

GGZ

Standaarden

Deze pdf is gepubliceerd op 23-08-2024 om 13:34. Bekijk de meest actuele versie op <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/diagnostiek>

Autorisatiedatum 16-06-2022 Beoordelingsdatum 16-06-2022

Zorgstandaard
Diagnostiek

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Introductie	4
1.1 De zorgstandaard in vogelvlucht	4
2. Inleiding	5
2.1 Doelstelling	5
2.2 Doelgroep	5
2.3 Scope	5
2.4 Uitgangspunten	6
2.5 Bronnen	7
3. Introductie diagnostiek	9
3.1 Gezondheid als perspectief	9
3.2 Psychische klachten versus psychische aandoening	9
3.3 Wat is diagnostiek?	10
3.4 Wat is een diagnose?	10
3.5 Diagnose versus classificatie	10
3.6 Wat is het doel van diagnostiek?	11
3.7 Diagnostiek als onderdeel van het zorgproces	11
3.8 Perspectief van de triade	12
4. Diagnostiek	13
4.1 De diagnostische cyclus als onderdeel van het zorgproces	13
4.2 Aanmelden	13
4.3 Diagnosticeren	14
4.4 Indiceren	16
4.5 Evalueren	17
5. Organisatie van de diagnostiek	19
5.1 Inleiding	19
5.2 Professionaliteit	19
5.3 Betrokken professionals	20
5.4 Competenties	20
5.5 Samenwerken	21
5.5.1 Samenwerken in de triade	21
5.5.2 Samenwerking tussen professionals bij verwijzing	22
5.5.3 Samenwerken tussen professionals tijdens de diagnostische cyclus	23
5.6 Kwaliteitsbeleid	23
5.6.1 Kwaliteit en scholing	23
5.6.2 Kwaliteit en professionals	23
5.6.3 Kwaliteit en organisatie	23
5.7 Kosteneffectiviteit en doelmatige diagnostiek	24

5.8 Financiering	25
6. Kwaliteitsindicatoren	26
6.1 Inleiding	26
6.2 Kwaliteit van de diagnostische cyclus	26
6.2.1 Aanmelden	26
6.2.2 Diagnosticeren	26
6.2.3 Indiceren	27
6.2.4 Evalueren	27
7. Bijlagen	28
7.1 Begrippenkader	28
7.2 Patiënten- en naastenperspectief (van MIND)	30
7.2.1 Resultaten Vragenlijst	30
7.2.2 Algemene Uitgangspunten	31
7.2.3 Specifieke Aandachtspunten	35
7.3 Samen over Zorg: uitgangsvragen en vraagelementen	35
7.4 Samenstelling werkgroep	36

1. Introductie

Autorisatiedatum 16-06-2022 Beoordelingsdatum 16-06-2022

1.1 De zorgstandaard in vogelvlucht

Diagnostiek geeft inzicht in het ontstaan en het beloop van de klachten, hoe deze een rol spelen in het leven van de patiënt en wat het effect van de klachten is op functioneren en welbevinden van de patiënt. Diagnostiek richt zich niet alleen op symptomen maar verdiept zich in de mens, zijn context en zijn mogelijkheden. Het vraagt daarom dan ook per patiënt om een passende aanpak.

Voor goede screening is zorgvuldige informatieverstrekking van de verwijzer aan inhoudelijk professional nodig. Een inhoudelijk professional voert de screening uit. Om vervolgens tot goede diagnostiek te komen, werken patiënt, zijn naasten en de professional samen. De professional nodigt de patiënt uit als mede-onderzoeker in het diagnostisch proces en versterkt zo de eigen regie van de patiënt. De diagnose is een hypothese en wordt daarom regelmatig geëvalueerd en indien nodig aangepast.

Deze zorgstandaard beschrijft waar goede diagnostiek in de ggz volgens de patiënt, zijn naasten en de professional aan moet voldoen. In tegenstelling tot richtlijnen per beroepsgroep, is deze zorgstandaard opgesteld door vertegenwoordigers uit de hele brede ggz sector. Het gaat hier om een algemene beschrijving waar goede diagnostiek aan zou moeten voldoen, niet om een specifieke beschrijving van bijv. psychodiagnostiek of psychiatrisch onderzoek.

2. Inleiding

Autorisatiedatum 16-06-2022 Beoordelingsdatum 16-06-2022

2.1 Doelstelling

Een zorgstandaard

zorgstandaard: Zorginstituut Nederland. (2021) Aqua leidraad. Ten behoeve van de ontwikkeling van een richtlijn, zorgstandaard of organisatiebeschrijving, die betrekking heeft op (een deel van) een zorgproces en vastlegt wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de cliënt goede zorg te verlenen.

is een standaard die de zorg rondom een algemeen relevant onderwerp beschrijft, ongeacht de specifieke psychische problemen van de patiënt. Een zorgstandaard is op wetenschappelijke kennis, de ervaringen van patiënten en de praktijk van de professionals gebaseerd en laat zien welke zorg er nodig is en hoe deze georganiseerd wordt. Zo biedt een zorgstandaard handvatten aan professionals en zorgorganisaties over de te leveren zorg en aan patiënten en naasten over welke zorg ze mogen verwachten.

De zorgstandaard Diagnostiek in de geestelijke gezondheidszorg (in het kort: de zorgstandaard Diagnostiek) dient onderstaande doelen:

1. Het beschrijft waar goede diagnostiek in de ggz volgens de patiënt, zijn naasten en de professional aan moet voldoen. Het gaat hier om een algemene beschrijving waar goede diagnostiek aan zou moeten voldoen. Deze zorgstandaard geeft geen specifieke beschrijving van bijv. psychodiagnostiek of psychiatrisch onderzoek.
2. Het dient als kader voor de inrichting en uitvoering van diagnostiek.
3. Het beschrijft de diagnostische cyclus binnen de context van het zorgproces.
4. Het geeft een eenduidig begrippenkader voor de patiënt, naaste en professional wat de samenwerking, communicatie en de kwaliteit ten aanzien van diagnostiek ten goede komt.

De zorgstandaard gaat primair over de diagnostische cyclus in de ggz. Daarnaast draagt de standaard bij aan het optimaliseren van de aansluiting tussen de huisartsenpraktijk en de ggz.

2.2 Doelgroep

De zorgstandaard Diagnostiek is in eerste instantie bedoeld voor professionals die betrokken zijn bij diagnostiek van patiënten met psychische problemen. Daarnaast biedt de standaard de patiënt en zijn naasten inzicht in wat zij binnen de diagnostische cyclus kunnen verwachten en op welke wijze zij (kunnen) participeren. Ook is de zorgstandaard te gebruiken door professionals en zorgorganisaties voor de inrichting van de organisatie van diagnostiek.

2.3 Scope

Het startpunt van de zorgstandaard Diagnostiek is het eerste contact met 'de ggz'. Voordat dit eerste contactmoment met de ggz plaatsvindt, is er altijd sprake van een voortraject. In veel gevallen wordt iemand verwezen vanuit de huisartsenpraktijk naar de ggz, maar er kan ook sprake zijn van een ander voortraject.

Met 'de ggz' bedoelen we het deelgebied in de gezondheidszorg dat behandeling, begeleiding, verpleging en verzorging biedt aan mensen met psychische problemen. Daarmee zijn de uitgangspunten in deze zorgstandaard van toepassing op onder andere de ggz voor volwassenen en ouderen, de jeugd ggz, de verslavingszorg en de ggz-zorg voor patiënten met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking. In deze standaard ligt de focus ten aanzien van kwaliteitskaders, inzet van professionals en financiering op de ggz die valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Met betrekking tot de forensische psychiatrie geldt dat specifieke diagnostische trajecten, zoals pro Justitia rapportages

pro Justitia rapportages: Meer informatie over het uitvoeren van pro Justitia rapportages vind je hier:
<https://www.nifp.nl/documenten/richtlijnen/2018/09/04/nifp-richtlijn-ambulant-forensische-psychologie-onderzoek-en-rapportage-in-het-strafrecht> en
https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psychiatrisch_onderzoek_in_strafzaken/psychiatrisch_onderzoek_in_strafzaken_startpagina.html

of beoordelingen voor uithuisplaatsing

beoordelingen voor uithuisplaatsing: Voor meer informatie over beoordeling voor uithuisplaatsing, zie www.richtlijnenjeugdhulp.nl of klik op de button hieronder.

, buiten de scope van de standaard vallen. In alle andere situaties kunnen de uitgangspunten van de zorgstandaard ook in het strafrechtelijke en civielrechtelijke gedwongen kader opgevolgd worden.

Het diagnostisch proces kan anders dan zoals hier beschreven worden ingericht of verlopen, afhankelijk van de diagnostische vraag, de setting of de doelgroep.

2.4 Uitgangspunten

Een zorgstandaard beschrijft vanuit het perspectief van de patiënt, zijn naasten én de professional wat zij verstaan onder goed professioneel handelen, ofwel goede zorg. De meest actuele kennis vormt hierbij het uitgangspunt. Onder de meest actuele kennis verstaan we: (1) kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, (2) expertise en deskundigheid van professionals en (3) ervaringen en voorkeuren van de patiënt en zijn naasten. De beschreven zorg in deze zorgstandaard is geen wet of voorschrift, maar biedt de patiënt, zijn naasten en de professional handvatten om gepersonaliseerde zorg vorm te kunnen geven.

Het werken volgens de zorgstandaard is geen doel op zich. De context waarin klachten en problemen zich voordoen zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt een eigen behoefte om, in meer of mindere mate, regie te voeren over zijn herstel en leven. Professionals ondersteunen dit proces op basis van hun specifieke kennis en expertise in combinatie met de kennis die kwaliteitsstandaarden

kwaliteitsstandaarden: Zorgstandaarden zijn kwaliteitsstandaarden, net als multidisciplinaire richtlijnen en veldnormen. Kwaliteitsstandaarden vormen samen met wet- en regelgeving en beroepsethiek de basis voor de professional om tot goede zorg te komen. Zie ook artikel 453 van de WGBO: De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard. En artikel 2 van de Wkkgz: (1) De zorgaanbieder biedt goede zorg aan. (2) Onder goede zorg wordt verstaan zorg van goede kwaliteit en van goed niveau: die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt (a), waarbij zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard, waaronder de overeenkomstig artikel 66b van de Zorgverzekeringswet in het openbaar register opgenomen voor hen geldende professionele standaard (b) en waarbij de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld (c). (3) In afwijking van het eerste lid verleent een alternatieve-zorgaanbieder slechts zorg die buiten noodzaak niet leidt tot schade of een aanmerkelijke kans op schade voor de gezondheid van de cliënt, waarbij de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld.

hen bieden. De kwaliteit van een professional kenmerkt zich mede door de wijze waarop hij in staat om, aan de hand van goede argumenten, in individuele situaties en op het juiste moment van de standaard af te wijken. Mede op basis van de zorgstandaard bepalen de patiënt, zijn naasten en de professional samen wat de hulpvraag is op basis van de bevindingen van de diagnostiek en welke behandel- en ondersteuningsmogelijkheden daarbij passen. Dit doen zij ieder vanuit hun eigen perspectief en samen vormen zij de triade.

Voor diagnostiek hanteren we de volgende uitgangspunten:

- Bij diagnostiek zijn optimale samenwerking in de triade en samen beslissen belangrijk

optimale samenwerking in de triade en samen beslissen belangrijk: De naasten worden betrokken indien deze betrokkenheid vanuit de diagnostische cyclus, de indicatiestelling of de behandeling wenselijk is, op voorwaarde deze betrokkenheid passend is binnen de gangbare juridische kaders, de autonomie van de patiënt gewaarborgd blijft en dat de veiligheid van zowel de patiënt, de naaste en de professional gegarandeerd blijft.

(zie 7.2 Patiënten- en naastenperspectief, Samen beslissen over zorg).

- Diagnostiek doe je 'zo kort als het kan, zo lang als het moet, zo licht als het kan, zo zwaar als het moet'. Dit noemen we gepaste diagnostiek. (zie 5.7 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg).
- Diagnostiek is een middel en geen doel op zich: de diagnose en de wensen en behoeften van de patiënt en eventueel de naasten leiden samen tot een indicatie en een zorgplan (zie 4.3 Diagnosticeren).
- Het zorgplan richt zich zo veel mogelijk op het bevorderen van de eigen regie, de zelfredzaamheid en het zelfmanagement van de patiënt en zijn naasten (zie 4.4 Indiceren).
- Tijdens het zorgproces staan monitoren, evalueren en waar nodig het bijstellen van de diagnose, de classificatie, de indicatie, de behandeling en het zorgplan centraal (zie 4.5 Evalueren).

2.5 Bronnen

De zorgstandaard Diagnostiek heeft raakvlakken met een aantal zorgstandaarden. De belangrijkste zijn:

- [Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ \(Zorginstituut Nederland, 2020\)](#)

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ beschrijft de kwaliteitsnormen waaraan een zorgaanbieder moet voldoen om de zorg voor de individuele patiënt in de curatieve ggz te organiseren.

de kwaliteitsnormen waaraan een zorgaanbieder moet voldoen om de zorg voor de individuele patiënt in de curatieve ggz te organiseren.: Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ heeft alleen betrekking op de curatieve geestelijke gezondheidszorg binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het Landelijk Kwaliteitsstatuut gaat niet over zorg die valt onder de Jeugdwet.

De nadruk ligt daarbij op de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de indicierend- en coördinerend regiebehandelaar en van andere professionals in de verschillende fasen van het zorgproces. Ook formuleert het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ kwaliteitseisen op het gebied van leren (na- en bijscholing) en innovatie van zorg.

NB. In de zorgstandaard Diagnostiek gebruiken wij de term professional. Waar het gaat om duiding van de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de professional als indicierend of coördinerend regiebehandelaar, verwijzen we naar het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ.

- [Kwaliteitskader Jeugd \(2016\)](#)

Het Kwaliteitskader Jeugd beschrijft in welke situaties, omstandigheden en/of voor welke werkzaamheden en verantwoordelijkheden een geregistreerde professional moet worden ingezet. Daarnaast bakent het Kwaliteitskader Jeugd af in welke gevallen en/of voor welke werkzaamheden een niet-geregistreerde professional kan worden ingezet.

- [Landelijke ggz Samenwerkingsafspraken \(LGA; Akwa GGZ, 2016. Laatst beoordeeld 2020\)](#)

en de

- [Landelijke Samenwerkingsafspraken jeugd ggz \(LGA jeugd; Akwa GGZ, 2019\)](#)

Deze zorgstandaarden geven aanbevelingen voor de samenwerking tussen de huisartsenpraktijk (LGA) of jeugdgezondheidszorg (LGA jeugd) met de generalistische basis ggz en de gespecialiseerde ggz. Ook beschrijven deze standaarden aandachtspunten voor de regionale afstemming tussen huisartsenpraktijk en ggz.

- [Richtlijn psychiatrische diagnostiek \(NVvP, 2015\)](#)

De richtlijn Psychiatrische Diagnostiek is een initiatief van de NVvP. Deze richtlijn is in eerste instantie bedoeld als kwaliteitsinstrument voor de psychiatrische diagnostiek verricht door de psychiater. Andere beroepsgroepen kunnen aanbevelingen uit de richtlijn halen die van toepassing zijn op delen van de diagnostiek van psychiatrische aandoeningen binnen hun specifieke context en gelet op hun specifieke bekwaamheden.

- [Zorgstandaard Naasten \(Akwa GGZ, 2021\)](#) en de [Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp \(NJI, 2021\)](#)

Deze zorgstandaard en richtlijn geven aanbevelingen voor het samen vormgeven van de samenwerking tussen professionals en naasten en het samen beslissen over passende hulp voor een kind of naasten.

- [Algemene Standaard Testgebruik \(NIP, 2017\)](#)

De AST-NIP bevat richtlijnen en informatie, als nadere uitwerking van de Beroepscode NIP (2015), om te komen tot een verantwoorde testkeuze en het juist gebruik van psychodiagnostische instrumenten in het kader van de psychodiagnostiek en/of psychologische interventies.

- [Zorgstandaard Psychische klachten en zwakbegaafdheid \(ZB\) of lichte verstandelijke beperking \(LVB\) \(Akwa GGZ, 2018\)](#)

Bij een grote groep van de patiënten onder behandeling in de ggz is er vermoedelijk sprake van zwakbegaafd (ZB) of een lichte verstandelijke beperking (LVB). Een laag IQ of verstandelijke beperking wordt door professionals niet altijd herkend. Dat kan mogelijk leiden tot het uitblijven van effecten van de behandeling of zelfs tot verslechtering van de klachten. De zorgstandaard Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of lichte verstandelijke beperking (LVB) biedt handvatten voor professionals bij de diagnostiek en de behandeling van patiënten met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking.

3. Introductie diagnostiek

Autorisatiedatum 16-06-2022 Beoordelingsdatum 16-06-2022

3.1 Gezondheid als perspectief

Mensen beschouwen gezondheid als de belangrijkste voorwaarde om een goed leven te kunnen leiden.

gezondheid als de belangrijkste voorwaarde om een goed leven te kunnen leiden.: Zie bijvoorbeeld:
<https://www.gfk.com/press/gezondheid-belangrijkste-voorwaarde-voor-een-goed-leven>.

Gezondheid werd in het verleden gezien als een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden en niet slechts de afwezigheid van ziekten of andere lichamelijke gebreken. Tegenwoordig wordt gezondheid meer gezien als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren op basis van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven. Het gaat niet om een ideale toestand zonder ziekten of gebreken maar om een dynamiek van veerkracht en vitaliteit. Zodat je als mens kunt omgaan met de mogelijkheden en de tegenslagen in je leven. Gezondheid is geen doel. Het is een randvoorwaarde om een zinvol en volwaardig leven te leiden binnen de grenzen van je mogelijkheden en onmogelijkheden. Uiteindelijk gaat het om sturing geven aan iemands leven, het vormgeven van je relaties, het productief en vruchtbaar werken en het bijdragen aan iemands gemeenschap.

Wanneer bovenstaande onvoldoende lukt, kan dat leiden tot het zoeken naar hulp en het starten van een zorgtraject. Het liefst valt het zorgtraject samen met de reis van een patiënt op weg naar herstel. Vanuit het perspectief van de patiënt verloopt deze reis van stagneren naar floreren.

Bron: Visiedocument MIND 'Focus op gezondheid'

Stagneren betekent in dit geval het verminderen van het welbevinden en de beperking van het functioneren. Floreren staat voor het kunnen meedoen en doorgaan met leven naar eigen vermogen. Tussen stagneren en floreren liggen een aantal stappen:

- worstelen (ik maak me zorgen);
- ontwarren (wat is het probleem);
- bezinnen (wat wil ik bereiken);
- beslissen (wat wordt het plan);
- aanpakken (wat ga ik uitvoeren);
- toepassen (hoe kan ik verder).

Samen beslissen over het doel en de route van de reis van de patiënt staan hierbij centraal.

3.2 Psychische klachten versus psychische aandoening

Iemand met psychische klachten heeft niet per definitie een psychische aandoening. Wanneer de psychische klachten en problemen het leven van iemand gaan overheersen, kan er sprake zijn van een psychische aandoening.

De American Psychiatric Association (APA) hanteert de volgende definitie van een psychische stoornis:

"Een psychische aandoening is een syndroom, gekenmerkt door klinisch significante symptomen op het gebied van de cognitieve functies, de emotieregulatie of het gedrag van een persoon, dat een uiting is van een disfunctie in de psychologische, biologische, of ontwikkelingsprocessen die ten grondslag liggen aan het psychische functioneren. Psychische aandoeningen gaan gewoonlijk gepaard met significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren op sociaal of beroepsmatig gebied of bij andere belangrijke bezigheden."

Deze definitie van een psychische aandoening wordt in Nederland gebruikt.

Aangezien er geen duidelijke (bio)markers of (meet)instrumenten zijn voor het bepalen van de ernst van de psychopathologie en de

criteria op zichzelf onvoldoende onderscheid (kunnen) maken tussen normale en abnormale uitingen van de symptomen, wordt het generieke criterium van lijdensdruk en/of disfunctioneren gebruikt als drempelcriterium voor de classificatie van een aandoening. Zonder aanwezigheid van significante lijdensdruk en/of disfunctioneren mag er formeel niet worden gesproken van een psychische aandoening in de zin van de DSM.

Bron: DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014).

3.3 Wat is diagnostiek?

Diagnostiek is het op een systematische wijze verzamelen en op een zinvolle manier ordenen, wegen en interpreteren van informatie over de psychische klachten of ontwikkelingsstagnatie van een patiënt. Het gaat om het ordenen, wegen en interpreteren van de betekenis van deze informatie, het vinden van oorzakelijke en onderhoudende factoren en het inschatten van de gevolgen hiervan voor het dagelijks functioneren. Diagnostiek geeft de patiënt, zijn naasten en de professional input voor het beantwoorden van vragen als: Wat is er aan de hand? Hoe komt dit? Wat voor invloed heeft dit op iemands leven? Wat kan eraan worden gedaan? Wie voert de diagnostiek uit, waar en wanneer?

3.4 Wat is een diagnose?

Een diagnose is een nauwkeurige beschrijving van de symptomen, de ernst en het beloop van psychische klachten of ontwikkelingsstagnatie. Daarnaast biedt een diagnose inzicht in wat dit betekent voor de patiënt, wat zijn klinische voorgeschiedenis is en welke sociale, psychologische en biologische factoren mogelijk bijdragen aan of op een andere wijze invloed hebben (bijv. oorzakelijk of onderhoudend) op een psychische aandoening.

Bron: DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014). Zie ook 7.1 begrippenkader.

Om passende zorg te kunnen leveren, is het essentieel dat de patiënt en de professional het eens zijn over de diagnose. Een diagnose, inclusief een eventuele classificatie

classificatie: Momenteel is een classificatie voor een patiënt noodzakelijk om toegang tot zorg of passende voorzieningen te kunnen verkrijgen en dit via zijn basisverzekering vergoed te krijgen. De formulering van de classificatie volgt, gebruikmakend van de gestandaardiseerde beslisregels van het classificatiesysteem, uit de psychiatrische symptomen van de patiënt, die zijn vastgesteld bij exploratie, observatie en tests, en eventueel met behulp van een gestructureerd interview en vragenlijsten. Deze beslisregels staan beschreven in de twee vigerende internationale psychiatrische classificatiesystemen, de DSM-5 (Handboek voor de classificatie van psychische aandoeningen (DSM-5): APA, 2014) of de ICD (International classification of diseases: WHO, 1994).

https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/psychiatrische_diagnostiek/formuleren_psychiatrische_diagnose.html

, dient namelijk als uitgangspunt voor het gesprek tussen de patiënt, zijn naasten

naasten: De naasten wordt betrokken bij het proces als deze betrokkenheid vanuit de diagnostische cyclus, de indicatiestelling of de behandeling wenselijk is. Dit gebeurt op voorwaarde dat deze betrokkenheid mogelijk en passend is binnen de gangbare juridische kaders; de autonomie en privacy van de patiënt gewaarborgd blijven; en dat de veiligheid van zowel de patiënt, de naaste en de professional zijn gegarandeerd.

en de betrokken professionals. Dit gesprek gaat over gewenste zorgdoelen, het zorgvuldig afwegen van passende behandel mogelijkheden, haalbare inspanningen en verwachte resultaten.

3.5 Diagnose versus classificatie

Het is belangrijk om een strikt onderscheid te maken tussen classificeren en diagnosticeren. Classificeren is het ordenen van symptomen met behulp van een classificatiesysteem. Er zijn verschillende classificatiesystemen en ordeningsprincipes die hiervoor gebruikt kunnen

worden. In Nederland wordt de DSM-5 vaak gebruikt als classificatiesysteem in de geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg. Andere classificatiesystemen of ordeningsprincipes zijn bijvoorbeeld ICD, ICF en NANDA. Als er geen sprake is van een hulpvraag van patiënt of zijn naasten en geen sprake is van significante lijdensdruk en/of disfunctioneren, mag er formeel niet worden gesproken van een psychische aandoening in de zin van de DSM-5.

Bron: DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014).

Diagnosticeren is het zoeken naar het verhaal achter de symptomen. Enkel het toetsen van de symptomen aan de classificatiecriteria is onvoldoende om een goed begrip van de psychische aandoening te krijgen.

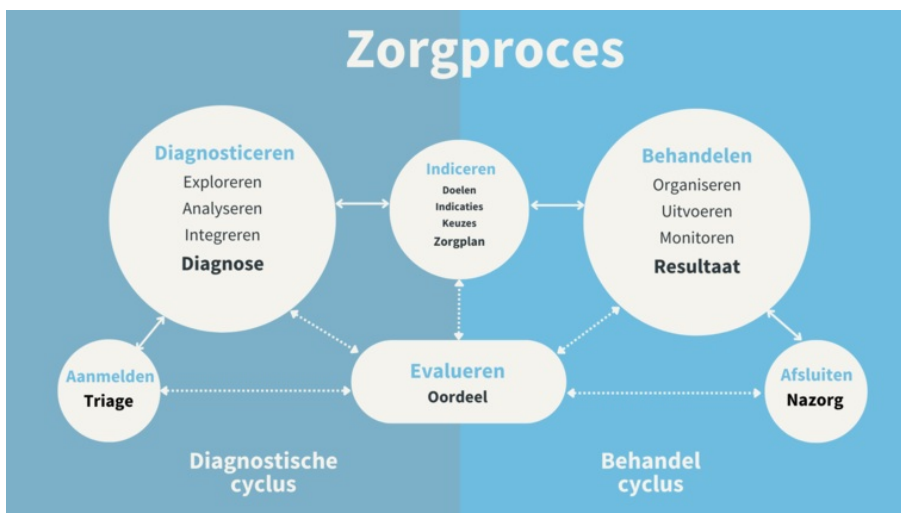
Bron: DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014).

3.6 Wat is het doel van diagnostiek?

Het doel van diagnostiek is het ontwarren en duiden van de klachten en de problemen van de patiënt (diá-gnósis betekent nauwkeurig leren kennen). Daarbij is het belangrijk om steeds rekening te houden met de (bio-psycho-sociale) context. Het resultaat van diagnostiek is een hypothese over de aard, het ontstaan en het beloop van de psychische problemen en de gevolgen daarvan voor het dagelijks functioneren van de patiënt. Dit in relatie tot persoonlijke factoren zoals kwetsbaarheden en weerbaarheden en contextuele stressoren zoals levensomstandigheden en levensgebeurtenissen.

3.7 Diagnostiek als onderdeel van het zorgproces

Het zorgproces kan, in lijn met het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ, worden gezien als een dynamisch en continu proces dat bestaat uit een diagnostische cyclus (of diagnostisch proces) en een behandelcyclus (of behandelproces). Hierbij fungeert het zorgplan als de verbinding tussen diagnostiek en behandelen. De evaluatiefase dient als een feedbackloop op beide cycli. Evalueren is dus zowel van belang in de diagnostische cyclus als in de behandelcyclus. Het zorgproces start met een aanmeldfase en rondt af met een afsluitfase (zie afbeelding 1).



Afbeelding 1

Binnen het zorgproces is het essentieel dat de patiënt, zijn naasten en de professional samen beslissen over de zorg. Samen beslissen kan in de fases van het zorgproces worden vormgegeven aan de hand van een aantal kernvragen. Het gaat daarbij om een gezamenlijke zoektocht naar antwoorden op de kernvragen. Waarbij de verantwoordelijkheid en deskundigheid van iedereen die betrokken is in het proces wordt behouden.

De fases van het zorgproces en de daarbij horende kernvragen zijn:

- **Diagnose als hypothese** Wat is je probleem en hoe is het gekomen?

Deze fase draait om het verkennen van de klachten en problemen van de patiënt in relatie tot persoonlijke factoren en contextuele

stressoren. De uitkomst van deze fase is een diagnose als een verhaal met hypothesen over de aard, het ontstaan en het beloop van de problemen en de gevolgen voor het functioneren.

● **Indicatie met zorgplan** Wat wil je bereiken, wat is er nodig en wat wordt ons plan?

Deze fase gaat over het formuleren van doelen en het indiceren van behandelmogelijkheden. Doelen worden geformuleerd op basis van de wensen en de behoeften van de patiënt en zijn naasten. Het indiceren gebeurt op basis van de professionele richtlijnen en standaarden en financiële randvoorwaarden. De uitkomst is een integraal zorgplan met de beoogde doelen, de afgesproken activiteiten, de acties van de professional(s), de inzet van de patiënt (en naasten) en de verwachte resultaten.

● **Behandeling met resultaat** Wat voeren we uit en wat zijn de effecten?

Deze fase richt zich op het organiseren van het zorgnetwerk van professionals en naasten rondom de patiënt en op het uitvoeren en het monitoren van de activiteiten uit het zorgplan.

● **Evaluatie als reflectie** Wat is ons oordeel en hoe gaan we verder?

Deze fase draait om het beoordelen van de effecten van de activiteiten uit het zorgplan. De uitkomst is een besluit over het continueren of afsluiten van het zorgtraject, het bijstellen van de doelen en/of activiteiten, het herzien van de diagnose, het vragen om consultatie of advies, of het overdragen van de zorg.

Zie ook bijlage 7.2 Patiënten- en naastenperspectief (van MIND) en bijlage 7.3 Samen over zorg: uitgangsvragen en vraagelementen.

3.8 Perspectief van de triade

En psychische aandoening heeft invloed op het leven van de patiënt, maar ook op dat van zijn naasten

naasten: Naasten zijn mensen uit de directe omgeving van personen die zorg (zouden moeten) krijgen vanwege psychische aandoeningen en klachten. Mede als gevolg van ambulantisering en de-institutionalisering spelen naasten vaak een grote rol in de zorg en de herstelondersteuning van de patiënt. Sommigen zijn zeer betrokken, anderen staan meer op afstand. In de eerste plaats zijn ze partner, ouder, vriend, (volwassen) kind, broer of zus, buur of collega. Maar krijgt hun dierbare psychische klachten, dan krijgen ze er vaak nieuwe rollen bij. Bijvoorbeeld de rol van informatiebron, van co-begeleider en/of mantelzorger. Voor diverse rollen kan een naaste ondersteuning nodig hebben. Als de balans tussen de verschillende rollen (tijdelijk) verstoord raakt, dan kunnen naasten in de rol van zorgvrager terecht komen. Zie ook de zorgstandaard Naasten.

. Naasten dragen vaak een aanzienlijk deel van de ziektelast. Daarnaast kunnen zij zowel een positieve als negatieve invloed hebben op het functioneren van de patiënt. Ook kunnen naasten informatie geven over de beperkingen en weerbaarheden in het functioneren van de patiënt en kunnen ze een goed beeld geven van de klachten, voorgeschiedenis, ernst en impact van de problemen, zie [zorgstandaard Naasten](#). Daarom is een optimale samenwerking tussen de patiënt, zijn naasten en de professional van belang voor goede diagnostiek

van belang voor goede diagnostiek: Uiteraard voor zover de patiënt toestemt en de naasten instemt. Bij kinderen en jongeren is het niet alleen van belang, maar essentieel dat ouders/verzorgers betrokken worden bij de diagnostiek.

. Het betrekken van naasten is geen verplichting. Afhankelijk van de ernst en impact van de problemen zal de professional het betrekken van naasten zo nodig met de patiënt moeten bespreken.

De manier waarop de patiënt, zijn naasten en de professional kijken naar de klachten en problemen en de oorzaak, ernst of impact hiervan kan verschillen. De Engelse taal kent drie begrippen voor ziekte of aandoening/beperking, die corresponderen met de perspectieven van de patiënt, zijn naasten en de professional. 'Illness': ik ervaar lijdensdruk van de aandoening (perspectief patiënt). 'Sickness': Perspectief naasten: ik ervaar beperkingen in het functioneren van patiënt (perspectief naasten). En 'disease': ik analyseer de disfuncties van de aandoening (perspectief professional). Deze drie perspectieven zijn nog wel eens verschillend maar zijn altijd eigenstandig en gelijkwaardig. Het is de taak van de professional om de samenhang tussen deze drie perspectieven in kaart te brengen en zo mogelijk te integreren.

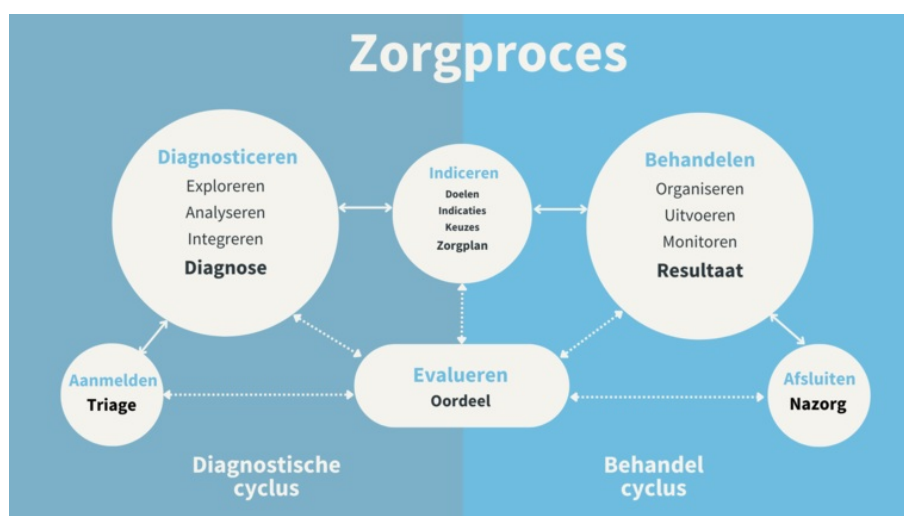
4. Diagnostiek

Autorisatiedatum 16-06-2022 Beoordelingsdatum 16-06-2022

4.1 De diagnostische cyclus als onderdeel van het zorgproces

Het zorgproces is een dynamisch en continu proces en bestaat uit een diagnostische en een behandelcyclus (zie 3.7 Diagnostiek als onderdeel van het zorgproces). Het gehele zorgproces bestaat, ongeacht de duur en de intensiteit, uit de volgende fases:

- Aanmelden (fase 1)
- Diagnosticeren (fase 2)
- Indiceren (fase 3)
- Behandelen (fase 4)
- Evalueren (fase 5)
- Afsluiten (fase 6)



Deze zorgstandaard richt zich op de diagnostische cyclus. Deze cyclus bestaat uit de volgende fases:

- Aanmelden (fase 1)
- Diagnosticeren (fase 2)
- Indiceren (fase 3)
- Evalueren (fase 5)

Behandelen (fase 4) en afsluiten (fase 6) behoren tot de behandelcyclus. Daarom komen deze fases niet aan bod in deze zorgstandaard. Toch kan diagnostiek ook tijdens deze twee fases een rol spelen.

4.2 Aanmelden

De centrale vragen in deze fase zijn: Wat is je vraag? Kan ik je helpen?

Het moment dat de patiënt wordt aangemeld bij de ggz, vormt het startpunt voor het zorgproces in de ggz .

zorgproces in de ggz .: Zie ook 2.2 Doelgroep en 2.3 Scope over wat bedoeld wordt met 'de ggz' en wie de primaire doelgroep is voor deze zorgstandaard Diagnostiek.

In veel gevallen is de huisarts degene die de patiënt naar de ggz verwijst. Uiteraard komen verwijzingen vanuit een andere ggz professional of zorgorganisatie ook regelmatig voor.

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. De professional maakt tijdens de screening een inschatting van het aansluiten van de hulpvraag van de patiënt op de expertise van de zorgaanbieder. De vraag voor de professional is daarbij: Waarom komt deze patiënt op dit moment met deze vraag bij mij (professional) of bij ons (zorgaanbieder)? Ook maakt de professional in deze fase een beoordeling of er sprake is van dusdanig ernstige problemen waardoor er met prioriteit moet worden gehandeld, bijvoorbeeld om gevaar af te wenden. Dit noemen we triage.

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. De professional kan gebruik maken van instrumenten om de screening en de triage te ondersteunen. Deze instrumenten dienen van voldoende kwaliteit te zijn. Daarnaast kan de professional zijn bevindingen, indien gewenst, intercollegiaal toetsen.

Ten aanzien van de screening gaat het expliciet om een inhoudelijke screening, niet om een administratieve screening. In de meeste gevallen vindt deze inhoudelijke screening schriftelijk of telefonisch plaats en niet face-to-face.

Output: Besluit

Op basis van de screening van de problemen en de verheldering van de hulpvraag besluit de professional:

1. Verder te gaan met een diagnostiektraject (fase diagnosticeren)

(fase diagnosticeren): Soms is diagnostiek niet nodig en kan direct gestart worden met behandelen, bijvoorbeeld als elders al diagnostiek is gedaan is of bij heraanmelding van patiënt.

2. De patiënt te verwijzen naar een andere zorgaanbieder.

3. De patiënt terug te verwijzen naar de verwijzer.

Als wordt besloten om verder te gaan met een diagnostiektraject dan worden er afspraken gemaakt over de vorm en de intensiteit van de diagnostiek die nodig is. Ook beslissen de patiënt en professional welke andere professionals een aanvullende rol kunnen hebben in de verduidelijking van de hulpvraag en op welke wijze de naasten worden betrokken. Als er meerdere professionals en/of naasten betrokken worden, stemmen zij verwachtingen en belangen ten aanzien van het diagnostisch onderzoek met elkaar af.

Als de hulpvraag en de verwachtingen van de patiënt niet aansluiten bij de mogelijkheden van de zorgorganisatie, dan kan de professional adviseren om ergens anders passende zorg te zoeken. Bij doorverwijzing denkt de professional waar mogelijk mee over passende ondersteuning tijdens de wachttijd.

4.3 Diagnosticeren

De centrale vragen in deze fase zijn: Wat is je probleem? Hoe is het gekomen? Hoe beïnvloedt dit jouw leven?

In deze fase verzamelt de professional informatie om een beter beeld te krijgen van de patiënt. De professional kijkt met een brede blik naar de voorgeschiedenis, co-morbide problemen, het sociale netwerk en de leefsituatie, de toekomstperspectieven en de mogelijkheden en onmogelijkheden van de patiënt. Deze informatie draagt bij aan het formuleren van een antwoord op de vragen: Wat is er met patiënt aan de hand? Hoe komt dit? Wat zijn de gevolgen van het probleem voor het dagelijks leven en functioneren van de patiënt (diagnose)? En hoe zijn de antwoorden op deze vragen te rubriceren (classificatie)?

De professional nodigt de patiënt

de patiënt: Kinderen onder de twaalf jaar mogen niet voor zichzelf beslissen aldus de WGBO. Dat doen hun ouders of voogd. Maar professionals moeten jonge kinderen wel op een begrijpelijke manier uitleggen wat er met hen gaat gebeuren. Kinderen tussen de twaalf en zestien jaar kunnen vaak goed hun situatie overzien en een eigen mening hebben over wat voor hen belangrijk is. Daarom is voor hun behandeling toestemming van de ouders én het kind nodig. Het komt voor dat zij het niet met elkaar eens zijn en het kind bij zijn mening blijft. Dan zal de professional in principe doen wat het kind vraagt. Tenminste als dit overeenkomt met zijn beroepsregels. In de WGBO hebben kinderen vanaf zestien jaar dezelfde rechten als volwassenen. Zij mogen dus zelf samen met de professional beslissen over de behandeling. Daarmee hoeven hun ouders niet in te stemmen. De ouders krijgen ook alleen nog informatie over hun kind, als hij daar zelf toestemming voor geeft aan de professional.

en waar mogelijk de naasten uit om als mede-onderzoeker deel te nemen aan het diagnostisch proces. Zo versterkt de professional de mogelijkheden van de patiënt om eigen regie te voeren. Daarnaast vergroot het de bewustwording en de motivatie van de patiënt en verbetert het de samenwerkingsrelatie tussen de patiënt, zijn naasten en de professional.

Op basis van een aantal aandachtspunten kijkt de professional vanuit verschillende invalshoeken of hersteldimensies (klinisch, maatschappelijk, persoonlijk en functioneel herstel) zie [zorgstandaard Herstelondersteuning](#) naar de klachten, problemen en mogelijkheden van de patiënt. In de opsomming hieronder zijn de aandachtspunten weergegeven. Zo mogelijk maakt de professional daarbij gebruik van gevalideerde meetinstrumenten zoals vragenlijsten. De meetinstrumenten die hij gebruikt dienen te zijn onderzocht op psychometrische kenmerken, zoals betrouwbaarheid en validiteit.

Aandachtspunten zijn:

- De aard, de ernst, het ontstaan en het beloop van de klachten en problemen van de patiënt.
- De betekenis en beleving van de klachten, de problemen en het verhaal van de patiënt en waar wenselijk het verhaal van zijn naasten.
- De culturele context, religieuze context of levensovertuiging.
- De ontwikkeling, complicaties en uitbreiding van de problemen.
- Comorbide psychische en somatische klachten en aandoeningen en differentiaal diagnostische overwegingen.
- Eventuele aanwezigheid van een lager IQ, laaggeletterdheid en/of beperkte gezondheidsvaardigheden.
- Factoren die bijdragen aan de ontwikkeling en/of de instandhouding van de klachten en problemen.
- De invloed van specifieke symptomen op het (dagelijks) functioneren, op relevante levensgebieden en capaciteiten, inclusief situatieve, actuele en vroegere stressfactoren en persoonlijke kwetsbaarheden.
- Steunbronnen uit de leefsituatie, persoonlijke krachtbronnen en weerbaarheid van de patiënt.
- Factoren die positief of negatief van invloed kunnen zijn op het te verwachten beloop van de klachten en problemen.
- Een omschrijving van wat de patiënt (en naasten) wil bereiken en welke bijdrage de patiënt zelf (en naasten) hierbij kan leveren.
- Een analyse en beoordeling van informatie van eerdere diagnostiek en behandeling. Hierbij wordt ook de visie van de patiënt op deze informatie meegenomen.

In deze fase van het zorgproces gaan de patiënt, zijn naasten en de professional samen na wat de problemen zijn en hoe deze het leven beïnvloeden. Met andere woorden wat het effect is op het iemands functioneren en welbevinden. De wijze waarop dit in kaart wordt gebracht, kan verschillen. Vaak wordt dit in één of meerdere gesprekken en observaties vormgegeven, al dan niet ondersteund met diagnostische instrumenten. Ook specifieke of aanvullende observaties of non verbale methoden (zoals bijvoorbeeld vaktherapie) kunnen hieraan bijdragen.

In de meeste gevallen kan de professional, op basis van de verzamelde informatie een (voorlopige) diagnose stellen en de mogelijkheden en wensen voor behandeling beoordelen. Soms is het nodig om een andere professional in te schakelen om hiervoor de juiste informatie te verzamelen. Dit kan te maken hebben met de aard, de ernst en de complexiteit van de problemen in relatie tot de aanwezige expertise van de professional op deze vlakken. Of met het feit dat de uitgevoerde diagnostiek niet voldoende duidelijkheid kan geven of eerdere diagnostiek tegensprekt. In deze situaties zal de professional:

- Een collega consulteren. Bijvoorbeeld door middel van bespreking van de patiënt in een multidisciplinair overleg of in intervisieverband.
- Een collega inschakelen om informatie op een andere manier te verzamelen. Bijvoorbeeld via non-verbale methoden (zoals bijvoorbeeld vaktherapie).
- Aanvullende diagnostiek aan te vragen bij een collega met specifieke expertise. Bijvoorbeeld voor een psychiatrisch of somatisch onderzoek. Of een psychologisch onderzoek **psychologisch onderzoek** : Het is van belang om tot een verantwoorde testkeuze te komen en verantwoord tests uit te voeren door bevoegde en bekwaame professionals. Diagnostische instrumenten of testen dienen van goede kwaliteit te zijn. Hierbij verwijzen wij naar de Algemene Standaard Testgebruik (AST-NIP). Daarnaast kan een professional gebruik maken van het COTAN Beoordelingssysteem. naar klachten, intelligentie, neurocognitief functioneren en/of persoonlijkheid. Maar ook kan aanvullende diagnostiek zich richten op het systeem/relaties of op het sociaal maatschappelijke functioneren van een patiënt.

Output: Diagnose

Als afronding van deze fase wordt een diagnose opgesteld. De diagnose geeft richting aan de indicatiestelling. Een goede diagnose bevat minimaal een beschrijving van de aard, de ernst, het ontstaan en het beloop van de klachten en problemen en de betekenis hiervan voor de patiënt. Idealiter biedt de diagnose een verklaringsmodel voor de klachten en problemen en een aangrijpingspunt voor de behandeling. Onderstaande onderdelen kunnen deel uitmaken van de diagnose op basis van de aandachtspunten zoals eerder benoemd:

- Vraagverheldering: wat maakt dat de patiënt (nu) is gekomen?
- Beschrijving van de aard en ernst van de klachten en problemen.
- Beschrijving van de relevante somatische aandoeningen en het eventuele verband dat zij hebben met de klachten en problemen.
- Een samenvatting van de klinische voorgeschiedenis.

- Beschrijving van de factoren die mogelijk hebben bijgedragen aan het ontstaan en het in standhouden van de klachten en problemen, inclusief situatieve, actuele en vroegere stressfactoren en persoonlijke kwetsbaarheden.
- Persoonlijke krachtbronnen, weerbaarheid en steunbronnen uit de leefsituatie van de patiënt.
- Beschrijving van de invloed van de problemen op het (dagelijks) functioneren van de patiënt op alle relevante levensgebieden (inclusief een beschrijving van zijn mogelijkheden, krachten en beperkingen).
- Beschrijving van factoren die van invloed kunnen zijn op het te verwachten beloop van klachten en problemen.
- Beschrijving van factoren die de behandeling kunnen beïnvloeden en van belang zijn bij de indicatiestelling en verantwoording van een behandeling.
- Beschrijving van wat de patiënt (en zijn naasten) wil bereiken en welke inzet hij hiervoor kan en/of wil leveren.
- Bevindingen uit eventueel aanvullend psychodiagnostisch onderzoek en/of aanvullende observaties vanuit non verbale methoden (zoals bijvoorbeeld vaktherapie).
- Aanvullende overwegingen.
- Een classificatie (indien van toepassing).

Second opinion

Als de patiënt en/of professional twijfelt over de diagnose of als de patiënt en de professional het niet eens zijn over onderdelen van de diagnose, dan kan de patiënt en/of de professional een second opinion aanvragen

een second opinion aanvragen: De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) regelt de rechten en plichten van de patiënt, waaronder ook het recht op een second opinion. Zie: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/ethische-toolkit/snel-wat-weten-1/medisch-ethische-vraagstukken-in-het-kort-1/wet-wgbo.html>

. Bij een second opinion beoordeelt een tweede, onafhankelijke professional de diagnose opnieuw. De professional kan de patiënt zonder tussenkomst van de huisarts verwijzen naar een collega voor een second opinion. In dat geval is het wenselijk dat de professional de huisarts informeert over de inhoud van de second opinion. De patiënt kan zijn huisarts ook vragen om te helpen bij het vinden van een professional voor een second opinion.

Voor diagnostiek en behandeling bij patiënten met een (vermoeden van) laag IQ zie [Psychische stoornissen en ZB/LVB](#)

4.4 Indiceren

De centrale vragen in deze fase zijn: Wat wil je bereiken? Wat is er nodig? Wat wordt ons plan?

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.

Vervolgens bespreekt de professional de geïndiceerde behandelmogelijkheden met de patiënt en zijn naasten. De professional geeft hierbij voorlichting over de aard van de behandelmogelijkheden, over mogelijke prioritering in relatie tot de gestelde doelen en over de beschikbaarheid van het geïndiceerde zorgaanbod. Daarnaast neemt de professional de tijd om stil te staan bij vragen van de patiënt en zijn naasten. Voor de patiënt spelen de volgende drie vragen over de behandeling een rol

een rol: Zie de Landelijke GGZ Samenwerkingsafspraken:
[Meer informatie](#)

:

- Wat zijn mijn (keuze)mogelijkheden?
- Wat zijn de voor- en nadelen van deze mogelijkheden?
- Wat betekent dit in mijn situatie?

Het is belangrijk dat de patiënt en zijn naasten bedenktijd krijgen. Zo kunnen zij waar nodig overleggen en nagaan of de geïndiceerde behandeling bij de patiënt past.

Output: Zorgplan

Een zorgplan

Een zorgplan: Zie 7.1 Begrippenkader.

is gebaseerd op een gezamenlijke beslissing van de patiënt, (eventueel) zijn naasten en de professional over de overeen te komen zorg. Deze gezamenlijke keuze wordt bepaald op basis van de wensen en voorkeuren van de patiënt, de geïndiceerde mogelijkheden, de draagkracht en draaglast van de naasten en de beschikbaarheid van het geïndiceerde zorgaanbod. Het zorgplan bevat de diagnose, de overeengekomen doelen, een planning, de in te zetten zorg (of: afgesproken activiteiten), afspraken over inzet van de patiënt, zijn naasten en professional(s), de te verwachten resultaten, eventuele risico's en evaluatiemomenten. In het zorgplan staan idealiter alle overeengekomen behandelingen en interventies, zowel binnen als buiten de ggz. Het zorgplan vormt de basis voor de te leveren zorg. Het zorgplan wordt tijdens de behandelfase verder uitgewerkt in concrete doelen en activiteiten.

Second opinion

Als de patiënt en/of professional twijfelt over de diagnose of als de patiënt en de professional het niet eens zijn over onderdelen van de diagnose, dan kan de patiënt en/of de professional een second opinion aanvragen

een second opinion aanvragen: De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) regelt de rechten en plichten van de patiënt, waaronder ook het recht op een second opinion. Zie: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/ethische-toolkit/snel-wat-weten-1/medisch-ethische-vraagstukken-in-het-kort-1/wet-wgbo.html>

. Bij een second opinion beoordeelt een tweede, onafhankelijke professional de diagnose opnieuw. De professional kan de patiënt zonder tussenkomst van de huisarts verwijzen naar een collega voor een second opinion. In dat geval is het wenselijk dat de professional de huisarts informeert over de inhoud van de second opinion. De patiënt kan zijn huisarts ook vragen om te helpen bij het vinden van een professional voor een second opinion.

4.5 Evalueren

De centrale vragen in deze fase zijn: Wat is ons oordeel over wat tot nu bereikt is? Hoe gaan we verder?

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. Bij elk contactmoment beoordeelt de behandelaar hoe het met de patiënt gaat en monitort wat de voortgang van de behandeling is. In een (tussentijdse) evaluatie bespreken de patiënt en betrokken professionals de voortgang van het zorgproces. Zij beantwoorden samen de vragen: Wat waren onze doelen? Hebben we gedaan wat we hebben afgesproken? Wat hebben we bereikt? Hebben we bereikt wat we hadden verwacht op dit moment? Als het anders gaat dan verwacht: hoe komt dat? Wat vinden we daarvan? En hoe gaan we verder? 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. Om dit proces van monitoren en evalueren te ondersteunen, kunnen professionals gebruikt maken van meetinstrumenten.

Frequentie

Evaluatie vindt in ieder geval aan het einde van een behandeling en een aantal keren tijdens het zorgproces plaats. De patiënt, zijn naasten en de professional beslissen samen wat een passende frequentie is voor tussentijdse evaluaties. In situaties waarbij bijvoorbeeld sprake is van patiënten met chronische problemen of de situatie van de patiënt langere tijd stabiel is, kan evaluatie in een lagere frequentie plaatsvinden

evaluatie in een lagere frequentie plaatsvinden: Waarbij direct moet worden opgemerkt dat je als professional ook bij deze patiënten kritisch moet blijven evalueren of de behandeling nog wel effectief is; juist omdat er geen voortuitgang wordt geboekt.

. In de beginfase van de behandeling, bij een kortdurende behandeling, of als er sprake is van stagnatie of verergering, is het waardevol om in een hogere frequentie of eerder te evalueren.

Het uitgangspunt bij evalueren is dat dit zo vaak als nodig plaatsvindt. Evaluatie vormt een integraal onderdeel van het zorgproces. In het zorgplan wordt vastgelegd op welke momenten en op welke wijze wordt geëvalueerd tijdens het zorgproces. Denk aan het wel of niet betrekken van naasten of andere professionals bij de evaluatie momenten.

Output: Besluit over vervolg

De tussentijdse evaluatie(s) en de eindevaluatie kunnen ertoe leiden dat de patiënt, zijn naasten en de professional besluiten tot het:

1. Continueren van het zorgtraject.
2. Afsluiten van het zorgtraject.
3. Herzien van de diagnose.
4. Bijstellen van de doelen en/of activiteiten (ingezette zorg).
5. Vragen om consultatie of advies.
6. Overdragen van de zorg.

Second opinion

Als de patiënt en/of professional twijfelt over de diagnose of als de patiënt en de professional het niet eens zijn over onderdelen van de diagnose, dan kan de patiënt en/of de professional een second opinion aanvragen

een second opinion aanvragen: De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) regelt de rechten en plichten van de patiënt, waaronder ook het recht op een second opinion. Zie: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/ethische-toolkitsnel-wat-weten-1/medisch-ethische-vraagstukken-in-het-kort-1/wet-wgbo.html>

. Bij een second opinion beoordeelt een tweede, onafhankelijke professional de diagnose opnieuw. De professional kan de patiënt zonder tussenkomst van de huisarts verwijzen naar een collega voor een second opinion. In dat geval is het wenselijk dat de professional de huisarts informeert over de inhoud van de second opinion. De patiënt kan zijn huisarts ook vragen om te helpen bij het vinden van een professional voor een second opinion.

5. Organisatie van de diagnostiek

Autorisatiedatum 16-06-2022 Beoordelingsdatum 16-06-2022

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de voorwaarden die nodig zijn om goede diagnostiek mogelijk te maken. Hierbij besteden we aandacht aan: professionaliteit, de betrokken professionals bij de diagnostische cyclus, competenties, samenwerking, kwaliteitsbeleid, kosteneffectiviteit en doelmatige diagnostiek en financiering.

5.2 Professionaliteit

Een professional die betrokken is bij de diagnostische cyclus heeft te maken met zijn professionele perspectief. Dit omvat een aantal beroepsgebonden belangen, eigenschappen, verplichtingen en gedragslijnen. Het is belangrijk dat de professional in de ggz zijn bijzondere deskundigheid op gemotiveerde wijze toepast in het voordeel van de patiënt. En dat hij hiervoor voldoende kennis en vaardigheden heeft.

De verantwoordelijkheden die nauw verbonden zijn aan professionaliteit van de professional zijn onder andere:

- Respecteren van privacy en wensen van de patiënt en zijn naasten.
- Geven van openheid tegenover patiënten (relationele zorg).
- Bewaken van grenzen in de relatie met de patiënt en diens naasten.
- Wekken en behouden van vertrouwen door belangenconflicten te vermijden.
- Aannemen van een coachende houding om patiënten te stimuleren tot eigen regie.
- Naleven van het beroepsgeheim.
- Streven naar het gebruik of de toepassing van wetenschappelijke kennis.
- Beschikken over actuele kennis en vakbekwaamheid.
- Transparant en toetsbaar opstellen.
- Omgaan met professionele fouten en de zorgvuldige afhandeling daarvan.
- Volgen van voldoende bij- en nascholing.
- Samenwerken met collega's en binnen teams.
- Handhaven van goede kwaliteit van zorg en voortdurend streven naar verbetering van deze kwaliteit.
- Bewaken van de toegankelijkheid van zorg.
- Beperken van de kosten en eerlijk verdelen van schaarse middelen.

Deze zaken reiken verder dan een respectvolle bejegening van de patiënt en zijn naasten. Ze omvatten ook relevante en actuele kennis en competente technische vaardigheden. Een deel daarvan leert de professional tijdens zijn opleiding. Daarnaast leert hij vaardigheden door ervaring op te doen en door het volgen van bij- en nascholing.

Het Canadese CanMEDS-model

Canadese CanMEDS-model: Zie verder button:

[Meer informatie](#)

onderscheidt een aantal competentiegebieden die relevant zijn voor de gehele ggz:

- Vakinhoudelijk handelen: kennis en vaardigheden
- Communicatie: behandelrelatie, luisteren, bespreken, verslaglegging

- Samenwerken: andere professionals, verwijzen, consulteren, samenwerking, ketenzorg
- Kennis en wetenschap: kritisch beschouwen, ontwikkelen, onderhouden, uitdragen
- Maatschappelijk handelen: kennen en bevorderen, wet- en regelgeving, incidenten
- Organisatie: balans met persoonlijke ontwikkeling, beschikbare middelen, informatietechnologie
- Professionaliteit: integer, oprecht en betrokken, kent grenzen van eigen competentie en handelt hiernaar, ethische beroepsnormen.

Patiënten worden hierin niet reductionistisch en simplistisch beschouwd als een ziekte of ziekteproces. Een psychische aandoening treedt op bij een persoon in zijn totaliteit, uniciteit en rijke en veelzijdige context. De professional is zich daarbij bewust van de impact van machtsverschillen tussen hulpverlener en patiënt, en van de verscheidenheid aan persoonlijke en individuele reacties die zij vertonen.

Bron: Hoofdstuk 1 uit het vertaalde boekje van Glen O Gabbard: Professionaliteit in de psychiatrie (De Tijdstroom, 2012)

5.3 Betrokken professionals

Bij de diagnostische cyclus kunnen diverse professionals betrokken zijn. Er is altijd één professional verantwoordelijk voor de gehele diagnostische cyclus. Bij minderjarige patiënten (onder de achttien jaar,) spreken we over een inhoudelijk regisseur

inhoudelijk regisseur: Landelijke Samenwerkingsafspraken jeugd-ggz: <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/landelijke-samenwerkingsafspraken-jeugd-ggz/achtergronden/regie>

. Bij meerderjarige patiënten (boven de achttien jaar) spreken we over een regiebehandelaar

een regiebehandelaar: Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ

Als het nodig is, betreft de regiebehandelaar of inhoudelijk regisseur andere professionals bij de diagnostiek. Deze zorgstandaard hanteert de volgende uitgangspunten met betrekking tot de betrokken professionals:

- Bij de aanmelding werken toegeruste professionals die kunnen triageren (zie 4.2 Aanmelden).
- Wanneer een aanmelding leidt tot een eerste gesprek is het gewenst dat dit gesprek plaatsvindt met de professional die verantwoordelijk is voor de gehele diagnostische cyclus.
- De professional heeft laagdrempelig toegang tot de expertise en het advies van andere professionals.
- De professional heeft zicht op het zorgaanbod in zijn eigen zorgorganisatie, bij zorgorganisaties binnen en buiten zijn eigen regio en binnen het sociale domein.

5.4 Competenties

De professional heeft de juiste competenties nodig voor het uitvoeren van zijn taken en verantwoordelijkheden binnen de diagnostische cyclus. De basis voor deze competenties wordt opgebouwd tijdens een beroepsopleiding (bevoegdheid) en is te vinden in de vereiste competenties voor de verschillende beroepen. Deze competenties liggen vast in de verschillende beroepscompetentieprofielen

beroepscompetentieprofielen: Een beroepscompetentieprofiel is een beschrijving van de eisen en kwalificaties waaraan iemand minimaal moet voldoen om als beroepsbeoefenaar te worden gekwalificeerd.

en in de Wet BIG.

De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het leveren van goede zorg (artikel 2 Wkkgz) en dient te bepalen hoe en door wie de zorg verleend wordt. De professional is verantwoordelijk voor zijn eigen professionele handelen. De professional draagt, samen met de

zorgaanbieder waarvoor hij werkt, de verantwoordelijkheid voor het op peil houden van de kennis en vaardigheden (bekwaamheid

bekwaamheid: Als je bekwaam bent voor een bepaalde handeling betekent dit dat je de hiervoor vereiste papieren hebt én dat je de handeling beheerst. Het gaat dus om de juiste vaardigheden om de handeling correct uit te voeren.

).

Met betrekking tot diagnostiek is het belangrijk dat de professional aantoonbaar bekwaam en bevoegd is en blijft. Hij dient te beschikken over actuele kennis en ervaring. De verplichte bijscholing en deskundigheidsbevordering voor de herregistratie draagt hier voor een deel aan bij. De volgende competenties zijn belangrijk voor de professional die verantwoordelijk is voor de diagnostiek:

- De professional heeft overzicht over en kennis van (of heeft deze tot zijn beschikking) de verschillende domeinen (fysiek, mentaal, sociaal). Hij is hierbij in staat om een integrale aanpak te hanteren met aandacht voor alle leefgebieden. Hij weet welke aanvullende diagnostiek ingezet kan worden. Hoe de verschillende aspecten de diagnostische cyclus vorm geven. En hij kan een diagnostische formulering opstellen.
- Bij diagnostiek is het belangrijk om vanuit een breed perspectief te kijken naar de problemen van de patiënt. Bij specifieke vragen of vragen die niet op het terrein van de competentie van de professional liggen, vraagt hij aanvullende diagnostiek aan bij collega of andere professionals.
- De professional is bekend met de competenties van andere professionals en weet wanneer en waarvoor hij deze kan betrekken bij het diagnostische proces.
- De professional is in staat om:
 1. Differentiaal diagnostische alternatieven in overweging te nemen.
 2. Vanuit een multidisciplinaire context andere professionals te betrekken.
 3. Een goede werkrelatie met de patiënt op te bouwen en te onderhouden.
 4. De patiënt te motiveren richting zelfregie en zelfverantwoordelijkheid.
 5. De naasten te betrekken.
- De professional heeft een goed overzicht van de behandelmogelijkheden zowel binnen als buiten de eigen organisatie en in het sociale domein en is in staat een indicatie voor de behandeling te stellen.

Ook geldt dat alle professionals die bij de diagnostische cyclus betrokken zijn:

- Een open, belangstellende, nieuwsgierige en respectvolle houding hebben jegens de patiënt, zijn naasten en zijn omgeving.
- Een onderzoekende houding hebben die gericht is op het samenwerken met de patiënt, zijn naasten en het ggz-systeem.
- Zich bewust zijn van de grenzen van professionele rollen en de eigen deskundigheid.
- Verantwoordelijkheid nemen voor het op peil houden en ontwikkelen van hun professionele competenties, zodat deze op het hoogst mogelijke niveau komen en/of blijven.

5.5 Samenwerken

Samenwerken is nodig om met elkaar te komen tot een optimale uitkomst van het zorgproces. Maar samenwerken gaat niet vanzelf. In deze paragraaf formuleren we een aantal uitgangspunten over samenwerking tijdens de diagnostische cyclus. Het gaat hierbij om samenwerken in de triade, samenwerken met professionals bij verwijzing en samenwerken met professionals tijdens de diagnostische cyclus.

5.5.1 Samenwerken in de triade

Uitgangspunt is dat naasten betrokken worden in de diagnostische cyclus. Voorwaarden hierbij zijn: (1) dat deze betrokkenheid past binnen de juridische kaders die van toepassing zijn, (2) de autonomie van de patiënt gewaarborgd blijft en (3) dat de veiligheid van de patiënt, zijn naasten en de professional gegarandeerd blijft. Zie ook de [zorgstandaard Naasten](#).

Samenwerken en samen beslissen kunnen leiden tot hogere patiënttevredenheid, betere behandeluitkomsten, meer therapietrouw en hogere kwaliteit van leven. Samenwerking wordt in sommige situaties bemoeilijkt. Hieronder schetsen we vier situaties waarin dit het

geval kan zijn.

Samenwerken binnen een verplicht kader

Op het moment dat de zorg plaatsvindt in een verplicht kader (Wfz en Wvvgz) is het niet altijd mogelijk om alle besluiten samen te nemen. Het risico op ernstig nadeel of een opgelegde behandeling vanuit een forensisch kader beperken de patiënt om zelf te beslissen over (bepaalde onderdelen van) zijn behandeling. Bij elke behandeling zijn er vrijwel altijd onderdelen waar de triade wél gezamenlijk naar kan kijken en samen besluiten over kan nemen. Het is belangrijk om aan de ene kant duidelijk te zijn over de onderdelen van de behandeling waar geen gezamenlijk besluit over kan worden genomen en uit te leggen waarom dit zo is. En aan de andere kant is het belangrijk om vanuit het principe van samen beslissen vooral nadruk te leggen op datgene waarover wél gezamenlijk kan worden besloten.

Samenwerken bij beperkte capaciteiten van de patiënt en/of zijn naasten

Een ander aspect dat de samenwerking kan beïnvloeden zijn de capaciteiten van de patiënt of zijn naasten zoals een lager IQ, laaggeletterdheid en/of beperkte gezondheidsvaardigheden. In bepaalde situaties is informatie te ingewikkeld en is het belangrijk deze te vereenvoudigen. Ook kunnen te veel keuzemogelijkheden belemmerend werken en kan het helpen de keuzes te beperken.

Samenwerken bij een minderjarige patiënt

Het is goed om te beseffen dat het perspectief van de triade binnen de jeugd ggz soms gebaseerd is op andere uitgangspunten. Naast de algemeen omschreven uitgangspunten kan het zijn dat ouders naast de rol van naasten ook die van wettelijk vertegenwoordiger vervullen. In een enkele situatie kan dat ook in de volwassen ggz het geval zijn. Het kan ook zijn dat er sprake is van verschillende formeel betrokken naasten, bijvoorbeeld bij gescheiden ouders. Dit kan invloed hebben op de wijze waarop de samenwerking binnen de triade vormgegeven wordt.

Samenwerken wanneer de patiënt niet wil dat de naasten worden betrokken

De patiënt kan om diverse redenen ervoor kiezen om zijn naasten niet te willen betrekken bij de zorgproces. De professional gaat hierover in gesprek met de patiënt en legt uit waarom het belangrijk is samen te werken met zijn naasten. Advies over het aangaan van dit gesprek met de patiënt staan in de [werkkartaat Patiënt houdt naasten af](#).

5.5.2 Samenwerking tussen professionals bij verwijzing

Optimale informatieoverdracht naar en binnen de ggz

Het is belangrijk dat er goede informatieoverdracht plaatsvindt wanneer de patiënt wordt verwezen naar of binnen de ggz. Zo begrijpt de professional waarom de patiënt wordt verwezen. In de samenwerking tussen de verwijzer en de professional betekent dit dat de verwijzer in een verwijsbrief kort en krachtig duidelijk maakt wat de hulpvraag is van de patiënt, waarvoor deze wordt verwezen en wat de vraag is van de verwijzer. Het format voor de verwijsbrief van de huisarts naar de ggz is te vinden in de Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts-tweedelijns GGZ

Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts-tweedelijns GGZ: Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts-tweedelijns GGZ, meer informatie: <https://www.nhg.org/hasp-ggz>

. In de Landelijke GGZ Samenwerkingsafspraken

Landelijke GGZ Samenwerkingsafspraken: Zie ook: <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/landelijke-samenwerkingsafspraken-tussen-huisarts-generalistische-basis-ggz-en-gespecialiseerde-ggz-lga/introductie>

staat beschreven wanneer de patiënt het beste begeleid kan worden in de huisartsenpraktijk en wanneer de patiënt het beste verwezen kan worden naar de ggz.

Overleg voorafgaand aan een verwijzing kan de kwaliteit van een doorverwijzing verbeteren. Als een verwijzer advies vraagt aan een andere professional met specifieke diagnostische vragen, is het belangrijk dat er laagdrempelig en snel consultatie mogelijk is.

Terugkoppeling na diagnostiek in de ggz aan de verwijzer (binnen of buiten de ggz)

Het is belangrijk dat de professional die verantwoordelijk is voor de diagnostiek een adequate terugkoppeling geeft aan de verwijzer. Deze terugkoppeling geeft antwoord op de vraagstelling en bestaat uit de diagnose, de classificatie, de indicatie en de vervolgstappen. Als er sprake is van belangrijke wijzigingen in de behandeling, worden deze wijzigingen en de reden hiervoor ook toegelicht. Bij voorkeur

vindt een terugkoppeling zo snel mogelijk plaats na afronding van de diagnostiek of eerder als daar redenen voor zijn.

Laagdrempelige toegang tot kennis en ondersteuning over de verwijsmogelijkheden

De verwijzer wil zo goed mogelijk aan de patiënt kunnen voorleggen wat de verwijsmogelijkheden zijn. Daarom is het belangrijk dat de verwijzer toegang heeft tot kennis en informatie heeft over reguliere verwijsmogelijkheden in de regio én over het inzetten van zorgbemiddeling door zorgverzekeraars. Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgaanbieders die werkzaam zijn in dezelfde regio om in informatie over verwijsmogelijkheden te voorzien.

5.5.3 Samenwerken tussen professionals tijdens de diagnostische cyclus

Laagdrempelige toegang tot kennis en ondersteuning over de behandel mogelijkheden

Om de patiënt zo goed mogelijk te kunnen informeren over de behandel mogelijkheden, is het belangrijk dat de professional toegang heeft tot informatie over mogelijke behandel- en begeleidingsmogelijkheden en over eventuele wachttijden. Het gaat hier over de mogelijkheden in de ggz, zowel binnen de eigen zorgorganisatie als daarbuiten. Maar ook over mogelijkheden buiten de ggz, zoals de verstandelijk gehandicaptensector of het sociaal domein. Wanneer de professional constateert dat zijn expertise tekortschiet, is het belangrijk dat de professional de beschikking heeft over een sociale kaart of een netwerkkaart.

Betrekken van andere professionals bij de diagnostische cyclus

De professional consulteert een andere collega of vraagt aanvullende diagnostiek aan als hij op basis van de verzamelde informatie tijdens de diagnostische cyclus nog geen (voorlopige) diagnose of indicatie kan stellen.

5.6 Kwaliteitsbeleid

Het is belangrijk om voldoende tijd te nemen voor het uitvoeren van diagnostiek. In deze paragraaf beschrijven we factoren die impact kunnen hebben op de kwaliteit van de diagnostische cyclus. Denk hierbij aan aandacht voor diagnostiek bij het opleiden van professionals, het op peil houden van kennis en vaardigheden ten aanzien van diagnostiek bij professionals (o.a. herregistratie, bij- en nascholing) en aandacht voor het borgen van de kwaliteit van diagnostiek binnen zorgorganisaties.

5.6.1 Kwaliteit en scholing

Diagnostiek is een belangrijke component in verschillende opleidingscurricula. Om de kwaliteit van het onderwijs ten aanzien van diagnostiek te behouden en nog verder te verhogen, is een combinatie van kennis opdoen, supervisie en intervisie in de praktijk waardevol. Het is belangrijk dat de verschillende perspectieven, die van de patiënt, zijn naasten en de professional, hierbij aan de orde komen. Daarnaast is het noodzakelijk om opleidingen kennis te laten maken met zo veel mogelijk aspecten van de diagnostische cyclus. Dit kan door hen een diversiteit aan opleidingsplaatsen of stages aan te bieden.

5.6.2 Kwaliteit en professionals

De zorg, en daarmee ook de diagnostiek, wordt verleend door professionals die handelen binnen de grenzen van de eigen bekwaamheid, in overeenstemming met de voor hen geldende professionele standaard. De zorgverlening in de ggz wordt daarnaast bepaald door wettelijke voorschriften, onder andere vastgelegd in de volgende wetten:

- Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)
- Zorgverzekeringswet (Zvw)
- Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)
- Wet langdurige zorg (Wlz)
- Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz)
- Jeugdwet

De professionele standaard, waar de richtlijnen, zorgstandaarden en veldnormen onderdeel van zijn, vormt samen met de wet- en regelgeving én de beroepsethiek de basis voor de professional om tot goede zorg te komen.

5.6.3 Kwaliteit en organisatie

Het continu leren en verbeteren binnen organisaties behoort een standaard onderdeel van het kwaliteitsbeleid te zijn. Manieren om de kwaliteit te verbeteren en leren te faciliteren, zowel tussen professionals onderling als tussen professionals, de patiënt en zijn naasten, zijn:

- Evaluatiegesprekken of evaluatiebijeenkomsten met betrokkenen.

- Multidisciplinair overleg waarin diagnostiek en indicatiestelling besproken worden.
- Intervisiegesprekken of intervisiebijeenkomsten (zowel binnen een organisatie of team als tussen verschillende organisaties of teams

tussen verschillende organisaties of teams: Intervisie is een georganiseerd gesprek tussen mensen die werkzaam of in opleiding zijn in hetzelfde vakgebied. Onderwerp van gesprek zijn de verrichte werkzaamheden en de daaraan gerelateerde problemen. Het oogmerk is dat de deskundigheid van de betrokkenen wordt vergroot en de kwaliteit van het werk verbeterd. Anders dan bij supervisie is er geen hiërarchische situatie waarin iemand de leiding heeft.

-).
- Supervisiegesprekken of supervisiebijeenkomsten

supervisiebijeenkomsten: Supervisie is een individueel leerproces, waarbij wordt ingegaan op de persoonlijke leervragen die iemand heeft ten aanzien van zijn of haar werk. De bedoeling is om te leren onder begeleiding door te reflecteren op eigen werkervaringen.

- Patiëntbesprekingen met de patiënt en met alle betrokken professionals.
- Moreel beraad.
- Besprekingen met betrokkenen na het voordoen van een calamiteit.
- Externe kwaliteitsevaluaties waarbij professionals uit andere organisaties meekijken.

Daarnaast is het belangrijk dat zorgorganisaties de ruimte bieden aan hun professionals, zodat:

- Zij hun kennis en vaardigheden op peil kunnen houden. Bijvoorbeeld door het bijwonen van referaten, bij- en nascholing, intervisie, supervisie.
- Zij met voldoende regelmaat kunnen reflecteren op hun eigen handelen.
- Zij toegang hebben tot kwalitatieve en kwantitatieve gegevens, op basis waarvan zij kunnen reflecteren.
- Zij hun diagnostisch materiaal en de kennis daarover up-to-date kunnen houden.

Het creëren van een organisatiecultuur waarin aandacht en ruimte is voor professionals om aan te geven waar hij zich prettig, veilig, gestimuleerd en gesteund bij voelt is essentieel. Het gaat om het creëren van een cultuur waar onderling vertrouwen is om te leren, te verbeteren en goed te kunnen reflecteren.

5.7 Kosteneffectiviteit en doelmatige diagnostiek

Het is belangrijk dat de kwaliteit van de diagnostiek en de kosteneffectiviteit en doelmatigheid hiervan in goede balans met elkaar zijn. De hypothese daarbij is dat investeren in goede diagnostiek leidt tot adequatere behandeltrajecten, tot minder herdiagnostiek en een lager aantal behandeltrajecten. Diagnostiek of aanvullende diagnostiek wordt enkel ingezet of geïntensiveerd wanneer dit een toegevoegde waarde heeft voor de diagnose. Het uitgangspunt is: diagnostiek doe je zo kort als het kan, zo lang als het moet, zo licht als het kan, zo zwaar als het moet. De kwaliteit van de diagnostiek bij de patiënt staat hierbij altijd voorop. Dat betekent dat daar waar diagnostiek noodzakelijk is, dit kwalitatief goed moet (kunnen) worden uitgevoerd

kwalitatief goed moet (kunnen) worden uitgevoerd: In de

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psychiatrische_diagnostiek/benodigde_tijd_psychiatrische_diagnostiek.html is een aanbeveling opgenomen over de tijdsperiode die psychiatrische diagnostiek minimaal in beslag neemt.

De volgende aspecten kunnen bijdragen aan de verhoging van de kosteneffectiviteit en doelmatigheid bij het doorlopen van de diagnostische cyclus:

- Voorlichting geven aan huisartsen en andere verwijzers

Het is belangrijk dat verwijzers op de hoogte zijn van de verwijzingsmogelijkheden in de regio en dat zij beschikking hebben tot heldere en concrete informatie over het behandelaanbod, de wachttijden en eventuele alternatieven. Dit verhoogt de kans dat verwijzers de patiënt

direct naar de meest passende zorgaanbieder doorverwijzen.

- Voorlichting bieden aan de patiënt en zijn naasten op de website van zorgaanbieders

Wanneer organisaties op hun websites actuele informatie beschikbaar stellen over de mogelijkheden binnen hun organisatie, dan kan de patiënt zelf oriënteren. En zo (samen) een weloverwogen keuze maken voordat hij een organisatie of instelling benadert.

- Tijd tussen aanmelding en daadwerkelijk behandeling zo kort mogelijk houden

Lange wachttijden tussen aanmelding en diagnostiek en tussen diagnostiek en behandeling kunnen een ongewenste impact hebben op de klachten en problemen. De professional bespreekt altijd alle mogelijke behandelmogelijkheden met de patiënt, inclusief beschikbaarheid en wachttijden, als onderdeel van samen beslissen. Is de best passende behandeling niet beschikbaar of de wachttijd te lang? Dan beslissen de patiënt, zijn naasten en de professional samen welke alternatieve mogelijkheid voor de patiënt het meest passend is.

- Een sociale kaart voor de sector

Wanneer de professional constateert dat de grenzen van zijn eigen competenties en/of die van de eigen organisatie of instelling bereikt zijn, dan kan toegang tot een sociale kaart of een netwerkkaart inzicht bieden in wat er in de sector, bij huisartsen en eventueel in aangrenzende domeinen, wordt aangeboden en wat daar de wachttijden zijn. Hierdoor krijgt de professional beter zicht op welke andere professionals beschikken over welke expertise. En daarnaast wie hij op welk moment het beste kan consulteren of bij wie hij terecht kan met zijn vraag of verzoek tot aanvullend diagnostisch onderzoek.

- Multidisciplinair overleg gericht inzetten

Door het gericht inzetten van een multidisciplinair overleg kan de professional expertise van andere professionals snel en eenvoudig inschakelen. Dit verbetert de kwaliteit van de diagnostische cyclus. De functie van het multidisciplinair overleg is om met alle professionals betrokken bij de diagnostische cyclus te komen tot een diagnose en een indicatiestelling. Hierbij kan geconcludeerd worden dat aanvullend diagnostisch onderzoek nodig is. Het is ook een manier voor de professional om een diagnose en indicatie intercollegiaal te toetsen. Multidisciplinair overleg bevordert ook de onderlinge deskundigheidsbevordering en samenwerking. Professionals leren van elkaar.

5.8 Financiering

Als er sprake is van (een vermoeden van) een psychische aandoening en de patiënt wordt verwezen naar de ggz voor diagnostiek en behandeling, wordt dit voor patiënten die 18 jaar of ouder zijn in de meeste gevallen vergoed vanuit de basisverzekering

de basisverzekering: Niet alle soorten behandelingen worden vergoed vanuit de basisverzekering (zie: <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/psychologische-behandelingen-zvw>)

. Het uitvoeren van diagnostiek om een diagnose te stellen zonder de intentie te hebben deze te willen behandelen, komt niet in aanmerking voor vergoeding vanuit de basisverzekering. Dit geldt niet voor het aanvragen van een second opinion. Voor patiënten onder de 18 jaar worden diagnostiek en de behandeling gefinancierd op basis van de Jeugdwet.

Het Zorgprestatie model

Zorgprestatie model: Meer informatie over het Zorgprestatie model vind je op www.zorgprestatie model.nl

is vanaf 2022 de nieuwe bekostiging voor de geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg. Het Zorgprestatie model is een model voor prestatiebekostiging. In het Zorgprestatie model wordt de zorg vergoed via prestaties; consulten (onder te verdelen in consulten diagnostiek en consulten behandeling), verblijfsprestaties en enkele overige prestaties. Indirecte tijd hoeft hierbij niet te worden geregistreerd en is verdisconteerd in de vergoeding van de directe tijd. De prestaties bepalen welke vergoeding een zorgaanbieder krijgt voor de geestelijke gezondheidszorg of de forensische zorg.

6. Kwaliteitsindicatoren

Autorisatiedatum 16-06-2022 Beoordelingsdatum 16-06-2022

6.1 Inleiding

Kwaliteitsindicatoren worden opgesteld en gebruikt om het eigen zorgproces te verbeteren. Daarmee zijn ze een maatstaf voor de kwaliteit van de geleverde zorg. De keuze van indicatoren is afhankelijk van het doel van de zorg en van de patiënt. Niet alle indicatoren zijn per definitie geschikt voor alle echelons van de zorg, voor alle type professionals of voor alle type patiënten. De professional en de zorgaanbieder bepalen welke indicatoren gebruikt worden om het eigen zorgproces te verbeteren.

Voor deze zorgstandaard is op basis van de inhoud een aantal kwaliteitsindicatoren geformuleerd. Op basis van de bevindingen uit de praktijktoets (onderdeel van de uitvoerbaarheidstoets, start zomer 2022) zal dit hoofdstuk waar nodig aangepast worden.

6.2 Kwaliteit van de diagnostische cyclus

De diagnostische cyclus, als onderdeel van het zorgproces, wordt gekenmerkt door het doorlopen van de volgende fasen:

- Aanmelden
- Diagnosticeren
- Indiceren
- Evalueren

In algemene zin is het belangrijk om zorg te dragen voor een doorlopend zorgproces waarbij de fases soepel in elkaar overlopen en de tijd tussen de verschillende fasen zo kort mogelijk is. Het is gewenst dat de periode tussen de aanmelding en het eerste contact met een professional zo kort mogelijk is en dat alle te doorlopen stappen in tijd, intensiteit en doorlooptijd zo transparant mogelijk zijn

alle te doorlopen stappen in tijd, intensiteit en doorlooptijd zo transparant mogelijk zijn: zie Treeknormen:
<https://bijxnp3xwdg5ostandardsa.blob.core.windows.net/media/1917/de-treeknormen.pdf>, voor de geestelijke gezondheidszorg.

. Kritische overgangen zijn die van aanmelding tot het eerste contact en de overgang van indiceren tot aan de start van de behandeling. Zodra het zorgproces start, dienen er bij voorkeur geen onnodige logistieke vertragingen voor te komen.

Kwaliteitsindicatoren zijn:

- De tijd tussen de aanmelding en het eerste contact (treeknorm aanmeldtijd maximaal 4 weken).
- De tijd tussen de indicatie en de start van de behandeling (treeknorm behandelwachtijd maximaal 10 weken).

6.2.1 Aanmelden

Het doel is dat tijdens de aanmeldfase zo snel mogelijk duidelijk wordt of de hulpvraag kan worden beantwoord met een passend aanbod van de zorgaanbieder. Hiervoor is het belangrijk dat er enerzijds een goede informatie overdracht plaatsvindt bij (door)verwijzing naar de ggz (zie Samenwerking tussen professionals bij verwijzing). En anderzijds dat de aanmelding door een inhoudelijk professional wordt gescreend.

Kwaliteitsindicatoren zijn:

- Heeft verwijzer in een verwijsbrief (kort en krachtig) duidelijk maakt wat de hulpvraag is van en wat de vraag is van de verwijzer? (zie Samenwerken tussen professionals bij verwijzing).
- Is de verwijzing gescreend door een inhoudelijk professional? (zie Aanmelden)

6.2.2 Diagnosticeren

In deze fase wordt in kaart gebracht wat er aan de hand is, wat de ernst van de problemen is, hoe dat zo is gekomen en welke invloed dit heeft op iemands leven. Dit doen de patiënt, zijn naasten en de professional samen. Als afronding van deze fase wordt een diagnose opgesteld, waarbij minimaal een beschrijving wordt gegeven van de aard en ernst van de problemen, over het ontstaan en het beloop van de klachten in het licht van de individuele en situationele context en het effect hiervan op het functioneren en welbevinden.

Kwaliteitsindicatoren zijn:

- Zijn naasten betrokken bij de diagnostiek? Zo niet, is hier onderbouwd van afgeweken?
- Bevat de diagnose minimaal een beschrijving over het ontstaan en het beloop van de klachten in het licht van de individuele en situationele context en van het effect van de problemen op functioneren en welbevinden?

6.2.3 Indiceren

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 vervolgens de behandeldoelen te formuleren. Uitgangspunt hierbij is een goede samenwerking tussen de patiënt, zijn naasten en de professional. Professional bespreekt hierbij behandelmogelijkheden, inclusief voorlichting over aard, voorkeuren en bijvoorbeeld beschikbaarheid. Belangrijk is dat hierbij de tijd genomen wordt voor vragen (samen beslissen). Gezamenlijk stellen zij een zorgplan op.

Kwaliteitsindicatoren zijn:

- Zijn de patiënt en zijn naasten tevreden over de wijze waarop de (keuze)mogelijkheden zijn besproken?
- Is er volgens de patiënt, zijn naasten en de professional sprake van een gezamenlijk opgesteld zorgplan?

6.2.4 Evalueren

Tijdens een (tussentijdse) evaluatie bespreken betrokken professionals, de patiënt en zijn naasten de voortgang van het zorgproces. Monitoren, evalueren en waar nodig het bijstellen van de diagnose, de classificatie, de indicatie, de behandeling en het zorgplan staan hierbij centraal.

Kwaliteitsindicatoren zijn:

- Is er tijdens de evaluatie aandacht besteed aan het feit of de diagnose, de classificatie, de indicatie, de behandeling en het zorgplan nog passend zijn?
- Zijn er afspraken gemaakt over de frequentie van evaluatie?

7. Bijlagen

Autorisatiedatum 16-06-2022 Beoordelingsdatum 16-06-2022

7.1 Begrippenkader

Classificatie

Het rubriceren van variabelen (zoals klachten, problemen, functies, eigenschappen) binnen de wetmatige categorieën of dimensies van een relevant classificatiesysteem.

Comorbide problemen

Het gelijktijdig voorkomen van twee of meerdere psychische en/of somatische aandoeningen bij een patiënt.

Diagnose

Een nauwkeurige beschrijving van de pathologische symptomen, de ernst en beloop van klachten, de klinische voorgeschiedenis en een bondige samenvatting van de sociale, psychologische en biologische factoren die kunnen hebben bijgedragen aan het ontstaan van een psychische aandoening en een bondige samenvatting van problematische gevolgen voor het functioneren op verschillende levensgebieden (dagelijks functioneren) (bron APA, 2013).

Diagnostische cyclus

Diagnostiek betekent het systematisch verzamelen van informatie om deze vervolgens op een zinvolle manier te ordenen en te communiceren ten behoeve van de diagnostiek, classificatie, indicatiestelling, behandeling of evaluatie. Tijdens het doorlopen van de diagnostische cyclus wordt aandacht besteed aan:

- De betekenis en beleving van de symptomen en het verhaal van de patiënt en waar wenselijk, zijn naasten.
- De fase van ontwikkeling, complicaties en uitbreiding van de problemen (stagering) van de patiënt.
- Comorbide psychische en somatische aandoeningen en differentiaal diagnostiek.
- De etiologische en pathogenetische factoren die bijgedragen hebben aan de ontwikkeling van de aandoening.
- Specifieke functies die invloed hebben op het (dagelijks) functioneren op relevante levensgebieden.
- Factoren die van invloed kunnen zijn op het te verwachten beloop van de aandoening.
- Factoren die de behandeling kunnen beïnvloeden en van belang zijn bij indicatiestelling en verantwoording van een behandeling.

Dit impliceert een sterkte-zwakteanalyse van de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt en van zijn systeem. Een inventarisatie van relevante kennis en ervaringen van de patiënt en zijn naasten, zijn onderdeel van de diagnostische cyclus (gebaseerd op: [Richtlijn Psychiatrische diagnostiek, 2015](#); Hengeveld, van Balkom, van Heeringen, Sabbe, 2018; werkgroep zorgstandaard diagnostiek, 2021).

DSM-5

De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) is een classificatiesysteem waarin internationale afspraken zijn gemaakt over welke criteria van toepassing zijn op een bepaalde psychische aandoening op basis van (nieuwe) wetenschappelijke inzichten.

Geestelijke Gezondheid

Een staat van welbevinden waarin iemand zijn eigen vermogen kan gebruiken en benutten, om op een betekenisvolle wijze sturing te geven aan het leven, betekenisvolle relaties vorm te geven, productief en vruchtbaar te werken en een bijdrage te leveren aan zijn gemeenschap.

Bron: WHO, 2001

Geestelijke gezondheidszorg

De geestelijke gezondheidszorg (ggz) is het deelgebied in de gezondheidszorg dat behandeling, begeleiding, verpleging en verzorging biedt aan mensen met psychische problemen. Het heeft als doel om psychische aandoeningen te voorkomen, te behandelen en te genezen.

Geestesvermogens

Het vermogen tot denken, voelen, willen, oordelen en handelen; het vermogen wordt bepaald en beïnvloed door biologische, psychische en sociale factoren (BOPZ 11270-12).

Gezondheid

Het vermogen zich aan te passen en regie te voeren in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven.

Bron: Huber, 2014.

Herstel

Herstel is een individueel proces waarin mensen veerkracht ontwikkelen, leren omgaan met en het leven weer oppakken na ontwrichtende ervaringen. Het gaat om herstel van identiteit, zelfbeeld, zelfvertrouwen, sociale relaties en sociale rollen die als gevolg van psychische en/of verslavingsproblemen aangetast zijn en omvat meer dan de vermindering van ziekteverschijnselen. In herstelprocessen staan de mogelijkheden en krachten van de mens centraal en hebben zij zelf de regie over hun eigen leven (zie [zorgstandaard Herstelondersteuning](#))

Indicatiestelling

Een zorgvuldige afweging door de professional over passende behandelmogelijkheden op basis van de diagnose, de gewenste zorgdoelen, haalbare inspanningen en de te verwachte resultaten. De aard, de inhoud, de intensiteit en de omvang van het behandelaanbod vormen belangrijke elementen van passende zorg.

Psychische stoornis

Een psychische stoornis is een syndroom, gekenmerkt door klinisch significante symptomen op het gebied van de cognitieve functies, de emotieregulatie of het gedrag van een persoon, dat een uiting is van een disfunctie in de psychologische, biologische, of ontwikkelingsprocessen die ten grondslag liggen aan het psychische functioneren. Psychische stoornissen gaan gewoonlijk gepaard met significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren op diverse levensgebieden waaronder sociaal, beroepsmatig of bij andere belangrijke bezigheden.

Bron: APA, 2013, pag. 72

Screening

Onderzoek met van tevoren vastgestelde criteria of er een verhoogde kans (aanwijzing) is dat een bepaalde psychische aandoening aanwezig zou kunnen zijn.

Triade

Triade verwijst naar de samenwerking tussen de patiënt, zijn naasten en de betrokken professional.

Triage

Het maken van keuzes en stellen van prioriteiten ten aanzien van het te voeren beleid bij klachten en problemen op basis van de professionele inschatting van de aard en ernst van de problematiek.

Zorgplan

Een zorgplan is een gezamenlijke beslissing van de patiënt, (eventueel) zijn naasten en de professional. De gezamenlijke keuze voor de overeen te komen zorg wordt bepaald op basis van de geïndiceerde mogelijkheden, de wensen en voorkeuren van de patiënt en de beschikbaarheid van het geïndiceerde zorgaanbod. Het zorgplan bevat de diagnose, de overeengekomen doelen, een planning, de in te zetten zorg (of: afgesproken activiteiten), afspraken over inzet van patiënt, naasten en professional(s), de te verwachten resultaten, eventuele risico's en evaluatiemomenten. Deze contouren worden in een latere fase door de patiënt en behandelaar nader uitgewerkt.

Bron: Elwyn e.a., 2014;
Richtlijn Psychiatrische diagnostiek, 2015

7.2 Patiënten- en naastenperspectief (van MIND)

Gezondheid gaat in wezen over veerkracht en vitaliteit, een leven kunnen leiden dat geleefd kan worden binnen de grenzen van de (on)mogelijkheden en ondanks ziekten en zorgen. Het gaat uiteindelijk om persoonlijke keuzes over doelen in het leven. Zorg gericht op herstel van de gezondheid stelt de wensen en de behoeften van het individu centraal en richt de focus op zelfmanagement en zelfredzaamheid. Het is zorg met aandacht voor kracht en klacht op basis van de menselijke maat met als motto: Zie de mens, niet het etiket.

Om bouwstenen voor zorg vanuit het patiënten/naasten perspectief te concretiseren heeft MIND het visiestuk Focus op Gezondheid en de basisset Kwaliteitscriteria GGz opgesteld. De twee stukken vormen, samen met de uitkomsten van een vragenlijst onder de achterban van MIND, de basis voor het patiënten- en naasten perspectief. Allereerst worden de resultaten van de vragenlijst geschetst. Vervolgens wordt de algemene visie op zorg uiteengezet. Ten slotte wordt ingegaan op de specifieke punten voor de zorgstandaard.

7.2.1 Resultaten Vragenlijst

MIND heeft 2020 een vragenlijst onder de circa 4200 leden van haar GGz panel uit-gezet. De vragenlijst ging over een viertal onderwerpen, namelijk:

- (1) samenwerken met de hulpverlener;
- (2) ervaren rol van de DSM classificaties;
- (3) belangrijke punten voor diagnostiek;
- (4) belangrijke punten voor behandelplan.

De respons op de vragenlijst bedroeg 752 personen, waarvan 626 patiënten en 126 naasten. Onderstaand in vogelvlucht de resultaten van de vragenlijst.

Samenwerken met professional

- Ruim 2/3 deel van de patiënten en de naasten is negatief over de afspraken met de hulpverlener rond de diagnose en het behandelplan
- Circa 2/3 deel van de patiënten en 1/3 deel van de naasten is positief over het samen opstellen van de diagnose en het behandelplan
- Ruim 2/3 deel van de patiënten en de naasten is negatief over het tussentijds evalueren en de overdracht tussen behandelaren

Ervaren rol van DSM classificaties

- Circa 2/3 deel van de patiënten en de naasten heeft baat bij een DSM categorie (biedt helderheid)
- Ruim 2/3 deel van de patiënten en de naasten heeft last van een DSM label (vormt een keurslijf)
- Ruim de helft van de respondenten ervaart prevaleren van een DSM categorie boven eigen verhaal

Onderwerp	Patiënten	Naasten
Ruimte om verhaal te vertellen	86 %	96 %
Kunnen vinden in de diagnose	86 %	81 %
Integraal kijken (sociaal domein)	85 %	90 %
Aandacht voor sterke kanten	81 %	91 %
Inzicht bieden in problematiek	65 %	65 %
Handvatten voor aanpak bieden	62 %	62 %

Belangrijke punten voor

diagnostiek

Onderwerp	Patiënten	Naasten
Samen behandeldoelen opstellen	86 %	84 %
Infomatie over behandelopties	79 %	90 %
Voor/nadelen per behandeloptie	85 %	91 %
Bedenktijd voor behandelkeuzes	79 %	85 %
Evalueren van diagnose in zorgtraject	84 %	94 %
Evalueren van doelen en resultaten	93 %	97 %

Belangrijke punten voor

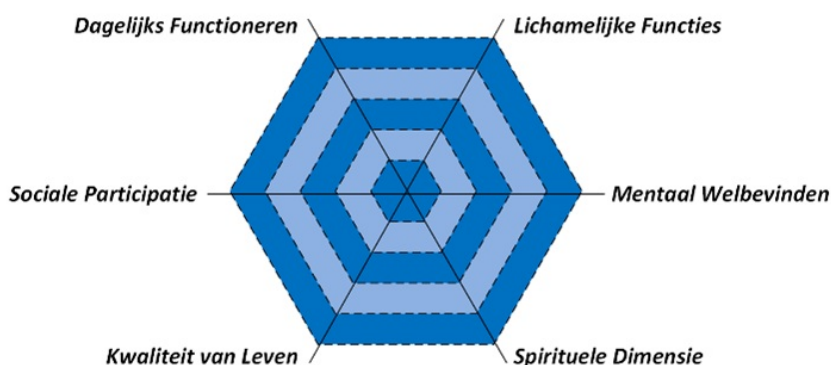
behandelplan

De resultaten van de vragenlijst vertonen een wisselend beeld, waarbij voorzichtig gesteld kan worden dat we goed op weg zijn bij samen beslissen over diagnostiek en behandelplan maar dat we er nog niet zijn en ruimte voor verbetering volop aanwezig is. Vooral het punt van label als keurslijf versus ruimte voor het verhaal in de context biedt mogelijkheden voor ontwikkeling. De uitkomsten van de vragenlijst kunnen als volgt worden samengevat: zie de context, informeer grondig, beslis samen, evalueer regelmatig en betrek de naasten.

7.2.2 Algemene Uitgangspunten

Focus op Gezondheid

Domeinen van Gezondheid



Veerkracht / Vitaliteit

Het doel van de zorg is het bevorderen, behouden en herstellen van de gezondheid van de burgers. Mensen zoeken hulp bij psychische problemen omdat ze zich zorgen maken over hun gezondheid of zich belemmerd voelen in hun activiteiten. Gezondheid is geen statisch concept van optimaal welbevinden zonder ziekten of gebreken, maar een dynamisch vermogen om je aan te passen en je regie te voeren in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.

Bron: Huber, 2011

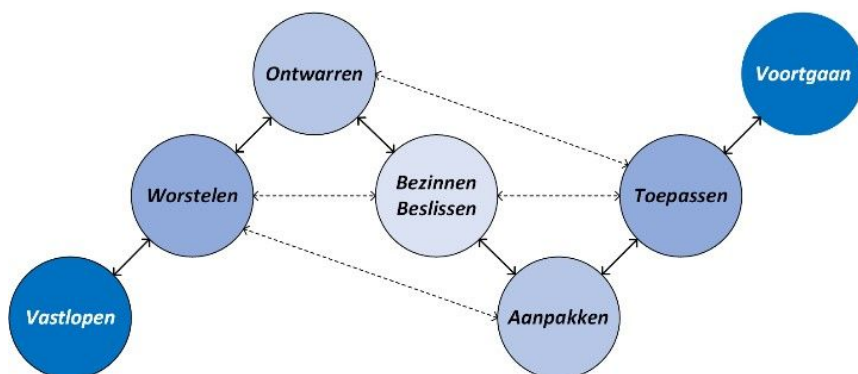
De nadruk ligt op het stimuleren van eigen kracht en eigen regie. Het gaat in essentie om het bevorderen van de veerkracht en de vitaliteit van mensen, opdat ze in staat zijn om zo veel mogelijk eigenstandig een zinvol en volwaardig leven te leiden (hun ding kunnen doen). Geestelijke gezondheid kan worden gezien als een staat van welbevinden waarin een mens zijn vermogens kan gebruiken en benutten, om kan gaan met de normale stress van het leven, productief en vruchtbaar kan werken en een bijdrage kan leveren aan zijn gemeenschap.

Bron: WHO, 2001

Het concept van (geestelijke) gezondheid sluit aan bij het patiënten- en naastenperspectief waarbij probleemgericht en contextgericht zorg wordt verleend. Het gaat om het persoonlijk functioneren en het maatschappelijk participeren van een persoon in zijn context. Niemand is perfect en iedereen moet (leren) leven met zijn (on)mogelijkheden, kwetsbaarheden en weerbaarheden. Inzicht in de factoren achter de problemen en omgang met de stressoren in het leven alsmede het bevorderen van veerkracht en vitaliteit zouden de focus van de zorg moeten vormen. Uiteindelijk moet behandeling leiden tot een vermindering van lijdensdruk en een verbetering van functioneren en participeren.

Weg naar Herstel

Patiëntreis in Beeld



Acceptatie / Integratie

Het verhaal van mensen met psychische

problemen is vaak een verhaal over een leven, inclusief het leven van naasten, dat door de problemen (gedeeltelijk) in beslag wordt genomen. De problematiek vervloeit met de identiteit van het individu (ik ben het probleem in plaats van ik heb een probleem). Herstel wordt gezien als een individueel proces gericht op het hervinden van de persoonlijke identiteit en het hernemen van de regie op het leven.

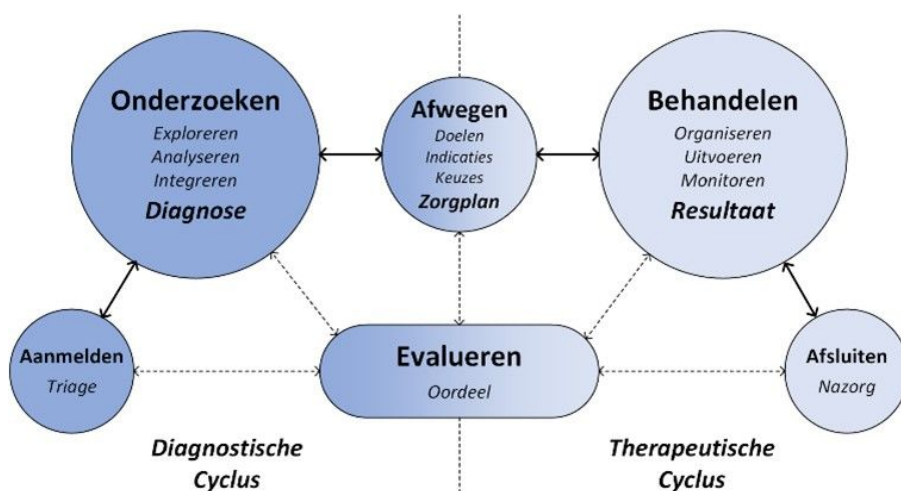
Bron: Anthony, 1993

Het reikt over de grenzen van een aandoening of beperking heen naar een volwaardig en zinvol leven. Een fundamenteel aspect van herstel is de zoektocht naar een balans tussen kwetsbaarheden en weerbaarheden, opdat de persoon zijn kwetsbaarheden leert te accepteren en weet te integreren met zijn weerbaarheden. Een essentieel element bij herstel is het ontdekken en het stimuleren van veerkracht en vitaliteit, zodat de persoon zich (weer) kan handhaven in zijn/haar omgeving door aan te passen en regie te voeren dan wel mee te buigen en op te richten (zoals een rietkraag in de wind).

De patiëntreis is door de landelijke koepels gezamenlijk opgesteld en beschrijft de weg van een patiënt in het proces van vastlopen door een aandoening of beperking naar voortgaan zonder of voorbij een aandoening of beperking: de weg van stagneren naar floreren. Een aandoening of beperking leidt meestal tot vermindering van welbevinden en/of beperking van activiteiten (stagneren). Zorg kan mensen helpen bij het herstel van hun aandoening of het omgaan met hun beperking zodat ze kunnen voortgaan met leven en deelnemen naar vermogen (floreren). Tussen stagneren en floreren liggen de stappen worstelen (ik kom niet verder), ontwarren (wat is het probleem), bezinnen (wat wil ik bereiken), beslissen (wat wordt het plan), aanpakken (wat ga ik uitvoeren) en toepassen (hoe kan ik verder). De spil van de reis is het samen beslissen door de patiënt en de professional over het verloop van de route. De reis naar herstel is vaak geen lineair proces maar veelal een iteratief en circulair kronkelpad waarbij de stappen herhaald kunnen worden.

Samen over Zorg

Samen over Zorg



Het verlenen van zorg gebeurt in

beginsel op basis van een tweezijdige afspraak tussen de patiënt en de professional, waarbij partijen als mens gelijkwaardig zijn. Respect voor elkaars perspectief en elkaar proberen te verstaan zijn noodzakelijk om gezamenlijk tot een besluit over de inhoud en de context van de zorg te komen (wat willen we en hoe willen we). Er is een verschil in perspectief tussen patiënt en professional; de patiënt beleeft een verhaal van mentaal onwelbevinden en de professional observeert een syndroom met symptomen (subjectieve beleving van illness versus objectieve labeling van disease). Het is belangrijk om het verhaal en de betekenis achter de ervaringen en de gedragingen boven tafel te krijgen.

Het samen beslissen over zorg verloopt in een cyclus met vier fases en acht vragen (analoog aan de PDCA cyclus). Het gaat steeds om het gezamenlijk zoeken naar een antwoord op de vragen met behoud van ieders verantwoordelijkheid en deskundigheid en het gezamenlijk overeenstemmen in de antwoorden op de vragen. De fases en de vragen zijn:

- **Diagnose als hypothese** (wat is je probleem en hoe is het gekomen)

Het gaat om het verkennen van klachten en problemen in de individuele en situationele context en het verhelderen van factoren en stressoren in termen van kwetsbaarheden en weerbaarheden. Het antwoord is een diagnose als persoonlijk verhaal met hypothesen over het ontstaan en het beloop van de problematiek.

- **Indicatie met zorgplan** (wat wil je bereiken en wat wordt ons plan)

Het gaat om het formuleren van de zorgdoelen op basis van de wensen en de behoeften van de patiënt en het indiceren van behandelmogelijkheden in het licht van draagkracht en draaglast van het systeem. Het antwoord is een integraal zorgplan met de beoogde doelen, de gepaste interventies en de verwachte resultaten.

- **Therapie met resultaat** (wat voeren we uit en wat zijn de effecten)

Het gaat om het organiseren van het zorgnetwerk van professionals en naasten rondom de patiënt en het uitvoeren van de maatregelen en de interventies uit het zorgplan. Het antwoord is het bepalen van de effecten van de activiteiten door het monitoren van de uitkomsten van de interventies.

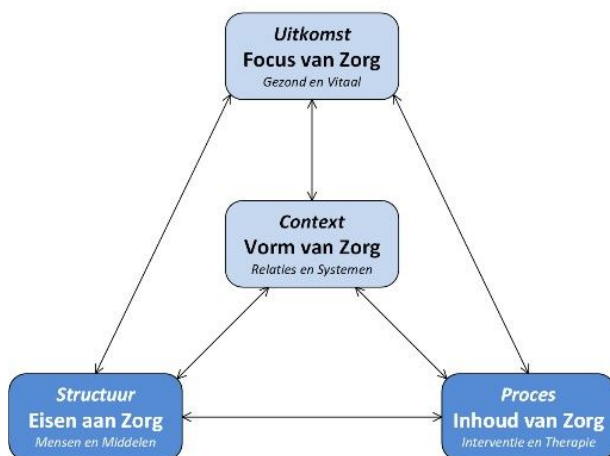
- **Evaluatie als reflectie** (wat is ons oordeel en hoe gaan we verder)

Het gaat om het beoordelen van de resultaten van de interventies als feitelijke uitkomst van de zorg in het licht van de doelen uit het zorgplan als wenselijke uitkomst van de zorg. Het antwoord is een besluit over de voortgang van de zorg, het aanpassen van de interventie of het herzien van de diagnose.

Het samen beslissen kan worden gezien als een iteratieve cyclus, waarbij de indicatiefase als een scharnier tussen de diagnostische cyclus en de therapeutische cyclus fungeert en de evaluatiefase voor feedback zorgt. De antwoorden moeten aansluiten bij het persoonlijke verhaal van de patiënt in zijn individuele en situationele context.

Criteria voor Kwaliteit

Domeinen van Kwaliteit



Het begrip kwaliteit van zorg kan worden omschreven als de mate van overeenkomst tussen de criteria van wenselijke zorg en de praktijk van feitelijke zorg.

Bron: Donabedian, 1980

Er zijn twee percepties van kwaliteit, namelijk het (subjectieve/emotionele) verschil tussen verwachte en beleefde kwaliteit door de patiënt en het (objectieve/rationele) verschil tussen beoogde en geleverde kwaliteit door de professional.

Bron: Zeithaml et al, 1990

Indien de patiënt iets anders verwacht dan de professional beoogt, kunnen de oordelen over de kwaliteit van de beleefde zorg en de geleverde zorg uiteenlopen. Het is noodzakelijk om helderheid te verkrijgen over de verwachting van de patiënt en de bedoeling van de professional. Verder is het belangrijk om aandacht te hebben voor de kwaliteit van de relatie naast de kwaliteit van de interventie. Het concept is uitgewerkt in vier kwaliteitsdomeinen:

De domeinen zijn gebaseerd op het kwaliteitsmodel van Donabedian van structuur, proces en uitkomst, waarbij de twee elementen van proces als techniek en relaties afzonderlijk worden meegenomen. Techniek gaat over de deskundigheid van de professional om adequaat en integraal de zorg te verlenen. Relatie gaat over het vermogen van de professional om de contacten met de patiënt en de naasten te managen en de adequate informatie te verkrijgen voor het indiceren van de geschikte interventie.

Focus van Zorg gaat over het bevorderen, behouden en herstellen van gezondheid. De elementen zijn Kwaliteit van Leven en Veerkracht en Vitaliteit. Kwaliteit van Leven gaat over welbevinden, relaties, perspectief en gezondheid ervaren. Veerkracht en Vitaliteit gaat over flexibiliteit, levenslust, functioneren en vermogen om dingen te doen.

Vorm van Zorg gaat over het betrekken van patiënt en naasten. De elementen zijn Cliënt Centraal en Zorg in Triade. Cliënt Centraal gaat over het eigen verhaal van de patiënt, informatie voor de patiënt en co-regie door de patiënt. Zorg in Triade gaat over het betrekken van naasten, psycho-educatie voor naasten en co-creatie met naasten.

Inhoud van Zorg gaat over de cyclus van diagnose en therapie. De bouwstenen zijn Adequate Zorg en Integrale Zorg. Adequate Zorg gaat over zorg op maat, effectieve en efficiënte zorg, veilige en tijdige zorg en toegankelijke zorg. Integrale Zorg gaat over integratie van zorg en welzijn, coördinatie van zorg en continuïteit van zorg.

Eisen aan Zorg gaat over de inzet van mensen en middelen. De bouwstenen zijn Professionele Zorg en Transparante Zorg. Professionele Zorg gaat over competenties van zorgverleners, faciliteiten van organisaties, richtlijnen en procedures. Transparante Zorg gaat over inzicht in aanbod van zorg, kosten van zorg en kwaliteit van zorg.

De kwaliteitsdomeinen kunnen fungeren als bouwstenen om indicatoren voor de kwaliteit van de zorg te ontwikkelen. Het uitkomstdomein kan in de spreekkamer aan de hand van Patient Reported Outcome Measures (PROM) in kaart worden gebracht. Het relatiedomein kan anoniem met Patient Reported Experience Measures (PREM) worden gemeten.

7.2.3 Specifieke Aandachtspunten

Het fundament voor de zorg zijn diagnostiek en zorgplan. Diagnostiek is gericht op het ontrafelen van de factoren en de stressoren achter de klachten en de problemen en het komen tot een gedeeld verhaal over het ontstaan en het beloop van de problematiek. De diepgang van de diagnostiek is afhankelijk van de aard en de ernst van de problematiek. Zorgplan is het integrale plan om de problematiek aan te pakken (inclusief bijdragen van naasten en welzijn), gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en zelfmanagement. Het bevat de initiële hulpvraag, de gedeelde diagnose, de beoogde zorgdoelen, de gepaste interventies, de verwachte resultaten, de gekozen indicatoren en de geplande evaluaties.

Focus van Diagnostiek

Een diagnose moet inzicht bieden in de aard en de ernst alsmede het ontstaan en het beloop van de problematiek in de individuele en situationele context met aandacht voor de kwetsbaarheden en de weerbaarheden van de patiënt en het systeem. Verder moet een diagnose handvatten bieden voor het aanpakken en het oplossen van de problematiek. Het zorgplan moet bijdragen aan het bevorderen van de zelfredzaamheid en het zelfmanagement van de patiënt en aansluiten bij de draagkracht en de draaglast van het systeem.

Vorm van Diagnostiek

Het persoonlijke verhaal van de patiënt over zijn klachten en problemen en zijn wensen en behoeften vormen het startpunt voor de diagnostiek en het zorgplan. De professional tracht aan te sluiten bij het verklaringsmodel en de betekenisverlening van de patiënt. Indien de patiënt en zijn naasten het willen worden de naasten betrokken bij de diagnostiek en het zorgplan. De professional en de patiënt moeten overeenstemming bereiken over de diagnose en het zorgplan; eventueel kan een second opinion worden gevraagd.

Inhoud van Diagnostiek

Het is belangrijk om integraal de context mee te nemen en de problemen en de obstakels op de verschillende levensgebieden in kaart te brengen. Indien noodzakelijk moet het sociaal domein in het zorgplan worden meegenomen. De professional informeert de patiënt en zijn naasten over de mogelijkheden in zorg en welzijn (inclusief patiënten/naasten-organisaties) en brengt samen met de patiënt en zijn naasten de voor/nadelen van de behandelopties in kaart. De voortgang van het zorgplan wordt regelmatig geëvalueerd.

Eisen aan Diagnostiek

De professional beschikt over de competenties en de kwalificaties om het proces van diagnostiek en zorgplan en de relatie met de patiënt en zijn naasten te managen. De patiënt kan wisselen van professional indien de klik met de professional ontbreekt. De professional heeft kennis van de mogelijkheden en de beschikbaarheid van zorg en welzijn. De wachttijd voor de aanmeldfase bedraagt maximaal twee weken. Er wordt voldoende bedenktijd genomen voor het afwegen van de behandelmogelijkheden voor het zorgplan.

7.3 Samen over Zorg: uitgangsvragen en vraagelementen

<p>Aanmelden</p> <ul style="list-style-type: none"> - verhelderen van hulpvraag - inschatten deskundigheid - afspraak diagnostiektraject 	<p><i>wat is je vraag en zou ik kunnen helpen</i></p> <p>(verwachting/uitwerking hulpvraag) (match competenties/problematiek) (scope en opdracht voor diagnostiek)</p>
<p>Onderzoeken</p> <ul style="list-style-type: none"> - exploreren klachten/problemen - analyseren factoren/stressoren - integreren diagnose/hypothese 	<p><i>wat is je probleem en hoe is het gekomen</i></p> <p>(persoonlijke crisis in situationele context) (indicatoren kwetsbaarheid/weerbaarheid) (klachten/krachten, begrijpen/handvatten)</p>
<p>Afwegen</p> <ul style="list-style-type: none"> - formuleren beoogde zorgdoelen - indiceren passende interventies - waarderen verwachte resultaten 	<p><i>wat wil je bereiken en wat wordt ons plan</i></p> <p>(doelen op basis van wensen/ behoeften) (interventies naar soort/inhoud/omvang) (selecteren van doel-middel combinaties)</p>
<p>Behandelen</p> <ul style="list-style-type: none"> - organiseren van middelen - uitvoeren van interventies - monitoren van resultaten 	<p><i>wat voeren we uit en wat zijn de effecten</i></p> <p>(afspraken met professionals/organisaties) (toepassen van interventies in zorg/welzijn) (registreren van effecten van interventies)</p>
<p>Evalueren</p> <ul style="list-style-type: none"> - doelen uit zorgleefplan - effecten van interventies - oordeel over resultaten 	<p><i>wat is ons oordeel en hoe gaan we verder</i></p> <p>(wenselijke uitkomst van zorg uit zorgplan) (feitelijke uitkomst van zorg uit registratie) (aanpassen diagnose / indicatie / therapie)</p>
<p>Afsluiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - mogelijkheden persoon - afspraken met naasten - continuïteit bij terugval 	<p><i>wat kan je zelf en hoe regelen we nazorg</i></p> <p>(aangeven van valkuilen en uitwegen) (afstemmen draagkracht en draaglast) (vangnet voor opschalen en afschalen)</p>

Nota bene: de fases tussen de blokjes zijn beslismomenten voor de vervolgstap; de professional dient steeds de drie vragen uit de LGA te stellen (kunnen we tijdelijk wachten, kunnen we effectief ingrijpen, kunnen we zinvol overdragen. Het beslissen over de interventies kan aan de hand van de drie goede vragen: wat zijn de mogelijkheden, wat zijn de voor/nadelen en wat betekent het in mijn situatie.

7.4 Samenstelling werkgroep

Organisatie	Naam
Onafhankelijk voorzitter	Frank Beemer
de Nederlandse GGZ	Charlotte Rijnders
Federatie Vaktherapeutische Beroepen	Mia Scheffers
Landelijke Vereniging POH-GGZ	Kawa al Ali
Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten	Annika Cornelissen
MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid	Paul Ulrich
MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid	Henk Mathijssen
MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid	Roelf Scholma
MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid	Anne Marie Kamevaar
Nederlands Huisartsen Genootschap	Richard Starmans
Nederlands Instituut van Psychologen	Frank Jonker
Nederlandse Vereniging voor Gezondheidspsychologie - en haar specialismen	Els Graafsma
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie	Aartjan Beekman
Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie	Theo Ingenhoven
Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie	Han Berghuis
Platform Meer GGZ	Maarten Merckx
Vereniging van psychodiagnostisch werkenden (VVP)	Jenneken Hasper
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland	Hettie Aardema