

Implementatie van richtlijnen in de ggz

Doet de ggz de juiste dingen?

Implementatie wordt, volgens Barbara van der Linden in het overzichtsartikel van dit themanummer, langzamerhand een eigen vakgebied met een body of knowledge, deskundigen, leerstoelen en een wereldwijd netwerk van implementatiedeskundigen. Aan de ene kant wijzen de ontwikkelingen, die Van der Linden beschrijft, zeker op een toeneemende professionalisering van het vakgebied implementatie. Aan de andere kant worden de inzichten uit de implementatiekunde nog lang niet overal consequent toegepast. Dit artikel gaat, bij wijze van voorbeeld, over de landelijke implementatie van richtlijnen in de ggz.

P. van Splunteren

Vanaf 1999 zijn in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) in totaal 17 multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld, onder meer op het gebied van depressie, angststoornissen, autisme, adhd, schizofrenie en persoonlijkheidsstoornissen. Ze zijn gepubliceerd en verspreid onder betrokken beroepsgroepen: psychiaters, psychologen, verpleegkundigen en vaktherapeuten (zie www.ggzrichtlijnen.nl). De toepassing van deze richtlijnen is niet systematisch onderzocht. Toch zijn er wel aanwijzingen over de mate waarin patiënten de voorkeursbehandeling uit de richtlijn ontvangen. Verschillende onderzoeken komen uit op een schatting van een percentage patiënten tussen de 20-70% dat de aanbevolen behandeling ontvangt. Sommige richtlijnen, zoals depressie en angststoornissen, scoren beduidend hoger dan die op het gebied van schizofrenie en persoonlijkheidsstoornissen (Van Splunteren e.a., 2011). Uit het onderzoek komt naar voren dat verschillende belemmeringen een rol spelen bij de implementatie van richtlijnen. Professionals accepteren, om uiteenlopende redenen, de nieuwe werkwijze niet én organisaties besteden onvoldoende tijd aan scholing en adaptatie van de richtlijn. Wijze van financiering is een veel genoemde belemmering: er bestaan perverse prikkels om patiënten langer dan nodig in behandeling te houden.

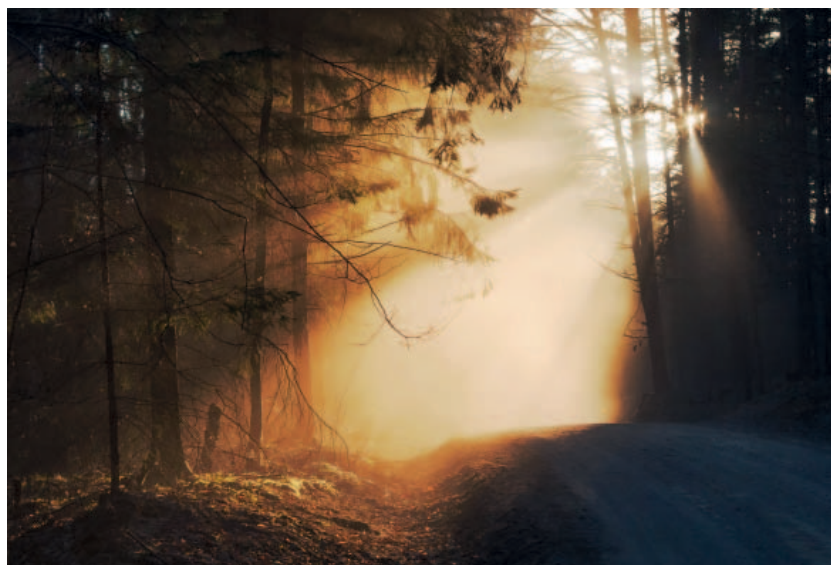
Geen landelijke sturing

Bekijken we de schaarse onderzoeken naar implementatie van richtlijnen in de ggz dan valt met name op dat landelijke sturing op het gebied van richtlijnontwikkeling weliswaar aanwezig is maar steeds vanuit verschillende gremia. De sturing op het gebied van disseminatie en implementatie is echter gebrekkig. Was de ontwikkeling van richtlijnen voor een aantal jaren gegarandeerd, de implementatie kende in het geheel geen structurele ondersteuning. Dit, terwijl inmiddels buiten kijf staat dat richtlijnen zich niet vanzelf implementeren (Cabana ea., 1999; Grol, 2003 ea.; Hutschemakers, 2010). De implementatie kreeg soms een push door middel van doorbraakprojecten (Depressie, Angst, Schizofrenie – Van Splunteren ea., 2011), maar in veel gevallen bleef de implementatie steken in het verspreiden van het materiaal. Een goede uitzondering daarop is de implementatie van de richtlijn suïcidaal gedrag, die recentelijk met hulp van VWS door 113-online, dit is een zelfstandige zorgaanbieder op het gebied van zelfmoordpreventie (zie www.113online.nl), ter hand is genomen. De implementatie van die richtlijn gebeurt vooral door training van professionals en door regionale afspraken te maken tussen zorgaanbieders. Maar een zwak punt blijft dat vooral de implementatie van ggz-richtlijnen ad-hoc geregeld is. En er geen landelijke orgaan verantwoordelijk is voor de 'uptake' en monitoring van het gebruik van richtlijnen in de praktijk. Dit in weerwil van aanbevelingen uit het rapport 'Meer ruimte voor richtlijnen' (Burgers ea., 2011). Zie verder kader 1 met belangrijke aanbevelingen uit het rapport.

Netwerk kwaliteitsontwikkeling ggz

Medio 2012 hebben de overheid en partijen in de ggz een toekomstagenda vastgelegd in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 / 2015 - 2017¹. Uitgangspunt daarbij is dat de zorg rond de patiënt wordt georganiseerd, en niet de patiënt rond de zorg. Dit betekent in de

woorden van het Bestuurlijk Akkoord dat “zorgaanbieders in de GGZ continu passende en doelmatige zorg bieden, continu weer de vraag stellen wat iemand nodig heeft, niet alleen op het moment dat de zorgvraag zich voor het eerst voordoet”. Een andere belangrijke doelstelling van dit Bestuurlijk Akkoord is de stijgende kosten van de ggz een halt toe te roepen, met behoud van kwaliteit, door meer substitutie van patiënten naar goedkopere vormen van zorg en meer nadruk op zelfzorg. In het kader van dit Akkoord en gelet op de kwaliteitsparagraaf werd eind 2013 het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz opgericht (www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl). Dit orgaan, resulterend onder een tripartiete bestuur van NVvP (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie), NIP (Nederlands Instituut van Psychologen) en LPGGZ (Landelijk Platform cliënten- en familieorganisaties), kreeg de opdracht om in de periode 2014 t/m 2017 achttien zorgstandaarden te ontwikkelen voor alle belangrijke aandoeningen binnen de ggz (depressie, angst, persoonlijkheidsstoornissen, bipolaire stoornissen, ADHD, etc). Daarnaast moeten er 24 zogenaamde generieke modules komen over zorgstandaard overstijgende onderwerpen, zoals zelfmanagement, familieondersteuning, psychotherapie en eHealth (voor een compleet overzicht van zorgstandaarden en generieke modules zie de website van het Netwerk). Inmiddels is de machinerie in werking en wordt er door verschillende uitvoerende partijen gewerkt aan de totstandkoming van de kwaliteitsdocumenten. Voor de zorgstandaarden worden bestaande richtlijnen gebruikt of zo nodig geactualiseerd, en daaraan worden paragrafen toegevoegd over kwaliteitsindicatoren, practice based inzichten en organisatie van de zorg. De generieke modules moeten vaak nieuw worden geschreven omdat er geen landelijk geaccrediteerde documenten beschikbaar zijn. Is de ontwikkeling van ruim 40 kwaliteitsdocumenten in een tijdsbestek van nauwelijks drie jaar al een hele tour de force, de implementatie van deze documenten in de praktijk van de ggz is een nog grotere opgave. Het Netwerk start vanaf medio 2016 met een bottom-up strategie waarin uitvoerders (beroepsverenigingen, instellingen, behandelaren) worden uitgenodigd voor max € 50.000 per project de implementatie van de zorgstandaarden ter hand te nemen. Daarnaast wil het Netwerk een voucher systeem in werking stellen (tot ca € 10.000 per voucher) ter stimulering van lokale initiatieven. Met een Implementatievoucher kunnen zorgaanbieders ondersteuning (bijvoorbeeld een adviseur of projectleider) inhuren om zorgpro-



Lukas Jonaitis

Uitzondering is de implementatie richtlijn suïcidaal gedrag.

fessionals te begeleiden bij de vertaling van een of meer zorgstandaarden naar hun eigen praktijksituatie. Het Netwerk kan deze initiatieven garanderen tot eind 2017 maar daarna is het voortbestaan onzeker.

Reflectie

Hieronder puntsgewijs mijn reflectie op de huidige werkwijze bij de implementatie van ggz zorgstandaarden in relatie tot de aanbevelingen uit het rapport Burgers (zie kader).

1. Er is wel sprake van een landelijk aanpak, maar er is geen sturing op onderwerpen, geen sturing op aanpak en geen zicht op systematische evaluatie. De aanpak van het Netwerk lijkt op een schot hagel, waaruit mogelijk zinvolle initiatieven voort kunnen komen maar met een groot risico op lokale projectjes zonder grote impact en met een risico op voortijdig uitdoven.
2. Het initiatief wordt terecht bij de zorgprofessionals en patiëntvertegenwoordigers gelegd. Zij moeten ervoor zorgen dat de standaarden

Aanbevelingen van “Meer ruimte voor richtlijnen”

- Er is meer landelijke sturing nodig om de implementatie van richtlijnen te bevorderen.
- Het Nationaal Kwaliteitsinstituut zou hiervoor een landelijke kwaliteitsagenda moeten opstellen met een keuze van onderwerpen en vijfjarenplanning.
- De ontwikkeling en toepassing van richtlijnen in de praktijk is in principe een zaak van de beroepsgroepen, gefinancierd uit de middelen beschikbaar voor kwaliteitsbeleid.
- Voor elk onderwerp moet een beroepsorganisatie (of consortium van organisaties) worden aangewezen die primair verantwoordelijk is voor de implementatie.
- Patiëntenorganisaties moeten zoveel mogelijk worden betrokken bij de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen.
- De naleving van richtlijnen in de praktijk moet systematisch worden geëvalueerd en teruggekoppeld.

worden gebruikt. Echter, door de verschillende disciplines, belangen en opdeling van de ggz in verschillend gefinancierde compartimenten, is het veld in de ggz verdeeld en versnipperd. Zorgprofessionals en hun vertegenwoordigers kijken eerst naar hun eigen belang, en pas daarna naar het overstijgende algemene belang. Het is de verwachting dat de implementatie van de zorgstandaarden hierdoor verzwakt. Iedere partij gaat eerst op zoek naar eigen voordelen, wat ontbreekt is een gedeelde en overstijgende visie wat nodig is voor de implementatie.

Het staat buiten kijf dat richtlijnen zich niet vanzelf implementeren

3. De patiëntenorganisaties zijn wel betrokken, maar in plaats dat zij samen met de professionals optrekken, moeten zij concurreren met de professionals. Immers, ook patiëntenorganisaties kunnen voorstellen indienen. In feite, herhaalt zich hier hetzelfde proces als bij de zorgprofessionals. Men wordt elkaars concurrent, met een groot risico op initiatieven die elkaar uitdoven in plaats van versterken.

4. Een vierde en laatste punt is het ontbreken van een landelijk systeem voor systematische evaluatie en terugkoppeling. Een landelijk systeem kan er voor zorgen dat er een 'levende' kwaliteitscyclus tot stand komt, waarin leren centraal staat. In andere sectoren (kankercentra, intensive care, huisartsenzorg) werpt een dergelijk systeem zijn vruchten af.

Conclusie

Er is binnen de ggz wel aandacht voor ontwikkelen van richtlijnen, maar weinig erkenning voor de systematische aanpak van de implementatie. De initiatieven op het gebied van ontwikkeling van zorgstandaarden en modules zijn erg ambitieus, en nog niet vertoond in Nederland of daarbuiten. De ontwikkeling van de zorgstandaarden is bedoeld om beschikbare kennis meer toegankelijk te maken voor professionals en patiënten. De manier waarop dat gebeurt, samen met zorgprofessionals en patiënten, geeft draagvlak en biedt een goede basis voor toepassing in de praktijk. Dat dwingt respect af. Maar bij het vinden van oplossingen voor de implementatie wordt te weinig gebruik gemaakt van de bestaande implementatiekennis voor een landelijke en systematische aanpak.

Aanbevelingen

Er is voldoende kennis over implementatie beschikbaar, raadpleeg het genoemde rapport "Meer ruimte voor richtlijnen", of neem de aanbevelingen van het artikel van Van der Linden in dit KIZ-nummer serieus. Niet alleen de ontwikkeling van standaarden vraagt landelijke sturing, ook de implementatie vraagt daarom. De noodzakelijke landelijke sturing kan komen van het Kwaliteitsinstituut. Met professionals en patiëntvertegenwoordigers moeten afspraken gemaakt worden over implementatietrajecten per zorgstandaard. Implementatiedeskundigen en/of kwaliteitsmedewerkers kunnen helpen om in kaart te brengen hoe dat het best kan. Zij hebben daarvoor de kennis en vaardigheden in huis. De professionals moeten er voor zorgen dat de zorgstandaarden worden toegepast. Patiënten, mits goed geïnformeerd en ondersteund, kunnen daarbij een grote rol spelen. Van het allergrootste belang is een systeem om te monitoren wat er vervolgens goed gaat in de praktijk en wat niet (zie punt 4 boven). Zonder zo'n systeem komt de kwaliteitscyclus niet goed op gang. Hoog tijd dus voor een herorientatie, en hopelijk maken de beslissers in de ggz daarbij gebruik van de opgebouwde implementatiekennis.

Noten

- 1 De Minister van VWS heeft begin 2015 het Bestuurlijk Akkoord opgezegd, omdat volgens haar partijen zich tegenstander hadden getoond van een wetswijziging omtrent selectieve inkoop en deze wijziging in de Eerste Kamer sneuvelde. Wat de huidige status van het Akkoord is, is niet duidelijk.

Literatuur

- Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 / 2015 - 2017, 2012 Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 (2012). <http://www.rijksoverheid.nl>
- Burgers J., M. Ouwens, P. van Splunteren, J. Ovretveit (2011), *New Perspectives on implementation of guidelines*. Nijmegen: IQ Healthcare. Rapport.
- Cabana, M.D., Rand, C.S., Powe, N.R., Wu, A.W., Wilson, M.H., Abboud, P.A., Rubin, H.R. (1999). *Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement*. JAMA, 282(15): 1458-1465.
- Grol, R., Grimshaw, J. (2003). *From best evidence to best practice: effective implementation of change in patient care*. The Lancet, 362(9391): 1225-1230.
- Hutschemaekers, G. (2010). *Wetten in de weg en praktische bezwaren, inaugurele rede*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Splunteren, P. van en Hermens MLM (2011), *Van kennis naar actie. Toepassing van richtlijnen in de GGZ*. Gedragstherapie 2011, 44 285 – 297
- Splunteren, P. van, Bosch, A. van den, Kok, I. en Nuijen, J. (2011). *Evaluatie van ggz-doorbraakprojecten*. MGv 7/8 blz 518 – 532

Informatie over de auteur

Peter van Splunteren is senior wetenschappelijk medewerker bij het Trimbos-instituut en lid van de redactie van KIZ.