

De implementatie van de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie binnen geaccrediteerde FACT-teams: een retrospectief dossieronderzoek

M. MOLAG, T. BECKERS, H. VAN DE MORTEL

- ACHTERGROND** Voor de zorg voor patiënten met schizofrenie is een multidisciplinaire richtlijn beschikbaar. In 2009 (recentste cijfers) kreeg 50 tot 75% van de patiënten behandeling volgens de richtlijn.
- DOEL** Het kwantificeren van het verschil tussen de gewenste zorg volgens de multidisciplinaire richtlijn en de praktijk binnen geaccrediteerde FACT-teams voor en na de introductie van de nieuwe richtlijn in 2012.
- METHODE** Crosssectionele dossierstudie waarbij de ingezette interventies bij patiënten met schizofrenie (n = 60) werden gekwantificeerd.
- RESULTATEN** Het overgrote deel van de aanbevolen behandelingen werd aangeboden. Er was een toename wat betreft de inzet van de verschillende behandelingen sinds de invoering van de nieuwe richtlijn in 2012. De inzet van psychosociale interventies bleef achter.
- CONCLUSIE** Hoewel er een toename te zien is in psychosociale behandeling sinds 2012 is deze vooruitgang nog steeds onvoldoende. Verder onderzoek gericht op de oorzaken hiervan wordt aanbevolen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)8, 521-526

TREFWOORDEN dossierstudie, multidisciplinaire richtlijn, schizofrenie



Sinds 2005 is er een multidisciplinaire richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van schizofrenie (Trimbos-instituut 2005) en deze is in 2012 herzien. De richtlijn geeft op basis van wetenschappelijk onderzoek aan welke interventies bij welke indicaties en overwegingen moeten worden uitgevoerd. Eerder onderzoek van Forsner e.a. (2010) laat zien dat hulpverleners de richtlijn regelmatig niet volgen. Bij het uitkomen van de richtlijn in 2005 kreeg naar schatting 25-50% van de patiënten zorg aangeboden volgens de richtlijn (van Duin e.a. 2013). In 2009 kreeg 50-75% van de patiënten zorg volgens de richtlijn, wat onvoldoende vooruitgang is (Van Weeghel e.a. 2011). Het rapport 'Over de brug' beschrijft dat het niet doelmatig en volgens de richtlijn behandelen van patiënten met schizofrenie het herstel van de patiënt en zijn participatie in de

maatschappij tegenwerkt (Phrenos 2014) en volgens Smit (2014) vermindert het niet krijgen van passende zorg de kwaliteit van leven, terwijl het de zorgkosten verhoogt. Schizofrenie is een ernstige psychiatrische aandoening met een *lifetime*prevalentie van 0,5% (De Graaf e.a. 2010) en patiënten ervaren deze ziekte als zeer invaliderend (Van Ewijk 2012). De ernst en prevalentie van schizofrenie maken een passende behandeling, en daarmee het bevorderen van de kwaliteit van leven, bijzonder noodzakelijk (Hengeveld & van Balkom 2014). De recentste versie van de richtlijn (Van Ewijk 2012) bevat een aantal verschillende interventies, die opgedeeld kunnen worden in biologische interventies zoals farmacotherapie en psychosociale behandelingen zoals cognitieve gedragstherapie of gezinsinterventie. Een behandeling moet interventies uit

beide groepen bevatten en kan aangevuld worden met andere interventies. De voornaamste wijzigingen in de richtlijn van 2012 ten opzichte van de eerste richtlijn uit 2005 zijn dat er meer nadruk ligt op het aanbieden van cognitieve gedragstherapie en herstelondersteunende zorg.

Volgens de recentste cijfers (2009) blijft de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie achter. Met dit onderzoek willen wij antwoord geven op de vraag in hoeverre de aangeboden behandeling binnen geaccrediteerde FACT-teams nu overeenkomt met de multidisciplinaire richtlijn uit 2012. Secundair willen we de vraag beantwoorden of er sinds de invoering van de tweede versie (2012) een verschuiving te zien is in de mate van inzet van interventies.

METHODE

Design

We verrichtten een kwantitatieve retrospectieve dossierstudie om terug te kijken welke interventies waren toegepast. De meting werd uitgevoerd in april 2016.

Populatie

Het streekproefkader bestond uit patiënten met schizofrenie ($n = 157$) uit twee geaccrediteerde FACT-teams (waarvan één met excellente implementatie). Dossiers van patiënten tussen de 18 en 65 jaar werden geïncludeerd. Patiënten met een incompleet dossier of die nog in de intakefase zaten (dus nog geen behandelplan hadden), werden geëxcludeerd. Hieruit werden met een enkelvoudige aselechte steekproef uit beide teams 30 patiënten (voldoende voor een representatieve steekproef) geselecteerd.

Dataverzameling

De onderzoeksgegevens (inclusief inclusiecriteria) werden verzameld met dossieronderzoek in het elektronisch patiëntendossier (EPD). Gegevens over de ingezette interventies (gedurende de gehele behandelperiode) werden door de eerste auteur uit behandelplannen en verslagen van multidisciplinair gehaald en opgenomen in de database voor dit onderzoek. Om de data valide te kunnen verzamelen werden deze met een voor dit onderzoek ontwikkeld codeboek geordend. Een onafhankelijke onderzoeker verrichtte willekeurig bij vijf dossiers de dataverzameling ter vaststelling van de betrouwbaarheid.

Analyse

De statistische analyse werd uitgevoerd met SPSS 23. Zowel achtergrondvariabelen als uitkomstmaten werden met beschrijvende statistiek weergegeven.

AUTEURS

MAYA MOLAG-MUSSEN, verpleegkundig specialist, MET ggz, FACT-team Echt, Roermond; thans: MET ggz, Maastricht.

THIJS BECKERS, verpleegkundig specialist, MET ggz, Generalistische basis-ggz chronisch, Roermond.

HARM VAN DE MORTEL, psychiater en opleider, MET ggz, FACT-team Echt, Roermond.

CORRESPONDENTIEADRES

Mw. M. Molag-Mussen, MET ggz, Parallelweg 45-47, 6221 BD Maastricht.

E-mail: mmolag@metggz.nl, hvandemortel@metggz.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 15-1-2018.

Ethische overwegingen

Het onderzoeksvoorstel werd voorgelegd aan de medisch-ethische commissie, die het onderzoek niet wmo-plichtig bevond, onder andere omdat de gegevens anoniem werden verwerkt.

RESULTATEN

Van de 60 dossiers voldeden er 4 niet aan de eisen (1 incompleet, 1 verkeerde diagnose, 2 keer nog geen behandelplan). Om toch aan het gestelde doel van 30 patiënten per team te komen, werden willekeurig 4 andere dossiers geselecteerd. De patiëntkenmerken staan vermeld in **TABEL 1**.

Op basis van het dossieronderzoek (zie **TABEL 2**) kwam naar voren dat het overgrote deel van de aanbevolen behandelingen werd aangeboden. Twee patiënten weigerden de gehele aangeboden behandeling. Medicatie (100%) en somatische screening (90%) waren de interventies die in de meeste gevallen werden ingezet. De aanbevolen interventies cognitieve gedragstherapie (CGT) (27%), gezinsinterventie (47%) en psycho-educatie (77%) werden minder toegepast. In de berekeningen werden de aangeboden behandelingen beschreven inclusief de patiënten die de aangeboden behandelingen hadden geweigerd. In **TABEL 3** en **4** is te zien dat de inzet van de meeste psychosociale behandelingen toenam na de invoering van de multidisciplinaire richtlijn van 2012, bijvoorbeeld gezinsinterventie van 7% naar 31%. De groep patiënten die na de invoering van de richtlijn in behandeling kwam, kreeg vaker de in de richtlijn beschreven interventies dan de groep patiënten die bij de invoering van de richtlijn al in behandeling was.

TABEL 1 Kenmerken van patiënten (n = 60)

	Voor 2012 N (%) of gemiddelde (SD)	Na 2012 N (%) of gemiddelde (SD)
Geslacht		
Man	43 (71,7%)	30 (71,4%)
Vrouw	17 (28,3%)	12 (28,6%)
Leeftijd (bij meting in jaren)	43,9 (SD: 10,8)	40,5 (SD: 11,0)
Duur behandeling in jaren	10,2 (SD: 7,4)	2,9 (SD: 1,4)
Duur klachten in jaren	19,2 (SD: 9,2)	15,8 (SD: 11,25)
Actuele symptomen van schizofrenie		
Geen	3 (5,0%)	1 (5,6%)
Positief	18 (30,0%)	6 (33,3%)
Negatief	12 (20,0%)	2 (11,1%)
Beide	27 (45,0%)	9 (50,0%)
Comorbiditeit		
Geen	31 (51,7%)	7 (38,9%)
As I	13 (21,7%)	5 (27,8%)
As II	5 (8,3%)	2 (11,1%)
As III	6 (10,0%)	1 (5,6%)
As I en II	4 (6,7%)	3 (16,7%)
As I, II en III	1 (1,7%)	0 (0%)
Laatst gemeten GAF	46,5 (SD: 9,8)	45,0 (SD: 9,9)
Woonsituatie		
Zelfstandig	21 (35,0%)	7 (38,9%)
Met thuisbegeleiding	18 (30,0%)	4 (22,2%)
Beschermd wonen	12 (20,0%)	4 (22,2%)
Bij ouders/familie	9 (15,0%)	3 (16,7%)

TABEL 2 Ingezette behandelingen (n = 60)

Interventie aanbevolen volgens richtlijn (2012)	Interventie aangeboden en ingezet N (%)	Interventie aangeboden maar geweigerd N (%)	Interventie niet aangeboden N (%)
Medicatie	54 (90%)	6 (10%)	0 (0%)
Elektroconvulsie therapie	0 (0%)	0 (0%)	60 (100%)
Cognitieve gedragstherapie	13 (21,7%)	2 (5%)	45 (73,3%)
Gezinsinterventie	24 (40%)	4 (6,7%)	32 (53,3%)
Psycho-educatie	41 (68,3%)	5 (8,3%)	14 (23,3%)
Somatische screening	50 (83,3%)	4 (6,7%)	6 (10%)
Crisisplan/signaleringsplan	24 (40%)	4 (6,7%)	32 (53,3%)
Inzet ervaringsdeskundige	8 (13,3%)	3 (5%)	49 (81,7%)
Rehabilitatie	35 (58,3%)	6 (10%)	19 (31,7%)
Individuele plaatsing en steun	10 (16,7%)	4 (6,7%)	46 (76,7%)
Hallucinaties-integratieve therapie	0 (0%)	0 (0%)	60 (100%)
Respijtzorg	0 (0%)	0 (100%)	60 (100%)

TABEL 3 Ingezette behandelingen voor en na invoering van de richtlijn schizofrenie in 2012

	Inzet interventie voor 2012 (n = 42)	Inzet na 2012 (n = 60)
CGT	4 (9,5%)	11 (18,3%)
Gezinsinterventie	3 (7,1%)	19 (31,7)
Psycho-educatie	21 (50%)	25 (41,7)
Somatische screening	13 (30,9%)	41 (68,3%)
Crisisplan/signaleringsplan	11 (26,2%)	17 (28,3%)
Inzet ervaringsdeskundige	0 (0%)	11 (18,3%)
Rehabilitatie	20 (47,6%)	21 (35%)
Individuele plaatsing en steun	5 (11,9%)	9 (15%)
Medicatie	42 (100%)	60 (100%)

DISCUSSIE

Het huidige onderzoek brengt in kaart in hoeverre de interventies die worden beschreven in de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie worden toegepast. Bij alle patiënten wordt medicatie ingezet als interventie. Dit percentage ligt echter aanzienlijk lager bij de aanbevolen psychosociale behandelingen (27% voor CGT ingezet; 77% voor psycho-educatie). Er is een verschuiving te zien in de behandelingen na de invoering van de richtlijn schizofrenie van 2012. Psycho-educatie laat geen toename zien in het totale populatie, maar wel een aanzienlijke groei bij patiënten die pas na 2012 in behandeling zijn gekomen.

Verskil in ingezette behandelingen

Volgens de richtlijn uit 2012 moet de behandeling van schizofrenie minimaal bestaan uit een medicamenteuze behandeling en een psychosociale behandeling. Cognitieve gedragstherapie en gezinstherapie worden zeer aanbevolen (Van Ewijk 2012). Desondanks blijkt dat CGT en gezinsinterventie samen slechts in 62% van de gevallen worden ingezet.

Wanneer we kijken naar de toepassing van de multidisciplinaire richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van schizofrenie zien we dat er in eerste instantie sprake was van een stijgende lijn van 25-50% in 2005 naar 50-75% in 2009. Volgens de resultaten van dit onderzoek is dit percentage echter verder niet meer gestegen. Dit betekent dat een aanzienlijk deel van de patiënten in 2016 geen behandeling kreeg volgens de genoemde richtlijn. Dit is een onwenselijke situatie, aangezien deze richtlijn beschrijft welke behandelingen het effectiefst zijn bij de aandoening en de patiënt die deze niet krijgt dus mogelijk geen optimale behandeling krijgt.

Mogelijke verklaringen

Uit eerder onderzoek komt een diversiteit aan redenen naar voren waarom richtlijnen niet gevolgd worden door hulpverleners (Van Splunteren & Hermens 2011). Zo kan er sprake zijn van een probleem in de implementatie van de richtlijn, kunnen organisatorische aspecten niet optimaal zijn (bijvoorbeeld werkprocessen niet voldoende uitgewerkt) of kunnen bezuinigingen als belemmerende factor worden ervaren. Een andere mogelijkheid is dat de richtlijn niet voorziet in alle situaties waarin de behandeling van een patiënt met schizofrenie in terecht kan komen

TABEL 4 Vergelijking ingezette behandelingen tussen patiënten die hun behandeling startten voor en na de invoering van de richtlijn

	Inzet behandeling bij patiënten voor wie de behandeling startte voor invoering richtlijn (n = 42)	Inzet behandeling bij patiënten voor wie de behandeling startte na invoering richtlijn (n = 18)
CGT	14,2%	27,8%
Gezinsinterventie	23,8%	50,0%
Psycho-educatie	23,8%	83,3%
Somatische screening	61,9%	83,3%
Crisisplan/signaleringsplan	30,9%	22,2%
Inzet ervaringsdeskundige	19,0%	6,7%
Rehabilitatie	16,7%	77,8%
Individuele plaatsing en steun	7,1%	33,3%
Medicatie	85,8%	100,0%

(Smit 2014; Phrenos 2014). De oorzaak dat de betreffende multidisciplinaire richtlijn niet bij iedereen wordt toegepast, zal waarschijnlijk liggen in een combinatie van genoemde factoren, wat betekent dat de oplossing zich ook in de breedte op alle oorzaken zal moeten richten.

Sterke punten en beperkingen

Een sterk punt van dit onderzoek is dat de aangeboden interventies volgens een rigide methode zijn onderzocht, wat de betrouwbaarheid van de resultaten vergroot. Een mogelijke beperking is dat alleen dossieronderzoek is gedaan bij de huidige behandelinstelling van de patiënten. Hierbij is maar beperkt zicht (alleen voor zover overgenomen in het huidige dossier) op de inhoud van eerdere behandeltrajecten bij andere aanbieders van deze zorg. Tevens zou onderzoek bij meer verschillende teams voor een grotere generaliseerbaarheid hebben gezorgd.

CONCLUSIE

Volgens de resultaten van dit onderzoek krijgt op dit moment, net als in 2009, 25% van de patiënten met schizofrenie in behandeling bij een geaccrediteerd FACT-team geen behandeling volgens de multidisciplinaire richtlijn. Aandacht voor een betere implementatie van de beschikbare richtlijnen is nodig. Hierbij rust een verantwoordelijkheid op de individuele professionals in de ggz om zich te bekwamen in de uitvoering van de richtlijnen, maar rust er ook een verantwoordelijkheid bij de instellingen om organisatorische aspecten (zoals werkprocessen) op orde te hebben en om de toepassing van de multidisciplinaire richtlijn goed te faciliteren. Daarnaast is aanvullend onderzoek naar oorzaken van de niet optimale implementatie van multidisciplinaire richtlijnen wenselijk.

LITERATUUR

- Duin D van, Franx G, van Wijngaarden B, van der Gaag M, van Weeghel J, Slooff C, e.a. Bridging the science-to-service gap in schizophrenia care in the Netherlands: the Schizophrenia Quality Improvement Collaborative. *Int J Qual Health Care* 2013; 25: 626-32.
- Ewijk W van. Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie: richtlijn voor de diagnostiek, zorgorganisatie en behandeling van volwassen cliënten met schizofrenie: samenvatting. Utrecht: Trimbos-instituut; 2012.
- Forsner T, Hansson J, Brommels M, Wistedt AA, Forsell Y. Implementing clinical guidelines in psychiatry: a qualitative study of perceived facilitators and barriers. *BMC Psychiatry* 2010; 10: 8.
- Graaf R de, Ravelli A, Langendoen Y, Spijker J, Vollebergh WA, Bijl R. Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. NEMESIS-2: Opzet en eerste feiten. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.
- Hengeveld MW, van Balkom AJLM. Leerboek psychiatrie (2e druk). Utrecht: De Tijdstroom; 2014.
- Leung A, Chue P. Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000; 401: 3-38.
- Phrenos/Projectgroep ernstige psychische aandoeningen. Over de Brug - plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen. Utrecht: kenniscentrum Phrenos; 2014.
- Smit, D. Richtlijnen: gouden standaard of keurslijf? *Psychopraktijk* 2014; 6: 28-31.
- Splunteren PTVS van, Hermens LM. Van kennis naar actie. *Gedragstherapie* 2011; 44: 285-97.
- Weeghel J van, van de Lindt S, Slooff C, van de Kar F, van Vugt M, Wiersma D. A regional assessment of the quality of care for people with schizophrenia in the Netherlands. *Psychiatric Serv* 2011; 62: 789-92.
- Werkgroep schizofrenie. Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie: Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en zorgorganisatie van mensen met schizofrenie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2005.

SUMMARY

The implementation of the multidisciplinary guidelines for treatment of schizophrenia in teams for flexible assertive community treatment: a retrospective study of patient files

M. MOLAG, T. BECKERS, H. VAN DE MORTEL

- BACKGROUND** A multidisciplinary guideline is available for the care for patients suffering from schizophrenia. In 2009 (most recent statistics) 50-75% of the patients were treated according to this guideline.
- AIM** To quantify the difference between the desired treatment according to the multidisciplinary guideline and the daily practice in teams for flexible assertive community (FACT) treatment before and after the introduction of the new guideline in 2012.
- METHOD** Cross-sectional study of cases that retrospectively quantifies the applicator interventions in 60 patients with schizophrenia.
- RESULTS** Most of the recommended interventions are available. There is an increase in use of the recommended treatments since the introduction of the new guideline in 2012. The use of psychosocial interventions is lagging.
- CONCLUSION** Despite the increase shown in psychosocial treatment since 2012, it remains inadequate. Further research into the causes of the inadequate use of the available interventions is recommended.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)8, 521-526

KEY WORDS case study, multidisciplinary guideline, schizophrenia