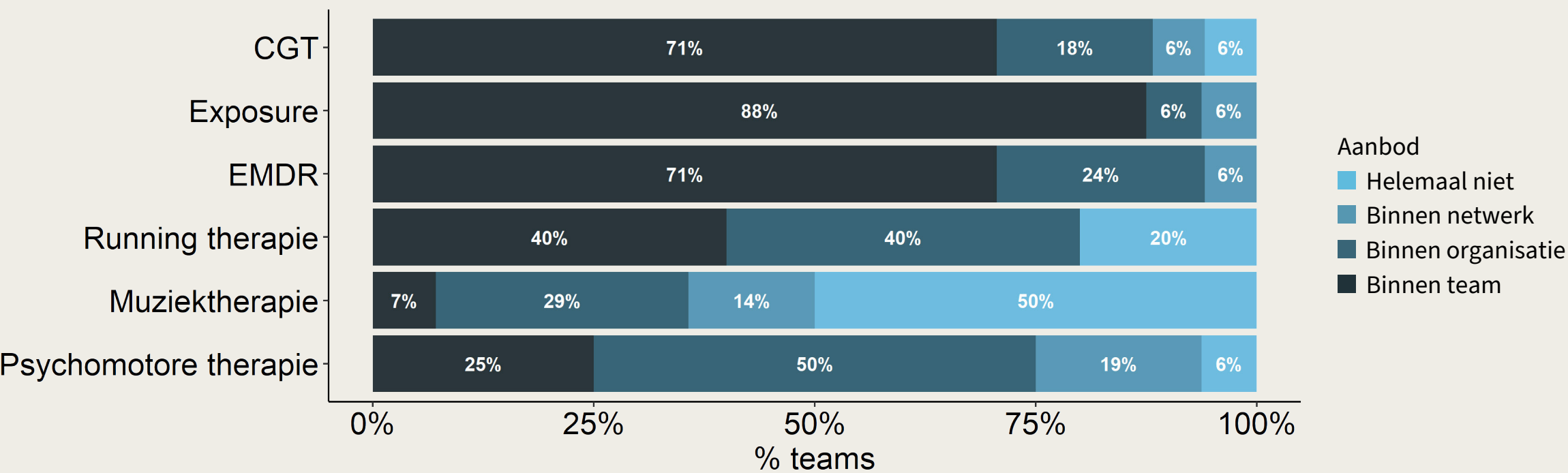
Affectieve symptomen betreffen angst, somberheid en manie. Hiervoor kunnen verschillende interventies worden ingezet (zie kader).

Aanbod interventies bij affectieve symptomen
Vrijwel alle teams bieden CGT, EMDR en exposure aan bij affectieve symptomen zoals ook aanbevolen in de zorgstandaard. Hiervoor wordt regelmatig samengewerkt met andere teams binnen de organisatie of binnen het netwerk. Van de in de zorgstandaard optioneel benoemde vaktherapie wordt psychomotore therapie het vaakst en muziektherapie het minst (50%) aangeboden door de teams (Figuur 72).

Affectieve symptomen

<i>Wat zegt de zorgstandaard?</i>	wat angst inboezemt) en/of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). Dit wordt altijd aangeboden bij PTSS.
<i>Cognitieve gedragstherapie</i> - Bij bijkomende affectieve symptomen krijgt de patiënt altijd cognitieve gedragstherapie (CGT) aangeboden.	<i>Vaktherapie</i> - Overweeg vaktherapie. Bijvoorbeeld muziektherapie, psychomotorische therapie, runningtherapie etc.
<i>Exposure en EMDR</i> - In geval van een posttraumatische stress-stoornis is het aanbod imaginaire exposure (virtuele blootstelling aan	

Figuur 72 - Aanbod interventies affective symptonen



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten
en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Interventies die gericht zijn op problematisch
middelengebruik of verslaving

Wat zegt de zorgstandaard?

Problematisch middelengebruik of verslaving -

Veel mensen met psychotische aandoeningen hebben bijkomende problemen met middelen-
gebruik (roken, cannabis, alcohol en benzo-
diazepinen). De zorg bij psychotische stoornissen
heeft daarom altijd aandacht voor verslavings-
problematiek. Uitgangspunt is geïntegreerde
behandeling daarvan tegelijk met de psychose.
Leefstijlinterventies kunnen zich richten op
risicovol gebruik, bijvoorbeeld psycho-educatie
over risico's, c.q. voor- en nadelen van gebruik.
Verder zijn cognitieve gedragstherapie (CGT),
motiverende gespreksvoering, afbouwschema's
maken samen met de patiënt en zelfcontrole
procedures aanleren, de Libermanmodule
Omgaan met verslaving en motiverende

gespreksvoering door familie en/of naasten (bij-
voorbeeld FMI; familietraining in motiverende en
interactievaardigheden) optioneel. Dat laatste
omdat conflicten over middelenmisbruik een bron
van stress voor alle betrokkenen zijn. Familieleden
kunnen leren motiverende gespreksvoering te ge-
bruiken om tot een meer ontspannen en heldere
communicatie te komen.

In combinatie daarmee kan farmacotherapie ter
ondersteuning van het stoppen met middelen
worden gegeven. Wie aangeeft te willen stoppen
met roken, krijgt een cursus stoppen met roken
aangeboden (zie Zorgmodule Stoppen met
Roken). De meest uitgebreide en gespecialiseerde
behandeling bij ernstige bijkomende verslaving is
IDDT (integrale dubbele diagnose therapie).

Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

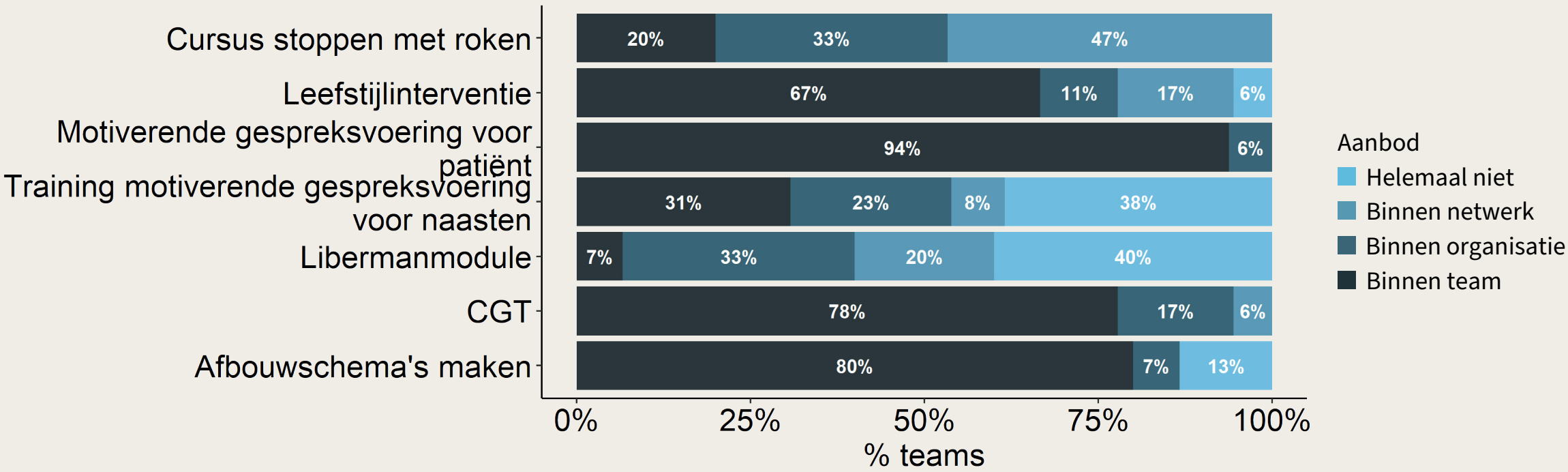
Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Aanbod interventies bij problematisch middelengebruik

De zorgstandaard adviseert om de cursus stoppen met roken met roken wanneer relevant altijd aan te bieden. Alle teams hebben deze cursus in hun aanbod, al dan niet in samenwerking met de organisatie of het netwerk. De andere interventies zijn optioneel en worden door de meeste teams aangeboden. De training motiverende gespreksvoering voor naasten wordt door 62% en de Libermanmodule door 60% van de teams aangeboden (Figuur 73).

Figuur 73 - Aanbod interventies problematisch middelengebruik en verslaving



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Ontvangen zorg patiënten

Het aantal patiënten dat farmacotherapie krijgt, is groter dan het aantal patiënten dat therapeutische behandeling (Cognitieve Gedragstherapie, Cognitieve Revalidatie Training of Cognitieve Adaptatie Training) krijgt.

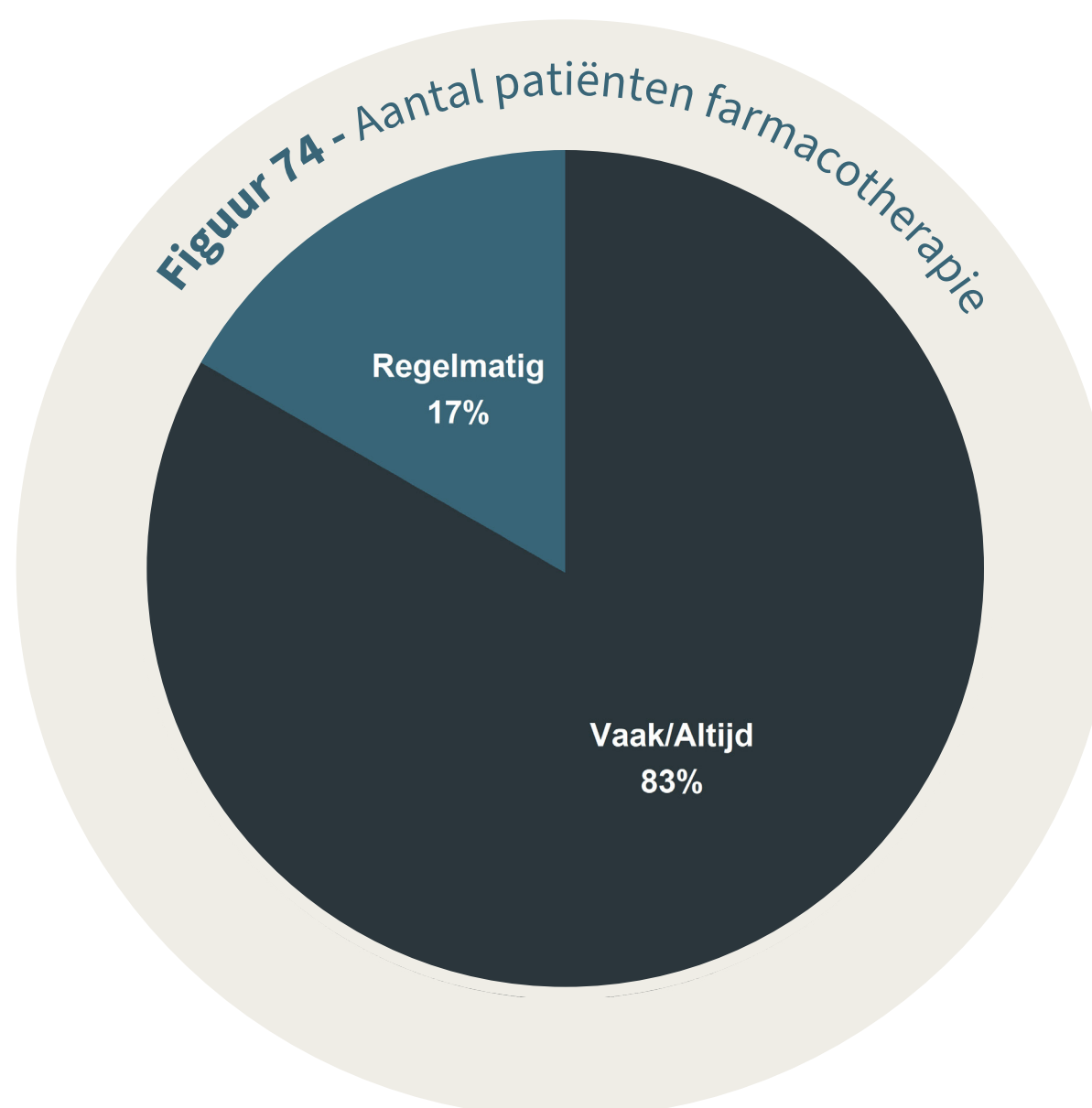
Farmacotherapie speelt een belangrijke rol in de behandeling voor psychose. De zorgstandaard beveelt aan om altijd Cognitieve Gedragstherapie aan te bieden. Ondanks dat het aanbod hiervan bij vrijwel alle teams op orde is, ontvangen niet alle patiënten deze behandeling. Het aantal patiënten dat een therapeutische behandeling ontvangt, wisselt per team. Iets meer dan de helft van de teams, zet deze altijd, vaak of regelmatig in. De andere helft ontvangt deze behandeling soms, zelden of nooit. Dat CGT niet systematisch wordt toegepast bij psychose, bleek ook uit het onderzoek van Zorginstituut Nederland. Dit onderzoek liet zien dat 10 tot 25% van de patiënten met psychose een CGT-behandeling ontvangt ([Verbetersignalement Psychose, ZINL](#)).

Aandachtspunten, doelen en benodigdheden

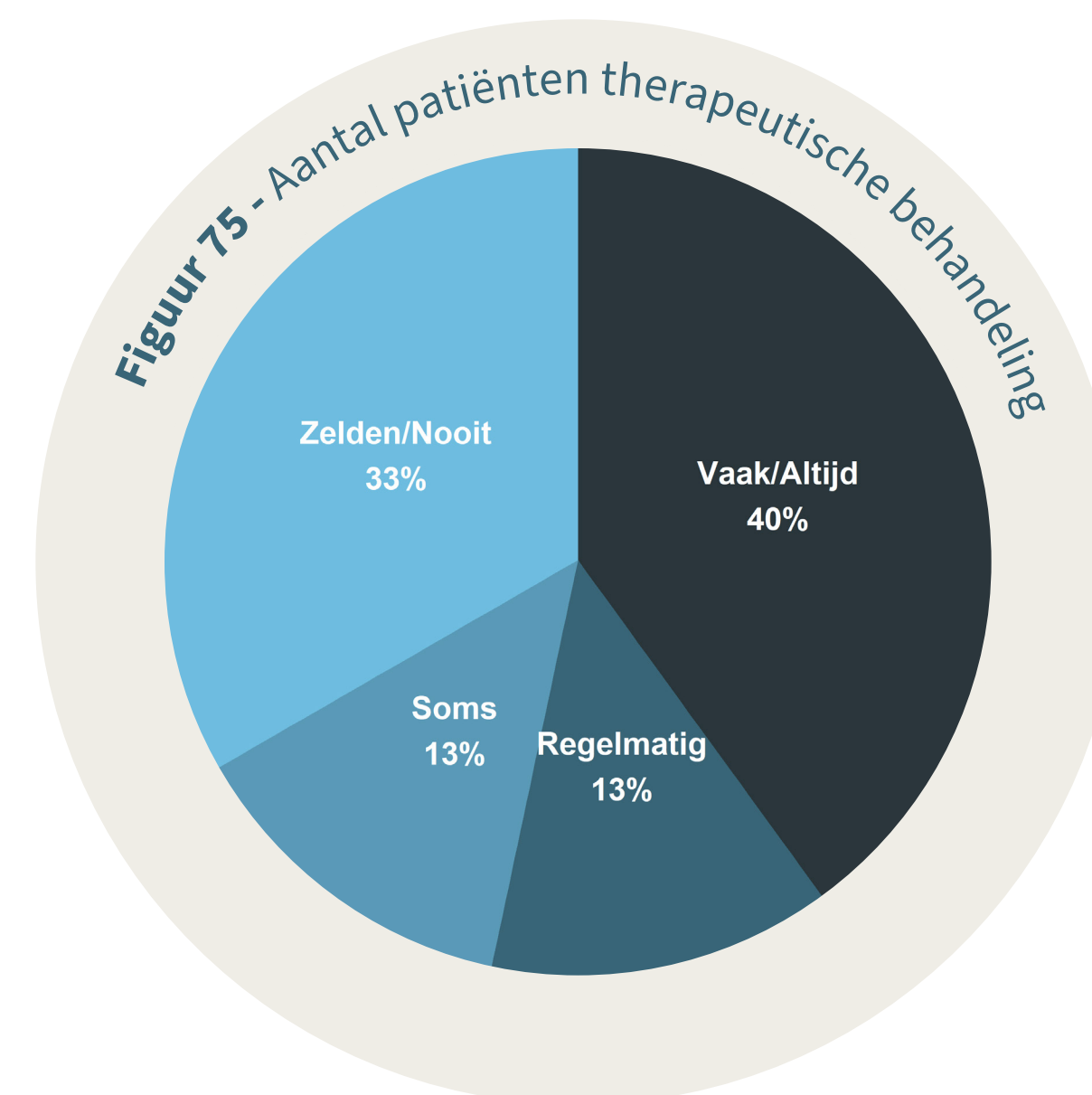
Bij alle interventies, behalve bij farmacotherapie, ervaren veel teams knelpunten.

Therapeutische behandelingen

Twee derde van de teams ervaart één of meerdere knelpunten bij het bieden van therapeutische behandelingen zoals cognitieve gedragstherapie en cognitieve revalidatietraining. Gebrek aan kennis en vaardigheden wordt door 50% van de teams genoemd. Het gaat dan met name om kennis en vaardigheden over het omgaan met comorbide problematiek. Daarnaast wordt ook capaciteit genoemd.



Meerdere teams geven aan dat er te weinig behandelaren zijn die CGT kunnen toepassen, het is dan wel in het aanbod van het team opgenomen maar geen capaciteit om het uit te voeren. Ook is het lastig om patiënten met een psychose voor aanvullende problematiek door te verwijzen. Teams geven in de interviews aan dat dit onder andere komt doordat patiënten met psychotische klachten regelmatig gezien worden als te ingewikkeld om in behandeling te nemen.



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten
en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Verbeterpunten

Van de deelnemende teams geeft 56% aan dat het aanbieden van therapeutische behandelingen een aandachtspunt is voor het team. Deze teams hebben verschillende doelen opgesteld:

- Vergroten van de kennis over verschillende therapeutische interventies bij alle leden van het team.
- Vergroten aanbod therapeutische behandelingen binnen het eigen team of samenwerking zoeken buiten het team.
- Het integreren van eHealth toepassingen in de behandeling.

Teams geven aan het volgende nodig te hebben:

- Scholing op verschillende interventies, zoals CGT.
- Bevorderen van samenwerking met andere teams om zo het behandelaanbod ook te vergroten. Daar is geld en tijd voor nodig.
- Landelijk meer aandacht voor de inzet van CGT bij psychose. Onderzoek naar de mogelijkheden voor het toepassen van CGT door andere disciplines.
- Deskundigheidsbevordering over de mogelijke interventies en de toepasbaarheid daarvan binnen het team.

- Ruimte voor professionals om met elkaar mee te kunnen lopen, om inzicht te krijgen in elkaars werk.

Knelpunten interventies problematisch
middelengebruik

Van de teams ervaart 83% één of meerdere knelpunten bij het aanbieden van interventies voor problematisch middelengebruik. 67% geeft aan dat er knelpunten zijn op het gebied van kennis en vaardigheden. Er is te weinig kennis en expertise binnen de teams over middelengebruik en verslaving. Veel teams vinden het belangrijk dat deze expertise wordt vergroot. Naast expertise geven teams aan dat ze niet altijd het juiste behandelaanbod binnen handbereik hebben. Dit komt deels doordat er te weinig behandelaren zijn, waardoor professionals erg druk zijn en niet altijd alles kunnen aanbieden. Het behandelaanbod is wel aanwezig maar er is te weinig capaciteit voor de uitvoer.

De samenwerking van teams met de verslavingszorg verloopt niet altijd soepel. Deels veroorzaakt door wachtlijsten waardoor zorgvraag en zorgaanbod niet op elkaar aansluiten.

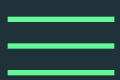
Verbeterpunten

Van de deelnemende teams geeft 69% aan dat het aanbieden van interventies bij problematisch middelgebruik of verslaving een aandachtspunt is. Deze teams hebben verschillende doelen opgesteld:

- Verbeteren van kennis en vaardigheden over middelengebruik en verslaving in het algemeen en meer specifiek over bijvoorbeeld nieuwe middelen of verschillende fases van een verslaving
- Bewustwording van protocollen en mogelijke interventies.
- Behandeling van verslavingsproblematiek integraal onderdeel maken van het behandel-aanbod van het team als er bij patiënten sprake is van comorbide verslavingsproblematiek.

Teams geven aan het volgende nodig te hebben om hiermee aan de slag te gaan:

- Professionals die met elkaar meelopen om inzicht te krijgen in elkaars werk.
- Bijscholing op het gebied van middelengebruik en verslaving.
- Verslavingsdeskundige opnemen binnen het team.



Samenvatting →

Algemeen →

Inleiding →

Teams →

Algemene thema's →

Samen beslissen →

Betrekken van naasten →

Herstelondersteuning →

Evalueren →

Zorgstandaarden →

ADHD →

Angstklachten
en angststoornissen →

Bipolaire stoornissen →

Persoonlijkheidsstoornissen →

Psychose →

Conclusie

De zorgstandaard beveelt veel verschillende interventies aan voor de behandeling van patiënten met psychose, een groot deel hiervan is optioneel.

De zorgstandaard beveelt aan om psycho-educatie, farmacotherapie en cognitieve gedragstherapie altijd aan te bieden. Het aanbod van psycho-educatie en medicatie is binnen de teams goed op orde. De aanwezigheid van CGT in het aanbod leidt niet automatisch tot het toepassen van deze interventie. Dit is door capaciteitsproblemen niet altijd toereikend. Ook een tekort aan kennis (wat is er allemaal mogelijk?) en een tekort aan expertise (hoe geef ik CGT wanneer er sprake is van comorbide problematiek) spelen hierbij een rol.

De in de zorgstandaard benoemde optionele interventies worden wisselend aangeboden.

Dit gebeurt vaak in samenwerking met andere teams binnen of buiten de organisatie. Muziektherapie ontbreekt vaak in het zorgaanbod. Ook cognitieve revalidatie therapie en cognitieve adaptatie therapie worden door weinig teams aangeboden. In de zorgstandaard wordt niet expliciet beschreven wanneer er sprake is van voldoende aanbod van deze interventies en wat de toegevoegde waarde is, het zou teams helpen als dit concreter omschreven wordt.

Teams die zorg bieden aan patiënten met psychose krijgen vaak te maken met comorbiditeit zoals problematisch middelengebruik en verslaving. Veel teams geven aan een tekort aan kennis over middelen, middelengebruik en verslaving te hebben.