



STUURGROEP

Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling

GGZ

Nieuwsbrief GGZ-richtlijnen

De *Nieuwsbrief GGZ-richtlijnen* is een uitgave van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ.

Inhoud nummer 8

Vierde jaargang | december 2005

- 2 De Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling ADHD bij kinderen en jeugdigen: ten doop tijdens het Nationaal Congres ADHD**
- 3 Vraaggespek met: Fons Dekkers, voorzitter van de Werkgroep 'Samen Beslissen' (patiëntenversies van richtlijnen)**
- 5 De richtlijnen Angststoornissen en Depressie gereed!**
- 6 Multidisciplinaire richtlijnen: stand van zaken**

Nieuwe producten

Te bestellen bij het Trimbos-instituut: via www.trimbos.nl/producten of www.ggzrichtlijnen.nl/overzicht_richtlijnen; of per e-mail: bestel@trimbos.nl, onder vermelding van titel en artikelnummer.

- *Multidisciplinaire Richtlijn ADHD bij kinderen en jeugdigen 2005*
Artikelnummer AF0635, € 17,50
- *Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen 2005*
Artikelnummer AF0636, € 17,50
- *Patiëntenversie multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen*
Artikelnummer AF0629, € 5,00
- *Patiëntenversie richtlijn Depressie*
Artikelnummer AF0630, € 5,00
- *Samenvatting Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen*
Deze verschenen nog niet eerder in boekvorm
Artikelnummer AF0633, € 10,00
- *Samenvatting Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie*
Artikelnummer AF0639, € 10,00

Van de redactie

'Het einde is in zicht' schrijft Lourens Henkelman, secretaris van de Landelijke Stuurgroep, in zijn 'Stand van zaken'. Dit betreft 'slechts' de eerste vijf richtlijnen waarmee de Stuurgroep in 2000 dit traject startte. Het is goed om even achterom te kijken en te bezien wat er langs welke weg is bereikt in de afgelopen periode. De Stuurgroep voert daarom een interne evaluatie uit van het richtlijnontwikkelingsproces. Maar het einde van dit traject lijkt toch nog lang niet in zicht! Want, zo blijkt, er is behoefte aan meer: uitbreiding van bestaande richtlijnen en ontwikkeling van nieuwe. Zo zullen in 2006 zullen de richtlijnen voor Somatoforme stoornissen en Huiselijk geweld starten. Zijn de basis- ofwel 'moederrichtlijnen' er eenmaal, dan is dat weer de start voor het maken van afgeleide producten, bedoeld voor de dagelijkse praktijk.

Zo'n aanverwant product is een patiëntenversie van een richtlijn. Hiervan verschenen er de afgelopen periode twee: een voor de richtlijn Angststoornissen en een voor de richtlijn Depressie. Fons Dekkers, voorzitter van de werkgroep die deze geheel nieuwe en unieke producten vorm en inhoud gaf, vertelt over het hoe en waarom van patiëntenversies en wat je ermee kunt als patiënt.

De richtlijn ADHD bij kinderen en jeugdigen verschijnt in december. Een eerste exemplaar van de richtlijn werd op het Nationaal Congres ADHD op 12 oktober alvast ten doop gehouden. Marjon Vink, projectleider Klankbordgroep ADHD verhaalt over deze doop en het belang van deze richtlijn.

De Multidisciplinaire Richtlijn ADHD: ten doop tijdens het Nationaal Congres ADHD

In december 2005 zal de *Multidisciplinaire Richtlijn voor diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen* in druk verschijnen. Dan beschikken niet alleen de cliënten en het veld van de GGZ over een evidence based leidraad voor beslissingen bij diagnostiek en behandeling van kinderen met ADHD. Ook sectoren als de jeugdgezondheidszorg, de residentiële zorginstellingen en het onderwijs hebben dan een goed document beschikbaar om de zorg voor kinderen met ADHD evidence based vorm te geven.



Geassisteerd door Jaap Fransman, voorzitter van de Klankbordgroep ADHD, wordt de richtlijn gedoopt door Lourens Henkelman.

De richtlijn

De richtlijn werd letterlijk ten doop gehouden tijdens het Nationaal Congres ADHD, dat op 12 oktober j.l. plaatsvond in De Meervaart in Amsterdam. Dit slotcongres van de Klankbordgroep ADHD bood een uitgelezen podium om de verschijning van deze richtlijn aan te kondigen.

De 500 congresbezoekers werden in een goede stemming gebracht toen Lourens Henkelman, secretaris van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ de doop verrichtte en het enige en eerste exemplaar met champagne overgoot. De aangename geur die zich in de zaal verspreidde kon als troost dienen voor de afwezigheid van de opdrachtgever van deze richtlijn: het Ministerie van vws. De geplande overhandiging aan de Directeur Curatieve Zorg van het Ministerie werd kort tevoren afgezegd.

Wel aanwezig waren de leden van de Werkgroep die deze eerste richtlijn voor kinderen en jeugdigen onder voorzitterschap van drs. Hans Heiner heeft opgesteld. Deze werkgroep heeft een complexe opdracht uitgevoerd. ADHD is de meest voorkomende stoornis op het terrein van de kinderpsychiatrie: 3 tot 5% van alle kinderen heeft ADHD. Kinderen met ADHD vragen heel veel zorg en begeleiding van ouders en leerkrachten, en een goede behandeling door professionele hulpverleners. Maatschappelijk levert ADHD regelmatig discussies op: over de medicatie (Ritalin, Concerta, Strattera), over het verband tussen ADHD en verslavingsproblemen, en over de stigmatiserende werking van de diagnose. ADHD is daarom voor de hulpverleners in het veld een bron voor heel wat vragen over hoe zij het beste en verantwoord kunnen handelen. Vele disciplines hebben hiervoor de recente wetenschappelijke kennis verbonden met de opvattingen van ervaren deskundigen en met de meningen van de cliëntvertegenwoordigers. Zo geeft deze *Multidisciplinaire Richtlijn ADHD bij kinderen en jeugdigen* nu antwoorden op de vragen uit het veld.

De betrokken beroepsverenigingen van psychologen, psychiaters, psychotherapeuten, en verpleegkundigen en ook patiënten- familieorganisaties hebben de richtlijn geautoriseerd; dat wil zeggen geldig verklaard, dan wel er mee ingestemd. Alleen de huisartsenorganisatie NHG heeft te kennen gegeven de richtlijn niet te autoriseren. Niet zozeer omdat er inhoudelijke bezwaren zouden zijn, maar omdat de fase die voorafgaat aan een eventuele verwijzing in de richtlijn niet aan bod komt. Daardoor is voor de huisarts deze richtlijn in beperkte mate relevant. De insteek van de richtlijn is vooral een specialistische benadering in de fasen van diagnostiek en behandeling.

Het Nationaal Congres ADHD

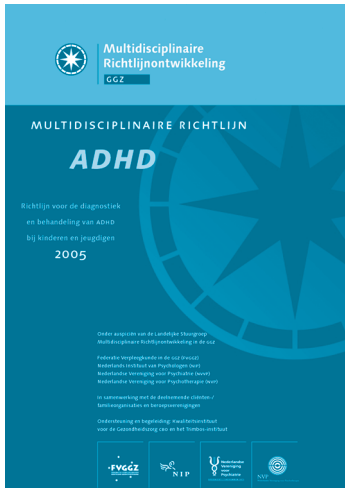
Tijdens het Nationaal Congres ADHD, de slotmanifestatie van de Klankbordgroep ADHD, is in enkele sessies ook inhoudelijk aandacht besteed aan de functie van deze richtlijn voor de hulpverleningspraktijk. De Klankbordgroep ADHD is een groep van ADHD-deskundigen en beleidsmakers uit zorg en onderwijs, die in de afgelopen drie jaar werkte aan de uitvoering van het Advies van de Gezondheidsraad ter verbetering van zorg en onderwijs bij ADHD. Eén van de aanbevelingen van de Gezondheidsraad betrof nu juist de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn. Zo heeft de Klankbordgroep het wordingsproces van de richtlijn nauwlettend gevolgd. En zo kon het Congres in de gelijktijdige afronding van de beide processen een natuurlijk moment bieden om de nieuwe richtlijn onder de aandacht te brengen van een breed publiek. Tijdens het Forum aan het eind van deze congresdag werd uitgesproken dat het nu gaat om het gebruiken



van deze richtlijn en om de inbedding van dit instrument en andere kwaliteitsproducten in de regionale organisatie van zorg en onderwijs bij ADHD. De aanwezige forumleden, onder wie een lid van de Tweede

Kamer, bevestigden dat dit implementatieproces in het veld nog wel de nodige ondersteuning vergt. Een voorstel van de Klankbordgroep ADHD aan het Ministerie van vws om de evidence based kennis te kunnen verankeren in de praktijk werd dan ook ruim gesteund. Het woord is nu aan het Ministerie van vws. Aan de belangstelling bij de congresgangers en de inschrijving voor ontvangst van de richtlijn ontbreekt het niet.

Marjon Vink
Projectleider Klankbordgroep ADHD,
Trimbos-instituut



doel de communicatie tussen professional en patiënt te verbeteren en op gelijkwaardige basis te laten verlopen. Wat is het volgens u dat de communicatie tussen professional en patiënt zo lastig maakt dat het nog steeds onderwerp van gesprek is en dat er zelfs hulpmiddelen ontwikkeld worden om dit proces te ondersteunen?

Ik ben daar mijn hele leven eigenlijk al mee bezig. Ik ben op het spoor gekomen vanuit de patiënteninformatie. Eind jaren zeventig was ik werkzaam bij Elsevier, daar maakt ik films over bijvoorbeeld hartinfarcten en andere aandoeningen. Middels die films probeerden we patiënten een idee te geven over wat hen te wachten stond als ze bijvoorbeeld een bepaalde ingreep moesten ondergaan. Destijds was patiëntenvoorlichting echt nog een *non-issue*, ik gaf in die tijd ook lezingen aan ziekenhuizen en groepen artsen en dan zaten ze soms te kijken alsof je van Mars kwam. Gelukkig is er inmiddels een hoop gebeurd op dit vlak. Maar patiënten voorlichten is een moeilijk vak. Sommige professionals kunnen dit heel goed, maar je wordt niet 'gediskwalificeerd' als arts wanneer je dit niet goed beheerst. Het maakt in die zin geen essentieel deel uit van het vak. Patiënten worden helaas nog steeds niet systematisch voorgelicht over wat ze hebben, wat de prognose is, hoe de behandeling eruit ziet, enz. enz. In de psychiatrie ligt dit nog zeker 2 à 3 dimensies ingewikkelder dan in de somatische gezondheidszorg. Dit komt onder andere omdat de beroepsbeoefening in de GGZ nog maar sinds kort op basis van richtlijnen en standaarden, en dus op goed systematisch denken en handelen, begint te functioneren. Wanneer je als behandelaar geen helder plan van aanpak in je hoofd hebt en zelf geen goed inzicht hebt in wat de volgende stap zal zijn, dan is dat een enorme drempel om heldere voorlichting aan de patiënt te geven.

De patiëntenversies zijn afgeleid van de richtlijnen. In de richtlijn is het patiëntenperspectief meegenomen en de richtlijnen zijn ook ontwikkeld voor patiënten. Waarom is het dan toch nodig om aparte patiëntenversies van de richtlijnen te maken?

Die richtlijnen zijn toch primair geschreven voor professionals. Weliswaar is het patiëntenperspectief meegenomen, maar dat betreft dan meer het perspectief van de patiënt in het medisch, of verpleegkundig handelen. Daarnaast zijn de richtlijnen geschreven in de taal van professionals, in de systematiek van professionals. De richtlijnen zijn niet geschreven met het doel door patiënten begrepen te worden.

Vraaggesprek met: Fons Dekkers, voorzitter werkgroep 'Samen Beslissen'

Afgelopen oktober verschenen de *Patiëntenversies van de multidisciplinaire richtlijnen Depressie en Angststoornissen*. In dit vraaggesprek vertelt de heer Fons Dekkers, voorzitter van de werkgroep 'Samen Beslissen', over nut en noodzaak van deze patiëntenversies en over het ontwikkelingsproces.

In oktober 1993 was u te gast bij Ischa Meijer, u was toen nog algemeen directeur van de Nederlandse Patiënten-Consumenten Federatie (NP-CF). Hier vertelde u onder meer over uw proefschrift over het recht op informatie (1979) dat de basis vormde voor de latere regeringsnota 'Patiëntenbeleid' (1981), waardoor de rechten van patiënten voor het eerst politieke aandacht kregen in het parlement.

Nu, op de kop af 12 jaar later, heeft de werkgroep 'Samen Beslissen' onder uw gedegen voorzitterschap, een tweetal patiëntenversies van de richtlijnen ontwikkeld. Deze patiëntenversies hebben onder andere als



Wie is Fons Dekkers?

Dr. mr. Fons Dekkers is consultant op diverse terreinen (o.a. Oost-Europa). Voorheen was hij onder meer werkzaam als directeur van de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP-CF), directeur van diverse instellingen in psychiatrie en zorg, officier van Justitie; journalist; filmproducent; en onderzoeker. Hij is tevens auteur van diverse boeken over voorlichting en patiëntenrecht.

Er is al heel veel voorlichtingsmateriaal voor patiënten, wat voegt deze patiëntenversie daar nou nog aan toe?

De richtlijn moet als standaard en basissystematiek voor het denken van professionals gelden. Er van uitgaande dat dat ook gebeurt, is de richtlijn dus de grondslag waarop de patiënt tegemoet wordt getreden in de diagnostische fase met een behandelplan. Wanneer de patiënt dan over een afgeleide van die richtlijn beschikt, de patiëntenversie, is dat het meest geschikte hulpmiddel voor een heldere, gestandaardiseerde en gelijkwaardige communicatie tussen professional en patiënt.

De patiëntenversies hebben een drietal functies. Ten eerste moeten ze voorlichten. De patiëntenversies laten de patiënt een beetje meekijken door de bril van de professional. Hierdoor krijgt de patiënt zicht op de stoornis, de mogelijke vervolgstappen en mogelijke therapieën, zodat iemand zich daar enigszins op kan oriënteren. De patiëntenversies hebben dus een voorlichtende functie, maar dan wel op basis van de richtlijn die de behandelaar ook hanteert.

Ten tweede is het een hulpmiddel bij de communicatie. Beide partijen hebben dezelfde standaardinformatie bij de hand. Aan de hand van deze gemeenschappelijke kennis kan de communicatie over de gang van zaken en het behandeltraject gelijkwaardiger verlopen.

De patiënt kan zo dus beter de eigen verantwoordelijkheid nemen en meebeslissen over wat er moet gebeuren.

Ten derde kunnen de familie en direct betrokkenen via de patiëntenversie een beeld krijgen van wat er aan de hand is op basis van dezelfde informatie waarover de patiënt en de professional beschikken. Op die manier hebben familie en direct betrokkenen ook een zeker kader waarbinnen ze de patiënt beter kunnen ondersteunen en weten ze zelf ook enigszins wat ze te wachten staat.

Deze patiëntenversies zijn ontwikkeld door een werkgroep, waarvan u de voorzitter bent, in samenwerking met focusgroepen, een klankbordgroep en medewerkers van het Trimbos-instituut. Wat was hierin uw taak als voorzitter?

Uiteraard was het mijn taak ervoor te zorgen dat het tijdspad en de kwaliteit gewaarborgd werden. Daarnaast is het belangrijk dat mensen elkaar verstaan en op die manier tot gemeenschappelijke conclusies kunnen komen. Ook heb ik geprobeerd te kijken door de ogen van de 'gemiddelde patiënt', die ineens geconfronteerd wordt met een stortvloed van indrukken en informatie uit een 'andere wereld'. Op die manier heb

ik geprobeerd te bewaken dat het resultaat begrijpelijk en toepasbaar is voor een grote groep.

Wat zijn de valkuilen geweest? En wat moeten we bij de ontwikkeling van volgende versies dus anders doen?

Het bleek lastig om over het voetlicht te brengen wat een patiëntenversie nou eigenlijk is; wat het doel nu is. Al doende kwamen we erachter dat de ideeën hierover in de werkgroep uiteen liepen. We hebben nu, na de nodige oefening in het afgelopen traject, een helder beeld van wat de patiëntenversie wel en niet is. Ook is het heel belangrijk om de functie en de doelgroep al in het beginstadium helder te definiëren. Een voordeel bij de nog te ontwikkelen versies is dat er nu een voorbeeld ligt, iets dat de huidige werkgroep nog heeft moeten ontberen.

Het is ook heel belangrijk dat het 'eigenaarschap' meteen duidelijk is, dit is ook voor de implementatie een heel belangrijke factor.

Een andere valkuil is dat je niet ten onder moet gaan in gekissebis over details, maar dat je de grote lijn in de gaten moet houden. Niet dat dit bij het ontwikkelen van de twee patiëntenversies die er nu liggen erg aan de orde was, maar het is iets waar je bij elk proces voor op je hoede moet zijn.

Nog een valkuil is de begrijpelijkheid. Je moet het professionele denkkader zien te ontstijgen; je moet echt in staat zijn de belevingswereld van de patiënt te verwoorden. Dat is de missie maar tegelijkertijd is het een grote valkuil, want het is heel moeilijk. Je moet in staat zijn het hele proces door de ogen van een patiënt te zien en te ervaren wat er in het hoofd van de patiënt omgaat. Het zit hem in de accenten die je in de inhoud legt. Het is bij de huidige versies volgens mij redelijk gelukt, en dat is een compliment voor de redactie en de werkgroepleden. Het ontwikkelen van patiëntenversies van de richtlijnen staat nog in de kinderschoenen, het is een vorm die nog moet evolueren. Daarnaast kan de aanpak en de toon ook weer per stoornis verschillen. Bij de richtlijn ADHD bijvoorbeeld zou je eigenlijk twee patiëntenversies moeten maken, een voor de jongere met ADHD en een voor de ouders. De belevingswereld van een jongere met ADHD is een andere dan die van de ouders en de belangen lijken soms tegenover elkaar te staan. Datzelfde speelt bij jongeren met een eetstoornis. Samenvattend zou je kunnen zeggen dat het resultaat dat er nu ligt een eerste stap is, maar dat we er nog niet zijn.



De volgende fase is het verspreiden en implementeren van de patiëntenversies. Waar gaat uw voorkeur naar uit als we het over de implementatie hebben?

Helaas is het nog niet duidelijk in hoeverre het verspreidings- en implementatie plan gerealiseerd gaat worden. Dit betreurt ik, al begrijp ik dat het geen eenvoudige opgave is. Mijn voorkeur gaat er naar uit dat de huisarts de patiënt de patiëntenversie overhandigt. Een grote bak in de wachtkamer waar de patiënt er een uit kan pakken werkt niet. De huisarts kan bij het uitreiken van het boekje de patiënt kort informeren over het doel en de functie van het boekje. De patiëntenversies zijn bij uitstek geschikt voor patiënten die in de eerste lijn te horen krijgen dat ze mogelijk een depressie of een angststoornis hebben. Patiënten die helemaal aan het begin van een behandeltraject staan. Daarnaast kunnen de patiëntenversies ook in de tweede lijn of via de patiënten of familieorganisaties verspreid worden, maar mijn voorkeur gaat in eerste instantie uit naar verspreiding via de huisarts.

[Red.: een gesprek tussen de secretaris van de Landelijke Stuurgroep en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en hun beider implementatiedeskundigen echter, leverde op dat men er geen heil in zag om alle huisartsen een exemplaar toe te sturen. Dit vanuit de gedachte dat de huisarts de patiënt zou kunnen wijzen op het bestaan van een patiëntenversie. Het NHG verwacht dat de patiëntenversies op een grote stapel bij de huisarts zouden blijven liggen of in het 'niets' zouden verdwijnen. Er zijn wel afspraken gemaakt met het NHG om in de zg. 'patiëntenbrieven' voor huisartsen aan te kondigen dat de patiëntenversies voor Angststoornissen en Depressie er zijn. Daarnaast zijn enkele duizenden flyers (een voor patiënten en een voor behandelaren) eind november breed verspreid onder patiënten- en familieorganisaties, zorgaanbieders en beroepsverenigingen.]

■



Patiëntenversies angststoornissen en depressie gereed!

Ze zijn af, de Patiëntenversies van de multidisciplinaire richtlijnen Angststoornissen en Depressie, en we zijn er trots op! In het buitenland zijn voor bepaalde aandoeningen, zowel in de somatische als in de geestelijke gezondheidszorg, al patiëntenversies ontwikkeld, maar binnen de Nederlandse richtlijnontwikkeling is dit een uniek product.

Wat is het?

De patiëntenversies zijn verschenen in boekvorm en digitaal als PDF-bestand. De boekjes zijn ongeveer 45 bladzijden dik en behandelen wat de stoornis is, hoe de stoornis wordt vastgesteld en kan worden behandeld. Verder wordt beschreven hoe patiënt en professional samen kunnen vaststellen wat de beste en meest passende zorg is. Tot slot geeft het boekje informatie hoe om te gaan met de stoornis, zowel voor patiënten als voor hun omgeving. Het boekje sluit af met praktische informatie over relevante (patiënten)organisaties, boeken, adressen en wetgeving.

De patiëntenversie heeft een dus een drietal functies:

- Het voorlichten van de patiënt
- Het voorlichten van de omgeving van de patiënt
- Hulpmiddel bij de communicatie tussen patiënt en professional

Wat is het niet?

Een patiëntenversie is geen *decision aid*. Een *decision aid* is een instrument om keuzes te kunnen maken (uit bijvoorbeeld diverse behandelmogelijkheden). Een patiëntenversie is ook een instrument dat ondersteunt is bij het maken van keuzes. Dat leidt soms tot verwarring. Er zijn echter een aantal belangrijke verschillen.

Een patiëntenversie is bedoeld als hulpmiddel bij de communicatie tussen patiënt en professional. Een *decision aid* daarentegen, kan zelfstandig worden gebruikt. De patiënt kan bij wijze van spreken thuis op de bank de *decision aid* doornemen en een beslissing nemen.

De patiëntenversie is bedoeld voor een brede groep patiënten, bijvoorbeeld alle patiënten met de diagnose depressie. Een *decision aid* richt zich juist op een specifieke groep patiënten, bijvoorbeeld patiënten met een langdurige milde depressie.

Een patiëntenversie geeft informatie over behandelingen, terwijl een *decision aid* de behandelingen met elkaar vergelijkt.



Een *decision aid* bevat alle informatie om een keuze te kunnen maken, terwijl een patiëntenversie alle informatie bevat om op gelijkwaardige basis met de professional te kunnen overleggen.

Implementatie

Flyers, één voor patiënten en één voor behandelaars met compacte informatie over wat patiëntenversies zijn en kunnen betekenen, worden verzonden aan patiënten- en familieorganisaties, zorgaanbieders en de beroepsverenigingen.

■

Multidisciplinaire richtlijnen: stand van zaken Het 'einde' is in zicht

Formeel eindigt dit jaar het door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gefinancierde meerjarenproject Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ.

De eerste reeks van vijf multidisciplinaire GGZ-richtlijnen is met ondersteuning door het CBO en het Trimbos-instituut dan tot stand gebracht.

In december verschijnen de twee laatste richtlijnen van deze reeks: *ADHD bij kinderen en jeugdigen en Eetstoornissen*.

Het Ministerie van vws heeft besloten om een vervolg te geven aan dit traject. In 2006 en 2007 is een beperkte vorm van financiering beschikbaar gesteld voor het ontwikkelen van de richtlijnen:

- 1 Somatoforme stoornissen
- 2 Huiselijk geweld
- 3 Twee addenda bij de richtlijn depressie, een voor ouderen en een voor jongeren.

Het streven van de Stuurgroep is om naast het afleveren van multidisciplinaire richtlijnen ook per richtlijn een handzame samenvatting te maken en zo mogelijk ook andere richtlijnproducten zoals patiëntenversies, algoritmen, digitale versies en dergelijke. Dat streven kan niet in zijn geheel met het beschikbare budget gerealiseerd worden. Immers het goed en zorgvuldig maken van een multidisciplinaire richtlijn, geautoriseerd door de BIG beroepsverenigingen en goedgekeurd door de andere samenwerkende verenigingen, patiënten- en familieorganisaties is geen goedkoop traject. Zo is een deel van het budget bijvoorbeeld gebruikt voor langduriger ondersteuning van de richtlijnwerkgroepen vanwege opgelopen vertragingen.

Die vertragingen hebben diverse redenen.

- Het proces van richtlijnteksten schrijven door de professionals en experts in de richtlijnwerkgroepen vraagt veel meer tijd dan tevoren was voorzien en te plannen.
- Het zoekproces naar de wetenschappelijke literatuur en het waarderen en beoordelen ervan op basis van de uitgangsvragen, verloopt minder snel dan voorzien. Enerzijds heeft dat te maken met de, op zich begrijpelijke, wens van veel experts om de richtlijn compleet en volledig te maken. Het valt dan ook niet mee om ieders enthousiasme te moeten temperen. Een richtlijn is nu eenmaal geen leerboek of handboek (dat informatie verstrekt over alle mogelijke aspecten van een stoornis vanuit diverse invalshoeken). Bij een richtlijn gaat het er echter om een document te maken gefocust op de knelpunten waarmee de professionals in de behandeling en diagnostiek worstelen. Er worden aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies geformuleerd, zodat hulpverleners en patiënten goede beslissingen kunnen nemen inzake de zorg. Aanbevelingen die gebaseerd zijn op evidence, professionele kennis en wensen, voorkeuren en ervaringen van patiënten. Anderzijds is dat literatuurzoek- en beoordelingsproces tijdrovend. Er moeten keuzes worden gemaakt. Werkgroepleden met weinig ervaring hierin wordt door de ondersteunende instituten dan ook een EBRO- (Evidence Based RichtlijnOntwikkeling) stoomcursus aangeboden.
- De commentaarfase is vaak tijdverslindend omdat de beroepsverenigingen ieder op hun eigen manier vormgeven aan een procedure om leden, al dan niet georganiseerd, te laten reageren op de concepttekst van de richtlijn.
- De autorisatiefase is eveneens een lastig te plannen en goed te regelen fase. De beroepsverenigingen hebben hun eigen vergadercycli die meestal niet in overeenstemming is te brengen met die van de richtlijnmakers. Daar kan soms maanden verschil in zitten. Begrijpelijk ook omdat je toch verwacht dat de richtlijnen goed gelezen, bestudeerd en becommentarieerd worden.

Inmiddels zijn ook dankzij de financiële hulp van Zon/Mw twee patiëntenversies van de richtlijnen Depressie en Angststoornissen ontwikkeld, samen met professionals en patiënt- familievertegenwoordigers.

Het mooiste zou zijn om van iedere moederrichtlijn een werkbaar samenvatting te maken, een patiëntenversie en een landelijk basisprogramma. Helemaal compleet zou het setje worden als er tevens een



digitale versie van iedere richtlijnen zouden komen (denk aan Internettoepassingen). En ook nog een stroomdiagram dan wel een beslisboom, en per discipline een monodisciplinair uittreksel met daarin de meest belangrijke aanbeveling voor een bepaalde beroepsgroep. We zijn naarstig op zoek naar financiering.

Met dit instrumentarium kan de GGZ kwalitatief een sprong voorwaarts maken mits de implementatie stevig wordt doorgezet, waarover meer in de volgende Nieuwsbrief.

In december 2005 ziet de balans en de planning van het richtlijnenprogramma er als volgt uit:

Stoornis	Richtlijn	Samenvatting	Cliëntversie	Basisprogramma ²
Angststoornissen	2003	2004	2005	2005
Depressie	2005	2005	2005	2005
Schizofrenie	2005	2005	2006	2006/2007 ¹
ADHD	2005	2006	2006	2006 ¹
Eetstoornissen	2005	2006	2006	2005
Persoonlijkheidsstoornissen	2007	2007	2008 ¹	
Alcoholmisbruik en -afhankelijkheid	2007	2007	2008 ¹	
Problematisch gebruik van Drugs	2007	2007		
Vroegtijdige interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen	2007	2007		
Huiselijk geweld	2007/2008	2008		
Somatoforme stoornissen	2007/2008	2008		
Addendum Depressie bij ouderen	2006			
Addendum Depressie bij jongeren	2006			

¹ Mits financiering
² De productie van Landelijke Basisprogramma's gebaseerd op de richtlijnen valt buiten het meerjaren project richtlijnontwikkeling Ministerie van vws

Hier mogen we met recht trots op zijn.

Dr. Lourens Henkelman
 Secretaris Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijn-
 ontwikkeling in de GGZ, Trimbos-instituut



De Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijn- ontwikkeling in de GGZ

Taakstelling

De Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ is in 1999 door het ministerie van vws ingesteld en heeft een drietal taken:

- 1 Het creëren van een breed draagvlak voor de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ
- 2 Het vaststellen van de onderwerpen voor deze richtlijnontwikkeling
- 3 Het initiëren en coördineren van bestaande en toekomstige trajecten van richtlijnontwikkeling

Samenstelling

Voorzitter is dhr. R.M.W. Smeets.

De overige leden zijn:

- ir. T. van Barneveld, *Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO*
- dr. H.H.G.M. Lendemeijer, *Federatie Verpleegkunde in de Geestelijke Gezondheidszorg (FVGGZ)*
- dr. A.N. Goudswaard, *Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)*
- dr. P.M.A.J. Dingemans, *Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)*
- dr. P.A. de Groot, *Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP)*
- prof. dr. G. Hutschemaekers, *Katholieke Universiteit Nijmegen (KUN)*
- prof. dr. J.A. Swinkels, *adviseur namens Trimbos-instituut*
- prof. dr. R.W. Trijsburg, *Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)*
- drs. H. Verburg, *Trimbos-instituut*
- Secretaris: dr. A.L.C.M. Henkelman, *Trimbos-instituut, telefoon (030) 295 9297, e-mail lhenkelman@trimbos.nl*

Naast de Landelijke Stuurgroep is een begeleidingscommissie ingesteld met daarin vertegenwoordigers van Zorgverzekeraars Nederland, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het ministerie van vws, GGZ Nederland en ZonMw (samenwerkingsverband van Zorg-Onderzoek Nederland zon en de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek, gebied Medische Wetenschappen nwo-mw).

Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het Trimbos-instituut zorgen in het hele traject van de richtlijnontwikkeling voor methodologische en organisatorische ondersteuning. Daarnaast verzorgt het Trimbos-instituut deze Nieuwsbrief GGZ-richtlijnen en de bijbehorende website www.ggzrichtlijnen.nl.

Meer Informatie

Informatie over de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ kunt u krijgen bij:

Secretariaat Programma's en Richtlijnen,
Trimbos-instituut
Telefoon (030) 2971131
E-mail lmuis@trimbos.nl

Colofon

Redactie

Lourens Henkelman, Trimbos-instituut
Liesbeth Muis, Trimbos-instituut
Telefoon (030) 2971100
E-mail ggzrichtlijnen@trimbos.nl
Postbus 725
3500 AS Utrecht



Lourens Henkelman



Liesbeth Muis

Vormgeving

Conefrey/Koedam BNO, Zeist

Drukwerk

PlantijnCasparie, Den Haag

Overname van gedeelten van de inhoud is toegestaan, mits de bron wordt vermeld. Toezending van twee bewijs-exemplaren stelt de redactie zeer op prijs.

ISSN 1570-8136

© Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen in de GGZ, 2005.

Nog geen abonnee?

Een gratis abonnement op deze Nieuwsbrief ontvangt u door u op onderstaand webadres aan te melden:
www.ggzrichtlijnen.nl
of door per e-mail een verzoek te sturen aan:
ggzrichtlijnen@trimbos.nl