
UIT DEN LANDE

Doorbraakproject schizofrenie

Verslag van een informatiebijeenkomst

Dirk Huizinga, SPV bij Eleos, Jeugdafdeling, Zwolle.

Op 2 juni was er in Utrecht een samenkomst- en informatiemiddag betreffende het "Doorbraakproject Schizofrenie". Nauwelijks bekomen van de mokerslag die de Nederlandse bevolking aan ons parlement heeft gegeven door met een ruime meerderheid tegen de Europese grondwet te stemmen, zit ik op een informatiemiddag met een aantal enthousiaste "expertteamleden" die het "doorbraakproject" begeleiden. Werd bij de uitslag van het referendum duidelijk dat er een grote kloof bestaat tussen de bevolking en de politici, bij de expertleden van het doorbraakproject heeft men ook een kloof gezien, namelijk een groot gat tussen de wetenschap en praktijk. Zij vinden dat nieuwe inzichten en ontwikkelingen vaak te langzaam en te kleinschalig geïmplementeerd worden in de alledaagse praktijk. Met behulp van "doorbraakprojecten" wil men dit probleem en die kloof te lijf gaan.

Een conclusie die velen achteraf uit het referendum halen, is dat de Nederlandse bevolking te snel gaat, de Europese trein lijkt amper te stoppen. Door juist "tegen" te stemmen probeert de Nederlandse bevolking aan de noodrem te trekken. Op de informatiemiddag overvalt mij dit gevoel ook. Het implementeren van de multidisciplinaire richtlijnen is een kwestie van tijd geworden. Het is een voortdurende trein waar je alleen nog maar op kunt springen. Binnen anderhalf jaar moet de klus geklaard zijn, moeten er resultaten liggen. Deze gehaastheid ontlokte tijdens de middag dan ook de uitspraak die ik typerend vind voor het hele project van de multidisciplinaire richtlijnen namelijk dat "randdiscussies" niet gevoerd moeten worden. Ze leiden af en staan snelle resultaten in de weg. Ik geef toe, het is nog maar kort na het referendum maar daarbij is wel duidelijk geworden dat een goede inhoudelijke discussie noodzakelijk is wil het onderwerp gaan leven. Maar voordat ik mijn mening, als sociaal psychiatrisch verpleegkundige, verder geef, wil ik eerst iets vertellen over het fenomeen "doorbraakprojecten" zoals die op de informatiemiddag gepresenteerd werden.

Een *doorbraakmethode* is een nieuw verschijnsel, en zoals vele nieuwe ontwikkelingen is deze overgewaaid vanuit Amerika. Het is ontwikkeld door het Amerikaanse instituut of *Health Care Improvement* in Boston. In ons land heeft het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO het in 1999 geïntroduceerd. Tot 2004 betroffen de onderwerpen van de projecten uitsluitend de somatische zorg voor bijvoorbeeld de spoedeisende hulpverlening, intensive care, medicatieveiligheid, verkorten van doorstroomtijd, werken zonder wachtlijst, ketenzorg voor CVA patiënten en nog een groot aantal andere projecten. Maar wat is nu precies een doorbraakproject? Volgens het "van Dale woordenboek" is een doorbraak een plotselinge vooruitgang en zo zal het hier ook bedoeld zijn. De *doorbraakmethode* is geen onderzoekmethode maar een implementatieproject, een verbetermethode. Teams uit verschillende zorginstellingen proberen in een korte tijd concrete verbeteringen in de zorg te realiseren door het implementeren van bestaande kennis in de praktijk.

Projectteams werken aan een *rapid cycle improvement*, waarbij voorgestelde veranderingen eerst in klein verband worden uitgetoetst, effecten al na korte tijd worden gemeten, en veranderingen worden bijgesteld totdat men de tijd rijp acht voor bredere implementatie. Dit wordt gedaan aan de hand van een drietal vragen:

1. Wat willen we bereiken? (doel)
2. Hoe weten we dat een verandering een verbetering is? (meten)
3. Welke verandering kan ingevoerd worden die een verbetering inhoudt? (veranderen)

Het succes van een doorbraakproject hangt sterk af van een drietal factoren namelijk: het doen (de fysieke implementatie van de verandering), het leren (de mentale implementatie) en het inpassen van de verandering in de dagelijkse praktijk. Dit laatste is een lastige fase en kost de meeste tijd. Er is, ook internationaal, nog weinig bekend over de mate waarin doorbraakprojecten tot blijvende veranderingen leiden binnen de gezondheidszorg. Een ander belangrijke eigenschap van doorbraakprojecten is het gegeven dat hulpverleners zelf de regie hebben over verbeteractiviteiten, dat ze die volledig kunnen afstemmen op de lokale behoeften en omstandigheden. De continu uitgevoerde metingen geven direct feedback op het handelen.

In 2004 startte het eerste doorbraakproject in de GGZ, het "Doorbraakproject Depressie". Nu in 2005 gaat het tweede project, het project "Schizofrenie", van start. In dit project worden er twee hoofddoelen gesteld namelijk: het aantal terugvallen met 30% verminderen en het functioneren van patiënten met schizofrenie verbeteren. Om dit doel te bereiken wil men aan de slag met de volgende twee verbeterthema's:

1. Het verbeteren van continuïteit van de zorg.
2. Het toepassen van individueel gerichte interventies.

Het eerste thema betreft voornamelijk de organisatorische aanpassingen zoals we die ook bij ACT-teams zien. Het gaat dan onder anderen om patiënten sneller in zorg te krijgen en om drop-outs te beperken, om het toepassen van individuele zorgplannen en bijvoorbeeld het reduceren van wachttijden.

Het tweede thema gaat vooral over het inzetten van expertise bij de individuele hulpverlening. Bij het toepassen van individuele gerichte interventies wordt gebruik gemaakt van de "multidisciplinaire richtlijn schizofrenie". Hierbij moet men denken aan de effectief gebleken interventies zoals: psycho-educatie, gezinsinterventies, cognitieve gedragstherapie, vaardigheidstrainingen, basale ondersteuning maar ook aan aandacht voor de somatische gezondheid.

Minimaal 10 teams zullen eerst aan het project deelnemen. Deze teams stellen, afhankelijk van hun lokale situatie, concrete verbeterdoelen op. Deze doelen zijn, afhankelijk van de lokale situatie, gerelateerd aan de thema's continuïteit van zorg of ze zijn gericht op de individuele interventies. De doelen worden vervolgens vertaald naar indicatoren, die kunnen immers gemeten worden. Na ruim een jaar meten worden deze gegevens verzameld voor zowel de GGZ als ook voor de zorgverzekeraars. Voor de GGZ zodat aangetoond kan worden dat het werken met de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie effect heeft en leidt tot "goede zorg". Voor de verzekeraars is het van belang dat aangetoond wordt dat het werken met de richtlijn effectief, doelmatig en dus minder dure zorg is.

Het mag de lezer duidelijk zijn dat de multidisciplinaire richtlijn voor de behandeling van schizofrenie, die op 7 juni aan het werkveld werd gepresenteerd, als fundament dient voor het doorbraakproject schizofrenie.

En zoals ik in het vorige nummer van SP al aangegeven heb, mis ik in de richtlijn de visie van de sociale psychiatrie ten aanzien van schizofrenie. Het gehele document heeft een sterk biologische inslag met veel aandacht voor de ziekteverloopelijkheid van schizofrenie, de diagnose en de symptomen, terwijl aan de daar onderliggende factoren en vragen weinig aandacht wordt besteed. Zo mis ik in het document bijvoorbeeld het systeemgerichte gedachtegoed en de contextuele benadering die zo kenmerkend is voor de sociale psychiatrie en dit maakt het fundament nogal eenzijdig. Het is alsof men een stevig huis wil bouwen op slechts één "heipaal" en er in een rap tempo een huis op gebouwd moet worden door tien onderaannemers. Of dit het project te goede komt, dat zal de toekomst uitwijzen. Maar wanneer ik het referendum weer als uitgangspunt neem ging het juist daar mis. Wanneer er geen stevig fundament is, zakt het in als er zwaar op gebouwd wordt.

De politici hebben geleerd, naar ik hoop, meer en beter naar de achterban te luisteren en beter te communiceren, en dat is wat ik mis bij dit project: een gedegen fundament en een breed draagvlak.