



Eindrapportage Doorbraakproject Depressie

Utrecht, juni 2006

Eindrapportage Doorbraakproject Depressie

juni 2006

Looptijd

14 december 2004-16 maart 2006

Opdrachtgever

College voor Zorgverzekeringen

Uitvoering

Trimbos-instituut in samenwerking met het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

Trimbos-instituut:

Lourens Henkelman, programmahoofd Zorginnovatie

Gerdien Franx, projectleider

Harriët van Wetten, projectmedewerker

Daniëlle van Duin, projectmedewerker

Kathy Oskam, project assistent

Bob van Wijngaarden, projectmedewerker

Expertteam

Jochanan Huyser, psychiater AMC/De Meren, voorzitter

Jan Spijker, psychiater, De Gelderse Roos

Paul Rijnders, psychotherapeut/manager, Emergis

Aly van Geleuken, directeur Depressiecentrum, Fonds Psychische Gezondheid

Connie Tabor, SPV, Reinier van Arkel Groep

Peter de Doelder, huisarts te Middelburg

Advies Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO

Peter van Splunteren

Maaïke Verhoeven

Stan Janssen

Mirella Minkman

Inhoud

Samenvatting	1
Inleiding	3
Projectplan	4
Activiteiten	7
Resultaten	10
Bevorderende en belemmerende factoren	20
Borging	24
Betrokkenheid verzekeraars	24
Media	24
Conclusies en aanbevelingen vervolprojecten	25
Literatuur	28

Samenvatting

Van maart 2004 tot maart 2006 begeleidde het Trimbos-instituut in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen het eerste Doorbraakproject in de GGz, het Doorbraakproject Depressie 1. De opdracht behelsde de implementatie met de Doorbraakmethode van de multidisciplinaire richtlijn depressie (Landelijke Stuurgroep, 2005) en de NHG standaard depressie (Van Marwijk et al, 2004). Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, betrokken bij andere CVZ-projecten, was bereid haar expertise en ervaring met de Doorbraakmethode in dit project in te brengen.

Voor de inhoud van het Doorbraakproject Depressie was een landelijk expertteam verantwoordelijk. Dit stond onder leiding van dr. Jochanan Huyser, psychiater in het AMC/De Meren.

Centrale doelstellingen van het project waren:

1. Het terugdringen van overbehandeling van mensen met een niet-ernstige depressie
2. Het terugdringen van de onderbehandeling van mensen met een ernstige depressie, onder andere door het verkorten van de wachttijden.

Door experts werd een model voor stepped care depressiezorg ontwikkeld. In dit model wordt door de huisartsen onderscheid gemaakt tussen ernstige en niet-ernstige depressie, en aan de hand van deze indeling het bijpassende niveau van behandeling geïndiceerd. Dit betekent voor patiënten met een niet-ernstige depressie dat zij in principe als eerste stap in de behandeling een keuze hebben uit een pakket van zogenaamde minimale interventies, behandelingen waarin vooral eigen krachten en mogelijkheden worden benut. Mensen met een ernstige depressie ontvangen binnen een maand een zogeheten depressiespecifieke behandeling, antidepressiva en/of psychotherapie. Bij deze mensen is het tevens zaak dat er goede diagnostiek wordt gedaan, gebruik makend van de DSM-IV classificatie.

Na 12 maanden van verbeteringen zijn belangrijke resultaten behaald, vooral in de eerstelijns. Zo is de overbehandeling van mensen met niet-ernstige klachten afgenomen van 61% naar 11%, doordat huisartsen minder antidepressiva voorschreven en samen met hun patiënten besloten een minimale interventie in te zetten. Hulpverleners hebben deze interventies, die vaak in de GGz aanwezig waren, in de huisartsenpraktijk geïmplementeerd. Ook zijn een twintigtal huisartsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en psychologen getraind in het toepassen van de effectieve en kortdurende interventie Problem Solving Treatment. Naast deze inhoudelijke kwaliteitsverbeteringen, werd de samenwerking met de tweedelijns aangepakt. Patiënten konden sneller bij de tweedelijns terecht voor diagnostiek en soms ook voor snellere behandeling. Dit heeft echter niet geleid tot het behalen van de doelstelling om de wachttijden voor psychotherapie voor alle patiënten te reduceren tot één maand.

Ongeveer 43% van alle patiënten knapte na zes maanden behandeling op, dit werd gemeten met de Beck Depression Inventory (BDI). Deze uitkomst is zeer bevredigend in de ogen van de experts die dit percentage vergeleken met onderzoeksresultaten.

Het Doorbraakproject Depressie is door de projectleiders in afrondende interviews beoordeeld als een zeer succesvol project, waarin de depressiezorg en de samenwerking tussen de lijnen fors zijn verbeterd. Succesfactoren van de Doorbraakmethode zelf waren het landelijke netwerk, de deadlines en de begeleiding van experts. Knelpunten vormden de registratie van de indicatoren en een bij een aantal teams gebrek aan betrokkenheid van het management.

Vanaf september 2006 start een vervolgproject, het Doorbraakproject Depressie 2. Externe financier van dit project is de Stichting Centraal Fonds RVVZ. Het feit dat het tweede depressieproject gefinancierd gaat worden met verzekeringsgelden geeft het belang van dit project voor de zorgverzekeraar aan. In een aantal regio's uit het Doorbraakproject Depressie is de zorgverzekeraar dan ook erg enthousiast geraakt voor dit type project in de GGz.

Inleiding

Begin 2004 bracht het Trimbos-instituut, in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen, een voorstudie uit over de kloof wetenschap-praktijk in de depressiezorg en de bruikbaarheid van de Doorbraakmethode bij het implementeren van richtlijnaanbevelingen om deze kloof te overbruggen (Henkelman en Franx, 2004). De multidisciplinaire richtlijnen depressie stond op het punt te verschijnen, over het gebrekkige opvolgen van medicatie adviezen uit de huisartsenstandaard Depressie was in de literatuur al het één en ander geschreven (Spies et al, 2004). Uit deze voorstudie werden de volgende problemen in de depressiezorg geselecteerd voor een Doorbraakproject:

1. De overbehandeling met antidepressiva van mensen met niet-ernstige depressie, vooral in de eerstelijns;
2. De onderbehandeling van mensen met een ernstige depressie, vooral veroorzaakt door wachttijden en gebrek aan tempo in de behandeling;
3. Het hoge percentage patiënten dat op eigen initiatief de behandeling vroegtijdig afbreekt;
4. Het gebrek aan monitoring van het klachtenbeloop en evaluatie van de behandeling;
5. De gebrekkige voorlichting aan patiënten, beperkte betrokkenheid bij behandelbesluiten en onvoldoende benutten van effectieve interventies zoals zelfhulp en trainen van probleemoplossende vaardigheden.

Het Doorbraakproject Depressie is opgezet om hiervoor genoemde problemen in een tiental regio's in ons land op te lossen. Het project maakte onderdeel uit van het programma *Zorgverbetering en doelmatigheid* van het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Het CVZ wilde met dit programma stimuleren, dat zorgverzekeraars impulsen geven aan zorgverbetering door gezamenlijk met zorgaanbieders verbeterprojecten uit te voeren. Het onderwerp 'depressie' is door de begeleidingscommissie van het programma *Zorgverbetering* als uitermate belangrijk aangemerkt en daarom geprioriteerd binnen het programma.

In deze rapportage wordt verslag gedaan van de projectactiviteiten en de resultaten van de Doorbraakteams. De inhoud van het verslag is gebaseerd op rapportages van de teams, waarin onder andere grafieken over de voortgang van de verbeterprocessen waren opgenomen, en op interviews met de projectleiders in de slotfase van het project. Bij Doorbraakprojecten is echter geen sprake van onderzoek, metingen worden verricht door de leden van de Doorbraakteams, als bewaking van het verbeterproces en niet voor het vaststellen van causale verbanden tussen verbeteractiviteiten en kwaliteitsverbetering in de zorg. In het Doorbraakproject Depressie zijn de gegevens niet met de methode van statistical process control (SPC) geanalyseerd, de grafieken in dit verslag zijn uitsluitend beschrijvend van aard.

Projectplan

De ambitie en doelstellingen van het Doorbraakproject Depressie

De ambitie uit het Doorbraakproject Depressie was het terugdringen van het aantal mensen met een chronische depressie. Chronische depressie betekende in het Doorbraakproject langer dan 12 maanden depressieve klachten. Uit de tabel blijkt dat dit in ons land 24% van de mensen met depressieve klachten betreft. De ambitie van de deelnemers aan Doorbraak was dit percentage terug te brengen naar 10%.

Tabel 1 *Duur van de depressieve episode in de bevolking*

<ul style="list-style-type: none">• Mediaan 3 maanden• 50% opgeknapt binnen 3 maanden• 63% binnen 6 maanden• 76% binnen 12 maanden• 80% binnen 21 maanden • Bij 24% duurt de depressie langer dan 12 maanden <p>Spijker e.a. 2003 (NEMESIS)</p>
--

Minder chronische depressies kan worden bereikt door mensen sneller de juiste behandeling te geven. Wat de juiste behandeling inhoudt staat beschreven in de NHG standaard Depressie (NHG, 2003) en in de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (Landelijke Stuurgroep, 2005). Het Doorbraakproject Depressie heeft haar doelstellingen gebaseerd op deze richtlijnen voor passende zorg. Een team van landelijke depressie- experts zorgde voor de vertaalslag van de richtlijnen naar concrete SMART-geformuleerde projectdoelen. In tabel 2 staan de doelen geformuleerd.

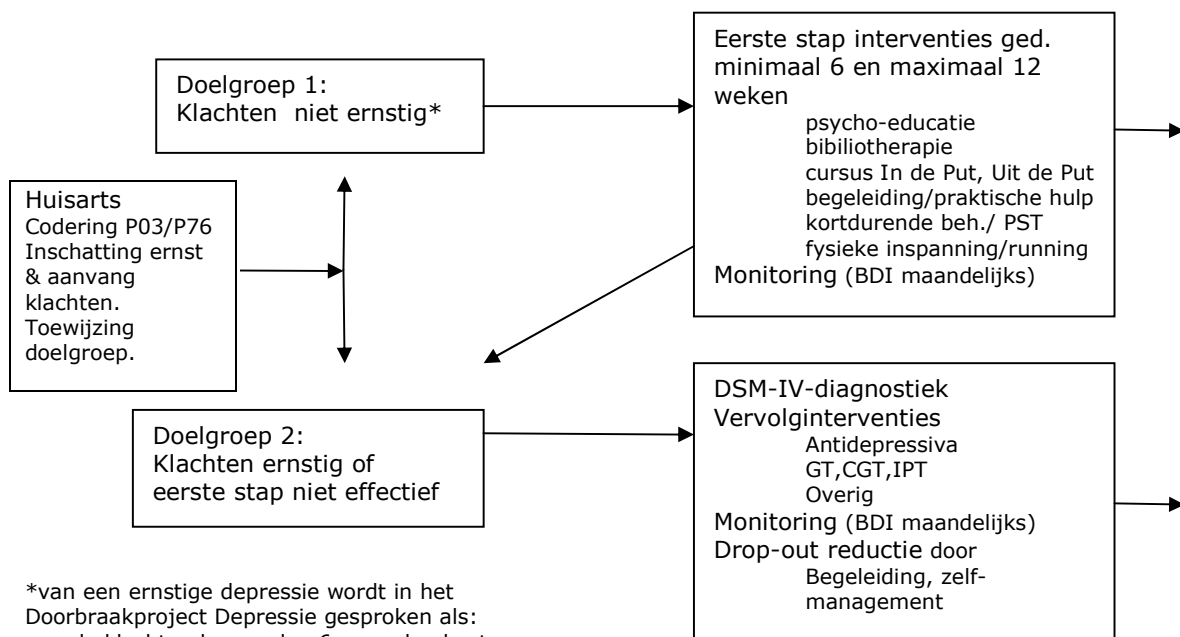
Tabel 2 *Doelen van het Doorbraakproject Depressie*

<ol style="list-style-type: none">1. Na 6 maanden behandeling heeft 90% van alle patiënten een score op de Beck Depression Inventory (BDI) lager dan 102. Tweederde van de patiënten met een niet-ernstige depressie ontvangt de eerste 6 weken van de behandeling uitsluitend minimale interventies3. Bij alle patiënten met een ernstige depressie is binnen 1 maand een depressiespecifieke behandeling gestart4. Het aantal patiënten dat binnen 1 maand onbedoeld met een depressiespecifieke behandeling stopt is lager dan 15%
--

Model voor stepped care depressiezorg

Het werken aan deze doelstellingen komt neer op het invoeren van stepped care diagnostiek en stepped care behandeling voor depressie. Kenmerkend voor stepped care is dat de behandelaar, in samenspraak met de patiënt, in eerste instantie kiest voor de lichtste behandeling die gezien het klinisch beeld verantwoord is. Patiënt en behandelaar evalueren continu het ziektebeloop en de behandeling en stappen bij onvoldoende effect over op een meer intensieve interventie (Meeuwissen, 2004). De stepped care behandeling is door het Doorbraak expertteam vertaald naar een model voor stepped care depressiezorg. Dit model werd op een klein plastic kaartje gedrukt en uitgereikt aan alle leden van het Doorbraaknetwerk. De opdracht aan hen luidde om het model in de loop van het project in de eigen regio te implementeren.

Figuur 1 Model voor stepped care depressiezorg



- *van een ernstige depressie wordt in het Doorbraakproject Depressie gesproken als:
- de klachten langer dan 6 maanden bestaan
 - de depressie na 3 maanden niet of onvoldoende reageert op een minimale/eerste stap interventie
 - er sprake is van suïcidaliteit of psychotische kenmerken of ernstig sociaal disfunctioneren

Het model behelst een stroomschema van de zorgtrajecten voor twee te onderscheiden doelgroepen in de huisartspraktijk: mensen met een niet-ernstige depressie en mensen met een ernstige depressie. Ernstige depressie kon slaan op zowel de ernst als op de duur van de klachten. Huisartsen worden gestimuleerd om mensen met een niet-ernstige depressie, naar verwachting de grootste groep, minimaal zes en maximaal 12 weken een eerste stap

interventie aan te bieden, waarbij patiënt en hulpverlener kiezen uit zes verschillende interventies of combinaties daarvan. Deze interventies kenmerken zich door het feit dat zij niet depressie specifiek zijn, maar het inzicht in depressie en het vermogen van patiënten om met beperkte professionele ondersteuning om te leren gaan met problemen vergroten. Zij gaan niet uit van de ziekte, maar van de gezonde kanten van mensen. Deze interventies zijn redelijk tot goed onderzocht. Maandelijks worden de depressieve klachten gemonitord met de Beck Depression Inventory (BDI) en bij onvoldoende succes wordt overgestapt op een depressiespecifieke behandeling, te weten antidepressiva en/of psychotherapie. Patiënten met ernstige klachten krijgen direct een depressiespecifieke therapie aangeboden. Goede diagnostiek volgens de DSM-IV classificatie gaat hieraan vooraf. De wachttijd tot de behandeling bedraagt hooguit één maand. Samenvattend was de opdracht aan de verbeterteams te werken aan drie verbeterprincipes:

- 1) *Onderscheid niet-ernstig, ernstige depressie (getrapte diagnostiek)*
- 2) *Minimaal behandelen als het kan, maximaal als het moet (stepped care of getrapte zorg)*
- 3) *Monitoren van ernstbeloop (evaluatie)*

Activiteiten

Landelijke activiteiten

De landelijke Doorbraak-activiteiten volgden grotendeels de CBO werkwijze en werden volgens planning uitgevoerd. Vanuit het Trimbos-instituut zijn de volgende landelijke activiteiten in de periode december 2004 tot en met maart 2006 geïnitieerd:

- De ontwikkeling van een projectplan met de doelen en een excelbestand voor de registratie van de indicatoren;
- Een training over de Doorbraakmethode en meetmethoden;
- Vier werkconferentiedagen met de voltallige Doorbraakteams;
- Een halve dag intervisie met alle projectleiders;
- Zes projectleiderbijeenkomsten, waarvan drie in aanwezigheid van de experts;
- Minimaal één werkbezoek door expert en een adviseur uit het Trimbos-instituut aan elk Doorbraakteam;
- Tweewekelijkse tot maandelijkse telefonische contacten met de projectleiders;
- Een tweedaagse training Problem Solving Treatment voor twintig huisartsen, psychologen, maatschappelijk werkers en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen;
- Een workshop wachttijdreductie voor projectleiders en managers van deelnemende instellingen, onder leiding van CBO-experts;
- De digitale projectondersteuning Kennisnet van het CBO, waar het Doorbraakproject Depressie eigen ruimte had.

De werkconferenties zijn goed bezocht en positief ontvangen, hoewel het voor de hulpverleners soms moeilijk was tijd vrij te maken voor deze bijeenkomsten die vaak ver van de eigen werkplek werden gehouden. Uit de interviews met de projectleiders bleek dat vooral de inhoudelijke workshops en de onderdelen waarin de teams werkten aan het eigen werkplan, het lokale verbeterproces goed vooruit hebben geholpen.

De projectleiders gaven aan dat het oppeppend, leuk en motiverend was om regelmatig op projectleiderbijeenkomsten bij elkaar te komen en ervaringen uit te wisselen. In het begin had de uitwisseling vooral betrekking op globale thema's als de Doorbraakmethode en de verbeterthema's. Aan het eind van het project, toen teamsuccessen en teamprocessen uit elkaar gingen lopen, had men vooral behoefte aan meer concrete uitwisseling met gelijk oplopende teams of met teams die aan dezelfde thema's werkten. Naast de projectleiderbijeenkomsten kwam contact en uitwisseling niet makkelijk spontaan op gang. Sommige projectleiders hadden meer uitwisseling van praktisch bruikbare tips verwacht en informele contacten tussen de bijeenkomsten door.

De inzet van experts werd ervaren als een belangrijke succesfactor van Doorbraakprojecten. Om het contact tussen teams en experts te vergroten, werden de projectleiderbijeenkomsten gebruikt om adviezen van experts te vragen. De positieve en stimulerende benadering van de Doorbraakadviseurs van het Trimbos-instituut is zeer gewaardeerd.

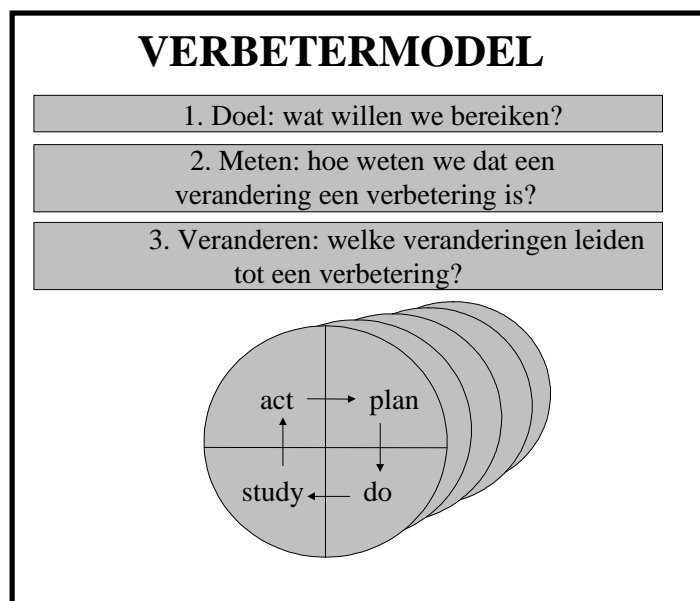
Kennisnet, de digitale projectondersteuning van het CBO waar gebruik van werd gemaakt, werd voornamelijk door de projectleiders gebruikt om documenten op te plaatsen en verbeterideeën op te doen. De hulpverleners uit de Doorbraakteams hebben het gebruik van

Kennisnet veel minder geraadpleegd, ook omdat de projectleiders hen via de gewone route van alle projectinformatie voorzagen.

Locale activiteiten binnen de Doorbraakteams

In Doorbraakprojecten gebruiken teams de Nolanmethode om verbeteringen te realiseren. De methode bestaat uit drie ontwerp vragen en de Plan-Do-Study-Act cyclus als verbeteraanpak.

Figuur 2 Het Nolanmodel: drie ontwerp vragen en een verbeteraanpak



Het Nolanmodel is een model voor verandering. In het Doorbraakproject depressie zijn sommige delen van het Nolanmodel goed herkenbaar geweest, bijvoorbeeld de ontwerp vragen die werden uitgewerkt in het werk- en meetplan. De verbeteraanpak, het uitvoeren en leren aan de hand van PDSA cycli, is in een aantal teams niet goed van de grond gekomen. In deze teams was men vooral gericht op de inhoud van de doelen, en de uitvoering van de nieuwe behandelaanpak. Men dacht minder na over de manier waarop de doelen zouden worden bereikt. Van bewust plannen, evalueren aan de hand van meetgegevens en acties herzien is daarom niet altijd sprake geweest. Een aantal teams, die wel meetgegevens gebruikten om verder te komen in het verbeterproces, hebben erg positieve ervaringen met het Nolanmodel opgedaan. In sommige van deze instellingen is men, nu het project is afgelopen, van plan om het Nolanmodel voor de verdere verspreiding van de resultaten of voor nieuwe veranderprojecten in te zetten.

Elk team werkte aan het bereiken van de vier landelijke doelstellingen. De eerste drie maanden van het project gebruikte men om in een eigen werk- en meetplan de landelijke

doelen te prioriteren en te vertalen naar de lokale situatie. In de daarop volgende uitvoerende fase bleek dat men zich vooral concentreerde op de invoering van een monitorsysteem, op het onderscheid leren maken tussen ernstig en niet-ernstige depressie en op de implementatie van het aanbod voor niet-ernstig depressieve cliënten in de huisartspraktijk, de zogenoemde minimale interventies (doelen 1 en 2 van het landelijke projectplan). Om dit te bereiken heeft men de in onderstaande tabel aangegeven implementatiestrategieën toegepast.

Tabel 3 Implementatiestrategieën binnen het Doorbraakproject Depressie (ontleend aan het implementatiemodel van Grol en Wensing)

Type strategie	Omschrijving strategie
Hulpverlener gerelateerd	<ul style="list-style-type: none"> • Scholing projectdoelen, o.a. door casuïstiekbespreking en op werkconferenties • Scholing monitoring (BDI) • Scholing problem solving treatment • Motiverende bijeenkomsten met collega's • Consultatie vanuit GGz • Feedback op handelen door monitoring
Patiënt gerelateerd	<ul style="list-style-type: none"> • Voorlichting en folders over de verschillende keuzemogelijkheden • Monitoring beloop depressie met gebruik van de BDI • Tevredenheidmeting
Organisatorische maatregelen	<ul style="list-style-type: none"> • Samenwerkingsafspraken eerstelijns-GGz • Inzet van minimale interventies in de eerstelijns • Ontwikkeling bewegingsprogramma • Taakverdeling en herschikking mbt diagnostiek en behandeling • Inventarisatie wachtlijstproblematiek • Protocolontwikkeling • Capaciteituitbreiding
Financiële en juridische maatregelen	<ul style="list-style-type: none"> • Vastleggen van behandelverantwoordelijkheden • Afspraken over registratie aanbod • Onderhandeling met zorgverzekeraar

Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het Doorbraakproject beschreven. Ze zijn verkregen uit analyses van de excelbestanden van de Doorbraakteams, door bestudering van de teamrapportages en uit interviews met de projectleiders.

De teams

Er participeerden tien teams in het Doorbraakproject Depressie. De getallen die in dit hoofdstuk worden gepresenteerd zijn echter afkomstig van negen teams. Eén team heeft veel inspanningen verricht om verbeteringen door te voeren, maar kwam daar niet aan toe. Alle teams bestonden uit hulpverleners uit de eerstelijns en GGz-medewerkers. Elk team had minimaal een huisarts, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, een psychotherapeut/psycholoog en een psychiater. De spil in het team vormden de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en soms een psycholoog, die enkele uren per week in de huisartspraktijk werkten. Niet altijd kenden de hulpverleners elkaar van tevoren, in het project leerde men elkaar echter goed kennen, zo schrijft een projectleider. In totaal waren ongeveer 70 personen direct betrokken bij de Doorbraakactiviteiten, daarnaast gingen in de loop van het project meer hulpverleners meedoen met de nieuwe werkwijzen. Zo betrok één team na een aantal maanden acht fysiotherapeuten uit de regio bij het hulpaanbod en breidde een ander team het Doorbraakproject uit met acht huisartsen uit een naburig gezondheidscentrum.

Tabel 4 De transmurale Doorbraakteams

Doorbraakteam Altrecht Nieuwegein	Doorbraakteam GGzE
Doorbraakteam Altrecht Stad	Doorbraakteam GGz Haagstreek (onderdeel van Rivierduinen)
Doorbraakteam GGz Regio Breda	Doorbraakteam GGz Midden-Brabant
Doorbraakteam Reinier van Arkel Groep (GGz Den Bosch)	Doorbraakteam Spatie, Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
Doorbraakteam GGz Dijk en Duin	Doorbraakteam GGz Groep Europoort

De patiënten

In totaal werden tussen maart 2005 en maart 2006, het verbeterjaar, 310 patiënten in de Doorbraakregistraties van negen uitvoerende Doorbraakteams opgenomen. In de drie maanden daarvoor hebben acht teams een nulmeting verricht. Deze besloeg 76 patiënten. Zeven teams hebben ook informatie verzameld over de huisartsenzorg voor de start van het Doorbraakproject Depressie op 14 december 2004. De bedoeling van deze meting was om een indruk te krijgen van de bestaande zorgroutines. Deze retrospectieve meting besloeg 93 patiënten, maar heeft zijn beperkingen omdat niet alle patiënten met een depressie uit 2004 in de meting zijn meegenomen.

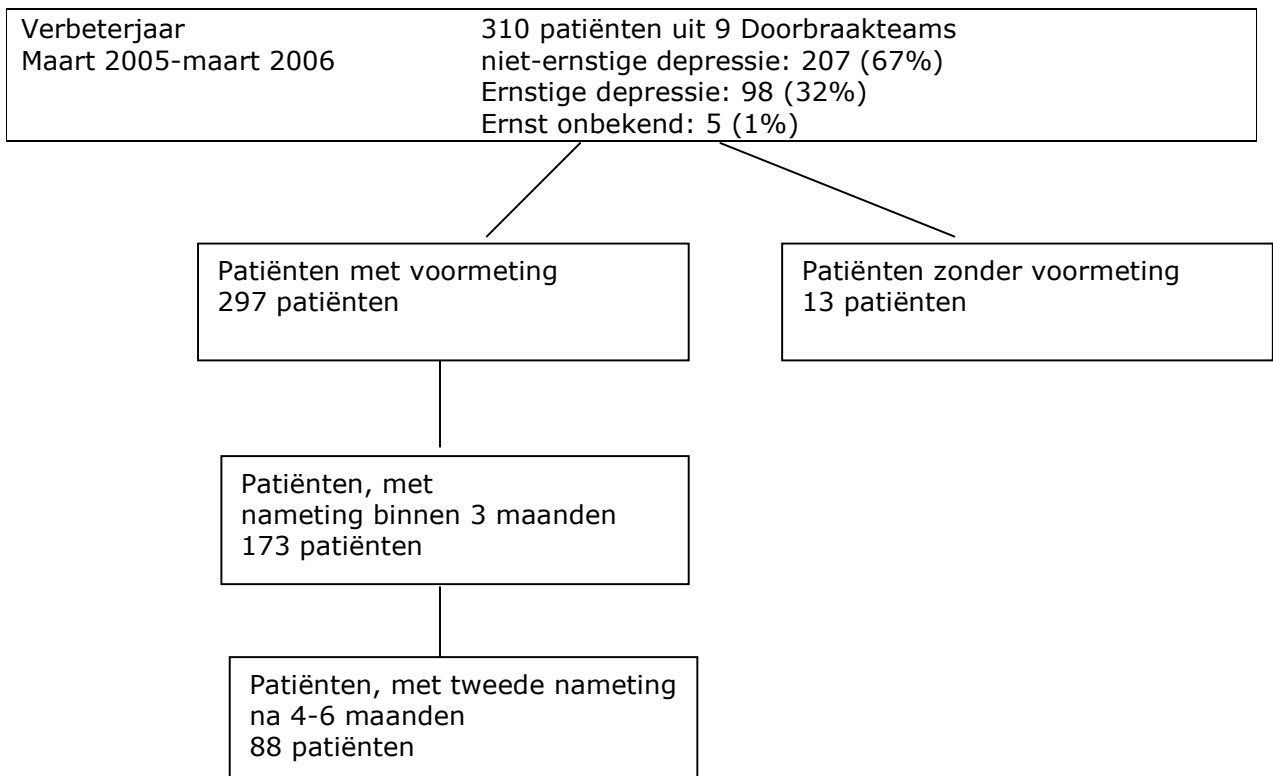
Hieronder staan de verschillende metingen schematisch weergegeven.

Schema 3

Overzicht meetgegevens Doorbraakproject Depressie

Voor aanvang project 93 patiënten uit 7 Doorbraakteams
niet-ernstige depressie: 57 (61%)
ernstige depressie: 36 (39%)

Eerste 3 maanden (nulmeting) 76 patiënten uit 8 Doorbraakteams
niet-ernstige depressie: 37 (49%)
ernstige depressie: 39 (51%)



De patiënten die instroomden tijdens het verbeterjaar waren mensen bij wie volgens de huisartsen sprake was van een down of depressief gevoel of van een depressie (ICPC code P03 en P76). Het kon een eerste depressieve periode betreffen of een nieuwe depressieve episode. Patiënten die al in behandeling waren, werden niet volgens de nieuwe aanpak behandeld. Uit het schema blijkt dat niet van alle patiënten evenveel gegevens beschikbaar zijn. Dit is omdat het opzetten van een registratiesysteem en het maandelijks afnemen en verzamelen van de BDI, complex en voor een aantal teams niet haalbaar bleek.

De indicatoren

Van elke patiënt werden een aantal gegevens geregistreerd, waarmee in een door het Trimbos-instituut aangeleverd excelbestand indicatoren konden worden berekend. Naast de persoonsgegevens en de ernst van de depressie, werd de geïndiceerde behandeling geregistreerd. Als patiënten medicatie of psychotherapie ontvingen, moest ook de startdatum van de behandeling worden bijgehouden. Ook zou maandelijks met een zelfinvulvragenlijst, de Beck Depression Inventory of BDI, worden bijgehouden of de depressieve klachten toe- of afnamen, te beginnen op het moment van diagnosestelling. Bij een score van 10 of lager op de BDI werden patiënten als hersteld of in remissie beschouwd. Bij een halvering van de BDI-score ten opzichte van de uitgangssituatie was er sprake van respons.

De doelstellingen

Doelstelling 1:
**Na 6 maanden behandeling heeft 90% van alle patiënten
een BDI score lager dan 10**

Deze doelstelling bleek tijdens het project te ambitieus en daarom werd het %-niveau aangepast. Dit gebeurde mede onder invloed van het gegeven dat veel patiënten hebben meegedaan met relatief lage BDI-scores. De BDI-score, in combinatie met het klinisch beeld en de beoordeling van het behandelresultaat door patiënt en hulpverlener samen bepaalde of het behandelbeleid werd voortgezet of aangepast. In onderstaande tabel staan de BDI-scores enkele maanden na de start van de behandeling. Iets minder dan een kwart van de patiënten knapte in het Doorbraakproject op binnen drie maanden, dit percentage verdubbelde in de maanden daarna. Van alle patiënten waarvan gegevens bekend zijn, knapte 43% op na een behandeling met een minimale interventie of met medicatie en/of psychotherapie.

Tabel 5 *BDI-scores gedaald tot 10 of lager (remissie)*

	Na 3 maanden (173 patiënten)	Na 4-6 maanden behandeling (88 patiënten)
BDI-score 10 of lager	22%	43%

De eerste kolom van de tabel geeft het aantal patiënten aan bij wie de Doorbraakteams, naast de uitgangswaarde bij start van de behandeling, ook in een later stadium BDI-vragenlijsten hebben kunnen afnemen. Dit getal is tevens een indicator voor de mate waarin het monitoren met een instrument als de BDI is gelukt in de huisartspraktijk. Niet alle patiënten zijn in de looptijd van het Doorbraakproject zes maanden lang behandeld. Het is mogelijk dat juist de mensen die na 6 maanden zijn hersteld niet meer de vragenlijst invullen. Hierdoor wordt een onderschatting gegeven van het werkelijke effect. Toch duidt het feit dat maar 25% van het totaal aantal patiënten (310) slechts zes maanden lang werd gevolgd aan, dat uitkomstenmeting in de eerstelijns moeilijk te realiseren is zonder goede ondersteunende infrastructuur. Sommige teams noemden als belangrijke voorwaarden de beschikking hebben over een praktijkassistent of over een goede digitale vragenlijst. Andere teams gaven aan dat monitoring vooral om goede organisatie van de zorg vraagt. In het Doorbraakteam waar monitoring wel goed van de grond kwam, werd het meten onderdeel van de zorg. De huisarts vroeg de patiënt om maandelijks naar het spreekuur te komen en voorafgaand aan het gesprek met de huisarts eerst de BDI in te vullen. Met de ingevulde

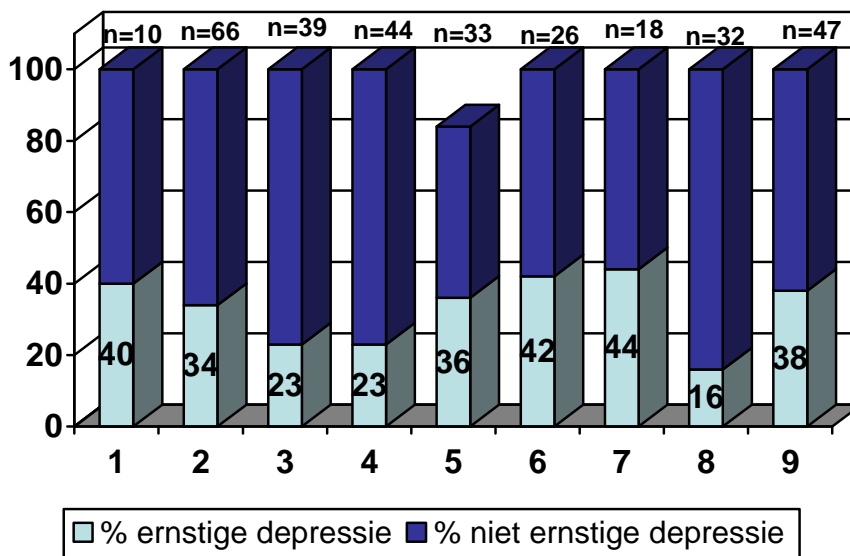
vragenlijst op tafel had vervolgens het consult plaats en kon er snel worden ingespeeld op actuele klachten.

Doelstelling 2:
Tweederde van de patiënten met een niet-ernstige depressie ontvangt de eerste 6 weken van de behandeling uitsluitend minimale interventies

Om deze doelstelling te behalen dienden de teams eerst het onderscheid tussen ernstige en niet-ernstige depressies te leren maken aan de hand van de vier criteria uit het Doorbraak stepped care model voor stepped care depressiezorg. Voor huisartsen was het nieuw om deze differentiatie in de patiëntengroep aan te brengen en de koppeling te maken met de diverse behandeltrajecten. Het gebruik van de criteria heeft in de participerende huisartspraktijken een gevarieerd beeld opgeleverd.

In onderstaande grafiek staan de percentages niet-ernstige en ernstige patiënten per Doorbraakteam. Bijna alle patiënten zijn ingedeeld volgens de ernstcriteria van het Doorbraakproject.

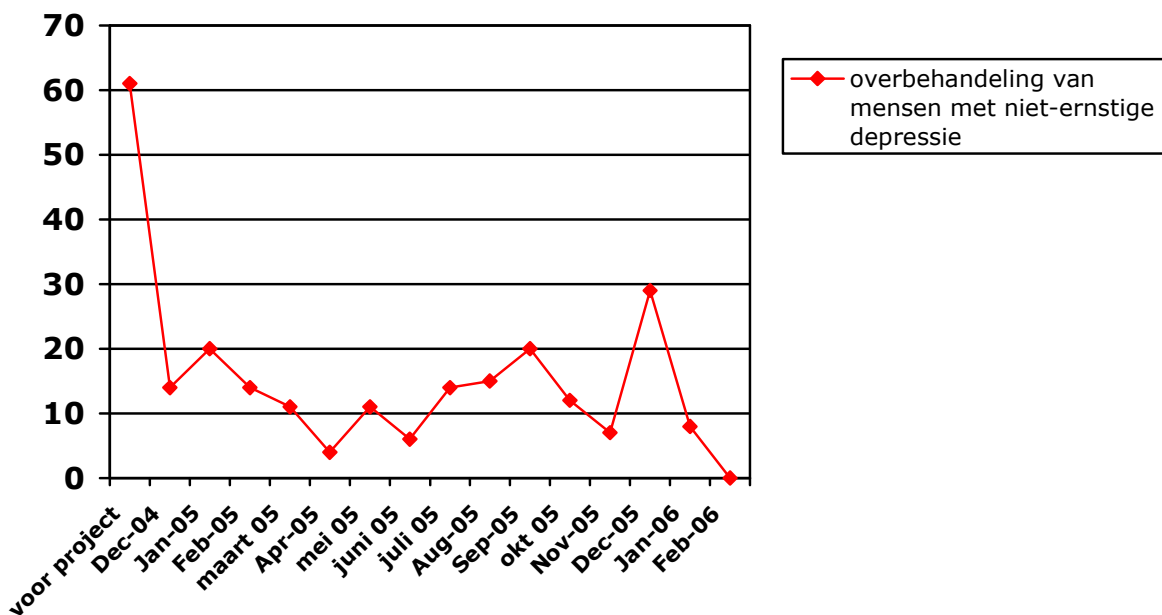
Grafiek 1 Ernstige en niet-ernstige depressies per Doorbraakteam (310 patiënten)



De meeste huisartsen beoordeelden tussen de 20% en 40% van de patiënten als ernstig, het merendeel van hun patiënten beschouwden ze als niet-ernstig. De verschillen tussen huisartspraktijken waren groot, en varieerden van 16% ernstige depressies in de ene praktijk tot 44% ernstige depressies in de andere praktijk. De verklaringen die voor deze verschillen werden geopperd hadden te maken met het feit dat patiënten zich soms laat meldden met klachten, en daardoor automatisch als ernstig depressief worden beschouwd. Andere huisartsen gaven aan moeite te hebben met de criteria en het voorgestelde afwachtende beleid rond de behandeling met medicatie. In hun eigen beoordeling waren sommige patiënten ernstig depressief, ook al voldeden ze niet aan de Doorbraakcriteria.

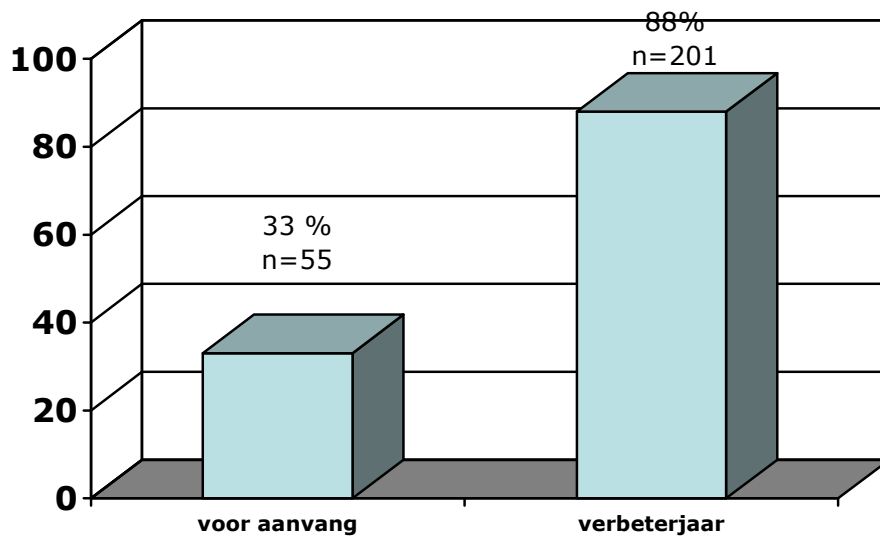
De tweede doelstelling van het project, minder overbehandeling van mensen met niet-ernstige depressie, is ruimschoots gehaald. Onderstaande grafiek laat zien dat de behandeling van mensen met niet-ernstige depressie met medicatie en/of psychotherapie is teruggedrongen met meer dan 50%. Gemiddeld 61% van de groep patiënten met niet-ernstige depressie uit de voormeting werd behandeld met medicatie en/of psychotherapie, bij de patiëntengroep in het Doorbraakproject was de overbehandeling gemiddeld 11%.

Grafiek 2 *Behandeling met medicatie en/of psychotherapie bij niet-ernstige depressie*

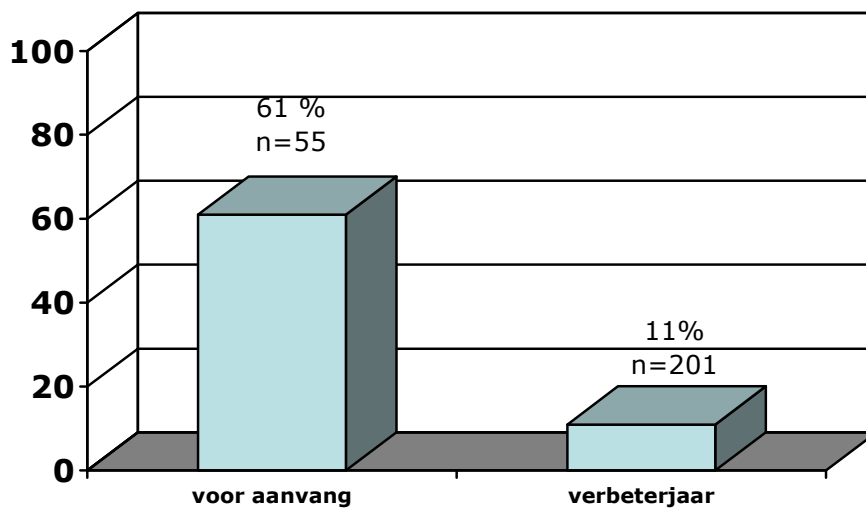


Minder onnodige behandeling met antidepressiva betekende dat patiënten meer gebruik gingen maken van de minimale interventies.

Grafiek 3 Minimale interventie als eerste stap bij niet-ernstige depressie



Grafiek 4 Afname van antidepressiva als eerste stap bij niet-ernstige depressie



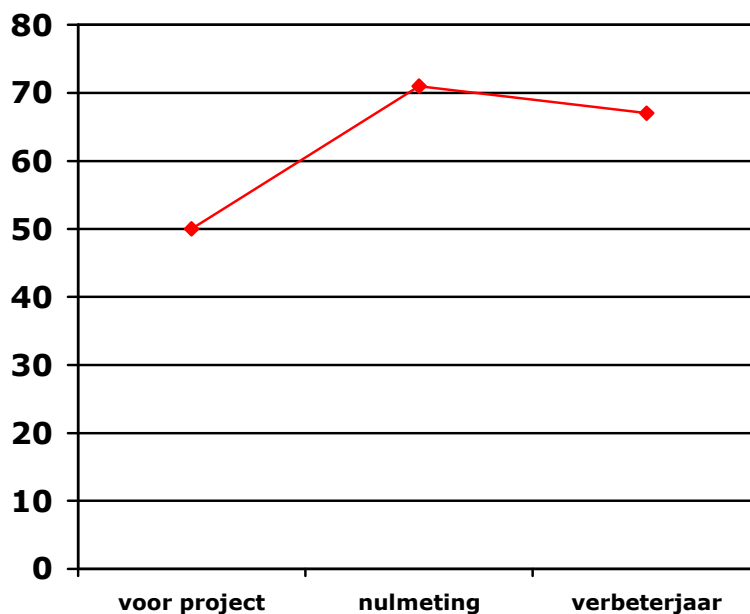
Niet iedereen met niet-ernstige klachten kreeg als eerste stap een minimale interventie. Dit was bewust niet de doelstelling van het project, omdat er verwacht werd dat voor sommige

patiënten de standaard stepped care principes niet gelden. Sommige mensen met niet-ernstige depressies komen volgens hulpverleners wel in aanmerking voor antidepressiva, bijvoorbeeld omdat deze bij eerdere behandelingen goed hadden gewerkt.

Doelstelling 3:
Bij alle patiënten met een ernstige depressie is binnen één maand een depressiespecifieke behandeling gestart.

Op tijd starten met de behandeling verbeterde enigszins. Het aantal patiënten dat binnen een maand een depressiespecifieke behandeling startte nam gemiddeld toe. Enkele teams hebben hier bewust aan gewerkt, bijvoorbeeld door korte lijnen tussen de eerstelijns en de GGz te laten ontstaan. Zo bleek deelname van de tweedelijns psychiater aan het multidisciplinair overleg in de eerstelijns een goede manier om indien nodig tijdig en snel een verwijzing naar de tweedelijns te organiseren. De wachttijden binnen de tweedelijns, vooral de wachttijd voor de start van de behandeling (w3), bleek een grote belemmerende factor voor realisatie van deze doelstelling.

Grafiek 6 Percentage patiënten met ernstige depressie binnen 1 maand gestart met medicatie en/of psychotherapie



Uit de beschikbare gegevens van 65 patiënten die een depressiespecifieke behandeling als eerste stap kregen, werd ongeveer 30% te laat behandeld. Het wachten betrof twee keer zo vaak de behandeling met psychotherapie, antidepressiva konden doorgaans sneller door de huisarts worden gestart.

Doelstelling 4:

Het aantal patiënten dat binnen 1 maand onbedoeld met een depressiespecifieke behandeling stopt is lager dan 15%.

Gegevens over het al dan niet behalen van deze doelstelling zijn beperkt voorhanden, omdat de drop-out maar bij 20 patiënten als zodanig door teams is geregistreerd. Het lijkt onwaarschijnlijk dat dit ook het werkelijke percentage is geweest. Bij veel patiënten houdt de maandelijkse BDI registratie na een aantal maanden op. Of dit ook op drop-out duidt is onbekend.

Overige resultaten

Behalve de meetgegevens die informeren over de doelstellingen zijn er andere resultaten behaald. Deze kwalitatieve resultaten kwamen vooral naar voren in de interviews met de projectleiders, tijdens de werkbezoeken en de werkconferenties.

Betere samenwerking

Op één team na is de samenwerking tussen en binnen de lijnen overal verbeterd in de loop van het Doorbraakproject. In het team waar geen verbetering optrad, was de samenwerking bij de start al slecht. Men zag elkaar als concurrent en gunde de ander geen plek in de depressiezorg. In de overige teams is de samenwerking tussen huisarts, algemeen maatschappelijk werk, psycholoog, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, preventiemedewerker en ggz-medewerker uit de behandelcircuits duidelijk verbeterd. De projectleiders geven aan dat het project gebruikt is om problemen in de samenwerking, zoals concurrentie, verschillende visies op behandeling en wantrouwen, aan de orde te stellen. Door deze discussies aan te gaan en te werken aan concrete verbeteringen zijn de hulpverleners elkaar gaan kennen en hebben ze meer zicht op andere werkwijzen gekregen. In de nieuwe samenwerking worden interventies meer samen aangeboden en worden patiënten zo nodig in een multidisciplinair overleg besproken. Huisartsen kunnen sneller met hun patiënten in de GGz terecht. De beeldvorming in de eerstelijns over de GGZ is positief veranderd. Dit komt door de korte lijnen, door goede communicatie en het gegroeide vertrouwen bij huisartsen dat hun patiënten goed terecht komen als ze worden doorverwezen.

Indicatiestelling door de huisarts verbeterd

De huisartsen hebben, hoewel dit niet een doelstelling van het project was, hun diagnostische vaardigheden verbeterd door te leren differentiëren tussen niet-ernstige en ernstige depressies. De directe koppeling van deze diagnoses aan twee verschillende zorgtrajecten heeft hen betere grip gegeven op de diagnostiek en behandeling van

depressie. Aan de mensen met niet-ernstige klachten kan de huisarts nu echt keuzemogelijkheden bieden en hoeft hij/zij niet, bij gebrek aan alternatieven, medicatie voor te schrijven. Huisartsen geven aan zich minder machteloos en onzeker te voelen bij patiënten met een depressie. Bij ernstige klachten ervaart de huisarts een gedeelde verantwoordelijkheid met de hulpverleners uit de GGz.

De drempel om depressies te benoemen is, door de mogelijkheid om een minimale interventie voor te stellen, in het Doorbraakproject gedaald. De positieve ervaringen met de minimale interventies en de consultatie uit de tweedelijns maken dat huisartsen een behandeling met medicatie makkelijker durven uit te stellen.

Bewustwordingsproces

Een aantal projectleiders constateert dat in hun instellingen een bewustwordingsproces heeft plaats gevonden. Men realiseert zich meer dan voorheen dat bestaande knelpunten in de organisatie om verbetering vragen. Knelpunten als wachttijden voor noodzakelijke behandelingen, te autonoom werkende hulpverleners, weinig gebruik van richtlijnen en standaarden, geen monitoring en evaluatie van de behandeling op basis van uitkomsten. In het Doorbraakproject Depressie hebben deelnemers ervaren dat de oplossing voor dergelijke problemen van hulpverleners zelf kan komen, met steun van hun managers en collega's. Het Doorbraakproject zorgde bij bijna alle teams voor een positieve ervaring met veranderen. Het project zorgde als het ware voor een tijdelijke infrastructuur voor het in gang zetten van verbeteracties. Managers moeten aangeven wat ze met Doorbraak willen bereiken, hoe het project binnen de organisatiedoelstellingen past. Managers zullen de resultaten van Doorbraak moeten overnemen en verankeren.

Bevorderende en belemmerende factoren

Het project wordt door alle projectleiders op één na als een succes gezien, ook al zijn niet overal de doelstellingen bereikt. Eén team kwam niet tot verbeteracties, dit had vooral te maken met conflicterende belangen binnen het team en in de betrokken organisaties.

In telefonische interviews met de tien projectleiders worden de factoren genoemd die het succes van het project bevorderden of belemmerden. Hieronder worden beide groepen factoren in tabelvorm weergegeven. De bevorderende factoren hebben vooral te maken met de opzet van het Doorbraakproject, de aard van de doelen en met het enthousiasme en de gezamenlijke inzet van de betrokken personen.

Tabel 5 Factoren die de implementatie bevorderden

Factoren	Omschrijving
Factoren van de doelen van het Doorbraakproject	<ul style="list-style-type: none"> • Bekendheid en ervaring met stepped care behandelen • Positieve ervaring met gebruik van vragenlijsten • Doelen worden gekoppeld aan bestaande richtlijnen • Projectdoelen passen goed bij de instellingsdoelen
Factoren van betrokken personen	<ul style="list-style-type: none"> • Enthousiaste en creatieve teamleden, die willen experimenteren met nieuwe werkwijzen • De aanwezigheid van een sociaal psychiatrisch verpleegkundige in de huisartspraktijk • Goede relaties tussen de GGz-medewerkers en de huisarts • Domeindiscussies binnen het team • Een nieuwsgierige houding naar de werkopvatting van anderen • Een enthousiaste en neutrale projectleider • Een huisarts die zijn collega's weet te motiveren om de nieuwe aanpak te verspreiden
Factoren in de omgeving van de Doorbraakteams	<ul style="list-style-type: none"> • Enthousiasme over de projectdoelen onder collega's • Een instellingscultuur meer gericht op samenwerking dan op concurrentie • Het management vindt monitoren van uitkomsten en processen belangrijk, ook in de eerstelijns • Het project wordt gekoppeld aan de implementatie van richtlijnen en programma's in de organisatie • Er is een verantwoordelijk manager, anders dan de RvB • Management geeft support en regelt voorwaarden • Controller in de instelling legt een link met financiering en overleg verzekeraars • Management wil de methode gebruiken om andere verbeteringen door te voeren
Factoren in de	<ul style="list-style-type: none"> • De landelijke opzet van het project, met de structuur als

organisatie van het project	<p>stok achter de deur.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Een duidelijk projectplan van het Trimbos-instituut (plastic kaartje met Doorbraakmodel voor stepped care depressiezorg) • De inzet van en open dialoog met experts • Steunende houding van adviseurs en experts • Het gebruik van indicatoren en grafieken om het verbeterproces te sturen en ervan te leren • Alle relevante disciplines vertegenwoordigd in het Doorbraakteam • De kleinschaligheid van de eerste verbeteractiviteiten • Frequent overleg binnen het Doorbraakteam • De deadlines en de strakke planning • Huisartsen krijgen deelname aan het project vergoed
-----------------------------	---

Eén projectleider vindt dat Doorbraaksuccessen vooral zitten in de mensen, die moeten enthousiast zijn. Persoonlijk contact is belangrijk. Zelf als psychiater en projectleider bij een Doorbraakteam betrokken geweest zegt hij over zijn ervaringen: "Als specialist ben je bedreigend, ik ben stage gaan lopen bij de huisarts en was nieuwsgierig, wat goed werkte. Voor mezelf was het aantrekkelijk om zicht op de huisartsenzorg te krijgen".

Voor andere projectleiders waren vooral de bestaande contacten tussen de huisarts en de sociaal psychiatrisch verpleegkundige belangrijk.

Verschillende projectleiders gaven aan dat het in het projectplan beschreven Doorbraak Depressie model voor stepped care depressiezorg in de praktijk goed is bevallen. De criteria voor het onderscheid ernstig/niet-ernstige depressie en de koppeling aan verschillende zorgtrajecten gaf de teamleden grip op de ziekte en een kader voor onderlinge afspraken.

De factoren die de implementatie van het Doorbraak Depressie model voor stepped care depressiezorg belemmerden kunnen in dezelfde categorieën ingedeeld worden.

Tabel 6 Factoren die de implementatie belemmerden

Factoren	Omschrijving
Factoren van de doelen van het Doorbraakproject	<ul style="list-style-type: none"> • Er is geen goed en makkelijk te gebruiken diagnostisch instrument voor depressie voor handen • Huisartsen ervaren de logistiek rond het afnemen van de BDI als een belasting. Hierbij is assistentie nodig • BDI vervolg-afnamen zijn moeilijk te organiseren, ook vanwege no-shows • Het gebruik van de BDI in het contact met patiënten bleek moeilijk • Huisartsen zijn geneigd lichte klachten zelf te houden en weinig gebruik te maken van de expertise van anderen • Het organiseren van het aanbod in de eerstelijns levert veel domeindiscussies op
Factoren van betrokken personen	<ul style="list-style-type: none"> • Betrokken hulpverleners ervaren geen urgentie om te veranderen • Er is weerstand tegen nieuwe werkwijzen. Men moet wennen aan veranderende rollen • Huisarts zit met oude rancune naar de GGZ • Elp-en houden vast aan eigen werkwijzen en willen niet standaardiseren of protocollair werken
Factoren in de omgeving van de Doorbraakteams	<ul style="list-style-type: none"> • Er is geen leercultuur in de GGZ • Er is te veel autonomie en weinig eenduidigheid in werkwijzen • Er zijn schotten tussen de eerste- en tweedelijns, de indicatiestelling voor specialistische zorg is onduidelijk • Ketenzorg en marktwerking verhouden zich slecht tot elkaar • Huisartsen hebben beperkte tijd om depressies te behandelen en vragenlijsten af te nemen • Er zijn wachtlijsten in de tweedelijns • Managers tonen weinig interesse en initiatief, zijn niet actief betrokken bij verbetertrajecten • Hulpverleners zijn onbekend met uitkomsten management

<p>Factoren in de organisatie van het project</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Het project duurt te kort om de doelen goed te halen • Het ging in het project om nieuwe patiënten, dit waren maandelijks slechts 1 tot 2 patiënten per huisarts • Rollen en verwachtingen zijn niet expliciet gemaakt • Het vertrek van de projectleider halverwege doet het proces stagneren • De motivatie van het management om deel te nemen is onduidelijk. Er is vooraf geen afstemming met het management over de te bereiken doelen • Het project wordt vanaf het begin niet ervaren als een gemeenschappelijk project, maar als een GGz project • Meten met excelbestanden is een administratieve last • Teamleden kunnen moeilijk tijd vrij maken voor een intensief project. • De GGz is onvoldoende gemotiveerd om te investeren in verbeteringen in de eerstelijns
---	--

Bovenstaande factoren zijn in de afrondende interviews genoemd door de projectleiders. Opvallend vaak werden problemen over implementeren van een monitoringsysteem genoemd en het gebrek aan inbedding van het project in de organisatie.

Het ontbreken van elke betrokkenheid en inzet van het hoger- en midden management tijdens het project heeft een aantal teams parten gespeeld. Volgens hen hadden de managers zelfs aan het eind van het project geen idee van waar de teamleden mee bezig waren. Successen werden niet door managers gekoesterd en bekend gemaakt. In deze instellingen was er geen verbetercontext.

Een ander veel gehoord knelpunt was het monitoren van de depressie, in de vorm van een maandelijkse afname van de BDI vragenlijst. Het lukte slechts een enkel team om de logistiek rond de BDI na enige tijd experimenteren goed te organiseren. In dit team nodigde de huisarts de patiënt maandelijks uit voor een gesprek. In de wachtkamer vulde de patiënt een BDI in, waarna de score gezamenlijk werd doorgenomen.

Borging

Elk team heeft in de tweede helft van het project nagedacht over de verankering en verspreiding van resultaten, na afloop van het project. Tijdens de werkconferentie halverwege het project zijn de managers uit betrokken GGz-instellingen speciaal hiervoor uitgenodigd. De teamleden presenteerden op deze conferentie hun plannen en gaven aan wat zij van hun managers nodig hadden om de resultaten van het project te laten beklijven. In de laatste fase stelden bijna alle teams een plan voor borging van Doorbraakactiviteiten op, met allerlei activiteiten om de kans op verspreiding en verankering te vergroten. Deze activiteiten concentreren zich met name op het bekend maken van de stepped care aanpak, inclusief het gebruik van de BDI bij huisartsen in de regio. Daarnaast worden plannen opgenomen om in de GGz zelf te werken aan het verbeteren van de depressiezorg en het terugdringen van de wachttijden voor bijvoorbeeld psychotherapie. Een enkele instelling heeft zich in dit kader aangemeld voor het Doorbraakproject Depressie 2, dat zich expliciet op verbetering van de doorstroom in de GGz richt.

Betrokkenheid verzekeraars

Bij aanvang hebben alle teams het akkoord gekregen van de aanspreekpersoon in het zorgkantoor over deelname in het Doorbraakproject. Dit leidde bij een deel van de teams tevens tot financiële ondersteuning. Men kreeg een gedeelte van de projectkosten, ongeveer 100.000 euro per team, vergoed of men kon binnen gemaakte budgetafspraken een bedrag reserveren voor de projectfinanciering. Van een enkele instelling is bekend dat men in de loop van het project met het zorgkantoor sprak over de resultaten en de implicaties daarvan voor de zorginkoop. Nu het project is afgerond, rapporteren een aantal teams aan het zorgkantoor.

Media

Het Doorbraakproject Depressie heeft vanaf de start veel media aandacht genoten. Zowel op de regionale en landelijke radio, als in de regionale en landelijke geschreven pers, werd bij de start en na afloop over het project bericht. De resultaten haalden op 16 maart 2006, de dag van de slotconferentie, het RTL4 journaal. Ook in vakbladen zoals Medisch Contact, Kwaliteit in Beeld en Psy zijn artikelen verschenen.

Conclusies en aanbevelingen

In dit laatste hoofdstuk staan de belangrijkste conclusies op een rij en doen we enkele aanbevelingen voor het organiseren van nieuwe Doorbraakprojecten in de GGz.

Conclusies

1. In het Doorbraakproject depressie hebben negen Doorbraakteams verbeteringen in de depressiezorg gerealiseerd. Eén team is dit niet gelukt en is door allerlei factoren niet verder gekomen dan de voorbereidingsfase.
2. Er werd gewerkt aan vier ambitieuze verbeterdoelen: drie gericht op de verbetering van het zorgproces en één gericht op klinische resultaten. De teams hebben het meest gewerkt aan het doel rond het terugdringen van antidepressivagebruik in de huisartspraktijk en het inzetten van de minimale interventie.
3. De belangrijkste verbeteringen in de zorg betroffen bij alle teams de diagnostiek en behandeling van depressie in de eerstelijns. Door het experimenteren met en het implementeren van het door de experts ontwikkelde model voor stepped care depressiezorg, werd er door de huisartsen onderscheid gemaakt tussen ernstige en niet-ernstige depressies, en werd aan de hand van deze indeling het bijpassende niveau van behandeling geïndiceerd. Deze voor veel huisartsen nieuwe aanpak heeft geresulteerd in een verschuiving in de behandeling. Het percentage patiënten met niet-ernstige depressie dat antidepressiva als eerste behandeling voorgeschreven kreeg nam af van 61% naar 11% en het gebruik van minimale interventies bij deze groep steeg van 33% naar 88%. Uit commentaren van de deelnemers valt af te leiden dat het Doorbraakproject Depressie heeft geleid tot minder onzekerheid onder huisartsen, hierdoor werd de behandeling van depressie eerder gestart.
4. De behandeling van mensen met een ernstige depressie is niet in alle gevallen volgens de doelstellingen van het project gelopen. Hardnekkige wachttijden bleken moeilijk te veranderen.
5. De samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns is verbeterd. In sommige teams uitte dit zich in een forse reductie van de wachttijden naar de tweedelijns.
6. In het Doorbraakproject hebben hulpverleners geleerd om het beloop van de depressieve klachten te monitoren. Hiervoor werd de Beck Depression Inventory (BDI) vragenlijst geïmplementeerd. Sommige teams lukte het om bij elke patiënt herhaalde metingen te doen om het beloop goed te volgen. Aan de hand van de score werd de behandeling periodiek door patiënt en hulpverlener geëvalueerd.
7. In veel huisartspraktijken kreeg het overleg tussen de patiënt en de hulpverlener een extra dimensie. De huisarts kon de patiënt keuzes bieden, door de implementatie van een pakket minimale interventies. Bovendien leidde het gebruik van de BDI tijdens het consult tot een meer gestructureerd gesprek met een duidelijke focus. Sommige huisartsen gaven aan dat het gebruik van de zelfinvulvragenlijst tot tevreden patiënten en tijdsbesparing van henzelf heeft geleid.
8. Het gebruik van de Doorbraakmethode beviel de teams goed, vooral dankzij de landelijke opzet, het projectplan met heldere aanwijzingen, de uitwisseling met experts en de deadlines en begeleiding vanuit het Trimbos-instituut. Factoren die het

doorbreken bemoeilijkten hadden te maken met het ontbreken van een link tussen de projectdoelen en het organisatiebeleid, het daardoor gevoelde gebrek aan betrokkenheid van het management, de cultuur van autonoom handelen onder collega-hulpverleners en de logistieke problemen bij het structureel meten van processen en uitkomsten. Factoren die het doorbreken bemoeilijkten hadden te maken met het ontbreken van een link tussen de projectdoelen en het organisatiebeleid, het daardoor gevoelde gebrek aan betrokkenheid van het management, de cultuur van autonoom handelen onder collega-hulpverleners en de logistieke problemen bij het structureel meten van processen en uitkomsten. Factoren die het succes van de teams bevorderen hadden te maken met de selectie van een goede projectleider, die niet perse inhoudsdeskundig hoeft te zijn maar wel in staat moet zijn om een project te trekken en met al bestaande productieve samenwerkingsverbanden.

9. Stepped care hulp bij depressie is de betrokkenen in het project goed bevallen, zowel patiënten als hulpverleners leken met het model uit de voeten te kunnen. Een enkel team peilde de tevredenheid van patiënten met minder intensieve en snelle zorg, deze was groot. De van tevoren geopperde weerstand van patiënten tegen behandeling met minimale interventies is niet opgetreden. Het lijkt er op dat veel patiënten in de eerstelijns een vorm van hulp zoeken, en niet specifiek medicatie of intensieve therapie.

Aanbevelingen voor organisatoren van Doorbraakprojecten

De Doorbraakmethode is een model voor verandering, met een aantal vaste onderdelen maar met genoeg ruimte voor verdere ontwikkeling. Het is bekend dat 70% van alle veranderprojecten niet het gewenste resultaat oplevert. Ook de duurzaamheid van Doorbraaksuccessen, hoewel niet goed onderzocht, wordt in twijfel getrokken. Alle aandacht in dit veld is er dan ook op gericht om de Doorbraakmethode dusdanig te ontwikkelen, dat de kans op duurzame successen vergroot wordt. De aanbevelingen in dit verslag richten zich dan ook vooral op diegenen die verantwoordelijk zijn voor het initiëren en ontwerpen van nieuwe Doorbraakprojecten. Dit zijn opdrachtgevers, financiers en adviseurs die met elkaar nadenken over de vormgeving van deze projecten.

Aanbeveling 1

De betrokkenheid van het management bij Doorbraakprojecten is een belangrijke succesfactor voor het lange termijn succes. Bij succesvolle Doorbraaktrajecten hebben managers een duidelijk doel voor ogen met het project en zijn ze betrokken bij de inhoudelijke veranderingen. De organisatoren van toekomstige Doorbraakprojecten in de GGz wordt aangeraden, voor de start van de teamactiviteiten, een voor iedereen duidelijke koppeling tussen het project en de organisatiedoelen te laten leggen. Ook dienen alle organisatie onderdelen die bij het project betrokken raken goed voorbereid te zijn op de uitvoering van het project. Niet alleen de manager en hulpverleners op de vloer, maar ook de financiële dienst en de ICT afdeling zijn belangrijk in deze fase.

Aanbeveling 2

Een goed projectplan met duidelijkheid over de doelen en noodzakelijke verbeteringen bleek een succesfactor in het Doorbraakproject Depressie. Toch hebben de adviseurs van het

Trimbos-instituut ook ervaren dat het top-down sturen op doelen en indicatoren de afhankelijkheid van teams kan vergroten en de dialoog en verbeeldingskracht van teamleden kan indammen. Vanuit de veranderkundige literatuur wordt gewaarschuwd voor planmatige aanpakken, veranderen in complexe omgevingen wordt niet langer gezien als een georganiseerde reis maar als een verkenning door onbekend landschap. Organisatoren en begeleiders van Doorbraakprojecten in de GGZ dienen te zorgen voor een goede mix tussen top-down of landelijke sturing en lokale betekenisgeving van het veranderproces. Dit kan door het projectplan niet te veel dicht te timmeren, maar door bij de vertaling van landelijke doelen naar lokale situaties veel aandacht te besteden aan de doelen van de instelling en aan de ervaren knelpunten en ideeën van individuele hulpverleners. Welke problemen heeft men, wat wil men met de depressiezorg en hoe wil men het project ervoor gebruiken zijn leidende vragen? Ook dienen de ondersteuners tijdens het Doorbraaktraject steeds het leerproces te benadrukken. Het gaat om experimenteren met nieuwe werkwijzen, om onderlinge dialoog, er mogen risico's genomen worden, processen kunnen fout lopen.

Doorbraakproject Depressie 2

Als eerste profiteren degenen die betrokken zijn bij het Doorbraakproject Depressie 2 van de aanbevelingen. In dit nieuwe project gaan 20 tot 40 teams werken aan stepped care depressiezorg in eerste- en tweedelijns GGZ. Het is een vervolg op het succes van Doorbraak Depressie 1, met uitbreiding van de doelgroep ouderen. Centraal staan de 'thema's werken zonder wachttijden' en 'getrapte diagnostiek en behandeling in de eerste- en tweedelijns'. Doorbraak Depressie 2 loopt vanaf de zomer 2006 tot eind 2007.

Literatuur

Henkelman L, Franx G. 2004. De bruikbaarheid van de Doorbraakmethode voor de verspreiding van best-practices in de hulpverlening aan mensen met een depressie. Rapportage voorstudie. Utrecht: Trimbos-instituut.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ . Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie. 2005. Utrecht; Trimbos-instituut.

Marwijk van HWJ, Grundmeijer HGLM, Bijl D, Gelderen Van MG, Haan De M, Van Weel-Baumgarten EM, Burgers JS, Boukes FS, Romeijnders ACM. NHG-Standaard Depressieve stoornis. eerste herziening. Huisarts en Wetenschap 2003; 46(11):614-623.

Meeuwissen JAC, Donker MCH. Minder is meer. Stepped care in de geestelijke gezondheidszorg. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 2004;11, 2004-2015.

Spies T, Mookink HGA, De Vries Robbé P, Grol RPTM. Huisarts kiest vaak voor antidepressiva onafhankelijk van de ernst van de depressie. Huisarts en Wetenschap 2004;47:364-367.

Spijker J, Graaf R de, Bijl RV, Beekman ATF, Ormel J., Nolen WA. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. IV. Duur van depressieve episoden. Ned Tijdschr Geneesk 2003, 147, 41, 2025-2028.