Akwa GGZ

Alliantie kwaliteit Geestelijke Gezondheidszorg

Rapport

Uitkomsten Online Panel Akwa GGZ - Diagnostiek

7 juli 2022

Inhoud

1	Achtergrond online panel en onderzoek diagnostiek	3
2	Belangrijkste bevindingen en vervolg	3
3	Aanmelden - Fase 1	5
4	Diagnosticeren - Fase 2	10
5	Indiceren – Fase 3	16
6	Evalueren – Fase 5	17
7	Kwaliteit diagnostiek	18
8	Bijlage 1: Achtergrondkenmerken respondenten	19

Achtergrond online panel en onderzoek diagnostiek

Akwa GGZ heeft een online Panel met meer dan 850 ggz-professionals. Doel van het panel is om de praktijkervaring en mening van ggz-professionals in te zetten voor het verbeteren van kwaliteit in de ggz. Aanleiding voor dit onderzoek is de publicatie van de nieuwe generieke module Diagnostiek. Er is nog weinig bekend over hoe diagnostiek in de praktijk werkt. De uitkomsten geven hier beter zicht op om zo het gebruik van de module te kunnen ondersteunen. De vragenlijst is verstuurd naar 670 panelleden die vanuit hun beroep betrokken zijn bij diagnostiek en door 289 panelleden ingevuld.

Belangrijkste bevindingen en vervolg

Algemeen beeld
In het online panel is getoetst in welke mate in de praktijk volgens de kernaanbevelingen van de generieke module Diagnostiek wordt gewerkt. Het beeld is positief: veel respondenten werken al op een grotendeels volgens de module. De inhoudelijke screening wordt door veel organisaties uitgevoerd en dit gebeurt meestal door een inhoudelijk professional. De beschrijving van de diagnose is uitgebreid en er wordt zo nodig extra expertise betrokken bij de diagnostiek.
Wel zijn er een aantal punten die nog aandacht behoeven. Zo is de informatieoverdracht bij de verwijzing vaak onvolledig en wordt in de evaluatiefase nog weinig naar diagnose, classificatie en de indicatie gekeken.

Informatie bij aanmelding patiënt vaak onvolledig
De kwaliteitsstandaard beschrijft dat bij de aanmelding van de patiënt in de geestelijke gezondheidszorg informatie over de klachten, de hulpvraag van patiënt en eventuele eerdere behandeling beschikbaar moet zijn. In de praktijk blijkt deze informatie regelmatig nog onvolledig te zijn. De informatie die zorgprofessionals het vaakst missen gaat over eerdere relevante behandelingen en sociale problematiek.

Meeste organisaties voeren inhoudelijke screening uit
De kwaliteitsstandaard stelt dat een inhoudelijk professional de screening uitvoert. Uit de resultaten van het panel blijkt dat dit in de praktijk ook vrijwel altijd gebeurt. Bijna alle respondenten geven aan dat er in de organisatie een inhoudelijke screening plaatsvindt. Dit gebeurt door een inhoudelijk professional; meestal een psycholoog of verpleegkundige.
De meeste patiënten vervolgen na de screening het diagnostisch proces bij dezelfde organisaties. Een klein deel van de patiënten wordt na de screening doorverwezen naar een andere zorgaanbieder of terugverwezen naar de verwijzer. Belangrijkste redenen hiervoor zijn dat de zorgzwaarte niet past bij het zorgaanbod van de organisatie of de hulpvraag en het hulpaanbod onvoldoende aansluit.

Beschrijving diagnose is uitgebreid
De kwaliteitsstandaard beschrijft een onderwerpen die in een diagnose minimaal aan bod komen. Aan de panelleden is gevraagd welke van deze onderwerpen zij benoemen in de diagnose. Meest genoemd zijn de aard, de ernst, het ontstaan, de betekenis en het beloop van de klachten. Respondenten geven aan dat zij het belangrijk vinden dat de diagnose uit meer bestaat dan alleen een DSM-classificatie. Driekwart van de respondenten neemt de classificatie op in de diagnose.
Respondenten zetten vaak extra hulp in bij het diagnosticeren. Het vaakst wordt dit gedaan middels bespreking van de patiënt in een multidisciplinair overleg of in intervisieverband.

Diagnose, classificatie en de indicatie niet altijd onderwerp bij het evalueren
De kwaliteitsstandaard stelt dat in een (tussentijdse) evaluatie de voortgang van het zorgproces door de patiënt en betrokken professionals wordt besproken. Hierbij komt ook nadrukkelijk de vraag aan de orde of de eerder gestelde diagnose, de classificatie, de indicatie, de behandeling en/of het zorgplan nog passend zijn of bijgesteld dienen worden.
De meeste respondenten evalueren de behandeling het zorgplan. Minder respondenten bespreken de diagnose classificatie en indicatie.

Zorgprofessionals ervaren verschillende knelpunten bij diagnostiek
Gedurende het hele diagnostische proces kunnen zich knelpunten voordoen, zo is de ervaring van panelleden:

- In de aanmeldfase is de informatie vaak onvolledig en zijn wachtlijsten binnen eigen organisatie of bij eventuele doorverwijzingen belemmerend.
- Bij de diagnostiekfase ervaren respondenten vaak een gebrek aan tijd.
- Evalueren blijkt lastig wanneer behandeldoelen niet concreet genoeg blijken te zijn of deze tijdens de behandeling zijn gewijzigd.

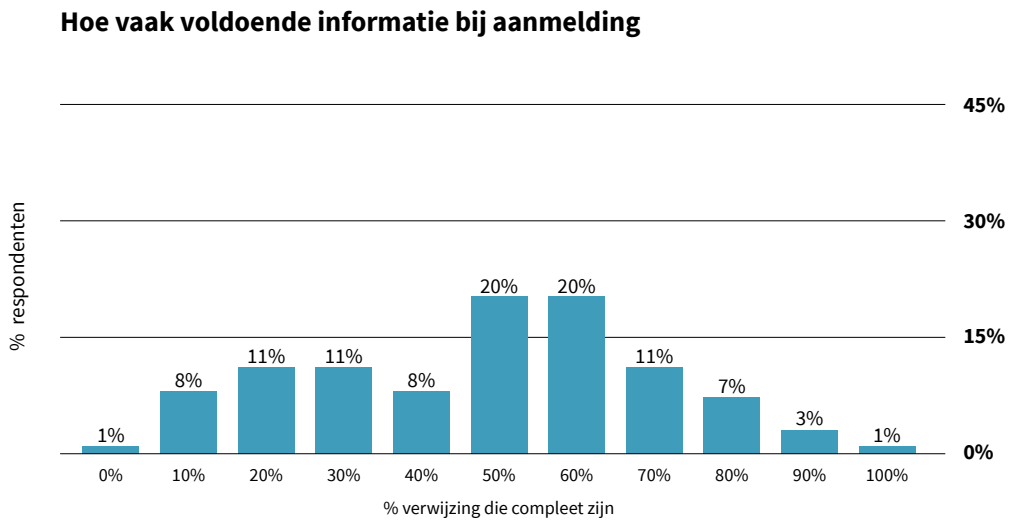
Vervolg
Dit panel is onderdeel van een groter onderzoek waarin Akwa GGZ in kaart brengt wat de impact is van implementatie van de generieke module Diagnostiek in de praktijk. De komende tijd wordt bij een aantal GGZ instellingen en een aantal vrijgevestigde professionals via interviews onderzocht hoe zij hun diagnostische proces hebben ingericht, en wat de impact zou zijn op hun diagnostische proces wanneer er volgens de generieke module zou worden gewerkt.
Alle verzamelde informatie vormt de input voor een implementatieplan ter ondersteuning van het gebruik van de generieke module Diagnostiek in de praktijk.

Aanmelden – Fase 1

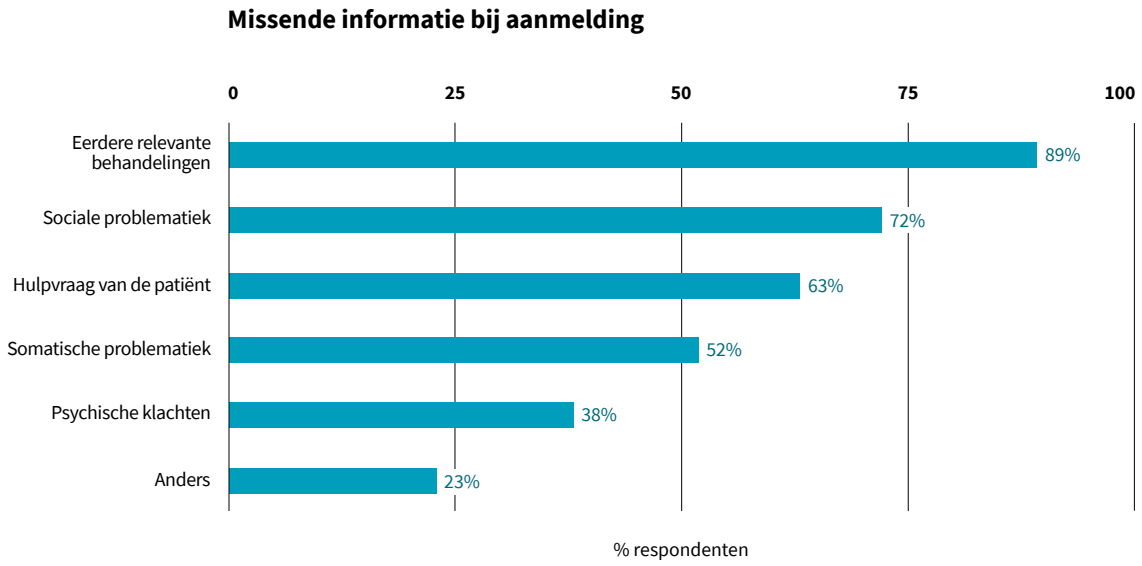
De module Diagnostiek stelt over aanmelding het volgende:

Het moment dat de patiënt wordt aangemeld bij de ggz, vormt het startpunt voor het zorgproces in de ggz. Bij het startpunt in de ggz is het belangrijk dat informatie over de klachten (psychisch, somatisch en sociaal), de hulpvraag van patiënt en eerdere relevante behandelingen voor psychische klachten beschikbaar is. Aan de hand van deze informatie voert een inhoudelijk professional een eerste screening uit op basis van de generieke criteria van een psychische aandoening.

204 respondenten zijn betrokken bij de fase van aanmelden en hebben de vragen hierover beantwoord.



→ Bijna alle respondenten geven aan dat de informatie bij aanmelding niet altijd volledig is.
→ De meeste respondenten (40%) geven aan dat de informatie in 50 of 60% van de verwijzingen volledig is.

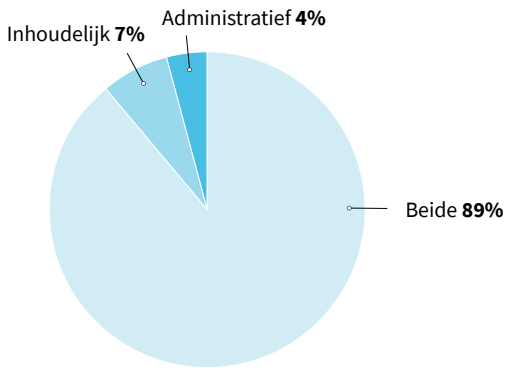


De informatie die door de meeste respondenten gemist wordt gaat over eerdere relevante behandelingen (89%), sociale problematiek (72%) en de hulpvraag van de patiënt (63%). Hierin zijn geen grote verschillen tussen de gespecialiseerde en de generalistische basis ggz.

Genoemde antwoorden bij “Anders” zijn:
Het systeem van de patiënt/naasten: 9 respondenten
Problematiek zoals middelengebruik of financiële problemen: 8 respondenten
Eerder diagnostisch onderzoek: 7 respondenten

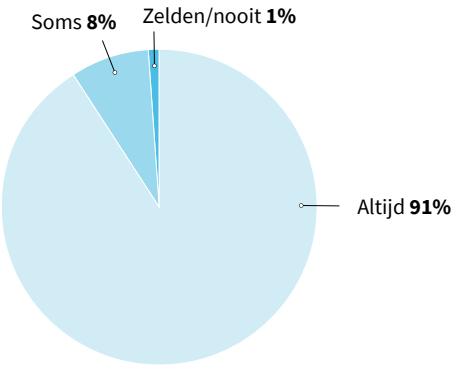
De module Diagnostiek over screening :
De screening en triage worden uitgevoerd door een professional die goed toegerust is in het breed onderzoeken van de problemen van de patiënt en de context waarbinnen deze problemen plaatsvinden

Type screening na aanmelding



→ Bijna 90% van de respondenten geeft aan dat er, in de organisatie waar zij werkzaam zijn, na aanmelding zowel een administratieve als een inhoudelijke screening plaatsvindt.
→ 7% van de respondenten zegt dat er alleen een inhoudelijke screening plaatsvindt en 4% dat er alleen een administratieve screening plaatsvindt.

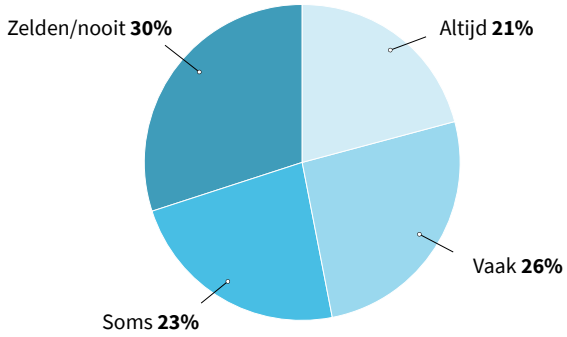
Uitvoer screening door inhoudelijke professional



→ Van de respondenten zegt 91% dat de screening altijd door een inhoudelijk professional wordt uitgevoerd. Professionals die dit doen zijn meestal psychologen en verpleegkundigen.

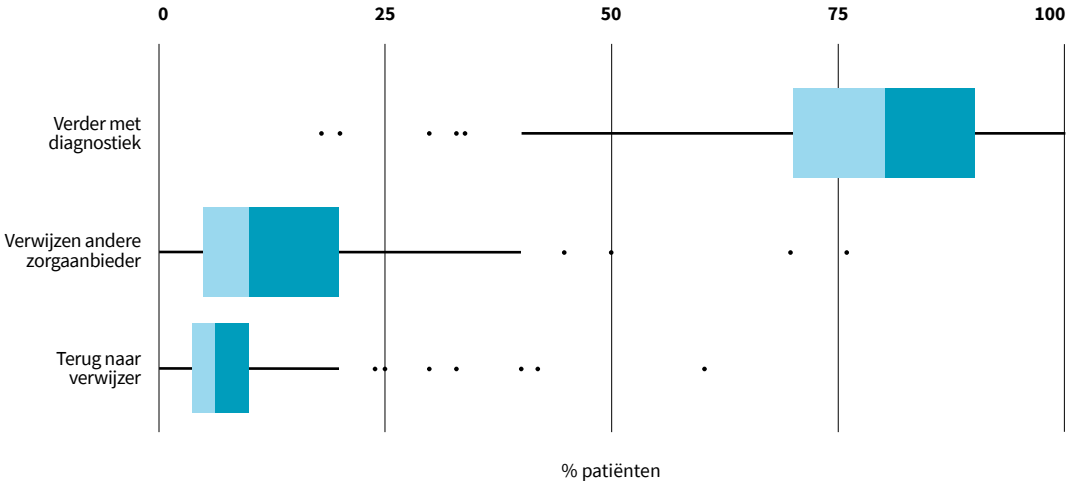
De module Diagnostiek geeft een aanbeveling over ondersteuning bij de screening:
De professional kan gebruik maken van instrumenten om de screening en de triage te ondersteunen.

Gebruik instrumenten



→ Respondenten antwoorden verdeeld op de vraag of zij instrumenten gebruiken ter ondersteuning van de screening en triage.
→ Van de respondenten doet 21% dit altijd, 26% vaak, 23% soms en 30% zelden of nooit.

Resultaat screening



→ Bij de meeste patiënten wordt de screening vervolgd door diagnostiek (mediaan 80%)
→ Als er wordt doorverwezen, gebeurt dit meestal naar een andere zorgaanbieder (mediaan 10%) en minder vaak terug naar de verwijzer (mediaan 6%).
→ Er zijn geen grote verschillen tussen de gespecialiseerde en generalistische basis ggz in het resultaat van de screening.

De meest genoemde redenen om door te verwijzen zijn:

1. De zorgzwaarte past niet. Patiënt die naar gespecialiseerde ggz is doorverwezen, past meer in de basis ggz of andersom (76 respondenten).
2. De zorgvraag en het hulpaanbod sluiten niet op elkaar aan. Benodigde specifieke expertise is niet aanwezig of de patiënt heeft baat bij een bepaalde behandeling die niet wordt geboden (62 respondenten).
3. Andere problematiek staat op de voorgrond, meestal verslaving (28 respondenten).
4. De instelling heeft lange wachtlijsten of een intakestop (15 respondenten).

Redenen om terug te verwijzen zijn:

1. Er is geen sprake van ggz problematiek of geen DSM-5 diagnose te stellen (29 respondenten).
2. De zorgzwaarte past niet (27 respondenten).
3. De zorgvraag en het hulpaanbod sluit niet op elkaar aan (12 respondenten).

77% van de respondenten ervaart knelpunten in de fase van het aanmelden, meest genoemd zijn:

Onvolledige verwijzing (63 respondenten)
Informatie bij aanmelding patiënt vaak onvolledig

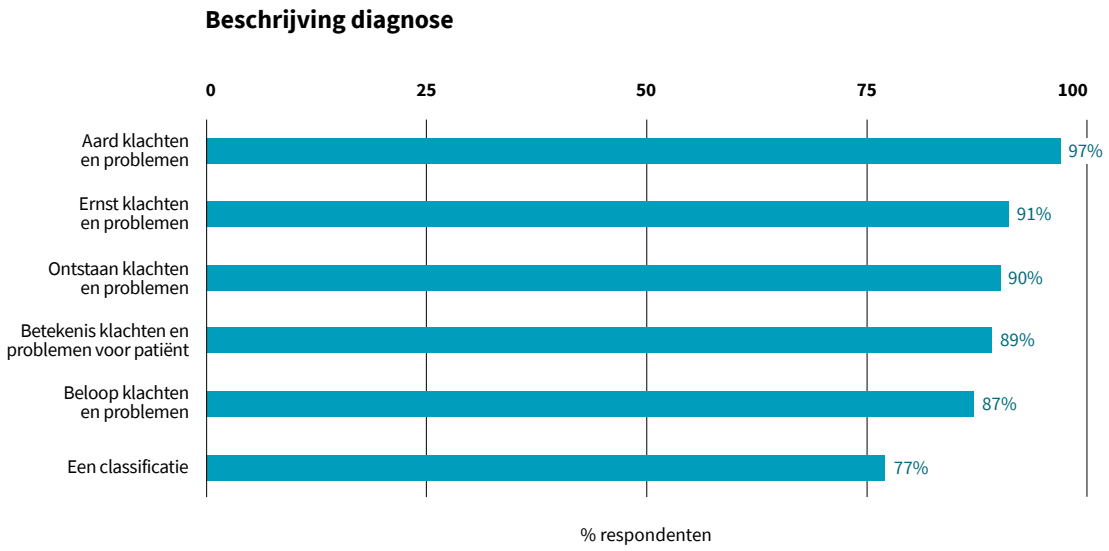
Wachtlijsten (38 respondenten)
Zowel in eigen organisatie als bij doorverwijzen naar andere organisaties.

Onjuiste verwijzing (25 respondenten)
Te zwaar/te licht voor setting of hulpvraag past niet bij hulpaanbod.

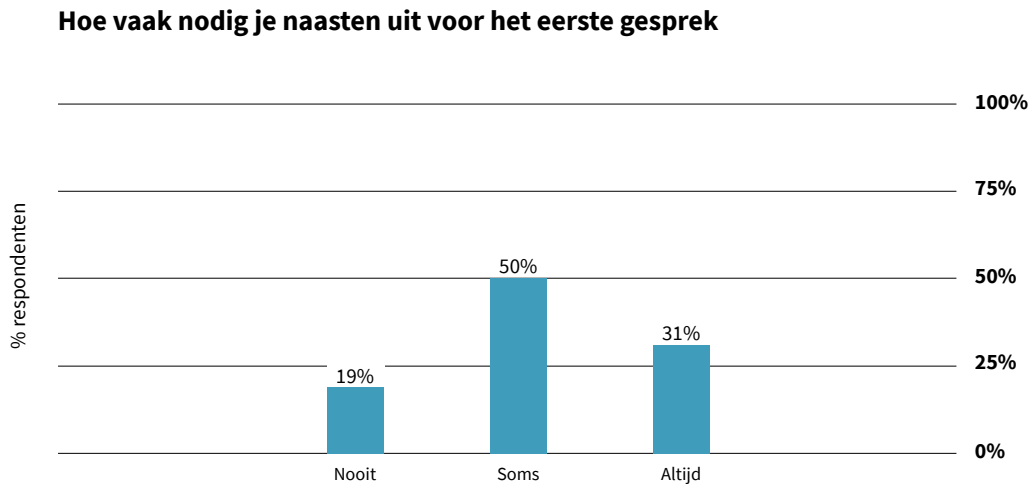
Diagnosticeren - Fase 2

De generieke module Diagnostiek vermeldt over deze fase:
In deze fase verzamelt de professional informatie om een beter beeld te krijgen van de patiënt. Als afronding van deze fase wordt een diagnose opgesteld.

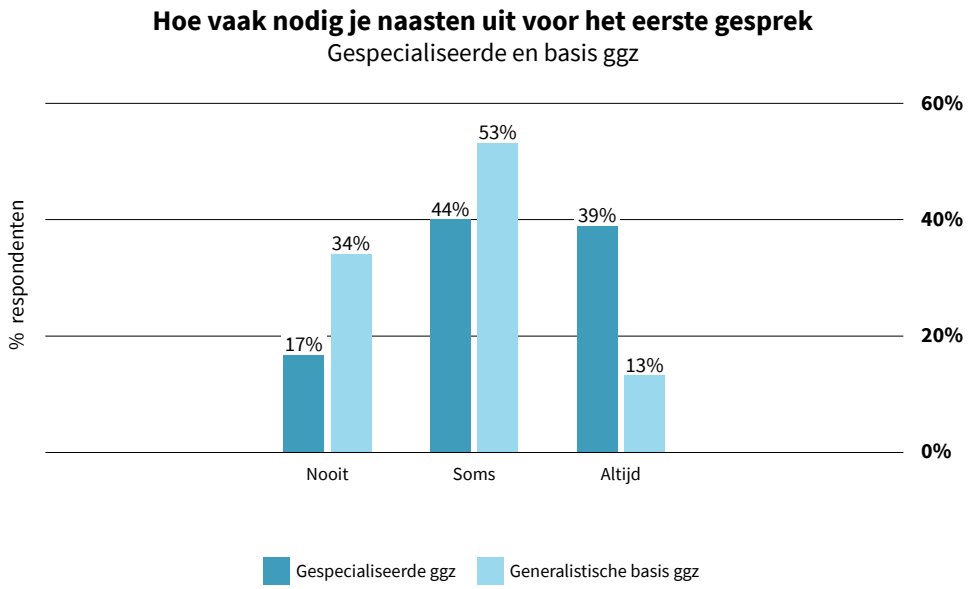
228 respondenten zijn betrokken bij de fase van diagnosticeren en hebben de vragen hierover beantwoord.



→ De meeste respondenten beschrijven de aard (97%), de ernst (91%), het ontstaan (90%), de betekenis (89%) en het beloop (87%) van de klachten en problemen als onderdeel van de diagnose.
→ De classificatie wordt door 77% van de respondenten beschreven.

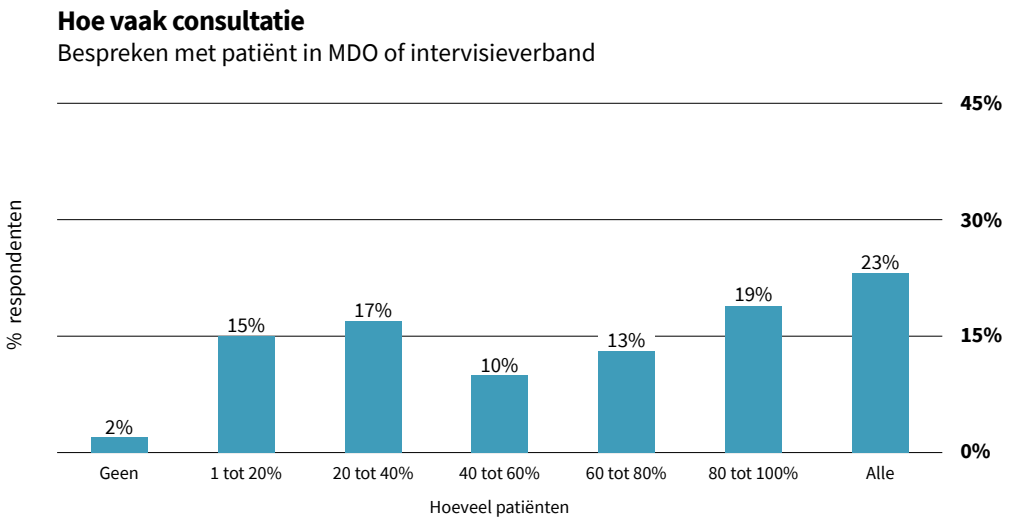


→ Van de respondenten nodigt 31% altijd naasten uit voor het eerste gesprek, 19% doet dit nooit. De overige respondenten doen dit soms. Er is een enorme spreiding in hoe vaak zij dit doen (niet uit deze grafiek af te lezen).

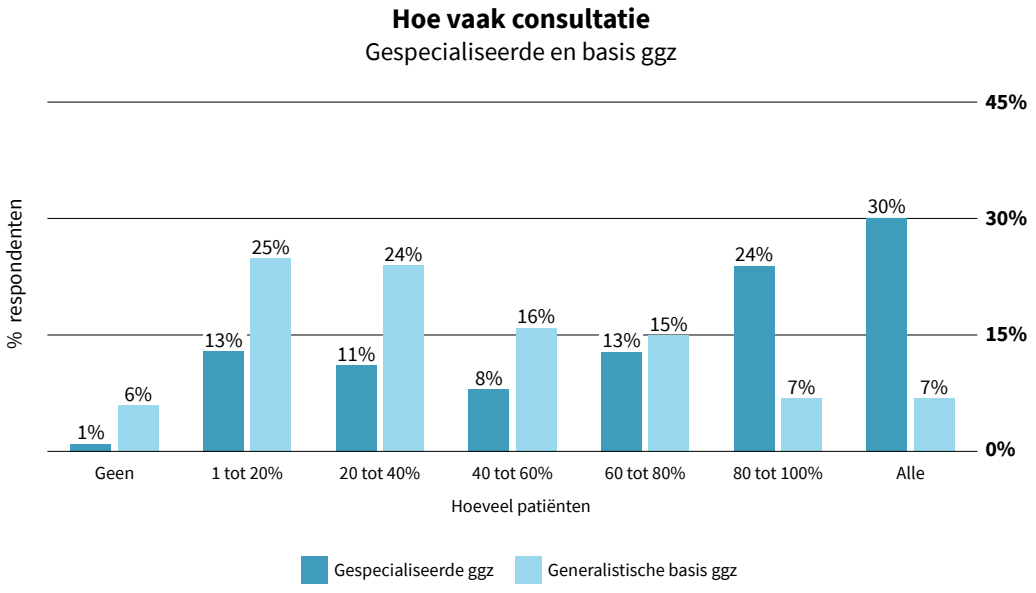


→ In de gespecialiseerde ggz worden naasten vaker uitgenodigd voor het eerste gesprek dan in de generalistische basis ggz.

Soms is het nodig om een andere professional in te schakelen om hiervoor de juiste informatie te verzamelen.

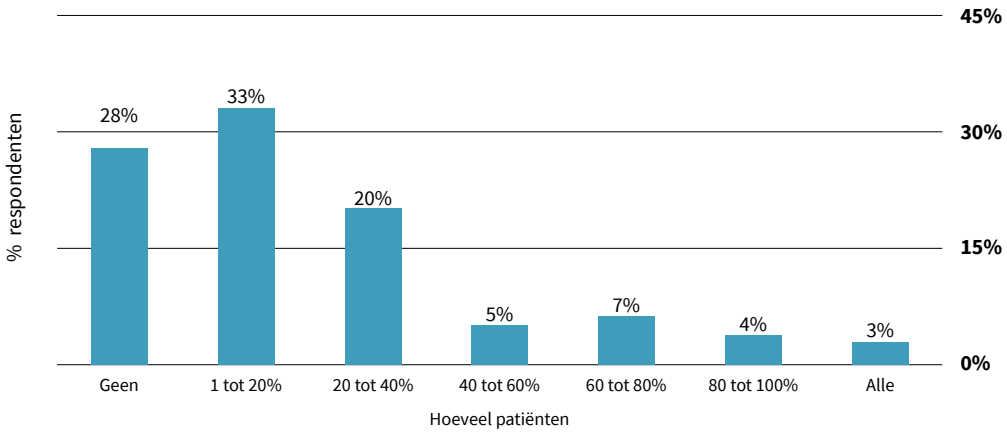


Een mogelijkheid om informatie te verzamen is via consultatie, bijvoorbeeld middels het bespreken in een multidisciplinair overleg of in intervisieverband. Bijna alle respondenten doen dit wel eens maar er is een grote spreiding in bij hoe veel patiënten dit gebeurt.



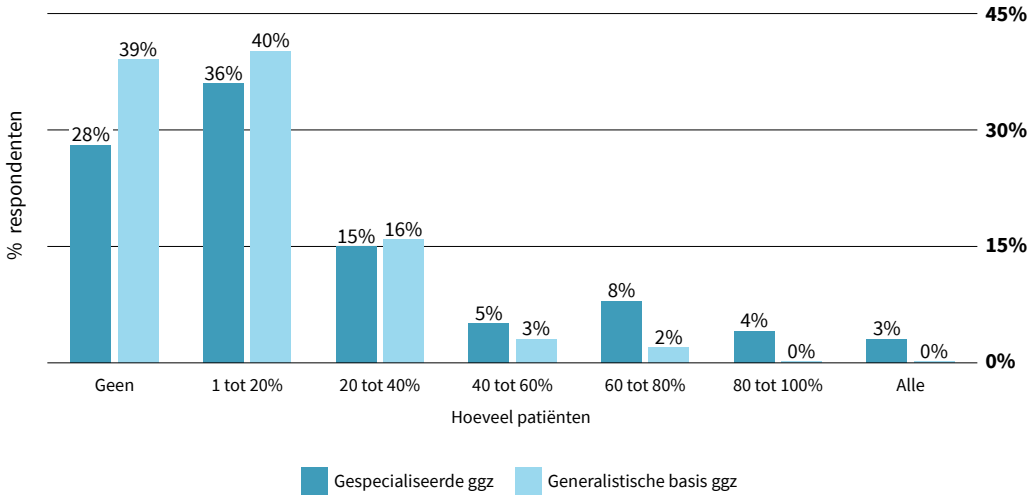
In de gespecialiseerde ggz wordt veel vaker van de mogelijkheid gebruik gemaakt om via consultatie extra informatie te verzamelen dan in de generalistische basis ggz.

Inschakelen van een collega om informatie op een andere manier te verzamelen
Bijvoorbeeld met non-verbale methoden



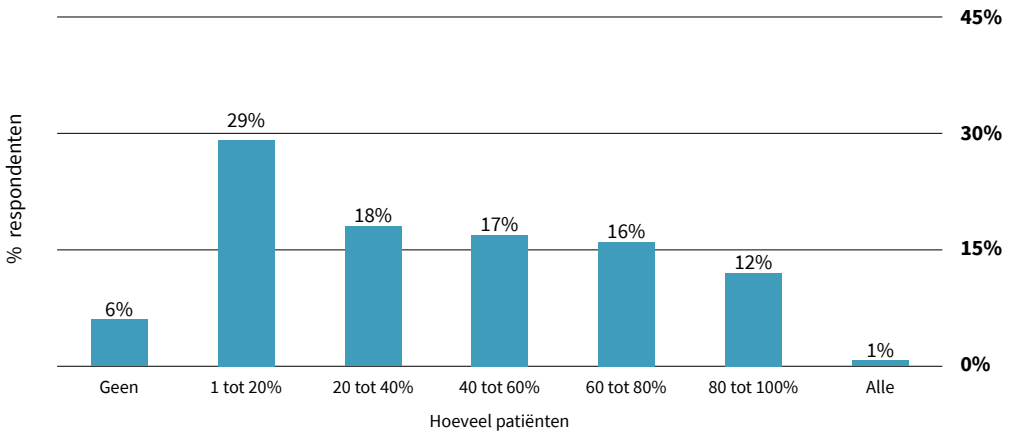
Het inschakelen van een collega om informatie op een andere manier te verzamelen, bijvoorbeeld met non-verbale methode (zoals vaktherapie), gebeurt minder vaak. Van de respondenten doet 28% dit nooit. Respondenten die wel van deze methode gebruik maken doen dit vaak bij een klein aantal patiënten.

Inschakelen van een collega om informatie op een andere manier te verzamelen
Gespecialiseerde en basis ggz



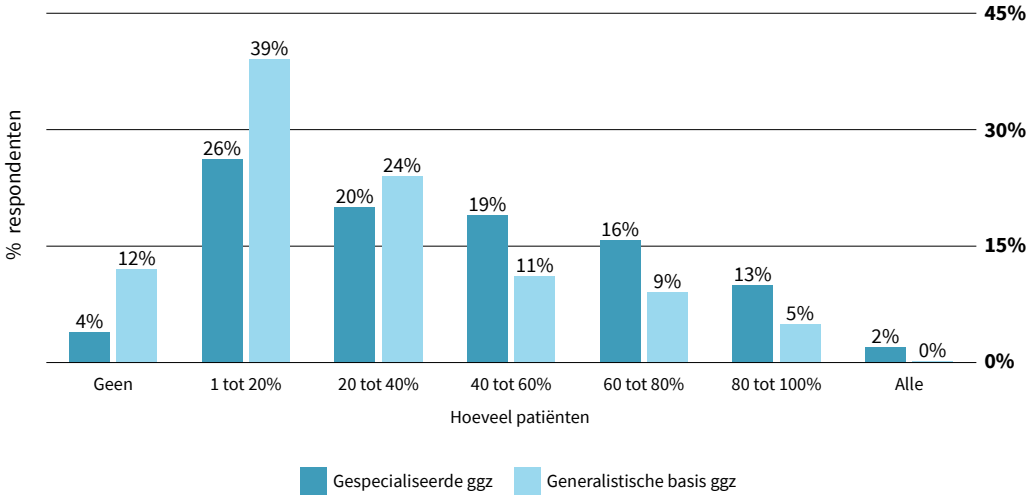
→ In de gespecialiseerde ggz gebeurt dit iets vaker dan in de generalistische basis ggz.

Hoe vaak aanvragen diagnostiek
Bijvoorbeeld: psychiatrisch, somatisch of psychologisch onderzoek

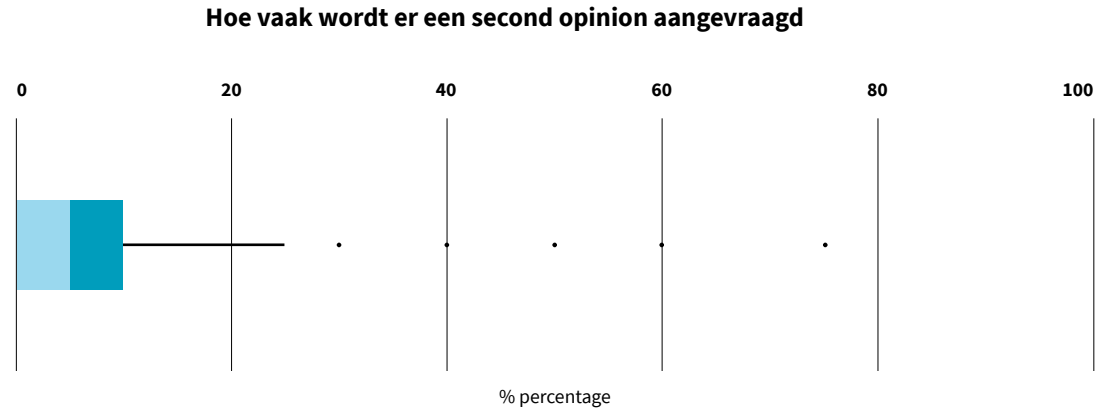


Ook kan er extra informatie verzameld worden door aanvullende diagnostiek aan te vragen bij een collega met specifieke expertise. Bijvoorbeeld voor een psychiatrisch, somatisch of een psychologisch onderzoek naar klachten, intelligentie, neurocognitief functioneren en/of persoonlijkheid (mediaan 30%). Bijna alle respondenten doen dit wel eens maar er is een grote spreiding in bij hoe veel patiënten dit gebeurt.

Hoe vaak aanvragen aanvullende diagnostiek
Gespecialiseerde en basis ggz



→ In de gespecialiseerde ggz wordt veel vaker van de mogelijkheid gebruik gemaakt om aanvullende diagnostiek aan te vragen dan in de generalistische basis ggz.



Het verschilt hoe vaak respondenten een second opinion aanvragen voor de patiënt. Van de respondenten geeft 28% aan dit nooit te doen (niet uit de grafiek af te lezen). Op een paar uitzonderingen na gebeurt dit maximaal bij 25% van de patiënten. De mediaan is bij 5% van de patiënten. Dit gebeurt vaker in de gespecialiseerde dan in de basis ggz (mediaan 5% vs. 1%).

64% van de respondenten ervaart knelpunten in de fase van het diagnosticeren, meest genoemd zijn:

Tijd (42 respondenten)

Beschikbaarheid (23 respondenten)
Beschikbaarheid van hulpverleners (regiebehandelaren, psychiaters) en aanvullend onderzoek (psychologisch onderzoek, uitgebreide diagnostiek, intelligentie onderzoek).

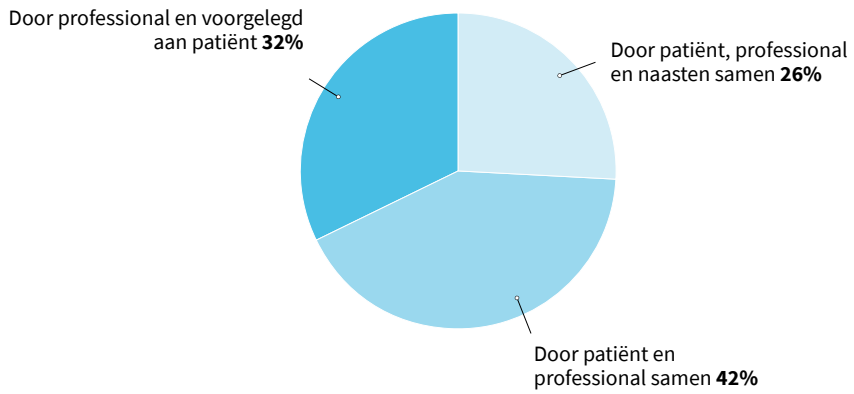
Samenwerking patiënt (12 respondenten)
Weerstand, ongemotiveerd of gebrek aan ziekte-inzicht.

Indiceren – Fase 3

In deze fase is het belangrijk om de wensen en behoeften van de patiënt in het licht van de diagnose in kaart te brengen en de behandeldoelen te formuleren. De diagnose in combinatie met de wensen en behoeften van de patiënt kunnen leiden tot een indicatie voor zorg in de ggz (binnen of buiten de eigen zorgorganisatie), buiten de ggz (zoals het sociaal domein), een combinatie van beiden of tot geen indicatie van zorg. Dit is afhankelijk van de aard, de inhoud en de omvang van de klachten en problemen.

252 respondenten zijn betrokken bij de fase van indiceren en hebben de vragen hierover beantwoord.

Wijze van opstellen zorgplan



→ Een derde van de respondenten stelt zelf het zorgplan op en legt deze daarna aan de patiënt voor.
→ Twee derde van de respondenten doet dit samen met de patiënt. Een kwart van de respondenten betrekt de patiënt én naaste hierbij.

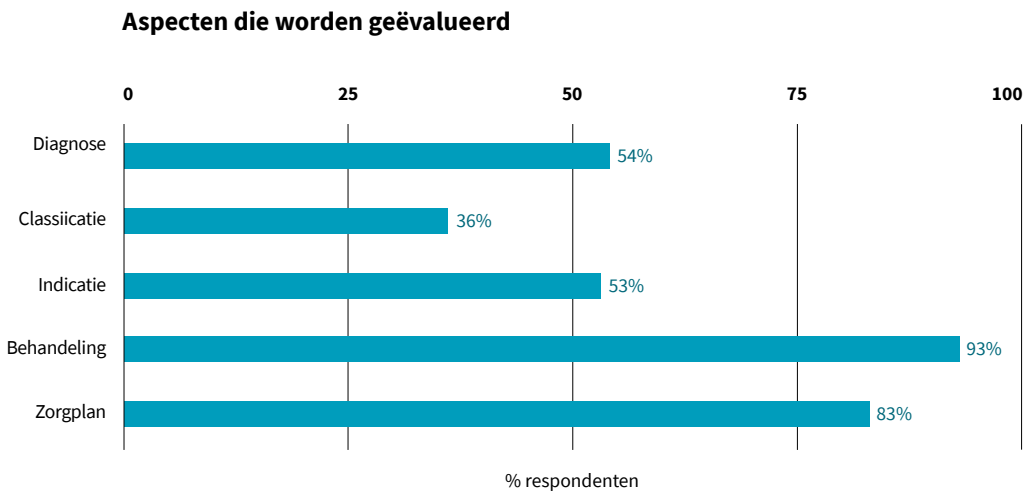
Zorgprofessionals werkzaam in de gespecialiseerde ggz betrekken hierbij vaker naasten dan die werkzaam in de generalistische basis ggz (respectievelijk 28% en 9% van de zorgprofessionals doet dit).

Evalueren – Fase 5

De generieke module geeft over evalueren het volgende aan:

Tijdens de diagnostische cyclus en tijdens de behandelcyclus staan monitoren, evalueren en waar nodig het bijstellen van de diagnose, de classificatie, de indicatie, de behandeling en het zorgplan centraal. In een (tussentijdse) evaluatie bespreken de patiënt en betrokken professionals de voortgang van het zorgproces. Zij beantwoorden samen vragen zoals: Wat waren onze doelen? Hebben we gedaan wat we hebben afgesproken? Wat hebben we bereikt? (…) Hierbij komt ook nadrukkelijk de vraag aan de orde of de eerder gestelde diagnose, de classificatie, de indicatie, de behandeling en/of het zorgplan nog passend zijn of bijgesteld dienen worden.

254 respondenten zijn betrokken bij de fase van evalueren en hebben de vragen hierover beantwoord.



→ De meeste respondenten evalueren de behandeling (93%) en het zorgplan (83%)
→ Minder respondenten bespreken de diagnose (54%), classificatie (36%) en indicatie (53%).

63% van de respondenten ervaart knelpunten in de fase van het evalueren, meest genoemd zijn:

Wijzigingen of onduidelijkheden in hulpvraag/behandeldoelen (19 respondenten)
De hulpvraag kan gaandeweg veranderd zijn of er kunnen nieuwe problemen zijn ontstaan. Ook blijkt dat de behandeldoelen niet helder genoeg zijn opgesteld of dat de patiënt ze vergeten is.

Tijd (19 respondenten)
Respondenten noemen dat evalueren veel tijd kost en deze er niet is.

Planning (10 respondenten)
Het blijkt in de praktijk vaak lastig om een evaluatiegesprek in te plannen. Het is moeilijk een geschikt moment te vinden waarop alle betrokkenen tijd hebben.

Kwaliteit diagnostiek



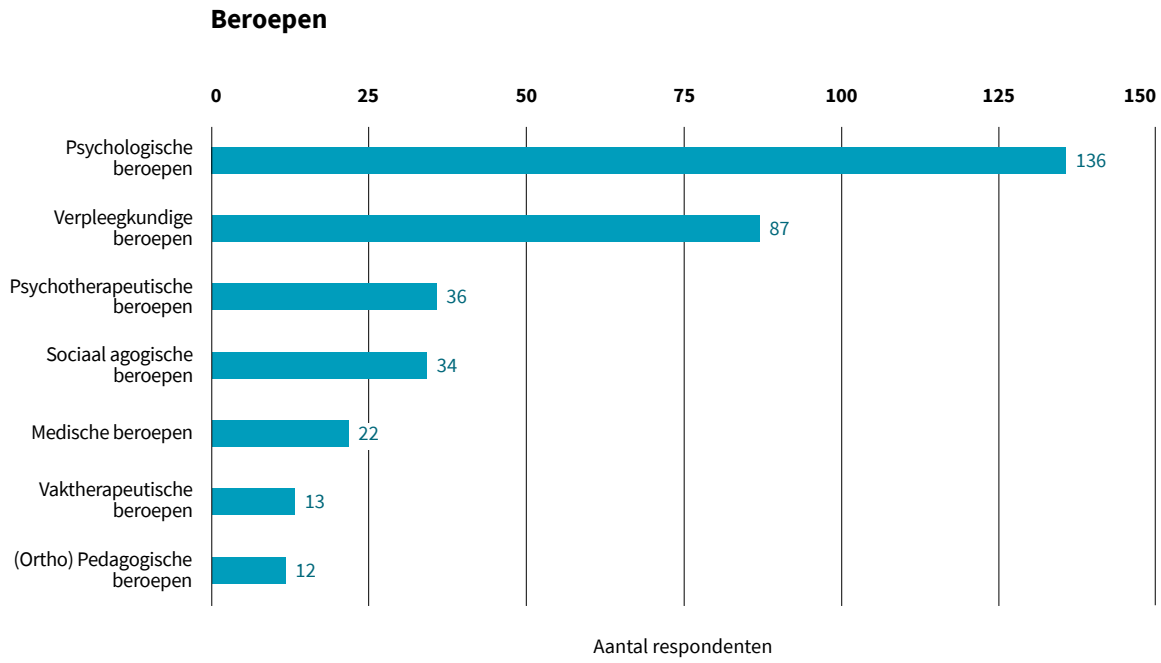
Respondenten is gevraagd wat de kwaliteit van diagnostiek voor hen bepaalt.
Zij vinden dat er voldoende tijd en aandacht aan moet worden besteed. Het moet zorgvuldig gebeuren.

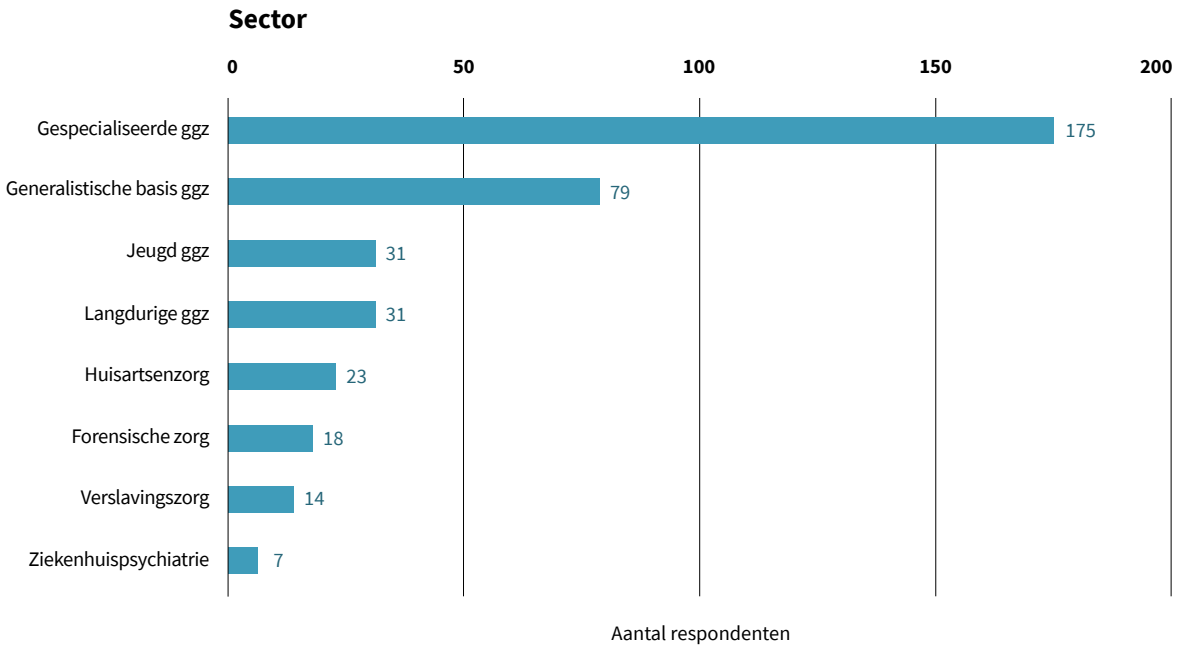
Diagnosticeren gebeurt samen met de patiënt en het is belangrijk dat de patiënt zich herkent in de diagnose. De diagnose moet goed aansluiten bij de klachten en de hulpvraag. Ook is het belangrijk dat er naasten worden betrokken en andere hulpverleners bijvoorbeeld door bespreking tijdens een multidisciplinair overleg, intervisie of met collega's.

Een diagnose is niet alleen een DSM-classificatie maar er moet breed gekeken worden vanuit verschillende perspectieven. Er moet bijvoorbeeld aandacht zijn voor sociale, somatische, functionele en cognitieve aspecten. Voor goede diagnostiek is het belangrijk dat er gebruik wordt gemaakt van juiste meetinstrumenten. Verder wordt genoemd dat een diagnose als een hypothese gezien moet worden die bijgesteld kan worden.

Bijlage 1

Achtergrondkenmerken respondenten





Akwa GGZ

Klik hier als je wilt deelnemen aan het online panel van Akwa GGZ.

Heb je vragen? Neem contact met ons op.

030-307 92 70
info@akwaggz.nl
www.akwaggz.nl
LinkedIn

Akwa GGZ staat voor alliantie kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg en is een door ggz-organisaties geïnitieerd kwaliteitsinstituut. We werken samen met patiënten, naasten en professionals aan ontwikkeling en borging van kwaliteit in de ggz. Dat doen we door samen met onze partners kwaliteitsstandaarden te ontwikkelen. Ook bieden we lerende netwerken een veilige, digitale omgeving waar zij proceskenmerken en uitkomsten van zorg met elkaar kunnen delen.