

Naar een nieuwe generatie veranderstrategieën in de GGZ

Implementatie van aanbevelingen uit richtlijnen op het gebied van de GGZ is vooral gedaan aan de hand van verspreiding van boeken, goede voorbeelden en ideeën, en met behulp van doorbraakprojecten. Verspreiden van boeken levert vaak geen gedragsverandering op, zo is inmiddels alom bekend. Doorbraak leverde wel resultaten. Processen verbeteren, cliënten gaan erop vooruit, maar Doorbraak is geen panacee. Deze bijdrage geeft de belangrijkste resultaten van de doorbraakprojecten in de GGZ weer en twee voorbeelden van de toepassing van een nieuwe generatie veranderstrategieën in de GGZ.

Door: P. van Splunteren en G. Franx

Het gebruik van richtlijnen in de GGZ ligt volgens recente peilingen op circa 30% van de hulpverleners (Sinnema e.a., 2009). De trage implementatie van goede zorg levert de GGZ een lastig vraagstuk op. De kosten van de zorg zullen naar verwachting verder stijgen, terwijl de druk vanuit financiers op toepassing van bewezen effectieve interventies verder zal toenemen. En er is ruimte voor verbetering. De vraag is dan hoe de implementatie van goede interventies versneld kan worden. Zit het antwoord misschien in de integratie van strategieën gecombineerd met slimme ICT? Er zijn anno 2010 experimenten met een nieuw type veranderprojecten. Het gaat om omzetting van de belangrijkste aanbevelingen uit de richtlijnen in de ICT-systemen van professionals én om de introductie van zelfmanagementprincipes, waardoor vraagstukking mogelijk wordt. Principes uit de doorbraakmethode worden toegepast in combinatie met nieuwe inzichten.

Resultaten doorbraak in de GGZ

Vanaf 2004 tot 2009 zijn in Nederland veertien doorbraakprojecten uitgevoerd over Depressie, Angst, Dubbel Diagnose, Schizofrenie, Bemoediging, Herstel, Lichaam/Geest, Sociale participatie. Hier volgt een beperkte selectie van de belangrijkste resultaten.

Vrijwel alle teams voeren een standaard werkwijze uit. Het veranderproces verloopt strak gestructureerd volgens de PDCA-aanpak van plannen maken, meten, bijstellen en opnieuw proberen. Er zijn veelal landelijke doelen verplicht opgelegd waaraan de teams moeten werken, daarnaast kunnen de teams eigen doelstellingen kiezen. De projecten Depressie, Angst, Schizofrenie, Dubbel Diagnose hanteren de richtlijn als referentiekader. In de andere projecten ontbreken richtlijnen en dienen goede voorbeelden of onderzoeken als referentiekader. In deze Doorbraakprojecten deden in totaal 180 teams mee. Elk team bestaat in de regel uit 8 tot 15 hulpverleners van verschillende disciplines en vaak ook van verschillende organisaties. Het bereik van de projecten is dus relatief groot. In totaal worden zo'n 1800 hulpverleners en ruim 5000 cliënten bereikt.

De bereikte verbeteringen kunnen worden onderverdeeld in verbeteringen van het zorgproces (bijvoorbeeld aantal cliënten dat na 1 maand start met behandeling) en verbeteringen voor de cliënt (bijvoorbeeld aantal cliënten met veranderd aantal levensgebieden waarop problemen zeer ernstig zijn).

Kijkend naar de resultaten zien we dat processen wel verbeteren, maar minder goed dan gepland. De meeste projecten hadden hogere verwachtingen van de verbeteringen. Cliënten profiteren van de inspanningen, maar in bescheiden mate. Tus-

sen de 10 tot 50% gaat er op vooruit. Ook hier is de verbetering minder groot dan verwacht. Er zijn twee dominante verklaringen voor deze resultaten te geven. De gegeven tijd is te kort om de veranderingen onder de knie te krijgen. Er is meer tijd nodig voor scholing en ondersteuning van de hulpverleners om zich de nieuwe methoden eigen te maken. Ten tweede lukt het meten niet altijd goed. Hulpverleners zijn niet gewend om periodiek hun handelen te meten en cliënten te bevragen. Ondanks de soms wat tegenvallende resultaten zijn teams opvallend vaak enthousiast over de werkwijze en verworven inzichten. Uit de rapportages (Van Splunteren e.a., 2010) blijkt dat doorbraak waardevolle zaken op gang heeft gebracht. De werkwijze helpt zeker bij het veranderen van de praktijk, maar het gaat langzaam. Wellicht te langzaam. Het kost hulpverleners tijd om zich veranderingen eigen te maken en het meten en monitoren zijn nog geen gemeengoed in de GGZ. De nieuwe generatie veranderstrategieën moet met deze ervaringen rekening houden. Op dit moment zijn er experimenten met een nieuw type veranderprojecten die mogelijk een antwoord zijn op de ervaren belemmeringen in de doorbraakprojecten. Het gaat om slim gebruik van ICT voor de beschikbaarheid van inzichten uit richtlijnen, de monitoring van de mate van herstel van cliënten én de introductie van zelfmanagement-principes in het zorgproces. Hieronder volgen twee voorbeelden van deze benadering.

Richtlijnen Angststoornissen en Depressie in een keteninformatiesysteem

In vier eerstelijns medische centra in Houten wordt geprobeerd om de nieuwe werkwijze voor de diagnostiek en behandeling van depressie en angststoornissen zoals ontwikkeld in de doorbraakaanpak te integreren in een keteninformatiesysteem (KIS). Alle disciplines die in de eerstelijns met depressie en angststoornissen te maken hebben, hebben toegang tot dit KIS. Het KIS levert de beslissondersteuning voor het gebruik van bepaalde vragenlijsten en adviseert de hulpverlener wat te doen bij een bepaalde uitslag. De gegevens worden direct opgeslagen in het HIS en in het KIS. Een hulpverlener kan direct scores van een cliënt oproepen, maar de gegevens kunnen ook op geaggregeerd niveau worden gebruikt om te bekijken of men op het goede spoor zit. In Houten wordt dit systeem niet alleen gebruikt voor mensen met psychische aandoeningen maar ook voor mensen met diabetes, astma, COPD en cardiovasculaire risico's. Er zijn in het KIS ook mogelijkheden voor een patiëntportal zodat zelfmanagementinterventies beschikbaar kunnen komen.

Eigen regie bij schizofrenie

Het project Eigen Regie bij Schizofrenie probeert cliënten meer mogelijkheden in handen te geven om de eigen regie over de behandeling en het eigen leven te voeren, zelf te beslissen wat goed voor hen is en op een zinvolle manier (leren) opnieuw deel te nemen aan het maatschappelijk leven.

Het project doet dit door het ontwikkelen en gebruiken van een internettoepassing, waarmee cliënten, hulpverleners en mantelzorgers kunnen communiceren, monitoren en onderling informatie uitwisselen. Het project stimuleert hulpverleners interventies van de multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie toe te passen en bevordert de samenwerking tussen hulpverleners, cliënten en mantelzorgers. Het webbased programma bestaat uit een open (onbeveiligde) portal en drie beveiligde portals voor respectievelijk cliënten, mantelzorgers en zorgverleners. De onbeveiligde portal biedt informatie over schizofrenie en de behandeling daarvan, geeft informatie over het project, geeft links met relevante sites. Via deze portal krijgt men toegang tot de beveiligde portals. De portals zijn beveiligd omdat de informatie daarop privacygevoelig is. De beveiligde portals bieden mogelijkheden tot e-consult, raadplegen van behandelmogelijkheden, chatverkeer, in kaart brengen van functioneren, gespreksvoorbereiding en nog veel meer.

De beoogde meerwaarde voor de cliënt is het stimuleren van eigen regie en het zelf beslissingen kunnen nemen over wat men belangrijk vindt. De drempel om contact op te nemen met hulpverlening en belangrijke anderen wordt aanzienlijk verlaagd. Er is up-to-date informatie beschikbaar over het eigen behandelaanbod, het behandel- en herstelaanbod in het algemeen; cliënten kunnen beoordelen van welk aanbod ze gebruik willen maken. Hierdoor versterkt, naar verwachting, de eigenwaarde en neemt het zelfvertrouwen toe. Dit is een belangrijke basis voor deelname aan allerlei vormen van het maatschappelijk leven, zoals werk, leren en sociale relaties. Beide projecten worden in 2010 onderzocht en geëvalueerd, zodat duidelijk wordt of deze ingeslagen weg een goed perspectief biedt voor verdere verbeteringen in de praktijk.

Literatuur

Sinnema e.a., *Trendrapportage GGZ 2009*, Utrecht, 2009.
Splunteren, P. van e.a., Implementatie van kennis: 5 jaar doorbraakprojecten in de GGZ, onderdeel van de *Trendrapportage GGZ 2010* (in voorbereiding).

Informatie over de auteurs

Peter van Splunteren is senior wetenschappelijk medewerker bij het Trimbos-instituut. **Gerdien Franx** is programma-hoofd Zorginnovatie bij het Trimbos-instituut.



Peter van Splunteren



Gerdien Franx