

Jacomine de Lange
Henny Sinnema
Jochanan Huyser
Gerdien Franx

Doorbraak Depressie 2 verbetert de zorg

Rapportage in het kader van het Depressie Initiatief
2006-2008



Trimbos-instituut, Utrecht, 2009

 **Trimbos
instituut**

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Colofon

Opdrachtgever

Innovatiefonds Zorgverzekeraars

Financiering

Innovatiefonds Zorgverzekeraars

Projectleiding

Dr. Christina M. van der Feltz-Cornelis, stuurgroep Depressie Initiatief

Gerdien Franx van 01-01-06 tot 01-11-06

Jacomine de Lange vanaf 01-11-06

Projectuitvoering

Henny Sinnema, doorbraakadviseur, Trimbos-instituut

Tineke Sporrel, doorbraakadviseur, huisarts

Conny Tabor, doorbraakadviseur, SPV Reinier van Arkelgroep

Kathy Oskam, projectsecretaresse, Trimbos-instituut

Advies

Marcel Boonen, adviseur CBO

Harriët van Wetten, adviseur Trimbos-instituut

Expertgroep

Jochanan Huyser, voorzitter, psychiater AMC/De Meren, nu Jellinek/Mentrum

Ton Drenthen, senior beleidsmedewerker Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Ria Mous, eerstelijns psycholoog (ELV)

Gabriëlle Parel, psycholoog, preventiewerker Mediant

Eric van Rijswijk, huisarts, senior onderzoeker vakgroep huisartsgeneeskunde Umc St Radboud

Paul Rijnders, psychotherapeut, GGZ Emergis

Roos Scholten, psycholoog, ervaringsdeskundige

Bert Schouten, adviseur DGV, Nederlands Instituut voor verantwoord medicijngebruik

Jan Spijker, psychiater, De Gelderse Roos, senior medewerker Trimbos-instituut

Ton Vergouwen, psychiater, Umc Utrecht

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030-2971100

F: 030-2971111

www.trimbos.nl

© 2009, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoud

Samenvatting	5
Inleiding	7
1 Het projectplan	9
1.1 Model voor stepped care depressiezorg	9
1.2 Thema's en landelijke doelen	11
1.3 Terminologie	12
2 Landelijke implementatiestrategieën	15
2.1 Inleiding	15
2.2 Doorbraakmethode	15
2.3 Het multidisciplinaire experts- en adviseursteam	16
2.4 Werkconferenties	17
2.5 Projectleiderbijeenkomsten	18
2.6 Cliëntparticipatie	19
2.7 Monitoring	19
2.8 Borging en verspreiding	19
2.9 Trainingen en toolkits	20
2.10 Digitaal Netwerk	20
2.11 Samenvatting landelijke implementatiestrategieën	21
3 Lokale implementatie-activiteiten	23
3.1 Voorbereidende fase alle teams	23
3.2 Uitvoering stepped care thema Diagnostiek en behandeling volwassenen	23
3.3 Uitvoering casefinding Ouderenteams	23
3.4 Uitvoering doorstroom GGz-teams	24
3.5 Samenvatting lokale implementatiestrategieën	25
4 Resultaten	27
4.1 Inleiding	27
4.2 Deelnemende teams	27
4.3 Aantal cliënten	28
4.4 Gegevensregistratie	29
4.5 Resultaten Thema Diagnostiek en behandeling volwassenen	30
4.6 Resultaten thema Doorstroom in de keten	33
4.7 Resultaten van Casefinding, diagnostiek en behandeling bij ouderen	37
4.8 Overige resultaten	42
5 Bevorderende en belemmerende factoren voor succes	45
6 Conclusies en discussie	47
Literatuur	51

Samenvatting

Van december 2006 tot juni 2008 begeleidde het Trimbos-instituut het Doorbraakproject Depressie 2 als vervolg op Doorbraak Depressie 1 (Franx et al. 2006). Dit Doorbraakproject was onderdeel van het Depressie Initiatief (Van der Feltz-Cornelis, Henkelman en Walburg, 2006), dat werd gefinancierd door het Innovatiefonds Zorgverzekeraars. De opdracht behelsde de implementatie met de Doorbraakmethode van de multidisciplinaire richtlijn depressie (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2005), het addendum Ouderen bij deze richtlijn (Kok, 2006) de NHG-Standaard Depressieve stoornis (Van Marwijk et al, 2004) en de LESA Depressieve stoornis (Romeijnders et al. 2006).

Voor de inhoud van het Doorbraakproject Depressie 2 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 onderbehandeling van mensen met een ernstige depressie;
3. Het bevorderen van doorstroom in de keten, onder andere door het verkorten van de wachttijden;
4. Het opsporen van ouderen met depressieve klachten.

In het Doorbraakproject Depressie 1 was door experts een model voor stepped care depressiezorg ontwikkeld dat ook bij Doorbraak Depressie 2 gebruikt is. 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 uitgebreide diagnostiek wordt gedaan, gebruik makend van de DSM-IV classificatie.

Vierentwintig teams uit de eerste- en tweedelij hebben in dit doorbraakproject gewerkt aan een keuze uit acht landelijke doelen, soms aangevuld met lokale doelen. Het Doorbraakproject Depressie is door de projectleiders van de doorbraakteams in afrondende interviews beoordeeld als een succesvol project waarin de depressiezorg en de samenwerking binnen de eerste lijn en tussen de lijnen fors zijn verbeterd. Doelstelling 1 is gehaald: Alle ouderen met niet-ernstige depressies werden in de eerste zes weken behandeld met eerstestaps interventies, en bij volwassenen nam de behandeling van niet-ernstige depressies met eerstestaps interventies in de loop van het project toe. Doelstelling 2 lijkt gehaald: Behandeling binnen een maand van ernstige depressie met medicatie of psychotherapie in de eerstelijnd vond niet altijd plaats, maar daarvoor in de plaats kwam snelle verwijzing, hetgeen past bij terugdringen van onderbehandeling. De doorstroomteams zijn erin geslaagd de wachttijden te verkorten, hetgeen doelstelling 3 was. Ook doelstelling 4 is gehaald, want de ouderenteams hebben een methode ontwikkeld voor casefinding van ouderen met depressieve klachten en

werken daarmee. Het stepped care model bleek een enorm succes en werd al tijdens maar ook na het project overgenomen door grote zorgverzekeraars en in andere verbeterprojecten.

Inleiding

Doorbraak Depressie 2 is een vervolg op het succesvolle Doorbraak Depressie 1 dat in juni 2006 afgesloten werd (Franx et al., 2006)¹. Doelstelling was het succes van Doorbraak 1 te bestendigen en uit te breiden. Bij een doorbraakproject gaat het om het dichten van de kloof tussen kennis en praktijk. Met de komst van de multidisciplinaire richtlijn depressie (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen in de GGZ, 2005) en het later daaraan toegevoegde addendum Ouderen (Kok, 2006), de NHG-standaard depressieve stoornis (Van Marwijk et al., 2004) en de LESA Depressie (Romeijnders et al., 2006) was er evidence based kennis voorhanden om in de praktijk te implementeren. De ambitie van Doorbraak Depressie 2 was, net als bij 1 het terugdringen van het aantal chronische depressies door:

- minder overbehandeling niet-ernstige depressie
- minder onderbehandeling ernstige depressie
- minder drop out bij het gebruik van antidepressiva

Voor Doorbraak Depressie 2 werden daaraan nog expliciet toegevoegd:

- betere casefinding bij ouderen
- betere doorstroom door de keten

Doorbraak Depressie 2 maakt deel uit van het zogenoemde Depressie-initiatief. Dit is een programma bestaande uit tien deelprojecten gericht op uitrol en evaluatie van de multidisciplinaire richtlijn Depressie door enerzijds implementatie en uitkomstenmanagement, en anderzijds evaluatie van de kosteneffectiviteit (Stuurgroep Depressie Initiatief, 2008). In Doorbraak Depressie 2 zijn vier deelprojecten uit het Depressie Initiatief samengevoegd te weten: 4. Implementatie Doorbraak screening en diagnostiek volwassenen, 5. Implementatie Doorbraak medicatieveiligheid en therapietrouw, 6. Implementatie Doorbraak preventie en behandeling van chronische depressie en 7. Implementatie Doorbraak screening en diagnostiek bij ouderen.

Doorbraak Depressie 2 werd gefinancierd door het Innovatiefonds Zorgverzekeraars, aangevuld met een eigen bijdrage van de deelnemende instellingen (Van der Feltz-Cornelis et al., 2006).

Voor de uitvoering van het project is een expertteam samengesteld. Het expertteam heeft een plan van aanpak voor het verbeteren van de zorg aan patiënten met een depressie voor de teams ontwikkeld en gedurende het project de teams begeleid. Het expertteam bestond uit een team van adviseurs in de Doorbraakmethode en inhoudelijk deskundigen.

In dit rapport doen wij verslag van de projectactiviteiten en resultaten die de teams bereikt hebben. De resultaten zijn gebaseerd op evaluaties met de projectleiders, de voortgangsverslagen van de teams en de metingen die de teams zelf verricht hebben.

Doorbraakprojecten zijn implementatieprojecten en geen onderzoeksprojecten. De metingen worden verricht als bewaking van het verbeterproces en zijn geen wetenschappelijk verantwoorde effectmetingen. In dat licht moet dit rapport worden gelezen. Van een deel van Doorbraak Depressie 2 wordt een aparte effect- en procesevaluatie

¹ Alle materialen van Doorbraak Depressie 2 zijn te downloaden op www.trimbos.nl/default15967.html en op www.trimbos.nl/verbeterdezorg

verricht in promotieonderzoek van Franx (deelproject 8 van het Depressie Initiatief). Hierover zal in een latere fase worden gerapporteerd.

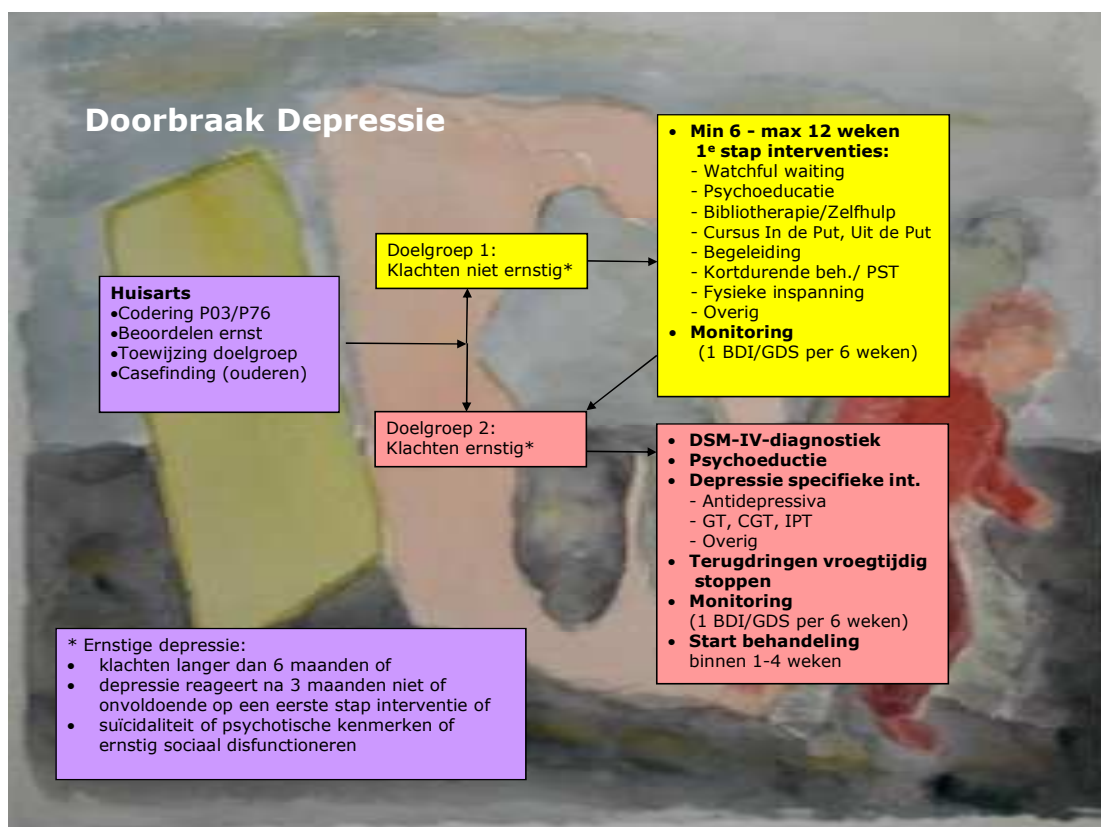
In hoofdstuk 1 lichten wij het stepped care model voor depressiezorg toe en de landelijke doelen. Hoofdstuk 2 beschrijft de doorbraakmethodiek en de landelijke implementatiestrategieën, hoofdstuk 3 de lokale implementatiestrategieën. In hoofdstuk 4 worden de resultaten weergegeven. In hoofdstuk 5 beschrijven bevorderende en belemmerende factoren en hoofdstuk 6 eindigt met de conclusie en discussie.

1 Het projectplan

1.1 Model voor stepped care depressiezorg

In de doorbraakprojecten Depressie voeren wij stepped care diagnostiek en stepped care behandeling voor depressie in. 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 en Donker, 2004). De richtlijnen voor depressie zijn door het Doorbraak expertteam vertaald naar een model voor stepped care depressiezorg. Dit model werd op een plastic kaartje gedrukt en uitgereikt aan alle leden van het Doorbraaknetwerk (Figuur 1). De opdracht aan hen luidde om het model in de loop van het project in de eigen regio te implementeren.

Figuur 1: Stepped care diagnostiek en behandeling depressie



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 kan zowel op de ernst als op de duur van de klachten slaan (figuur 1).

Huisartsen worden gestimuleerd om mensen met een niet-ernstige depressie, naar verwachting de grootste groep, minimaal zes en maximaal twaalf weken een eerste stap interventie aan te bieden, waarbij patiënt en hulpverlener kiezen uit zeven verschillende

interventies of combinaties daarvan. Deze interventies kenmerken zich door het feit dat zij het inzicht in depressie en het vermogen van patiënten om te leren omgaan met problemen vergroten met behulp van beperkte professionele ondersteuning. Zij gaan niet uit van de ziekte, maar van de gezonde kanten van mensen. De interventies zijn redelijk tot goed onderzocht op effecten.

Deze interventies zijn:

1. watchful waiting (zorgvuldig afwachten en monitoren)
2. psycho-educatie
3. zelfhulp: bibliotherapie
4. cursus 'In de put, uit de put'
5. begeleiding (praktische hulp of ondersteunende begeleiding/counseling)
6. kortdurende behandeling/Problem Solving Therapy
7. fysieke inspanning/running
8. overig aanbod

Maandelijks worden de depressieve klachten gemonitord met de Beck Depression Inventory (BDI-1) of bij mensen boven de 60 met de Geriatric Depression Scale (GDS-15). Bij onvoldoende succes wordt overgestapt op een depressiespecifieke behandeling, te weten antidepressiva en/of psychotherapie (Gedragstherapie, Cognitieve gedragstherapie of Interpersoonlijke therapie). Patiënten met ernstige klachten krijgen direct een depressiespecifieke therapie aangeboden die binnen een maand van start moet gaan. Goede diagnostiek volgens de DSM-IV classificatie gaat hieraan vooraf.

In de tweedelijns GGZ kon de patiëntenlogistiek verbeterd worden. Door logistieke problemen en een gebrek aan monitoring zit er te weinig tempo in de behandeling. De in de richtlijnen aangegeven duur van de behandelstappen wordt vaak onvoldoende aangehouden. Er zijn ongewenste wachttijden, vooral bij de overgang van eerste- naar tweedelijns en voor de start van de behandeling in de tweedelijns GGZ. Wachttijden van vier maanden voor de start van cognitieve gedragstherapie zijn geen uitzondering. Het gevolg van lange wachttijden voor patiënten met een depressie is dat deze de kans op een chronische depressie (een depressie die langer aanwezig is dan 2 jaar) vergroten (Spijker, 2002). En omdat mensen met een depressie vaker van hun werk verzuimen, hebben lange wachttijden economische gevolgen (Smit et al., 2006). Door een betere doorstroming krijgt de depressieve patiënt de juiste zorg op het juiste moment.

Depressieve klachten bij ouderen komen veel voor (15%). De nadelige gevolgen ervan voor de hulpbehoefendheid en het welzijn van ouderen zijn groot. Depressieve klachten worden in de huisartspraktijk niet goed herkend. Er is vaak sprake van comorbiditeit wat de herkenning extra lastig maakt. Op basis van het Addendum Ouderen (Kok, 2006) en in overleg met het expertteam werden de volgende criteria voor 'hoog risico op depressieve klachten' vastgesteld:

- recent (12-24 maanden) verweduwd
- invaliderende lichamelijke aandoeningen (CVA/Parkinson/Rheuma)
- onverklaarde lichamelijke klachten
- chronische pijn
- alcoholmisbruik
- klachten over slaap
- angstklachten
- klachten over vergeetachtigheid

De bedoeling hiervan was dat huisartsen bij ouderen boven de 60 jaar die op hun spreekuur kwamen deze risicofactoren nagingen en een GDS afnamen als de ouderen

aan een van deze kenmerken voldeden. Op de achterzijde van het kaartje met het stepped care model werden deze criteria voor de huisartsen vermeld.

Samenvattend was de opdracht aan de verbeterteams te werken aan vijf verbeterprincipes:

1. Onderscheid niet-ernstige en ernstige depressie (getrapte diagnostiek).
2. Minimaal behandelen als het kan, maximaal als het moet (getrapte behandeling).
3. Monitoren van het ernstbeloop.
4. Doorstroom in de keten bevorderen.
5. Actief opsporen van ouderen met depressieve klachten.

1.2 Thema's en landelijke doelen

In het projectvoorstel van het Depressie Initiatief (Van der Feltz-Cornelis et al., 2006) werden voor de vier deelprojecten de volgende indicatoren vastgesteld.

- 1 Screening en diagnostiek volwassenen:
 - a. de mate waarin hulpverleners ernstige depressies van niet-ernstige onderscheiden
 - b. de mate waarin patiënten geïnformeerd worden over hun diagnose
 - c. de mate waarin diagnostiek wordt herhaald en het beloop van de klachten wordt gemonitord
- 2 Medicatieveiligheid en therapietrouw:
 - a. het aantal mensen met een niet-ernstige depressie dat wordt behandeld met medicatie
 - b. het aantal mensen met een ernstige depressie dat niet adequaat behandeld wordt met medicatie
 - c. het percentage mensen dat voortijdig stopt met antidepressiva gebruik
- 3 Preventie en behandeling van chronische depressie:
 - nader te bepalen in overleg met het expertteam vastgesteld: wachttijden, stepped care, dagelijks functioneren en depressiesymptomen)
- 4 Screening en diagnostiek bij ouderen:
 - a. de mate waarin hulpverleners ernstige, matig-ernstige en niet-ernstige depressieve klachten kunnen onderscheiden
 - b. de mate waarin patiënten met depressieve klachten die niet aan de criteria voor een depressieve stoornis voldoen kortdurende interventies vanuit de tweedelij krijgen aangeboden
 - c. de mate waarin lichamelijke gezondheidsproblemen voor patiënten met depressieve klachten die niet aan de criteria voor een depressieve stoornis voldoen door de huisarts worden behandeld.

Deze indicatoren zijn op basis van het stepped care model door het expertteam SMART geformuleerd in de acht landelijke doelen. Achter de doelen is aangegeven met welke van bovenstaande indicatoren ze te maken hebben. Doel 1 is door het expertteam toegevoegd als ambitieuze doestelling om effecten van de verandering te meten.

Overzicht 1: De acht landelijke doelstellingen van Doorbraak Depressie 2 (met de indicatoren van het Depressie Initiatief)

Binnen 6 maanden behandeling is bij 80% van alle nieuwe patiënten in de eerstelijns en bij 50% van alle nieuwe patiënten in de tweedelijns de BDI-score lager dan 10 of de GDS-score lager dan 6.
80% van de systematische follow-up gesprekken bij patiënten met een depressie, vindt volgens planning plaats. Tijdens de systematische follow-up vindt een evaluatie van het behandelbeleid plaats en een BDI/GDS meting. Dit gebeurt minimaal in de 6e week na de aanmelding en vervolgens elke 6 weken totdat de BDI lager is dan 10 en de GDS lager dan 6 (indicator 1b en 1c)
Minder dan 10% van de patiënten met een niet-ernstige depressie ontvangt in de eerste 6 weken een tweede stap interventie. (indicator 1a, 1b, 2a, 4a, 4b)
Bij alle patiënten (100%) met een ernstige depressie is binnen 1 maand na het vaststellen van de diagnose een tweede stap interventie gestart (indicator 2b en 3).
Bij 90% van alle patiënten bij wie gekozen is voor GT, CGT of IPT is de behandeling binnen 1 maand na verwijfsdatum gestart (indicator 3).
Het aantal patiënten met ernstige depressie dat antidepressiva voorgeschreven krijgt en daarmee binnen 3 maanden stopt (vroegtijdige stoppers) is lager dan 20% (indicator 2c).
Bij tenminste 50% van alle patiënten met een depressie is de behandeling in de tweede lijn binnen 6 maanden afgesloten (indicator 3).
Bij 90% van de oudere patiënten boven 60 jaar met hoog risico op depressieve klachten vindt case-finding plaats (indicator 4c).

De teams konden zich inschrijven op drie thema's:

- 1 Diagnostiek en behandeling volwassenen,
- 2 Casefinding, diagnostiek en behandeling bij ouderen,
- 3 Doorstroom in de keten.

De doelen 1 en 2 waren door het expertteam verplicht gesteld voor alle teams, omdat deze punten het meest urgent waren om verbeteringen in te realiseren. Teams die aan het thema Ouderen werkten waren verplicht doel 8 te kiezen, de teams met het thema Doorstroom in de keten moesten gaan werken aan doel 4, 5 en 7. Daarnaast konden alle teams een keuze maken uit de doelen 3 tot en met 8. Maar ook konden zij lokale doelen toevoegen, mits SMART geformuleerd.

1.3 Terminologie

Wij hanteerden de volgende terminologie:

Nieuwe patiënten

Volwassenen of ouderen (vanaf 60 jaar) die zich voor het eerst of tenminste 6 maanden na een eerdere depressieve periode bij de huisarts melden met depressieve klachten. Het gaat niet om mensen die al in behandeling zijn voor depressieve klachten.

Systematische follow up

Een gestructureerde manier van patiëntencontact. Tijdens systematische follow up vindt een evaluatie van het behandelbeleid plaats, met een gesprek en de afname van een BDI of GDS. Het gesprek heeft een vaste structuur. Van belang is dat er een regelmaat zit in

de afspraken die de patiënt met de hulpverlener heeft. De systematische follow-up is bedoeld om de therapietrouw en het resultaat van de therapie te verbeteren. Systematische follow-up vindt elke 6 weken plaats, vanaf de vaststelling van de depressie, totdat de BDI lager is dan 10 of de GDS lager dan 6.

Depressie, ernstige depressie en niet-ernstige depressie

- Depressie: klachten die naar het oordeel van de huisarts de diagnose depressie verdienen en waarvoor hij/zij normaliter de huisartsendiagnose down/depressief gevoel (ICPC code P03) of depressie (ICPC code P76) registreert.
- Ernstige depressie: een door de huisarts op de voor hem/haar gebruikelijke wijze vastgestelde depressie, waarbij tevens is geconstateerd dat er sprake is van minimaal één van de volgende kenmerken:
 1. de klachten bestaan langer dan 6 maanden
 2. de depressie reageert na minimaal 6 weken en maximaal 3 maanden niet of onvoldoende op een minimale/eerste stap interventie
 3. er is sprake van suïcidaliteit
 4. er is sprake van psychotische kenmerken
 5. er is ernstig sociaal disfunctioneren (de normale rollen worden niet meer vervuld, de patiënt werkt niet meer of heeft geen bezigheden, komt niet uit bed, verzorgt zichzelf of anderen niet).
- Niet-ernstige depressie: een door de huisarts vastgestelde depressie waarbij:
 1. De klachten korter dan 6 maanden bestaan
 2. Er geen sprake is van suïcidaliteit, psychotische kenmerken of ernstig sociaal disfunctioneren

Case-finding

De huisarts gaat actief op zoek naar depressie bij patiënten die tot een risicogroep behoren. Hij/zij doet dit bij patiënten die de huisarts om andere redenen bezoeken. Het doel is vroegtijdig kunnen behandelen of erger voorkomen. Het actief zoeken vindt uiteraard met respect voor het zelfbeschikkingsrecht, de autonomie en privacy van de patiënt plaats.

Vroegtijdige stopper

Een nieuwe gebruiker (in het voorafgaande jaar geen antidepressiva gebruikt) die na maximaal drie recepten stopt met antidepressiva.

Eerstestap interventies

Alle interventies en combinaties van interventies die volgens de multidisciplinaire richtlijn depressie effectief kunnen zijn in de eerste drie maanden van de behandeling van niet-ernstige depressies. De interventies vinden meestal in de eerste lijn plaats, soms in de tweede lijn.

Tweedestap interventies

De interventies en hun combinaties die volgens de multidisciplinaire richtlijn depressie eerste keus zijn bij het behandelen van ernstige en langer durende depressies. Voorafgaand aan het indiceren van deze interventies hoort het afnemen van de DSM-IV classificatie. De tweedestap interventies vinden zowel in de eerste- als tweede lijn plaats. De depressiespecifieke interventies uit het Doorbraakproject zijn:

1. antidepressiva

2. psychotherapie (GedragsTherapie (GT), Cognitieve Gedrags Therapie (CGT), InterPersoonlijke Therapie (IPT))
3. overig aanbod (systeemtherapie, vaktherapieën, biologische interventies, langdurige inzichtgevende psychotherapie, ElectroConvulsieve Therapie etc.). Het is denkbaar dat een andere effectieve biologische behandeling een plaats heeft in de behandeling, zoals lichttherapie. Ook depressieaanbod waarvoor minder overtuigend wetenschappelijk bewijs is, bijvoorbeeld langdurige psychotherapie of non-verbale therapie, kan in de praktijk gegeven worden. Al deze interventies worden in het Doorbraakproject gevat onder de noemer 'overig aanbod'.

2 Landelijke implementatiestrategieën

2.1 Inleiding

Hieronder wordt de interventie, de Doorbraakmethode zoals vormgegeven in dit project beschreven. Deze valt uiteen in de onderdelen: ondersteuning vanuit het multidisciplinaire expert- en adviseursteam, werkconferenties, projectleiderbijeenkomsten, advies bij cliëntparticipatie, ondersteuning bij monitoring, borging en verspreiding, trainingen en toolkits en een digitaal netwerk. Naast deze landelijke aanpak hebben de teams lokaal eigen veranderinspanningen ondernomen die in hoofdstuk 3 worden besproken.

Twee varianten

Tijdens de wervingsperiode werd duidelijk dat de Regionale Ondersteunings Structuren (ROS) van de eerstelijns belangstelling hadden voor deelname. Beleidsmedewerkers daar hadden tot taak gekregen de eerstelijns GGz van de grond te helpen en zochten aansluiting bij het Trimbos-instituut. Wij hebben ingespeeld op die ontwikkeling door een variant op onze teamondersteuning te maken. De ROS-en konden daardoor met meerdere teams, begeleid door één projectleider vanuit de ROS, inschrijven.

Qua ondersteuning waren er dus twee varianten: de minimale en maximale variant. Teams in de maximale variant kregen naast het landelijk aanbod via werkconferenties, projectleidervergaderingen en het digitaal netwerk ook individueel advies van doorbraakadviseurs en experts in de vorm van teambezoeken en telefonisch overleg. Teams in de minimale variant kregen alleen het landelijk aanbod. Bij de teams in de minimale variant was doorgaans sprake van één projectleider (vanuit de ROS) met meerdere teams. Bij de teams in de maximale variant was er één projectleider per team. Voor de minimale variant betaalden de teams € 10.000,-, voor de maximale € 20.000,-.

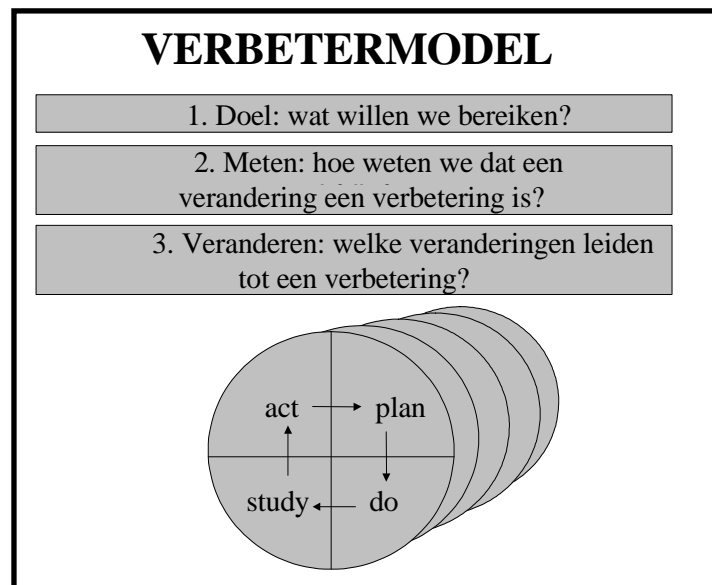
2.2 Doorbraakmethode

Doorbraakprojecten zijn projecten waarin teams van hulpverleners in een tijdelijk samenwerkingsverband in korte tijd concrete verbeteringen realiseren door implementatie van bestaande kennis (richtlijnen), goede voorbeelden (best practices) en eigen ideeën. De landelijke Doorbraakactiviteiten volgden grotendeels de door het CBO in Nederland geïntroduceerde werkwijze. (Van Splunteren et al. 2003; Schouten et al., 2007).

De Nolanmethode

Locale teams werken met landelijke ondersteuning en uitwisseling aan zelf gekozen doelen en volgen daarbij het Nolanmodel om verbeteringen te realiseren. De methode bestaat uit drie ontwerp vragen en de Plan-Do-Study-Act cyclus als verbeteraanpak: plan van aanpak maken (plan), beginnen met invoeren van andere werkwijze (do), het verrichten van metingen (study), met als doel het bijsturen van het veranderproces en het bewaken van de realisatie van de doelen (act) (Van Splunteren et al., 2003).

Figuur 2 Het Nolanmodel: drie ontwerp vragen en een verbeteraanpak



De teams kregen een format voor een werk- en meetplan aangereikt. Aan de hand van de vraag 'Wat willen we bereiken?' kozen de teams landelijke doelen, beschreven zij de lokale situatie en bepaalden zij welke veranderingen nodig waren om hun doel te bereiken. In de uitvoerende fase concentreerden de teams zich op de invoering van een monitorsysteem in een daartoe aangeleverd excelbestand, en op de implementatie van de nodige veranderingen in hun werkwijze. In de laatste fase werd extra aandacht aan borging en verspreiding besteed. Door het regelmatig bekijken en bespreken van de meetgegevens in de excelbestanden werkten de teams aan de PDSA-cyclus.

2.3 Het multidisciplinaire experts- en adviseursteam

Voor de uitvoering van het project is een multidisciplinair experts- en adviseursteam samengesteld (zie colofon). Dit team heeft een plan van aanpak voor het verbeteren van de zorg aan patiënten met een depressie voor de teams ontwikkeld en gedurende het project de teams begeleid. Het multidisciplinaire team bestond uit een team van adviseurs in de Doorbraakmethode vanuit het Trimbos-instituut en inhoudelijk deskundige landelijke experts.

Het doel en de taken van het expertteam waren:

- Bewaken en optimaliseren van de inhoudelijke en methodologische kwaliteit van het project door het inbrengen van expertise en kennis en het adviseren van de Doorbraakteams.
- Bevorderen van het landelijk draagvlak voor het project onder hulpverleners en instellingen.

De voorzitter van het expertteam was verantwoordelijk voor de kwaliteit van de inhoudelijke inbreng in het project. Tevens had de voorzitter een belangrijke rol op de werkconferenties, tijdens de wervingsperiode, bij media aandacht en op congressen.

De projectleider droeg de eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit, voortgang, financiën en informatieverstrekking van het project. Ook stuurde de projectleider de adviseurs van het Trimbos-instituut aan en onderhield ze regelmatig overleg met de voorzitter.

De experts waren inhoudelijk deskundig op alle thema's van het project, met speciale kennis van deelgebieden van de depressiezorg. Ze namen op persoonlijke titel deel aan het expertteam of vanuit een beroepsorganisatie. Als experts een organisatie vertegenwoordigden droegen ze zelf verantwoordelijkheid voor de afstemming met de achterban.

De projectmedewerkers waren methodologisch deskundig op het gebied van de Doorbraakmethodiek en werden adviseurs genoemd. Zij hadden contact met de Doorbraakteams, begeleidden de projectleiders en verzorgden de communicatie tussen teamleden en experts.

De projectassistent was eerste aanspreekpersoon van het expertteam voor externen en verantwoordelijk voor tal van ondersteunende en administratieve taken. Zij voerde het beheer over de digitale projectomgeving, had een helpdeskfunctie voor excelproblemen en verzorgde de organisatie van de werkconferenties.

De taken van de leden van het expertteam waren:

- 1 of 2 informatiebijeenkomsten bijwonen voor aankomende deelnemers/zorgverzekeraars
- 1 of enkele selectiegesprekken voeren met deelnemende teams in de periode september – december 2006 (waar nodig en mogelijk)
- opstellen van de landelijke doelen
- bijdrage leveren aan het maken van toolkits van interventies
- tijdens het project, op verzoek van de teams, voornamelijk per e-mail of telefoon adviseren over verbeteractiviteiten. Waar nodig gebeurde dit in de vorm van een locatiebezoek
- in totaal 9 expertteam vergaderingen bijwonen, in de periode vanaf april 2006 tot maart 2008
- de voortgangsrapportages van de deelnemende teams beoordelen en feedback geven.
- actief deelnemen aan vijf werkconferenties.

2.4 Werkconferenties

Er zijn vier landelijke werkconferenties gehouden die toegankelijk waren voor alle leden van de doorbraakteams. Alle conferenties bevatten vier elementen: informatie over depressiezorg en de voortgang van het project, gelegenheid tot raadpleging van de experts, per thema uitwisseling van ervaringen met andere teams, en de zogenoemde 'teamtime': met de eigen teamleden bespreken wat de nieuw opgedane kennis voor de werkwijze van het team betekent.

Op de *startconferentie*, 15 december 2006 in Amsterdam, werd het stepped care model gepresenteerd en uitgelegd wat de doorbraakmethode inhield. 's Middags werden de thema's in subgroepen verder uitgediept met de experts en op het eind hebben de teams in een ronde 'teamwork' vast een begin gemaakt met het kiezen van doelen.

De voorjaarsconferentie vond op 26 april plaats in Berg en Dal. In de tussenliggende maanden hebben de teams hun eigen plan van aanpak gemaakt en zijn ze begonnen met monitoren (nulmeting). Op de voorjaarsconferentie werd het startschot voor de veranderperiode gegeven. De teamleden konden workshops volgen over Problem Solving Therapy, Bibliotherapie en Psycho-educatie. 's Middags was er gelegenheid om per team met de experts uit te wisselen en per thema van de andere teams te horen waar zij mee aan de slag gingen en elkaar tips te geven.

De najaarsconferentie op 2 november in Utrecht stond in het teken van uitwisselen van de eerste ervaringen en resultaten. Na een presentatie van de (tussentijdse) resultaten werden aan de hand van de marktplaatsmethode kennis en ervaringen uitgewisseld tussen de teams. Tijdens de lunch waren de tafels per discipline ingedeeld zodat de disciplines onderling ervaringen konden delen. In de middag konden de teams ideeën opdoen over verspreiding en borging na een inspirerende lezing over dat onderwerp. De teams vulden met elkaar een vragenlijst in waaruit ze konden opmaken wat hun sterke en zwakke kanten bij de borging zouden zijn. Op deze dag waren ook de managers uitgenodigd. Zij hadden een aparte bijeenkomst met het expertteam.

De slotconferentie was op 28 maart 2008 in Den Bosch. In de ochtend werd onder leiding van Heijblok Theatertraining ludiek, maar ook serieus teruggeblikt op het project. De teams hadden op posters hun werkwijze en resultaten vastgelegd. Een ronde langs de posters vormde tevens het afscheid van alle teams. 's Middags werden voor een groter publiek de voorlopige resultaten gepresenteerd en gaven drie teams een kijkje in de keuken van hun project. De teams van Zuid-Nederland lieten zien hoe zij samen met zorgverzekeraar CVZ doorgaan met doorbraak depressie.

De conferenties werden goed bezocht 100 – 120 deelnemers per keer en gewaardeerd met een 7 tot 7,5.

2.5 Projectleiderbijeenkomsten

In totaal zijn zeven projectleiderbijeenkomsten gehouden. In de startbijeenkomst werd het project toegelicht en in de tweede bijeenkomst het monitoren getraind met behulp van een in Excel in te voeren vragenlijst. De overige bijeenkomsten waren gecombineerde projectleiders en expert-bijeenkomsten. In een algemeen gedeelte werden de voortgang besproken en ervaringen uitgewisseld en in een specifiek gedeelte, vaak per thema, was gelegenheid om knelpunten te bespreken met experts.

In het voorjaar is een hele dag georganiseerd waarin de zeven kenmerken van effectief leiderschap werden besproken (Covey, 2007), feedback gegeven werd op de Plannen van Aanpak, een intervisiemethodiek getraind werd en projectleiders toelichting gaven op hun plan van aanpak of verschillende onderwerpen behandelden, zoals hoe zij vorm gaven aan cliëntparticipatie, of hoe zij werkten aan implementatie.

Naar aanleiding van deze bijeenkomst koos een deel van de projectleiders ervoor om voortaan voorafgaande aan elke projectleiderbijeenkomst intervisie te houden met elkaar. De projectleiders waren de lokale projectleiders in de teams.

2.6 Cliëntparticipatie

Cliënten zijn ervaringsdeskundig op het gebied van diagnostiek en behandeling van aandoeningen. Zij zijn als geen ander bekend met de wijze waarop de zorg is georganiseerd en wordt uitgevoerd door de diverse behandelaars. Feedback van de zijde van cliënten is vanuit dit perspectief gezien waardevol in verbeterprojecten.

In de Amerikaanse doorbraakprojecten neemt cliëntparticipatie een belangrijke plaats in. Het is de ervaring dat binnen de Nederlandse verbeterprojecten cliëntenparticipatie als laatste wordt ingezet, als het al wordt ingezet. In Doorbraak Depressie 2 kreeg cliëntparticipatie op verschillende manieren vorm. Een ervaringsdeskundige maakte deel uit van het expertteam. Deze heeft op de startconferentie een lezing gehouden over mogelijkheden voor cliëntparticipatie in het doorbraakproject. Cliëntparticipatie kon op verschillende niveaus plaatsvinden:

- Informatie: cliënten worden over het project geïnformeerd.
- Consultatie: op zoek gaan naar de mening van cliënten(vertegenwoordigers) zonder zich aan de resultaten van die gesprekken te hoeven verbinden.
- Advies: op zoek gaan naar de mening van cliënten(vertegenwoordigers) en hen expliciet om een oordeel vragen. De professional verbindt zich in principe aan de resultaten maar kan hiervan bij de uiteindelijke besluitvorming afwijken.
- Partnership: gelijkwaardige samenwerking waarin cliënten een eigen rol hebben en er sprake is van gezamenlijke besluitvorming. Bij partnership op uitvoerend niveau werken cliënten ook mee in de zorg.
- Regie bij patiënten: project wordt door cliënten gestuurd. Professionals kunnen hierbij een adviserende rol vervullen.

In hun werk- en meetplan moesten de teams expliciet aangeven hoe zij cliëntparticipatie vorm gingen geven.

2.7 Monitoring

Monitoren van het verloop van de behandeling was een belangrijk onderdeel van het Doorbraakproject. Kern hiervan vormde het eens per zes weken (laten) invullen van een BDI of GDS door de patiënt. De gegevens werden ingevoerd in een daartoe aangeleverd excelbestand: begindatum, ernstige of niet ernstige depressie, aard eerstestap interventie, startdatum, start- en einddatum antidepressiva, verwijzing naar CGT, GT of IPT, start CGT, GT of IPT, doorverwijzing tweedelij, einddatum en reden beëindiging, en de data van afname BDI/GDS met de scores. De teams konden zelf overzichten en grafieken maken van hun resultaten als feed back op hun handelen.

2.8 Borging en verspreiding

Vanaf het begin werd aandacht besteed aan hoe de resultaten te borgen en verspreiden. Periodiek contact over de bereikte resultaten of de stagnatie met het management of de ROS was een opdracht aan alle teams. In de laatste drie maanden was borging en verspreiding een belangrijk thema. Teams werden gestimuleerd een symposium te organiseren in de regio of instelling om hun resultaten bekend te maken.

2.9 Trainingen en toolkits

Na de workshop Problem Solving Treatment op de tweede werkconferentie was er bij een aantal teams behoefte aan meer scholing in deze interventie. Er is een tweedaagse training Problem Solving Treatment georganiseerd waaraan 22 personen hebben deelgenomen (huisartsen, psychologen, maatschappelijk werkers en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen).

Voor de doorstroomteams is een workshop wachttijdreductie georganiseerd voor projectleiders en managers van deelnemende instellingen, onder leiding van de Doorbraakadviseur en de CBO-expert op het gebied van wachttijdreductie.

Samen met de experts zijn toolkits gemaakt voor eerstestap interventies, medicamenteuze behandeling, therapietrouw, interventies ter bevordering van de doorstroom van patiënten door de keten en casefinding bij ouderen.

2.10 Digitaal Netwerk

Om informatie gemakkelijk te verspreiden en onderling contact te bevorderen is een digitale netwerkomgeving ingericht. Alle deelnemers aan het project konden hierop rechtstreeks inloggen met behulp van een wachtwoord. Alle materialen, formulieren, toolkits en presentaties waren op dit netwerk beschikbaar. Daarnaast werd informatie over nieuwe publicaties over depressie hierop aangekondigd (zoals nieuwe nummers van het e-magazine depressie) en was er een link naar interessante websites. De teams konden een eigen teamspace aanmaken waarbinnen zij met elkaar konden communiceren en notulen van hun vergaderingen konden plaatsen. De voortgangsverslagen werden op dit net gezet, waarna ze door adviseurs en experts bekeken konden worden en van feed back voorzien. Ook was er een mogelijkheid tot 'Questions & Answers'.

2.11 Samenvatting landelijke implementatiestrategieën

In tabel 1 zijn de landelijke implementatiestrategieën samengevat.

Tabel 1 Landelijke implementatiestrategieën binnen het doorbraakproject depressie

Type strategie	Omschrijving strategie
Gericht op projectleiders	<ul style="list-style-type: none"> • begeleiding projectleiders bij hun rol, individueel en in vijf projectleiderbijeenkomsten • trainingen over de Doorbraakmethode, de PDSA-cyclus en meetmethoden voor projectleiders; • een werkconferentie voor projectleiders met scholing over leiderschap, implementatie en intervisie • individuele telefonische en mailcontacten
Gericht op teams	<ul style="list-style-type: none"> • werkmap met plan van aanpak, landelijke doelen, excelbestand voor monitoring • toolkits met interventies • scholing op vier werkconferenties: stepped care model, PDSA-cyclus, eerstestapinterventies • werkbezoeken door expert en adviseur • schriftelijke feedback op plan van aanpak, voortgangsverslagen en meetbestanden • teambegeleiding door experts op werkconferenties • onderlinge uitwisseling van ervaringen op werkconferenties • 'questions and answers' op digitaal netwerk • advies over cliëntparticipatie
Gericht op teamleden	<ul style="list-style-type: none"> • kaartje met stepped care model • training in PST • workshop wachtlijstreductie • informatie op digitaal netwerk
Gericht op management	<ul style="list-style-type: none"> • intakegesprek • deelname derde werkconferentie • sessie met experts op derde werkconferentie

3 Lokale implementatie-activiteiten

3.1 Voorbereidende fase alle teams

Alle teams kwamen eens in de drie tot vier weken bij elkaar en werkten aan het bereiken van de verplichte en gekozen 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. Ook discussieerde men over wat er in de richtlijn stond en hoe dit toe te passen was op de lokale situatie. Begonnen werd met het invoeren van de gegevens van nieuwe patiënten in het excelbestand. De projectleiders speelden hierbij een cruciale rol. Zij moesten de betreffende teamleden stimuleren om hun cijfers te verzamelen, in te vullen op een lijst en door te geven aan degene die de cijfers in het excelbestand ging invoeren.

Metingen

De metingen die zijn gebruikt voor de rapportage zijn verricht door de teams zelf. De teams kregen hiertoe een excelbestand met handleiding waarin de volgende gegevens konden worden ingevuld: patiëntnummer, naam, geboortedatum, begindatum, einddatum, reden beëindiging, ernstig/niet-ernstig, aard eerstestap interventie, startdatum eerstestap interventie, startdatum antidepressiva, einddatum antidepressiva, verwijzing GT/CGT/IPT, startdatum GT/CGT/IPT, overige therapie, verwijzing tweedelij, en metingen BDI, GDS (datum en score). De lokale projectleiders kregen een training in het invullen van het bestand en er was een helpdesk voor vragen. De teams stuurden hun ingevulde bestanden twee keer op naar de adviseurs voor feed back. De bestanden werden gedurende vijftien maanden ingevuld, zodat niet alleen begingegevens maar ook vervolgegevens beschikbaar zouden komen en zodat de teams ook konden zien of ze voortgang boekten in hun werkmethode.

3.2 Uitvoering stepped care thema Diagnostiek en behandeling volwassenen

In de uitvoerende fase concentreerden de teams zich op de invoering van het stepped care model. De huisartsen leerden onderscheid te maken tussen ernstige en niet-ernstige depressie o.a. door casuïstiekbesprekingen en door feed back van adviseurs en experts. De teams inventariseerden welk aanbod aan eerstestap interventies zij met elkaar hadden en welke leemtes er waren. Ze hielden zich bezig met ontwikkeling en implementatie van een toegankelijk aanbod eerstestap interventies voor niet-ernstig depressieve cliënten. Daartoe namen ze ook contact op met andere disciplines zoals fysiotherapeuten om een bewegingsinterventie op te zetten. In samenspraak met de preventieafdeling van de GGz of het maatschappelijk werk werd door verschillende teams het aanbod van de cursus 'In de put, uit de put' geïntensiveerd zodat cliënten niet lang hoefden te wachten op de start van een nieuwe cursus.

3.3 Uitvoering casefinding Ouderenteams

De ouderenteams volgden dezelfde werkwijze op het gebied van de invoering van de stepped care. Daarnaast pasten zij casefinding toe. De werkwijze was dat de huisarts bij

ouderen boven de 60 jaar die op zijn of haar spreekuur kwamen vaststelde of een of meer risicofactoren aanwezig waren. Indien dit het geval was, legde de huisarts zijn of haar deelname aan het Doorbraak Project Depressie uit en wat dat voor de patiënt inhield en kreeg de patiënt de GDS-15 mee naar huis met de vraag deze in te vullen en terug te sturen. Wanneer de GDS-score 6 of hoger was werd de patiënt op het spreekuur uitgenodigd.

3.4 Uitvoering doorstroom GGz-teams

Om de knelpunten in het zorgproces vanuit logistiek oogpunt inzichtelijk te krijgen, hebben de doorstroomteams eerst een analyse van de huidige situatie verricht, dat wil zeggen het proces van verwijzing tot en met ontslag nauwkeurig in kaart gebracht. De teams zijn op zoek gegaan naar patronen in het zorgproces die bijdragen aan onnodig wachten, voor de cliënt of voor de hulpverlener.

In samenspraak met het CBO is een toolkit ontwikkeld met interventies om de doorstroom in de GGz te bevorderen (Sinnema et al., 2007). Afhankelijk van de knelpunten in de logistiek hebben teams interventies toegepast om de wachtlijstproblematiek te reduceren. De interventies richtten zich op het beïnvloeden van de vraag en het aanbod.

Interventies gericht op de *vraag* zijn:

- a. het opstellen van toelatingscriteria waarbij de uitgangsvraag 'Welke zorg kan in de eerste- en welke in de tweedelijnde uitgevoerd worden?' centraal staat, en onderscheid aanbrenge bij de diagnostiek in patiënten met niet-ernstige en ernstige depressie;
- b. het verbeteren van de doorstroming door afspraken met de huisarts te maken tijdens of voor ontslag van de cliënt en niet pas erna;
- c. diagnostiek in minder consulten verrichten door de cliënt aansluitend aan het gesprek met de intaker een medisch consult bij de psychiater te bieden en een behandelovereenkomst te sluiten op dezelfde dag;
- d. duur en frequentie van behandelcontacten reduceren;
- e. monitoren met de BDI eenmaal in de zes weken opnemen in bestaande systemen zoals het EPD, zodat de behandeling tijdig bijgesteld kan worden;
- f. actieve benadering bij no-show.

Interventies gericht op het *aanbod* zijn:

- a. behandeling door de intaker;
- b. cliënt extra opbellen voor de eerste afspraak om no-show te minimaliseren en capaciteit optimaal te benutten;
- c. verscherpte indicatiestelling;
- d. groepsaanbod cognitieve gedragstherapie in plaats van individuele therapie;
- e. capaciteit uitbreiden door meer hulpverleners te scholen in cognitieve gedragstherapie.

Afstemmen van vraag en aanbod is gerealiseerd door het instellen van een zes weekse planhorizon, dat wil zeggen dat zes weken vooruit de agenda door de hulpverlener zelf niet meer wordt gewijzigd (bijvoorbeeld omdat hij of zij naar een vergadering of een congres moet), noodgevallen uitgezonderd.

3.5 Samenvatting lokale implementatiestrategieën

In tabel 2 zijn de lokale implementatiestrategieën samengevat.

Tabel 2 Lokale implementatiestrategieën binnen het Doorbraakproject Depressie

Type strategie	Omschrijving strategie
Hulpverlener gerelateerd	<ul style="list-style-type: none">• scholing projectdoelen door casuïstiekbespreking• monitoring zorgaanbod• consultatie vanuit GGz• feed back op handelen door monitoring• motiverende teambijeenkomsten
Patiëntgerelateerd	<ul style="list-style-type: none">• voorlichting en folders over keuzemogelijkheden• monitoring en bespreking beloop depressie met BDI/GDS• casefinding• tevredenheidsmeting
Organisatorische maatregelen	<ul style="list-style-type: none">• samenwerkingsafspraken eerstelijns – GGz• ontwikkeling en inzet van eerstestaps interventies in de eerstelijns• taakherschikking mbt diagnostiek en behandeling• inventariseren en analyseren wachtlijstproblematiek• toepassen logistieke veranderingen• protocolontwikkeling• capaciteitsuitbreiding
Financiële en juridische maatregelen	<ul style="list-style-type: none">• vastleggen behandelverantwoordelijkheden• afspraken over registratie aanbod• onderhandeling met zorgverzekeraar

4 Resultaten

4.1 Inleiding

In dit Doorbraakproject Depressie probeerden teams van hulpverleners in een tijdelijk samenwerkingsverband in korte tijd concrete verbeteringen te realiseren door implementatie van bestaande kennis, in dit geval de richtlijnen depressie, goede voorbeelden en eigen ideeën. De resultaten spitsen zich toe op de vraag in hoeverre het gelukt is om veranderingen in de praktijk door te voeren en of daarvan al effecten zichtbaar zijn. Cijfers over klinische uitkomsten en functioneren van patiënten komen naar voren in deelproject 8 van het Depressie Initiatief, de evaluatie van de Doorbraakmethode als implementatiestrategie in de GGZ. Daarover wordt elders gerapporteerd. De resultaten in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op de door de teams ingevulde excelbestanden en voortgangsverslagen en op een schriftelijke evaluatie door de lokale projectleiders aan het eind van het project.

Wij beschrijven de resultaten als volgt: de deelnemende teams, registratie van gegevens, resultaten per thema (proces en effect) en overige resultaten.

4.2 Deelnemende teams

Bij de start van het project in december 2006 hadden 33 (deels nog onvolledige) teams zich ingeschreven. Bij negen teams is het echter niet gelukt voor de deadline van 1 maart 2008 een team op poten te zetten. Uiteindelijk hebben daarom in totaal 24 teams meegedaan.

De verdeling over de thema's was als volgt:

- 13 voornamelijk eerstelijns teams met het thema behandeling en diagnostiek van volwassenen
- 6 teams met casefinding, diagnostiek en behandeling bij ouderen
- 5 tweedelijns teams met als thema doorstroom in de keten.

Vijftien teams kwamen uit in totaal zes ROS-en. Acht teams kwamen voort uit de tweedelijns GGz. Eén team werd gestart door een gezondheidscentrum (tabel 3). Een ROS-team en een GGz-team die in dezelfde regio werkten hebben zich bij de start van het project samengevoegd tot één team, dat zich zowel met volwassenen als met ouderen bezighield. In de resultaten worden zij als twee teams besproken.

Tabel 3 Aantal deelnemende teams, per thema en herkomst

Thema	1 ^e lijn		2 ^e lijn GGz	Totaal
	ROS	Gezondheidscentrum		
Diagnostiek en behandeling volwassenen	11	1	1	13
Casefinding, diagnostiek en behandeling ouderen	4		2	6
Doorstroom in de keten			5	5
Totaal	15	1	8	24

De eerstelijnssteams bestonden in ieder geval uit een huisarts, een eerstelijnspsycholoog, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) en een psychiater, en vaak ook waren een maatschappelijk werkende, een ouderenwerker, een preventiewerker of een fysiotherapeut aan het doorbraakteam verbonden.

De tweedelijnssteams bestonden in ieder geval uit een psychiater, een SPV, een psycholoog/psychotherapeut en een manager en soms ook een vaktherapeut. Hen werd aangeraden een huisarts in het team op te nemen om een brug te slaan tussen eerste- en tweedelijns. Dat is bij één team gelukt. Bij één van de tweedelijnssteams maakte een ervaringsdeskundige deel uit van het team.

De teams kwamen uit regio's verspreid door het land, alleen in Groningen, Drenthe, Flevoland en Zeeland deden geen teams aan Doorbraak Depressie mee.

4.3 Aantal cliënten

De Doorbraakteams werd gevraagd om alle patiënten, van wie zij vonden dat er sprake was van depressieve klachten (down, depressief gevoel) of van een depressie, als Doorbraakpatiënt te beschouwen en te registreren in het locale Doorbraak excelbestand. Tabel 4 laat zien hoeveel patiënten er tussen 1 januari 2007 en 31 maart 2008 zijn ingestroomd in het project. In totaal zijn 1111 ingestroomd van wie bij 1093 de meest relevante gegevens zijn ingevuld (begindatum, ernst, score BDI/GDS).

Tabel 4: Aantal cliënten per thema, gemiddeld per team en range

Thema	Totaal aantal	Gem. per team	Range
Diagnostiek en behandeling volwassenen	552	43	17 – 93
Casefinding, diagnostiek en behandeling ouderen	75	13	4 – 22
Doorstroom in de keten	466	93	55 -135

De gemiddelde instroom in de teams voor volwassenen en doorstroom in de keten was volgens verwachting. De verschillen in instroom bij de volwassenenteams worden mede verklaard door het aantal huisartsen dat deelnam aan het doorbraakteam. De instroom bij ouderen bleef achter. In paragraaf 4.7 lichten we dit toe.

Tabel 5 Ingestroomde cliënten, per thema naar ernst, aantal (en percentage)

Thema	Niet-ernstig	Ernstig	Totaal
Diagnostiek en behandeling volwassenen	367 (66%)	185 (34%)	552
Casefinding, diagnostiek en behandeling ouderen	51 (68%)	24 (32%)	75
Doorstroom in de keten	88 (19%)	378 (81%)	466
Totaal	506 (46%)	587 (54%)	1093

De verdeling patiënten met een niet-ernstige en een ernstige depressie was bij de volwassenen en ouderenteams ongeveer tweederde/eenderde. Bij de doorstroomteams een vijfde/vier vijfde, hetgeen verklaard wordt door het feit dat dit tweedelijnssteams waren.

4.4 Gegevensregistratie

Proces

De teams kregen een excelbestand met handleiding waarin de volgende gegevens konden worden ingevuld: patiëntnummer, naam, geboortedatum, begindatum, einddatum, reden beëindiging, ernstig/niet-ernstig, aard eerstestap interventie, startdatum eerstestap interventie, startdatum antidepressiva, einddatum antidepressiva, verwijzing GT/CGT/IPT, startdatum GT/CGT/IPT, overige therapie, verwijzing tweedelij, en metingen BDI, GDS (datum en score). De projectleiders kregen een training in het invullen van het bestand en er was een helpdesk voor vragen. De teams stuurden hun ingevulde bestanden twee keer op naar de adviseurs voor feed back.

Het bleek wettens voor de teams dit bestand in te vullen en bij te houden. Dit had de volgende redenen:

- De teams waren een dergelijke werkwijze nog niet gewend. Het bijhouden van de gegevens in excelbestanden sloot niet aan op de dagelijkse werkroutine van de teamleden. De teamlogistiek was er niet op gericht, zodat per team hiervoor voorzieningen moesten worden getroffen.
- De lokale projectleiders moesten hun kennis overdragen aan degene die het bestand ging invullen. Daartoe moesten ze zelf vertrouwd zijn met het bestand.
- Het bestand kon niet door alle teamleden benaderd worden. Elk teamlid vulde een formulier in, dat door de invoerder in het bestand ingevoerd werd. Dit moest georganiseerd worden.
- De teams waren niet gewend zelf hun werk te monitoren en deze te gebruiken als feed back op hun eigen handelen.
- De weergave van de resultaten in cijfers per cohort die bedoeld was om het verschil in resultaten in het verloop van het project te tonen was niet voor alle teams makkelijk te lezen.
- Al met al was derhalve het switchen van het primaire proces naar een werkwijze waarin het primaire proces continu wordt gemonitord en waarin het team de monitor gegevens gebruikt om het eigen primair proces te verbeteren, een nieuwe werkwijze.

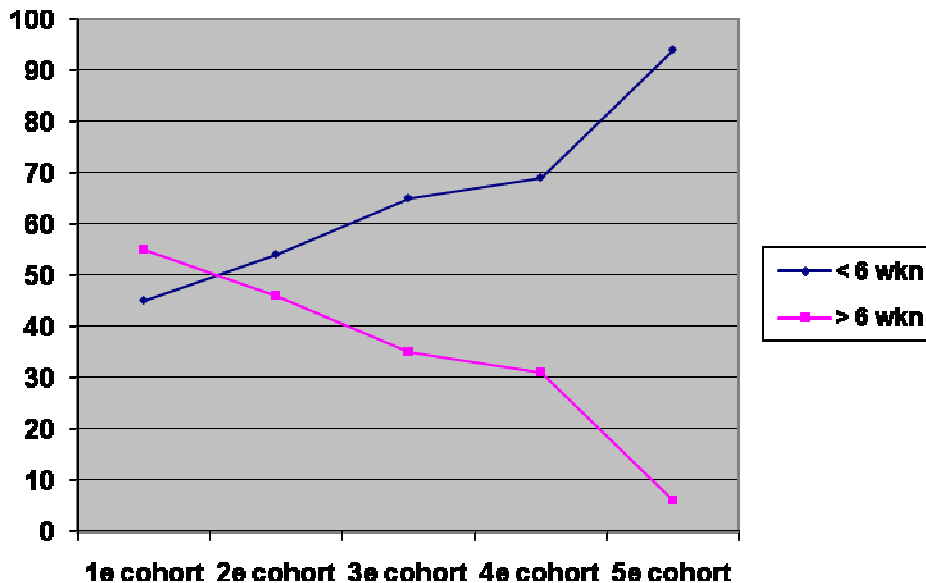
De adviseurs hebben dan ook veel energie besteed aan de uitleg van de excelbestanden en welke functie die hadden in het doorlopen van de PDSA-cyclus. De teams raakten hierdoor doordrongen van het nut. Een projectleider van een van de teams vertelde: 'Het kwartje is gevallen. Het bijhouden van gegevens is niet om aan te tonen wat we verkeerd doen, maar geeft juist aanwijzingen om ons handelen te verbeteren.' De lokale projectleiders merken op dat de teams een omslag gemaakt hebben naar het daadwerkelijk meten en volgen hoe een patiënt er voor staat. In die zin is dit een positieve uitkomst van dit Doorbraakproject.

Effect

Doelstelling van de monitoring was: 80% van de systematische follow-up gesprekken bij patiënten met een depressie, vindt volgens planning plaats. Tijdens de systematische follow-up vindt een evaluatie van het behandelbeleid plaats en een BDI/GDS meting. Dit gebeurt minimaal in de 6e week na de aanmelding en vervolgens elke 6 weken totdat de BDI lager is dan 10 en de GDS lager dan 6.

Uit figuur 3 blijkt dat het de teams in de loop van het project steeds beter lukt om de metingen binnen de zes weken te doen, en dat de doelstelling van 80% in het laatste cohort dan ook gehaald wordt.

Figuur 3 Percentage BDI/GDS-metingen dat binnen zes weken na de vorige meting is uitgevoerd per cohort



- * 1^e Cohort= instroom patiënten in de eerste 3 maanden van het project
- * 2^e Cohort= instroom patiënten in de tweede drie maanden van het project etc

Therapietrouw

Doelstelling van het bevorderen van therapietrouw was (doel 6):

Het aantal patiënten met ernstige depressie dat antidepressiva voorgeschreven krijgt en daarmee binnen 3 maanden stopt (vroegtijdige stoppers) is lager dan 20%.

Samen met de experts is zijn instructies geschreven om therapietrouw te bevorderen en ter beschikking gesteld van de teams (Sinnema et al. 2007a).

In totaal zijn 350 patiënten gestart met antidepressiva. Van 25 van hen is aangegeven dat ze gestopt zijn. In 14 gevallen (4%) was dat binnen drie maanden na de start. De doelstelling is dus ruimschoots gehaald.

4.5 Resultaten Thema Diagnostiek en behandeling volwassenen

Dertien teams hebben zich ingeschreven voor dit thema, waarvan er zeven meteen na de startconferentie aan de slag zijn gegaan. Zes teams zijn later begonnen, waarvan er drie niet goed op gang zijn gekomen, hetgeen een geringe instroom van patiënten (respectievelijk 17, 18 en 19 patiënten) in die drie teams tot gevolg heeft gehad.

Alle dertien teams werkten aan de verplichte doelen 1 en 2. Tien teams kozen daarnaast voor doel 3 en vier teams voor doel 4 en 5 (pag. 8 en 9).

Stepped diagnostiek

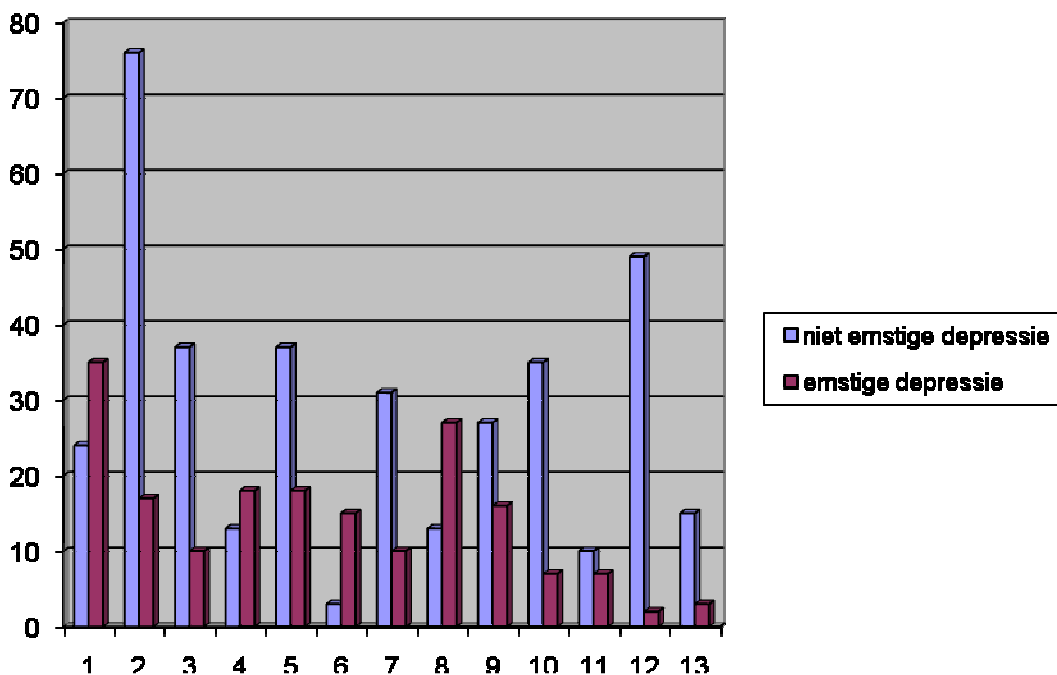
Belangrijke veranderstrategie was dat teams het onderscheid leerden maken tussen ernstige en niet-ernstige depressie. Ernstige depressie kent minstens een van de volgende kenmerken:

- duur > 6 maanden),
- niet reageren op eerstestap interventies (na drie maanden)
- suïcidaliteit, psychotische kenmerken of sociaal dysfunctioneren.

De teams gaven aan dat het onderscheid ernstig/niet-ernstig voor hen een nieuw en belangrijk onderscheid was en dat zij daar werkelijk anders over zijn gaan denken en anders in zijn gaan handelen. 64% van de patiënten kreeg de diagnose niet-ernstig en 36% ernstig. Figuur 4 laat grote verschillen tussen de teams zien met percentages voor ernstig. Team 1, 6 en 8 diagnosticeren meer ernstige dan niet-ernstige patiënten.

Team 1 had het onderscheid ernstig/niet-ernstig aanvankelijk niet goed door. Dit is later bijgesteld. Team 6 en 8 hebben de verandering niet voltrokken. Zij bleven bij hun 'oude' opvatting van ernstig/niet ernstig, namelijk het al dan niet hebben van een hoge BDI-score. Deze opvatting is echter conform de Multidisciplinaire richtlijn depressie, dus deze teams liepen voor op de andere in termen van de beoogde implementatie van de richtlijn.

Figuur 4 Aantal patiënten met ernstige en niet-ernstige depressie per team (thema diagnostiek en behandeling volwassenen) (n=536)



Stepped care

De doelstellingen waren:

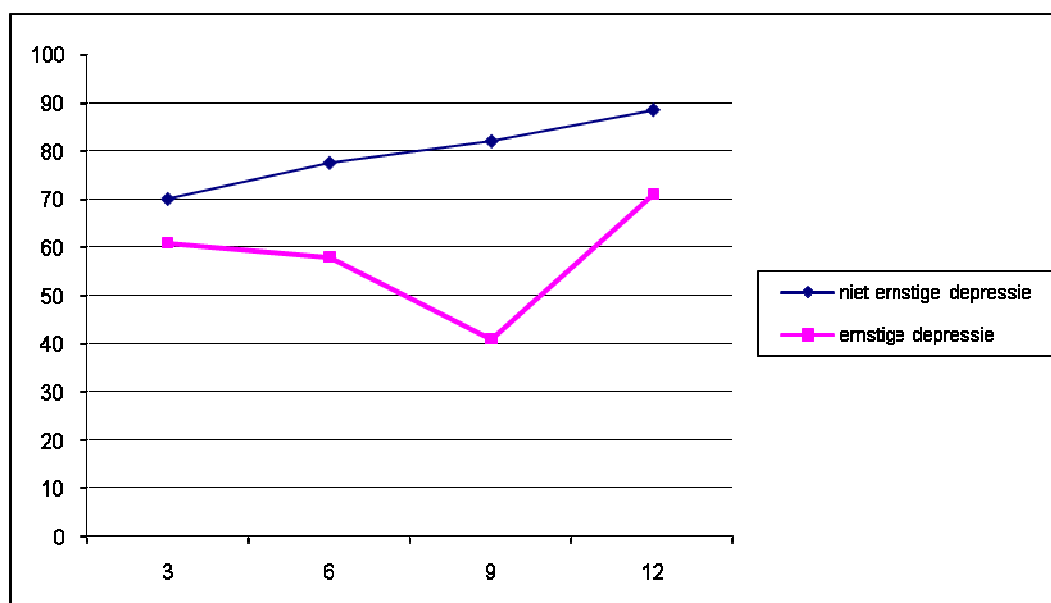
3. Minder dan 10% van de patiënten met een niet-ernstige depressie ontvangt in de eerste 6 weken een tweede stap interventie.

4. Bij alle patiënten (100%) met een ernstige depressie is binnen 1 maand na het vaststellen van de diagnose een tweede stap interventie gestart.

Figuur 5 laat zien dat het percentage niet-ernstige patiënten dat een eerstestap interventie krijgt in de loop van 12 maanden langzaam stijgt, hoewel het doel van 90% uiteindelijk net niet bereikt wordt. Dit komt overeen met de indruk van de projectleiders dat de teams meer eerstestap interventies zijn gaan ontwikkelen en toepassen. De teams raakten ervan doordrongen dat er veel lichte mogelijkheden zijn om depressieve klachten te behandelen en dat antidepressiva lang niet altijd nodig zijn. Door mee te doen aan doorbraak hebben ze een breed scala aan eerstestap interventies ontwikkeld die eerder niet voorhanden waren in de regio.

De grafiek toont ook dat mensen met een ernstige depressie niet altijd binnen een maand de goede behandeling kregen. In totaal kreeg 43% (72 patiënten) met een ernstige depressie *niet* binnen een maand antidepressiva of psychotherapie. Van die 72 patiënten zijn er 23 (29%) meteen doorverwezen naar een GGz-instelling. Zij kregen dus wel een goede behandeling, maar er is niet bij aangetekend of de behandeling in de GGz binnen een maand gestart is. De indruk van de lokale projectleiders was dat er in het geval van ernstige depressie beter verwezen werd naar de tweedelij.

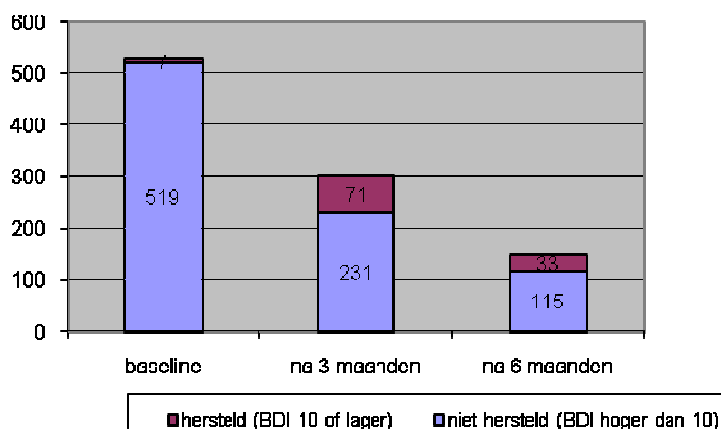
Figuur 5 Percentage patiënten met gepaste interventies in de eerste zes weken in de loop van 12 maanden (thema diagnostiek en behandeling volwassenen)



Opgeknapt of niet?

Doelstelling 1 was: Binnen 6 maanden behandeling is bij 80% van alle nieuwe patiënten in de eerstelij en bij 50% van alle nieuwe patiënten in de tweedelij de BDI-score lager dan 10 of de GDS-score lager dan 6.

Figuur 6 Aantal patiënten van wie bekend is dat zij opgeknapt zijn of niet, bij aanvang, na drie maanden en na zes maanden (thema diagnostiek en behandeling volwassenen)



Van de 519 patiënten met een BDI > 10 op baseline zijn er van 302 patiënten na drie maanden metingen beschikbaar (Figuur 6). Daarvan zijn er 71 opgeknapt (23,5%). Van de 231 niet-opgeknapte patiënten zijn er na zes maanden van 148 patiënten metingen beschikbaar. Van hen zijn er 33 opgeknapt (22%). Van de 519 patiënten op baseline zijn er 242 (47%) doorverwezen naar de tweedelijns en zijn daarna geen gegevens meer geregistreerd. Van 58 patiënten (11%) zijn geen verdere gegevens bekend. Van alle 219 patiënten van wie metingen beschikbaar waren (148 na 3 en 6 maanden, en 71 na 3 maanden), waren er in totaal 104 binnen zes maanden verbeterd (47%). In de geregistreerde gegevens is de doelstelling dus niet gehaald. Wanneer echter wordt verondersteld dat patiënten die opknapt niet meer naar de praktijk kwamen en derhalve niet meer werden geregistreerd, dan is mogelijk dat in de niet geregistreerde gevallen relatief veel verbeterde patiënten zaten en dat de doelstelling wel is gehaald. Door de registratiemethode is dit niet met zekerheid te zeggen. In de collaborative care trials van het Depressie Initiatief wordt op patiëntniveau gemeten, (Ijff et al, 2007) en is de verwachting dat dit soort gegevens wel beschikbaar zal komen. Ook in het evaluatieonderzoek van de doorbraakmethode van het Depressie Initiatief zullen hierover gegevens beschikbaar komen (Franx, in voorbereiding)

4.6 Resultaten thema Doorstroom in de keten

Vier tweedelijns GGZ teams gaven zich op voor deelname aan het thema Doorstroom en zijn meteen na de startconferentie, december 2006, van start gegaan. Een team is in maart 2007 gestart omdat zij pas later op de hoogte raakten van het lopende Doorbraakproject Depressie.

De vijf Doorstroom teams hebben aan de volgende doelstellingen gewerkt:

- 1 Bij alle patiënten (100%) met een ernstige depressie is binnen 1 maand na aanmelding in de tweede lijn een tweede stap interventie gestart.
- 2 Bij 90% van alle patiënten bij wie gekozen is voor gedragstherapie, cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke therapie, is de behandeling binnen 1 maand na verwijfsdatum gestart.

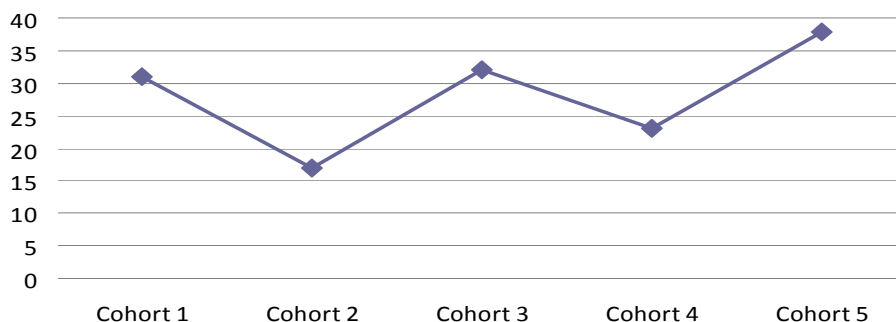
- 3 Bij tenminste 50% van alle patiënten met een depressie is de behandeling in de tweede lijn binnen 6 maanden afgesloten.

De resultaten worden per doel weergegeven. De resultaten van doelstelling 1 zijn gebaseerd op gegevens van vier teams (team 1, 2, 4, 5), van doelstelling 2 op gegevens van drie teams (team 1, 2, 4) en van doelstelling 3 op de gegevens van alle vijf teams. Team 3 zag af van het werken aan doelstellingen 1 en 2, omdat deze volgens hen niet haalbaar zouden zijn binnen een jaar. In plaats van behandeling binnen een maand na aanmelding, kozen zij ervoor om de termijn van aanmelding tot behandeling in twee delen op te delen: 1 maand van aanmelding tot indicatie, en 1 maand van indicatie tot behandeling. Omdat deze metingen niet binnen ons Excelbestand paste, heeft het team deze doelstellingen met eigen middelen gemeten. In de voortgangsrapportage geeft het team aan dat het doel 'indicatiestelling binnen een maand' bijna gerealiseerd is en dat het doel 'van indicatiestelling tot behandeling binnen een maand' nog niet behaald is. Team 5 stelde prioriteiten en koos voor de doelen 1 en 3.

Start met tweedestap interventie binnen een maand

Bij alle patiënten met een ernstige depressie zou binnen een maand na aanmelding in de tweede lijn een tweede stap interventie, psychotherapie en/of antidepressivum, gestart moeten zijn. Figuur 7 laat zien dat het percentage patiënten met een ernstige depressie dat binnen een maand conform de richtlijn Depressie behandeld wordt een lichte stijging vertoont van 31 naar 38 procent.

Figuur 7 Percentage patiënten met een ernstige depressie dat binnen een maand een gepaste behandeling ontvangt in 4 doorstroomteams, per cohort



Figuur 8 toont dat drie van de vier teams in de loopt van het project duidelijk verbeteringen laten zien.

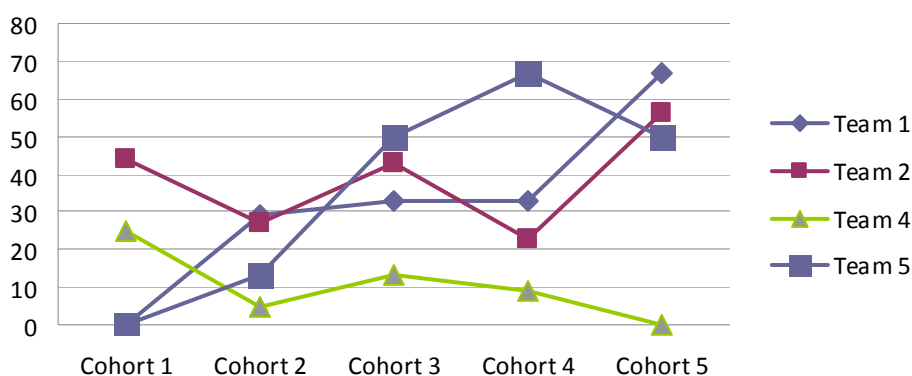
Team 1 besteedde meer aandacht aan het bepalen van de ernst van de depressie aan de voordeur en instrueerde het secretariaat om patiënten na de intake actief te benaderen voor het maken van een eerste behandelaafspraak. Patiënten die niet binnen een maand behandeld werden, kwamen op een lijst te staan en in het teamoverleg werd besproken waarom de patiënten nog geen behandeling aangeboden hadden gekregen.

Team 2 laat een wisselend beloop zien wat de teamleden toeschrijven aan de wisselende capaciteit. De stijgende lijn in cohort 5 is vooral te danken aan de toevallige toename van capaciteit.

Team 4 wijzigde in het begin van de projectperiode de intakeprocedure zodat zoveel mogelijk intakes verzorgd werden door de intakepersoneel van het team stemmingsstoornissen. Patiënten hoefden daardoor niet op toewijzing van een behandelaar van dat team te wachten en de behandeling werd direct gestart. In verband met bezuinigingen binnen de organisatie, personeel dat vertrok en niet werd vervangen, lukte het echter niet dit doel te handhaven.

Team 5 laat een stijging zien tot cohort 5. Dit team paste triage aan de voordeur toe: patiënten met een ernstige depressie werden zo spoedig mogelijk aan een behandelaar toegewezen. De dalende lijn na cohort 4 komt volgens het team doordat het Excelbestand niet meer volledig ingevuld is, omdat het team vond dat het de verbetering voldoende had gemaakt. Maar de werkwijze is hetzelfde gebleven.

Figuur 8 Percentage patiënten met ernstige depressie dat binnen een maand een gepaste behandeling ontvangt in vier doorstroomteams, per team per cohort

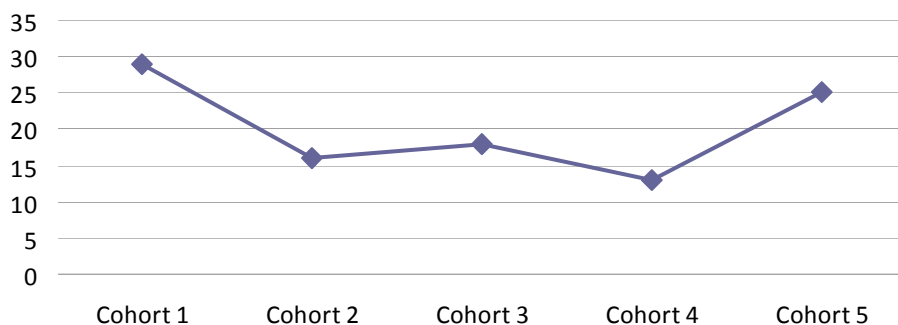


Start met psychotherapie (CGT, GT, IPT) binnen een maand na aanmelding

Doel was: Bij 90% van alle patiënten bij wie gekozen is voor gedragstherapie, cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke therapie moet de behandeling binnen 1 maand na verwijfsdatum gestart zijn.

Figuur 9 laat zien dat dit doel niet behaald is. Patiënten kregen vaak een vorm van gedragstherapie, cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke therapie aangeboden, maar geen 'officiële' therapie. Ook werden combinaties van therapieën aangeboden in groepsverband zoals cognitieve gedragstherapie in combinatie met psycho-educatie, creatieve therapie en running therapy. Een team heeft voor het bereiken van het doel eerst gewerkt aan het explicieter toewijzen van een psychotherapeutische behandeling. Verscherpte indicatiestelling heeft ertoe geleid dat meer patiënten geïndiceerd werden voor psychotherapeutische behandeling. Om het capaciteitsprobleem op te lossen koos het team ervoor patiënten een groepsbehandeling aan te bieden en steeg het aantal patiënten dat binnen een maand behandeld werd.

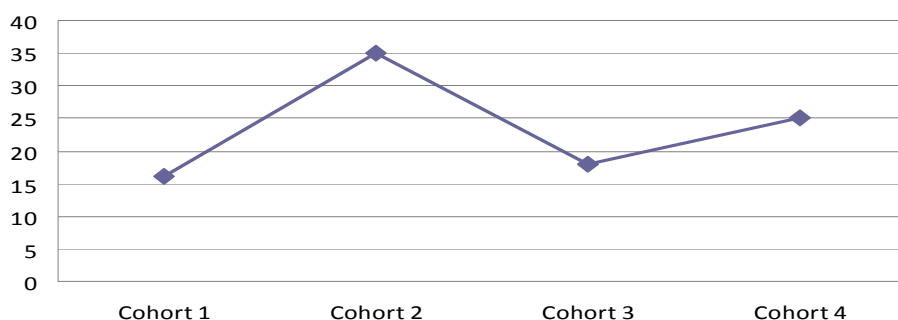
Figuur 9 Percentage patiënten met ernstige depressie dat binnen een maand psychotherapie ontvangt, binnen drie doorstroomteams (n=80), per cohort



Ontslag binnen zes maanden

Figuur 10 toont het percentage patiënten bij wie de behandeling binnen zes maanden afgesloten is. Alle teams vertoonden een tamelijk grillig verloop in de mate waarin ze erin slaagden de behandeling binnen zes maanden af te sluiten. Teams zochten naar oplossingen gericht op een betere in- en doorstroom van patiënten. Er vonden discussies plaats over hoe de diagnostiek eerder kon worden afgerond, zodat de patiënt sneller met de behandeling kon starten; hoe de capaciteit van de psychiater efficiënter ingezet kon worden en of no-show patiënten actief benaderd moesten worden. Ook werd naar oplossingen gezocht hoe patiënten eerder met de behandeling konden stoppen door bijvoorbeeld als nazorg groepsbijeenkomsten aan te bieden waarin aandacht werd gegeven aan terugvalpreventie, en afspraken te maken met de huisarts. Om de doorstroom van patiënten te verbeteren werden casuïstiekbesprekingen structureel ingevoerd en werden patiënten die langer dan zes maanden in behandeling waren geëvalueerd. Ook werd inzichtelijk dat de behandeling bij sommige patiënten al beëindigd was maar ze administratief nog niet uitgeschreven waren.

Figuur 10 Percentage patiënten bij wie de behandeling binnen 6 maanden afgesloten is, binnen 5 doorstroomteams (n = 356)



Hierdoor is bij vier van de vijf teams intrinsiek een veranderingproces op gang gekomen. Bij het veranderen van het logistieke proces werd steeds teruggerepen op het uitvoeren van alleen die activiteiten die 'waarde' toevoegen aan het proces van de cliënt. Alle teams zijn enthousiast aan de slag geweest met het verbeteren van de in- door- en uitstroom van patiënten. Veel energie ging uit naar het bedenken van oplossingen voor het verbeteren van het logistieke proces. De teamleden gaven aan zich aanvankelijk te hebben laten belemmeren door vanuit beperkingen te denken in plaats vanuit kansen. Zij vonden het lastig de al jaren bestaande logistieke structuren van het zorgproces te beïnvloeden. Begrijpelijk want wijzigingen in de patiëntenlogistiek vragen vaak organisatorische veranderingen op grote schaal die een team alleen niet kan uitvoeren. Doordat aan de meeste doorbraakteams een leidinggevende deelnam konden knelpunten relatief eenvoudig besproken worden met het hoger management. Echter omdat meerdere afdelingen betrokken waren bij het zorgproces en de organisatie drastisch gewijzigd moest worden om het zorgproces vanuit cliëntperspectief te laten verlopen, namen de noodzakelijke aanpassingen in de werkwijze meer tijd zodat afronding tijdens de duur van het project niet altijd mogelijk was. Hierdoor zijn af en toe slechts partiële verbeteringen te zien. Aandachtspunten voor dit soort aanpassingen waren bijvoorbeeld managementondersteuning en administratieve en/of ICT ondersteuning vanuit de eigen organisatie, en goede afstemming met andere lopende projecten in de organisatie.

4.7 Resultaten van Casefinding, diagnostiek en behandeling bij ouderen

Doelstelling voor het thema ouderen was:

Bij 90% van de oudere patiënten boven 60 jaar met hoog risico op depressieve klachten vindt case-finding plaats.

Proces

Op basis van het Addendum Ouderen (Kok, 206) en in overleg met het expertteam werden de volgende criteria voor 'hoog risico op depressieve klachten' vastgesteld:

- recent verweduwden,
- invaliderende lichamelijke aandoeningen (zoals CVA, Parkinson, Reuma),
- onverklaarde lichamelijke klachten,
- chronische pijn,
- alcoholmisbruik,
- klachten over slaap, angst of over vergeetachtigheid.

Zes teams gaven zich op voor deelname aan het thema ouderen, waarvan één gecombineerd GGz en eerstelijns team zowel voor ouderen als voor volwassenen gekozen had. Er waren vier teams vanuit ROSSen en twee vanuit een GGz-instelling.

Vier teams zijn meteen na de startconferentie van start gegaan, twee teams zijn pas in november 2007 gestart omdat de huisartsen eerst zekerheid wilden hebben dat hun uren vergoed werden door de zorgverzekeraar. Zij hebben wel voorwerk kunnen verrichten en kunnen profiteren van de ervaringen van de andere teams. Deze teams zijn na de slotconferentie enthousiast doorgedaan.

De bedoeling was dat huisartsen nieuwe gevallen van depressie bij ouderen zouden ontdekken die ze bij de gewone gang van zaken niet gevonden zouden hebben. De gevonden aantallen stelden teleur. In oktober 2007, na een half jaar toepassen van de nieuwe werkwijze, waren dat er 23 in vier teams.

Over de geringe resultaten op de casefinding inspanningen in oktober 2007 is overleg gevoerd met de experts en de projectleiders van de betrokken teams en ook bij de teambezoeken door de adviseurs.

Tabel 6: Gevonden aantal ouderen met ernstige en niet ernstige depressie per team, in de eerste helft en in de tweede helft van het project

Tijd	Eerste helft			Tweede helft		
Team	Niet ernstig	Ernstig	Totaal	Niet ernstig	Ernstig	Totaal
1	3	0	3	5	0	5
2	2	6	8	3	2	5
3	8	0	8	10	4	14
4	3	1	4	0	0	0
5	0	0	0	5	8	13
6	0	0	0	14	3	17
Totaal	16	7	23	37	17	54

Aan de hand van de overleggen en op basis van literatuur leken de volgende factoren mogelijk een rol te spelen bij het gebrek aan instroom van ouderen met depressie in je project (De Lange et al., 2007). De teams is gesuggereerd na te gaan wat bij hun team van toepassing zou kunnen zijn:

- *Ouderen praten er zelf niet over*
 - schaamte, toegeven is zwaktebod.
 - Hoort bij ouder worden
 - Geen probleem voor de huisarts ('Hij heeft het al druk genoeg')
 - Uit zich als lichamelijke klacht
 - bang om doorverwezen te worden naar de tweedelijns GGz of voor medicatie.
- *Geen goede diagnose*
 - interpreteren als lichamelijke klachten
 - interpreteren als geheugenstoornissen
 - interpreteren als ouderdomsklachten
 - gebrek aan diagnostische vaardigheden
 - te directe en te confronterende vragen
- *Huisarts stipt het probleem onvoldoende aan*
 - moeilijk deze diagnose aan de oudere te 'verkopen'.
 - huisartsen blijken bij jongere volwassenen meer geneigd te zijn om het expliciet over een depressie te hebben, dan bij ouderen. Ook geven ze vaker geschreven informatie over depressie aan jongere volwassenen dan aan ouderen
 - te weinig tijd
 - geen diagnose depressie uit zorg voor de reactie van patiënten en uit angst om te stigmatiseren
 - geen behandelmogelijkheden in de eerstelijns
- *Te weinig ouderen in de praktijk voor voldoende instroom van depressieve ouderen*
- *Ouderen met depressie komen niet bij de huisarts*
- *Depressie komt in de regio weinig voor (bv door beschermende factoren als sterke religieuze gemeenschap)*
- *GDS is geen geschikt screeningsinstrument*
 - De formulering van sommige vragen zou kunnen afschrikken.

- Ouderen vinden het moeilijk om de vragen te beantwoorden voor de afgelopen week. De formulering van de vragen nodigt daar niet toe uit.
- Screeningsinstrumenten hebben geen oog voor de context waardoor de patiënt het gevoel krijgt dat hij niet goed duidelijk kan maken hoe hij zich voelt door de vragen te beantwoorden.

Eén team heeft vervolgens de zoekstrategie uitgebreid naar verzorgingshuizen. Verzorgenden hebben een training in het afnemen van de Niet-pluis index gekregen. Aangezien er meerdere huisartsen in het verzorgingshuis werken, was het resultaat niet direct merkbaar voor de huisarts die aan het doorbraakteam meedeed. Casuïstiekbespreking heeft geleid tot beter begrip tussen huisarts en tweedelijns GGz. Dit heeft geresulteerd in het open van een tweedelijns GGz-spreekuur voor ouderen in de wijk. Er is een keuzewijzer gemaakt met waar eerstestapinterventies gegeven worden en een signaleringskaart voor vrijwilligers. Deze zijn breed verspreid onder huisartsen, en zorg- en welzijnsinstellingen. Er zijn in dit team nog 5 ouderen ingestroomd vanaf oktober.

Twee andere teams hebben veel aandacht besteed aan hoe met ouderen in gesprek te komen over depressieve klachten en hoe minder bedreigende termen gebruikt zouden kunnen worden. De gesprekken zijn uitgespreid over meerdere consulten, zoals gesuggereerd werd in een zogenoemd *Treatment Initiation Program* (Sirey et al., 2005).

In een eerste gesprek wordt de oudere gevraagd naar hoe hij of zij zich voelt in niet-beladen termen: het zat zijn, zich somber voelen, eenzaamheid en naar hoe het verder gaat in het leven (recente gebeurtenissen). Er wordt een vervolgspraak gemaakt

Na dit eerste gesprek, waar subtiel een aantal kenmerken van depressie zijn aangestipt, maar op basis waarvan de diagnose depressie nog niet gesteld kan worden, wordt een vervolgspraak gemaakt. Tijdens het tweede gesprek wordt teruggesproken worden op dingen die de oudere in het eerste gesprek heeft genoemd. Dit dient als een soort inleiding om de GDS af te nemen. "U heeft vorige keer aangegeven dat u somber bent en daar wil ik graag nog even op terug komen. Voelt u zich nog steeds zo?"

Dat wil ik graag toch iets meer in kaart brengen door middel van deze vragenlijst. Door het invullen van deze lijst kan ik zien hoe het met u gaat en of het beter met u gaat. De bewoording is hier en daar wat overdreven, maar dit geeft het meest duidelijk weer waar we met de vraag op doelen. Waarschijnlijk herkent u er ook wel dingen in waar we het eerder over gehad hebben, maar is dat hier iets anders benoemd."

Dan volgde uitleg over wat een depressie is en benadrukt dat een depressie te genezen is. Pas in een derde gesprek werd uitgelegd wat de mogelijkheden voor behandeling zijn en werd de oudere gemotiveerd voor behandeling.

Eén team vond dat ze er alles aan gedaan had en is gestopt met verdere casefinding in de zomer van 2007. Het team is bij de cliënten die al in behandeling waren nagegaan of zij een passende behandeling kregen, maar heeft dit niet geregistreerd.

Twee teams die later begonnen zijn hebben op basis van de resultaten van de eerdere teams voor een andere aanpak gekozen. De ouderenpsychiater heeft twee referaten gehouden over depressie voor de huisartsen. De preventiewerker en SPV hebben verzorgenden in verzorgingshuizen bijscholing gegeven over het signaleren van depressie bij ouderen.

Drie manieren van casefinding

Zodoende zijn in het doorbraakproject drie manieren van casefinding uitgetoetst.

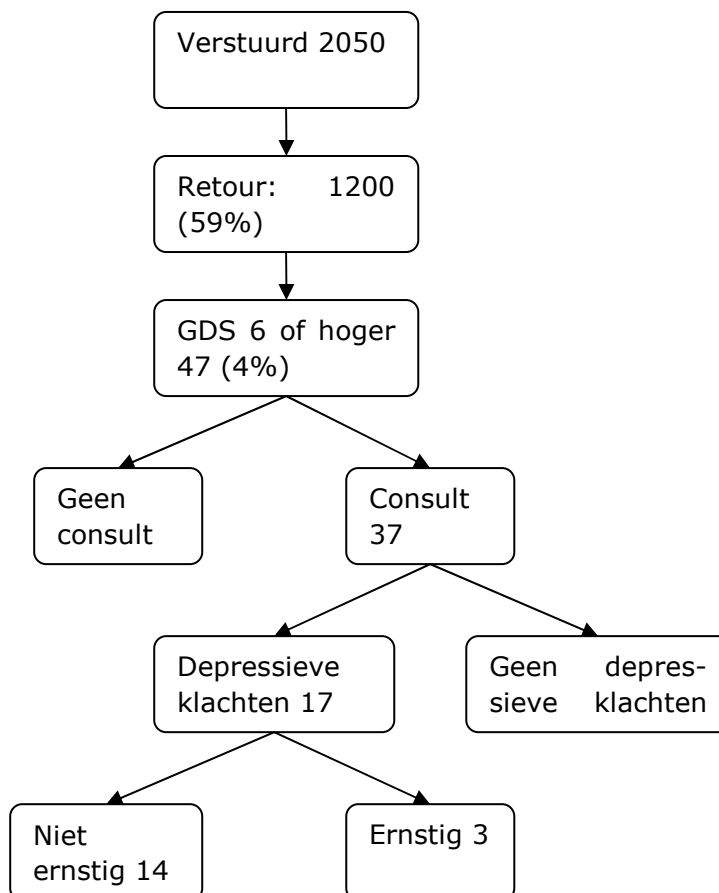
Methode 1: GDS voor hoog risicopatiënten op spreekuur van de huisarts

Deze methode houdt in dat bij ouderen boven de zestig die op het spreekuur komen bezien wordt of zij tot de hoog-risicogroep behoren. Indien dit het geval is wordt bij hen de GDS afgenomen. In de praktijk bleek dat 10% niet gescreend werd op risico op depressie (6% vergeten, 4% weigert). Van de 90% die wel werd gescreend werd bij 45% geen GDS afgenomen (20% vanwege dementie, 10% vanwege opname in algemeen ziekenhuis en 15% was al in behandeling vanwege depressieve klachten). Bij de overige 45% werd wel een GDS afgenomen. Dit resulteerde in casefinding van 13 personen, van wie 8 met ernstige en 5 met niet ernstige depressie.

Methode 2: brief en GDS-15 aan alle ouderen boven de 60 in de huisartspraktijk

Alle patiënten boven de 60 jaar hebben een brief in zorgvuldige bewoordingen gekregen van de huisarts (praktijk met vijf huisartsen) met daarbij de vraag om de bijgevoegde GDS-15 in te vullen en terug te sturen. Mensen met GDS van 6 of hoger werden uitgenodigd op het spreekuur.

Schema 1: Resultaten casefinding na versturen brief en GDS-15 aan alle patiënten >60 jaar in de huisartspraktijk

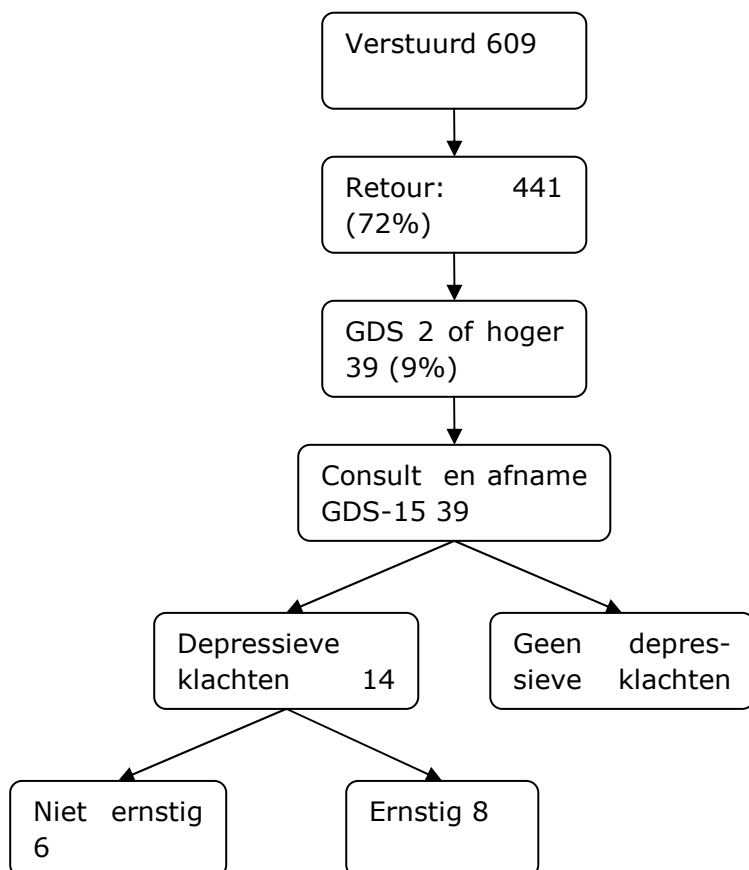


De brief naar 2050 patiënten leverde 17 niet eerder ontdekte ouderen met depressieve klachten op. De reden dat 10 patiënten geen consult kregen waren: geen behoefte, verhuisd of overleden. Tijdens het consult bleek een aantal patiënten geen depressieve klachten te hebben, terwijl de GDS wel 6 of hoger was. De reden daarvoor was dat sommigen de vragen niet goed begrepen of geïnterpreteerd hadden. Bij de 850 patiënten die de GDS niet geretourneerd hadden, werd een aantekening gemaakt in het dossier en dit werd bij een volgend spreekuurcontact nagevraagd.

Methode 3: Tweetraps: 1 brief met GDS-5, 2 volledige GDS

Aan alle patiënten van 60 jaar en ouder in de huisartspraktijk werd een brief verzonden met de GDS-5 met het verzoek deze ingevuld terug te sturen naar de praktijk. Ouderen met een score van 2 of hoger werden op het spreekuur geroepen en vulden samen met de huisarts de GDS-15 in.

Schema 1: Resultaten casefinding na versturen brief en GDS-5 aan alle patiënten >60 jaar in de huisartspraktijk



De respons op de brief was hoger dan bij methode 2, waarschijnlijk vanwege de kortere vragenlijst. Het aantal cases gevonden met de GDS-5 was hoger dan met de GDS-15, zodat het aantal consulten relatief hoog was. Dat was voor de huisartsen geen bezwaar. Zij waren erg enthousiast over deze methode.

Stepped care

Alle 51 ouderen met een niet-ernstige depressie kregen de eerste zes weken alleen eerstestap interventies (100%). Dit doel werd dus behaald.

Van de 24 ouderen met een ernstige depressie kregen er 11 een tweedestap interventie binnen een maand (46%), van wie er tien antidepressiva voorgeschreven kregen en 1 CGT, en werden er 6 meteen doorverwezen naar de tweedelijjn. 71% van de ouderen met een ernstige depressie kreeg dus een gepaste behandeling.

Opgeknapt

In totaal waren er 32 ouderen met twee of meer metingen in zes maanden. Na 3 maanden waren er 14 opgeknapt (44%). Na 6 maanden nog eens 7 (totaal: 66%). Tien ouderen waren binnen zes maanden nog niet beter, van wie er zes nog in behandeling waren bij de eerstelijjn, 3 doorverwezen waren naar de tweedelijjn, en één persoon zelf afzag van verdere behandeling. Eén oudere was inmiddels overleden.

4.8 Overige resultaten

Meer samenwerking, kortere lijnen

Een belangrijk resultaat dat niet expliciet in de doelen was opgenomen, was de verbetering van de samenwerking tussen eerstelijns werkers die zich met depressie bezighouden en tussen de eerstelijns en tweedelijns GGz. Aanvankelijk was er bij veel teams sprake van concurrentiegevoelens en onbekendheid met het werk van anderen. Door het werk in de doorbraakteams is de concurrentie verdwenen en weet veel beter waar men elkaar kan vinden en waarvoor.

Veel teams hebben in het begin uitgebreide discussies gevoerd over wat zij onder een depressie verstonden en hoe hun aanpak daarvan was. Het bleek soms dat zij totaal niet op één lijn zaten. Door het werk in het doorbraak team zijn ze dichter bij elkaar gekomen, weten ze wat ze aan elkaar hebben en ontstaan er kortere lijnen. Sommige teams geven aan dat ze een gezamenlijke verantwoordelijkheid zijn gaan voelen voor depressiezorg in de regio. In teams waar de samenwerking niet goed van de grond kwam is er minder verandering in werkwijze tot stand gekomen.

Monitoring van het eigen handelen

Een majeure verandering in werkwijze van de teams is dat door Doorbraak en de werkwijze van het bijhouden van excelbestanden om die als feedback te gebruiken, de teams heeft geleerd om op constructieve wijze met feedback om te gaan en monitoring te gebruiken om het primaire proces aan te passen.

Cliëntparticipatie

Cliëntparticipatie is iets dat bij de doorbraakmethode hoort: samen met cliënten de zorg verbeteren. Teams zijn hier wisselend mee omgegaan. Sommige teams zijn niet verder gekomen dan cliënten te *informer*en. Zij hebben een folder voor cliënten gemaakt. Een van de teams heeft een cliëntenpanel opgericht dat *geconsulteerd werd* over belangrijke stappen in het project, zoals het plan van aanpak, aanbod van interventies en methoden voor borging en verspreiding. Anderen hebben *advies* gevraagd aan de cliëntenraad of het regionale patiëntenplatform. In één team heeft een ervaringsdeskundige deelgenomen aan het doorbraakteam en ook geparticipeerd in de psycho-educatie. Hier was sprake van gelijkwaardige samenwerking, een *partnership* op uitvoerend niveau.

Bij geen van de teams hadden cliënten *de regie* in de zin dat zij de doelen en prioriteiten bepaalden.

Teams gaven aan dat het veel moeite kostte om cliënten te betrekken en dat cliënten geen animo hadden om te participeren. Wel gaven de teams aan dat het invullen van een BDI of GDS voorafgaande aan het consult bij de huisarts een manier was om de cliënt meer bij de eigen behandeling te betrekken. Cliënten waren benieuwd naar de uitslag en raakten steeds gemotiveerder om de lijst in te vullen.

Borging en verspreiding

In de tweede helft van het project zijn de teams aangemoedigd om te gaan werken aan borging en verspreiding van de resultaten. De teams kregen een instrument om te bepalen hoever zij daarmee waren. De volgende activiteiten op het gebied van borging werden door de projectleiders genoemd:

- Team blijft na afloop van het project bij elkaar komen en gaat verder met de nieuwe werkwijze
- Tijd van de projectleider is gecontinueerd
- Structurele BDI-afname en bespreking in het team gaat door
- Structurele casuïstiekbespreking in het team gaat door
- Verandering zijn vastgelegd in zorgprogramma en protocollen
- De toekomstige POH-Ggz krijgt de taak de verandering voort te zetten

Als activiteiten voor verspreiding van de resultaten werden door de teams genoemd:

- Presentaties gehouden voor andere eerstelijns- of tweedelijnswerkers
- Regionaal symposium georganiseerd
- Publicatie in nieuwsbrieven
- Publicatie op website en intranet
- Overleg met andere teams over overname van de werkwijze
- Overleg met zorgverzekeraar over financiering van de nieuwe werkwijze

Eén van de ouderenteams die later gestart zijn hebben hun resultaten in het voorjaar van 2009 in een apart uitgegeven Nieuwsbrief uiteengezet en daarmee publiciteit gekregen van lokale media en de vakpers. Dit heeft geresulteerd in een vraag van huisartsen in Midden-Salland om een training casefinding van ouderen met depressieve klachten, die door het Trimbos-instituut is gegeven. Dertien huisartsen zijn met de methode aan de slag gegaan.

Borging en verspreiding door de ROS-sen

De teams in Zuid-Limburg en Noord-Brabant werkten met zogenaamde 'schaduwteams'. Deze teams volgden dezelfde stappen als de doorbraakteams met hulp van de doorbraakteams, maar zonder directe ondersteuning door de adviseurs en expertgroep.

Na afloop van het project zijn in deze regio's door de ROS-sen weer nieuwe teams gestart, mede dankzij de financiële ondersteuning door de zorgverzekeraar. ROS Robuust heeft een boekje met een stappenplan voor depressie gebaseerd op de materialen en werkwijze van het doorbraakproject Depressie. Hiermee zijn veel eerstelijnspraktijken in Brabant en Zuid-Limburg met begeleiding van ROS Robuust aan de slag gegaan.

Inspanningen door het adviseursteam

Het adviseursteam heeft de werkwijze van Doorbraak Depressie 2 en alle materialen bewerkt tot een digitaal draaiboek. Dit is gratis toegankelijk op het onderdeel van het Depressie Initiatief van de website van het Trimbos-instituut:

www.trimbos.nl/default15967.html en bij andere draaiboeken van doorbraakprojecten, o.a. angst en schizofrenie op www.trimbos.nl/verbeterdezorg.

Inspanningen door derden

Het DGV (Instituut voor verantwoord medicijngebruik) dat deel uit maakte van ons expertteam, heeft van het ministerie van VWS de opdracht gekregen het gedachtegoed van stepped care depressie te implementeren in huisartspraktijken. Zij gebruiken hiervoor alle materialen van Doorbraak Depressie 2 en onderdelen van de werkwijze.

5 Bevorderende en belemmerende factoren voor succes

Dit punt is niet expliciet onderzocht en het zal uitgebreid aan de orde komen in de evaluatiestudie van Doorbraak Depressie van Franx (project 8 van het Depressie Initiatief) maar er kan wel iets over gezegd worden op grond van de evaluaties van de projectleiders.

Bevorderend waren:

- Enthousiast team,
- Goede kartrekker,
- Gedeelde behoefte aan verandering bij de teamleden,
- Voldoende financiële ruimte,
- De beoogde verandering past binnen het beleid van de instelling of de ROS.

Een team enthousiast krijgen gaat niet vanzelf. Daar is hard aan gewerkt. Concurrentiegevoelens zijn omgezet in win/win-denken. De projectleiders moesten eraan blijven werken. De kunst voor hen was het juiste midden te vinden tussen zelf dingen aandragen en de teamleden stimuleren zelf iets op te pakken. Vooral een enthousiaste huisarts bleek te helpen.

Een door alle teamleden gedeelde behoefte aan verandering werkte bevorderend voor succes en maakte ook dat een team tegenslagen kon overwinnen.

Vergoeding van de uren van de teamleden door de zorgverzekeraar was bevorderend, want veel teams kampten met tijdgebrek. Sommige teams hebben daar lang op gewacht en kwamen daardoor langzaam op gang, maar eenmaal op gang zijn ze hard en goed aan het werk gegaan

Bevorderend werkt tevens dat de ROS-sen juist op dit moment de opdracht kregen de eerstelijns GGz goed op te zetten. Er waren projectleiders beschikbaar die de methode ook na afloop van het project gaan toepassen bij andere teams en daardoor ook gemotiveerd waren om te leren en te zorgen dat de methode goed aansloot op de behoefte van de eerstelijns werkers.

Belemmerend waren:

- Geen interesse van het management
- Organisatieveranderingen
- Veranderingen in financiering, WMO, POH-GGz
- Doorbraakmethode ingewikkeld
- Tijdsdruk: te veel veranderingen in te korte tijd
- Weinig patiënten met depressieve klachten

Vooral in de tweedelijns GGz was sprake van veel organisatieveranderingen (DBC's), en een onzekere situatie, waardoor te weinig rust en tijd was voor het doorbraakproject.

De managers waren altijd bij de intake betrokken en moesten daar ook hun motivatie expliciet kenbaar maken. Ondanks dat verslaptte toch bij enkelen de aandacht voor het project en was hun aandacht al weer op nieuwe projecten gericht of interfereerde de uitvoering van het project met andere lopende projecten.

De doorbraakmethode vonden sommigen erg ingewikkeld: complex werk- en meetplan, te lang stilstaan bij analyse logistieke stromen, niet direct aan de slag kunnen. Dat paste

niet bij hun werkwijze. De in het doorbraakproject gehanteerde terminologie sloot niet aan bij hoe huisartsen over depressie spraken.

Anderen daarentegen vonden juist het in kaart brengen van de huidige situatie en zien hoe (slecht) het er eigenlijk voorstond heel motiverend om aan de slag te gaan.

Tijdsdruk was een sterk belemmerende factor. Naast hun werk voor het doorbraakteam hadden de teamleden te veel andere taken. De meesten vonden een jaar te kort om iets te bereiken. Sommigen hadden daar als antwoord op dat ze niet focusten op een jaar, maar ook na het doorbraakjaar rustig doorgingen met de verandering.

6 Conclusies en discussie

Vierentwintig teams hebben aan veranderingen gewerkt. Daarbij hebben zij allen hun werkwijze veranderd, hetgeen als een succes is te beschouwen. Over het geheel kan gezegd worden dat 10 (42%) teams geslaagd zijn in het bereiken van hun doelstellingen, 8 (33%) teams matig geslaagd zijn en 6 (25%) teams weinig doelen bereikt hebben. Dit is conform de doorbraakliteratuur over doorbraakprojecten als Sneller Beter en Zorg voor Beter. Doorgaans heeft een derde van de deelnemers succes, een derde matig succes en een derde geen succes.

Samenwerking verbeterd

De samenwerking tussen hulpverleners in de eerstelijns en tussen eerste- en tweedelijns is duidelijk verbeterd. Men heeft begrip voor elkaars standpunten gekregen, en inzicht in elkaars werkzaamheden en competenties. Er is minder sprake van concurrentie. Dit heeft geresulteerd in korte lijnen, men belt elkaar gemakkelijk om advies te vragen. Dit resulteert tevens in meer adequate doorverwijzing.

Methode voor Casefinding bij ouderen ontworpen

De ouderenteams hebben zich enorm veel moeite getroost om ouderen met depressieve klachten op te sporen vooral bij patiënten met lichamelijke comorbiditeit. Toen dit onvoldoende bleek op te leveren hebben de teams samen met adviseurs en experts gezocht naar andere wegen. Het per brief benaderen van alle ouderen boven de 60 jaar in de huisartspraktijk bleek wel een adequate methode. De huisartsen waren mede daarom enthousiast omdat zij eerstestaps interventies beschikbaar kregen om ouderen met een niet-ernstige depressie te behandelen. Voor het behandelen van ouderen met een ernstige depressie werd veelal consultatie gevraagd aan de ouderenpsychiater in het doorbraakteam.

Stepped diagnostiek ingevoerd

Hulpverleners hebben geleerd onderscheid te maken tussen niet-ernstige en ernstige depressie met behulp van de daarvoor geformuleerde criteria. Afhankelijk van de ernst hebben zij vervolgens gekozen voor één van de twee zorgtrajecten. Dit indiceren op basis van de ernst van de depressie was voor de meesten van hen volkomen nieuw en tevens heel bruikbaar.

Bespreken van diagnose en behandelmogelijkheden met de patiënt

De eerstestap interventies watchful waiting en psycho-educatie zijn veelvuldig toegepast. Beide interventies impliceren het bespreken van de diagnose en behandelmogelijkheden met de patiënt. De patiëntenbrief van de NHG werd als hulpmiddel gebruikt. Ook het bespreken van de uitslag van de BDI was een manier om patiënten te informeren over hun diagnose.

De ouderenteams hebben geëxperimenteerd met het bespreekbaar maken van depressieve klachten en motiveren voor behandeling in andere bewoordingen en verspreid over meerdere gesprekken.

Monitoren van het beloop van de behandeling met wisselend succes

Het monitoren van het beloop van de klachten was een vast onderdeel van het doorbraakproject. De teams hebben hieraan veel aandacht gegeven, omdat het meten

van het klachtenbeloop voor de overgrote meerderheid nieuw was. Het organiseren van uitkomstenmonitoring is zeer complex, het kostte de doorbrekers veel inspanning om de gegevens op ieder moment bij alle betrokkenen te verzamelen en in te voeren.

Dit fenomeen is bekend uit andere projecten. Het is dan ook niet gelukt dit altijd binnen zes weken te doen. De eerste BDI ging bijna bij alle patiënten goed, vervolg BDI's lukten redelijk als de behandelaar dit onderdeel maakte van zijn behandeling en tijdens het consult met de patiënt inbouwde. Een belemmering vormde het feit dat huisartsen niet gewend zijn om patiënten op te roepen voor een meting of als een patiënt niet op het spreekuur verschijnt er achteraan te gaan. De huisarts vindt dit de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.

Wanneer het wel lukte om goed te monitoren werd dit als meerwaarde ervaren door de huisarts. De huisarts kreeg meer zicht op het beloop van de klachten en was beter in staat de regiefunctie te vervullen. Veel teams geven aan na afloop van het project te willen blijven monitoren. Het is niet duidelijk of monitoren inmiddels is ingebed in de dagelijkse routine van de hulpverleners.

Stepped care toegepast bij niet-ernstige depressie

Het aantal mensen met een niet-ernstige depressie dat in de eerste zes weken werd behandeld met eerstestaps interventies nam in de loop van het project bij volwassenen toe. Alle ouderen met niet-ernstige depressies werden in de eerste zes weken behandeld met eerstestaps interventies. Overbehandeling met antidepressiva van deze grote groep patiënten in de eerstelijns lijkt in het project afgenomen. Op landelijke schaal is dit een veelbelovend resultaat.

Behandeling van ernstige depressie

Zeventig procent van de patiënten met een ernstige depressie kreeg binnen een maand een adequate behandeling in de eerstelijns of werd meteen doorverwezen naar de tweedelijns. Dit is een goed resultaat te noemen. Dat dit wat achterblijft bij de adequate behandeling van niet-ernstige depressies zou deels verklaard kunnen worden uit het feit dat de teams zich vooral concentreerden op de lichtere problematiek, en daarnaast de totaal andere aanpak (direct starten met een depressiebehandeling in plaats van afwachten en een niet-medische behandeling indiceren) bij de ernstige depressies niet goed konden organiseren. Het Doorbraakproject vroeg een duale opstelling van huisartsen, afwachter bij de ene groep en agressief optredend bij de andere, dit was nieuw en mogelijk ook complex. Een andere verklaring is een verschil van opvatting tussen huisartsen en specialisten over de definitie van depressie. Huisartsen bekijken depressie meer in de context van de levensgeschiedenis en zijn minder snel geneigd iets een depressie te noemen. Aan de andere kant waren ook patiënten niet altijd geneigd een depressie bij zichzelf direct te onderkennen en wilden ze daarvoor niet altijd gelijk behandeling. In de collaborative care projecten van het Depressie Initiatief wordt juist aan ernstige depressies aandacht besteed. Deze resultaten worden volgend jaar verwacht. (Ijff e.a., 2007)

Herstelpercentages

De herstelpercentages na een half jaar van 47% bij volwassenen en 66% bij ouderen komen overeen met de Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR-D) Study, een naturalistische studie die aantoont dat slechts een derde van de patiënten herstelt na een eerste behandeling en dat herstelpercentage verder afnemen bij vervolgbehandelingen (Nelson, 2006). Onze resultaten, hoewel niet gebaseerd op onderzoek, bevestigen de resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar

Doorbraakprojecten die matige effecten op uitkomstmaten vinden (Schouten et al., 2008). De doelen in doorbraakprojecten worden hoog gesteld juist om mensen te stimuleren zich helemaal in te zetten voor het project. Bovendien is het mogelijk dat de werkelijke resultaten hoger zijn, omdat juist mensen die verbeteren niet meer naar de praktijk komen en dus verdwijnen uit de registratieoverzichten. In de collaborative care projecten van het Depressie Initiatief wordt hier door een andere wijze van meten aandacht aan besteed.

Kortere wachtlijsten en veranderingen in doorstroom in de keten in gang gezet

Bij aanvang van het project bestond er bij de teams nauwelijks visie op doorstroom in de GGz. Door de procesanalyse is bij de doorstroomteams bewustwording op gang gekomen over waar de knelpunten zitten met betrekking tot de in- door- en uitstroom van patiënten en hoe die te beïnvloeden zijn. Een gevoel van onmacht is omgezet naar het heft in handen nemen. Er zijn veel inspanningen geleverd, maar de resultaten werden tijdens de duur van het project nog niet duidelijk zichtbaar. Wel is de wachttijd tussen aanmelding en behandeling verkort. De veranderingen die nodig waren gingen vaak verder dan alleen het doorbraak team en betroffen ook andere teams. Voor het realiseren van veranderingen was managementondersteuning noodzakelijk maar niet altijd aanwezig. In sommige gevallen is het gelukt om het management zodanig te betrekken dat veranderingen op grote schaal gefaciliteerd werden

Tot slot:

De doorbraakperiode liet vooral verbeteringen in het zorgaanbod zien bij een gedeelte van de deelnemers. Tal van belemmerende factoren zorgen ervoor dat het andere teams niet in een jaar lukt om hun werkwijze radicaal te veranderen. Het verbeteren van de zorg in een doorbraakproject geeft in die zin duidelijk zicht op de weerbarstige werkelijkheid. Dit verschijnsel treedt vaak op bij doorbraakprojecten.

Het stepped care model bleek een enorm succes en werd al tijdens maar ook na het project overgenomen door grote zorgverzekeraars en in andere verbeterprojecten. Een landelijke uitrol van het model onder alle Nederlandse huisartsen is gepland in 2010 tot 2012. Dit door VWS gefinancierde project is opgezet door DGV.

Alle materialen en instrumenten zijn ter beschikking gekomen van het veld op de website van het Depressie Initiatief www.trimbos.nl/default15967 en op www.trimbos.nl/verbeterde zorg. Het excelbestand is vervangen door een eenvoudig in te vullen webapplicatie waarbij hulpverleners regelmatig rapportages kunnen krijgen over het verloop van de behandeling.

Literatuur

Franx G, Spijker J, Huyser J, De Doelder P. Daling in depressie: doorbraakmethode brengt afname in overbehandeling teweeg. *Medisch contact* 2006; 61(40):1592-1595.

Kok, R., *Addendum Ouderen behorende bij de multidisciplinaire richtlijn Depressie*. Trimbos-instituut, Utrecht 2009.

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, 2005.

Lange, J. de, T. Sporrel & M. Veerbeek, *Problemen met de instroom van ouderen*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2007. Te benaderen op: www.trimbos.nl/default15967.html.

Meeuwissen JAC, Donker MCH. Minder is meer: stepped care in de geestelijke gezondheidszorg. *MGv: Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2004; 59(11):904-915.

Nelson JC. The STAR*D study: a four-course meal that leaves us wanting more. *Am J Psychiatry* 2006; 163(11):1864-1866.

Romeijnders, A.C.M., E.T.T. Lamers & J.A. Vriezen et al. (2006), Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Depressieve stoornis, in: *Huisarts en Wetenschap*, jaargang 49, nr. 4, pp. 209-212

Schouten LM, Hulscher ME, van Everdingen JJ, Huijsman R, Grol RP. Evidence for the impact of quality improvement collaboratives: systematic review. *BMJ* 2008; 336(7659):1491-1494.

Sinnema, H., M. Boonen, J. Spijker & J. de Lange, *Doorstroom in de keten*. Trimbos-instituut, Utrecht 2007. Te benaderen op: www.trimbos-instituut.nl/verbeterdezorg/depressie of www.trimbos-instituut.nl/default15967.html

Spijker, J., R. de Graaf, R.V. Bijl, A.T. Beekman, J. Ormel & W.A. Nolen, Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) in: *British Journal of Psychiatry*, 2002;181, 208-213.

Smit, F, Cuijpers, P, Oostenbrink, J, Batelaan N, De Graaf R, Beekman A. Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 2006; 9:193-200.

Van der Feltz-Cornelis CM, Henkelman ALCM, Walburg JA. *Het Depressie Initiatief: depressie management in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2006.

Van Marwijk HWJ, Grundmeijer HGLM, Bijl D, Van Gelderen MG, De Haan M, Van Weel-Baumgarten EM et al. NHG-Standaard Depressieve stoornis: eerste herziening. *Huisarts en Wetenschap* 2003; 46(11):614-623.

Van Splunteren P, Van Everdingen J, Janssen S, Minkman M, Rouppe van de Voort M, Schouten L et al. Doorbreken met resultaten : verbetering van de patiëntenzorg met de doorbraakmethode. Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2003.

Ijff M, Klaas Huijbregts, Harm WJ van Marwijk, Aartjan TF Beekman, Leona Hakkaart-Van Rooijen, Frans F Rutten, Jurgen Unutzer, Christina M van der Feltz-Cornelis. Cost-effectiveness of collaborative care including PST and an antidepressant treatment algorithm for the treatment of major depressive disorder in primary care; a randomised clinical trial BMC Health Services Research 2007;7:34