

Zorgprogramma's in de dagelijkse praktijk: de mate van toepassing in de eerste behandelfase

E.M. VAN FENEMA, N.J.A. VAN DER WEE, E. ONSTEIN, F.G. ZITMAN

ACHTERGROND De meeste ggz-instellingen in Nederland werken inmiddels met zorgprogramma's. Over de mate waarin zorgprogramma's in de dagelijkse behandelpraktijk worden gevolgd, is echter weinig bekend.

DOEL Nagaan in welke mate zorgprogramma's worden gevolgd tijdens de eerste fase van behandeling in de ggz.

METHODE Wij onderzochten retrospectief voor drie opeenvolgende jaren, voor 100 willekeurige patiënten met een unipolaire stemmingsstoornis, angststoornis of somatoforme stoornis per jaar, in welke mate zorgprogramma's werden gevolgd tijdens de eerste fase van de behandeling binnen de ggz. We gebruikten klinische procesindicatoren die op de zorgprogramma's waren gebaseerd en maakten gebruik van gegevens die bij routine outcome monitoring (ROM) waren verzameld en van dossieronderzoek. Het onderzoek werd verricht binnen een locatie van GGZ Rivierduinen.

RESULTATEN Op de meeste indicatoren werd over de drie onderzochte jaren redelijk tot goed gescoord. Op de indicatoren 'vervolgmetingen ROM' en 'frequentie van de psychotherapie' werd minder goed gescoord. Het routinematig meten van de ernst van de psychiatrische symptomen in de diagnostische fase bleek significant te zijn toegenomen over de gemeten jaren.

CONCLUSIE Binnen deze locatie van GGZ Rivierduinen bleken zorgprogramma's in de eerste fase van de behandeling van stemmings- en angststoornissen en somatoforme stoornissen over het algemeen goed gevolgd te worden. Vervolgonderzoek zal zich moeten richten op de volgende fasen van de behandeling. Daarnaast is het van belang om de mate van toepassing van zorgprogramma's in de dagelijkse praktijk te relateren aan behandeluitkomsten.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 52(2010)5, 299-310]

TREFWOORDEN implementatie, klinische praktijk, routine outcome monitoring, zorgprogramma

In de geestelijke gezondheidszorg zijn behandelingen volgens richtlijnen inmiddels niet meer weg te denken. Ervaring en persoonlijke voorkeur vormen geen leidraad meer voor het bepalen van de juiste therapie en zijn vervangen door behandelingen die hun effectiviteit hebben bewezen in gecontroleerde behandelonderzoeken. Er bestaan hooggespannen verwachtingen van het werken volgens richtlijnen: betere behandeluitkomsten,

toegenomen kosteneffectiviteit en reductie van onnodige variatie tussen behandelingen.

Deze positieve verwachtingen lijken te worden waargemaakt in gecontroleerde behandelonderzoeken, waarin bij patiënten die volgens richtlijnen zijn behandeld betere behandelresultaten worden gezien op diverse uitkomstmaten dan bij de groep die de gebruikelijke behandeling heeft ondergaan. Zo vergeleek in de Verenigde Staten

het Texas Medication Algorithm Project de algemeen gebruikte farmacologische behandelingen van onder andere stemmingsstoornissen met behandelingen volgens een gedetailleerde *evidence-based* richtlijn of algoritme. Deze prospectieve studie, uitgevoerd in veertien verschillende klinieken, liet zien dat er bij de patiëntengroep die werd behandeld volgens het algoritme sprake is van een significant grotere symptoomreductie en verbetering van het sociaal functioneren. In de Europese tegenhanger van deze studie, het Berlin Algorithm Project, vond men overeenkomstige resultaten (Adli e.a. 2006; Dennehy e.a. 2005).

Bij deze gunstige resultaten van gecontroleerde studies rijst de vraag in welke mate richtlijnen in de dagelijkse behandelpraktijk nu eigenlijk worden toegepast en of het werken volgens richtlijnen uiteindelijk tot betere behandeluitkomsten leidt in de dagelijkse praktijk. In de laatste jaren is een beperkt aantal studies verschenen dat de toepassing van richtlijnen in de dagelijkse psychiatrische behandelpraktijk in kaart brengt. Het gaat in alle gevallen om buitenlandse studies. Het merendeel van deze studies gebruikt databases van bijvoorbeeld verzekeringen. Deze databases geven echter beperkte informatie over de toegepaste behandeling. Vaak wordt er slechts gekeken naar het aantal recepten dat is uitgeschreven of het aantal contacten tussen behandelaren en patiënten. De uitkomsten van deze studies spreken elkaar vaak tegen en tonen in elk geval aan dat het niet eenvoudig is om op eenduidige wijze de mate van toepassing of adherentie te bestuderen (Bauer 2002; Bollini e.a. 2008; Busch e.a. 2004; Chermack e.a. 2008; Falloon e.a. 2005; Hepner e.a. 2007; Stiles e.a. 2009).

Volgens Weinmann (2007) zijn er eigenlijk geen systematische reviews die de effecten van implementatie van richtlijnen in de klinische psychiatrische praktijk beschrijven.

Situatie in Nederland

Richtlijnen worden in Nederland meestal ingebed in zorgprogramma's die de behandelin-

gen meer in detail beschrijven dan de 'kale' richtlijnen. Ook worden ze aangepast aan de lokale situatie. In de afgelopen jaren is er veel energie gestoken in het implementeren van zorgprogramma's. In 2004 stelde GGZ Nederland dat de implementatie van zorgprogramma's in het merendeel van de regio's een feit was (www.ggznederland.nl/zorg/index.html). In dat jaar zonden wij een enquêteformulier naar de raden van bestuur van 38 ggz-instellingen om te inventariseren in welke mate zorgprogramma's werden toegepast in de dagelijkse praktijk. De meeste ggz-instellingen lieten weten dat ze werken met *evidence-based* zorgprogramma's. Veel instellingen merkten echter ook op dat onbekend was in welke mate de programma's in de behandelpraktijk werden toegepast. Bij de instellingen heerste ook onduidelijkheid over het systematisch meten van de resultaten van behandelingen en het toepassen van dergelijke uitkomsten bij het bepalen van een behandelbeleid. Verschillende instellingen lieten weten dat de door hen genoemde percentages eerder gebaseerd waren op schattingen of verwachtingen voor de komende jaren dan op betrouwbare gegevens uit de praktijk (Van Fenema e.a. 2006).

Zoals Leentjens en Burgers (2008) vaststelden in een recent themanummer van dit tijdschrift over *evidence-based* psychiatrie, zijn er tot nu toe geen Nederlandse studies verschenen die de adherentie (of mate van toepassing) van richtlijnen in de dagelijkse psychiatrische praktijk onderzochten. Inzicht in de mate van toepassing van zorgprogramma's is noodzakelijk om betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de effectiviteit en bruikbaarheid van *evidence-based* psychiatrische behandelingen in de dagelijkse praktijk, waarin patiënten en de stoornis(sen) die zij hebben immers vaak complexer kunnen zijn dan in gecontroleerde behandelonderzoeken. Daarnaast kunnen door onderzoek naar de mate van toepassing in de reguliere behandelpraktijk andere factoren worden geïdentificeerd die de toepassing belemmeren; deze kunnen liggen op het niveau van behandelaar en organisatie. Mogelijk zou vervolgens met gerichte interventies de toepassing ver-

beterd kunnen worden (Van Balkom & Oosterbaan 2008).

Omdat er over de mate van toepassing van zorgprogramma's en behandelrichtlijnen in de reguliere psychiatrische behandelpraktijk in Nederland nauwelijks gegevens voorhanden zijn, besloten wij om deze te onderzoeken binnen één van de poliklinische centra van GGZ Rivierduinen. Bij deze instelling werd ruim acht jaar geleden begonnen met de implementatie van zorgprogramma's. We verwachtten dat de complexiteit van de dagelijkse klinische ggz-praktijk de toepassing van zorgprogramma's maar beperkt mogelijk zou maken. Ook wilden wij onderzoeken of de mate van implementatie in de routine van de psychiatrische behandelpraktijk, gegeven de voortdurende implementatieactiviteiten, inderdaad over de loop van de tijd is toegenomen. Deze onderzoeksvragen hebben we bestudeerd aan de hand van de behandeling die bij aanvang van het behandeltraject in de ggz is ingezet.

METHODE

Zorgprogramma's binnen GGZ Rivierduinen

Rivierduinen is een regionale ggz-instelling met een verzorgingsgebied van circa 1 miljoen inwoners. De zorgprogramma's zijn ontwikkeld in nauwe samenwerking met de afdeling Psychiatrie van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en vanaf 2002 geleidelijk binnen alle onderdelen van Rivierduinen geïmplementeerd.

Het werken volgens richtlijnen en het gestandaardiseerd meten van behandeluitkomsten (*measurement-based care* op basis van *routine outcome monitoring*) zijn inmiddels een vast onderdeel van de zorgprogramma's bij Rivierduinen (De Beurs & Zitman 2007). De multidisciplinaire richtlijnen zijn gebruikt bij het opzetten van zorgprogramma's, waarin de volgordes en keuzes van behandelingen en metingen verder zijn uitgewerkt en vastgelegd. De zorgprogramma's van GGZ Rivierduinen zijn opgezet volgens het principe van *stepped care*. Hierbij wordt in eerst instan-

tie de minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling toegepast. Als deze stap of module onvoldoende effect heeft, gaat men over op de volgende module, meestal een intensievere en ook duurdere vorm van behandelen. Inmiddels zijn er zorgprogramma's ontwikkeld voor stemmingsstoornissen, angststoornissen en somatoforme stoornissen. Het zorgprogramma Somatoforme stoornissen hebben GGZ Rivierduinen en het LUMC op basis van een evidence-based methode zelf ontwikkeld. Binnenkort komen er ook zorgprogramma's beschikbaar voor de behandeling van psychotische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen.

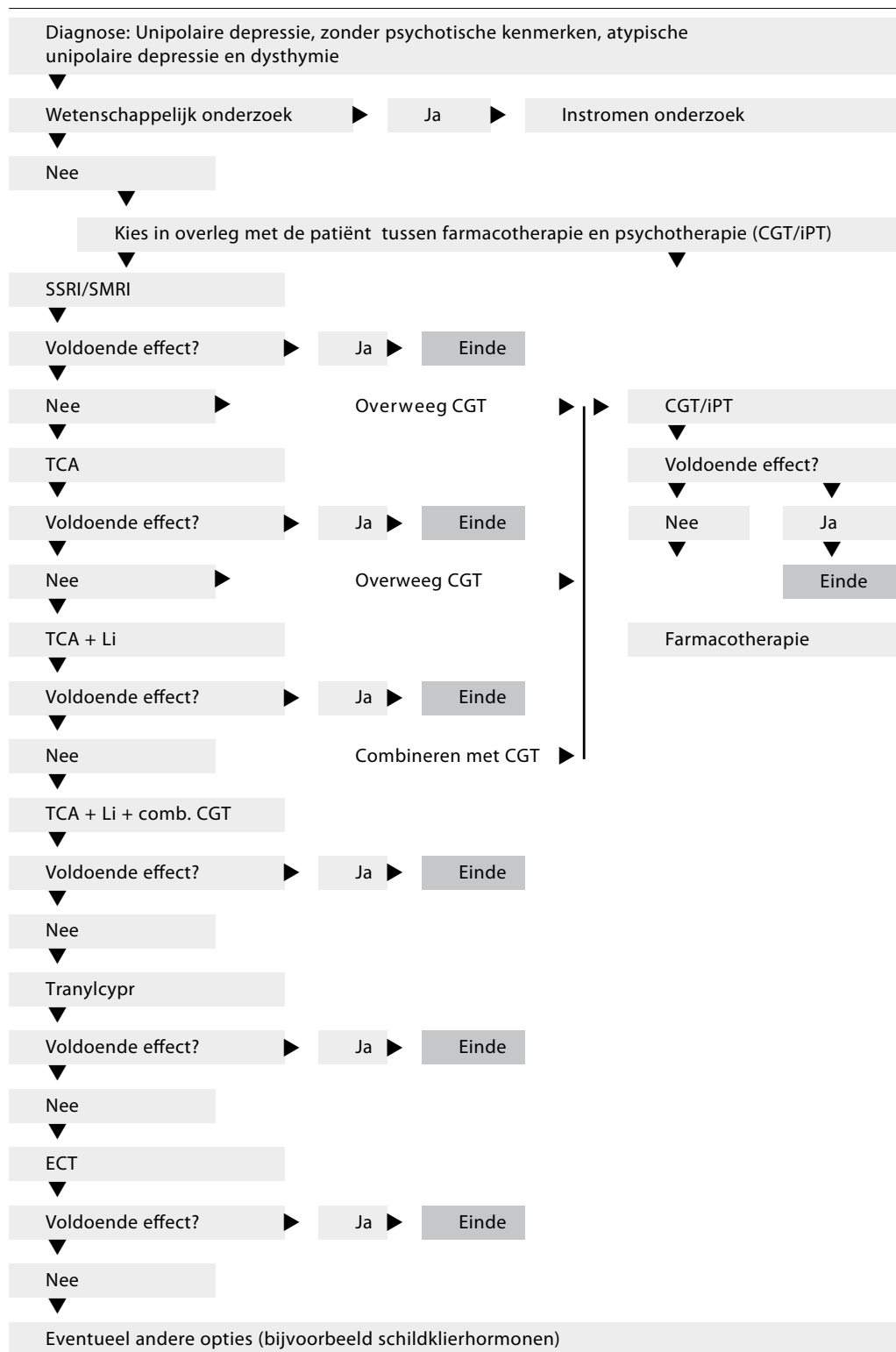
De verschillende behandelstappen binnen de zorgprogramma's zijn ook samengevat in beslissobomen, die via internet en intranet beschikbaar zijn voor patiënten en behandelaren (www.lumc.nl; zie ook figuur 1). Voor de inrichting van de verschillende stappen, zoals de dosering van een in de behandelstap genoemde serotonineheropnameremmer, is tot nu toe verwezen naar de (multidisciplinaire) richtlijnen. In 2009 zullen bij de verschillende behandelstappen meer gedetailleerde protocollen voor farmacotherapie en psychotherapie, gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijnen, worden ingevoerd.

Diverse interventies hebben plaatsgevonden om implementatie succesvol te laten verlopen: online beschikbaar zijn van de zorgprogramma's, educatieve conferenties, participatie van de behandelaren bij het aanpassen en verbeteren van de zorgprogramma's, auditing en feedback en uitgebreide personele ondersteuning.

Patiënten

Voor deze retrospectieve studie werden voor drie achtereenvolgende jaren (2004-2006), voor ieder jaar 100 opeenvolgende patiënten geïncludeerd die aangemeld waren door de huisarts voor een ambulante behandeling van een stemmingsstoornis, angststoornis of somatoforme stoornis bij Rivierduinen, locatie Rijnveste (Leiden). Er moest sprake zijn van een depressieve of somato-

FIGUUR 1 Beslisboom zorgprogramma stemmingsstoornissen, GGZ Rivierduinen



CGT = cognitieve gedragstherapie; IPT = interpersoonlijke psychotherapie; SSRI = selectieve serotonineheropnameremmer; SMRI = selectieve monoamineheropnameremmer; TCA = tricyclisch antidepressivum; Li = lithium; Tranylcypr = tranylcypromine; ECT = elektroconvulsietherapie.

forme stoornis of een angststoornis, patiënten moesten tussen de 18 en 65 jaar oud zijn, voldoende de Nederlandse taal beheersen om in aanmerking te kunnen komen voor routine outcome monitoring (ROM) en moesten ten minste één behandelcontact hebben gehad met een behandelaar. De gegevens voor de studie werden door middel van statusonderzoek verzameld en geanonimiseerd. Uitsluitend de eerste toegepaste behandelmodule werd onderzocht.

ROM

Alle patiënten die lijden aan een stemmingsstoornis, angststoornis of somatoforme stoornis en die een voldoende beheersing van de Nederlandse taal hebben, komen in aanmerking voor het meten van behandeluitkomsten. Het effect van de behandeling wordt op drie niveaus gemeten: toegenomen algemeen welbevinden, reductie van symptomen en een verbetering in het functioneren. Het meten gebeurt met behulp van zelfrapportagevragenlijsten die worden ingevuld door de patiënt, als ook door middel van beoordelingsschalen die door speciaal getrainde testverpleegkundigen worden afgenomen. Deze testverpleegkundigen meten bij de patiënten periodiek allerlei aspecten van hun psychisch en sociaal functioneren. Er is bij de vragenlijsten onderscheid gemaakt tussen generieke en stoornisspecifieke instrumenten. Generieke, zoals de *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis 1975), worden aan alle patiënten, ongeacht hun stoornis, aangeboden. Voor elke stoornis zijn er ook specifieke meetinstrumenten toegevoegd die alleen worden aangeboden indien men lijdt aan de betreffende stoornis. Tijdens de eerste meting wordt de diagnostische status van de patiënt vastgesteld middels een gestandaardiseerd interview, de *MINI-plus* (Sheehan e.a. 1998).

Voor het afnemen van de vragenlijsten, het berekenen van uitslagen, het rapporteren van verandering over de tijd en het beheer van de data wordt gebruikgemaakt van *Questmanager*; webgebaseerde software die in eigen beheer is ontwik-

keld. ROM wordt toegepast om de effectiviteit van individuele behandelingen te meten en met de geaggregeerde data kunnen uitspraken gedaan worden over de effectiviteit van bepaalde behandelingen en de kwaliteit van zorg. De data zijn in potentie ook bruikbaar voor het doen van fundamenteel wetenschappelijk onderzoek. Inmiddels bestaat de ROM-database uit de gegevens van meer dan 8000 patiënten en maandelijks worden de gegevens van 200 nieuwe patiënten toegevoegd (De Beurs & Zitman 2007).

Indicatoren

Om de toepassing van het zorgprogramma's bij de eerste in de ggz uitgevoerde behandeling te kunnen bepalen, ontwikkelden we een aantal indicatoren. Hierbij hielden we rekening met aanbevelingen uit de literatuur, onder meer met de door Grol e.a. beschreven methode (Wollersheim e.a. 2007). We verrichtten een literatuurstudie, hielden besprekingen met experts en behandelaren en voerden een pilotstudie uit.

De indicatoren vallen in twee groepen uiteen en gaven in een aantal gevallen een minimum aan waaraan op basis van de richtlijnen voldaan zou moeten worden.

Indicatoren voor de uitvoering van farmacotherapie en psychotherapie

- De combinatie van DSM-IV-diagnose en de gekozen behandeling is conform het zorgprogramma. Er is een behandeling toegepast die in de behandelrichtlijnen voor deze diagnose wordt aanbevolen.
- Wanneer de patiënt behandeld werd met *farmacotherapie*: heeft de behandeling ten minste 6 weken geduurd?
- Wanneer de patiënt behandeld werd met *farmacotherapie*: heeft de patiënt een adequate dosis (minstens de minimale door de richtlijn vereiste dosis) van de medicatie voorgeschreven gekregen?
- Wanneer de patiënt behandeld werd met *psycho-*

therapie: heeft de behandeling ten minste 12 weken geduurd?

- Wanneer de patiënt behandeld werd met psychotherapie: heeft de patiënt minstens één maal per anderhalve week een sessie gehad?

Vanwege het niet doorgaan van therapiezittingen door ziekte, vakanties en familieomstandigheden bij behandelaren en patiënten werd in de consensusbespreking geoordeeld dat een frequentie van één maal per week voor psychotherapie een te stringent criterium zou zijn; een gemiddelde frequentie van één maal per anderhalve week zou een reëler minimaal criterium zijn.

Om dezelfde redenen werd ook gekozen voor 12 weken als minimale duur van de gegeven psychotherapie. Hierbij ging men uit van de kortste duur van een psychotherapeutische interventie zoals in de richtlijnen beschreven, namelijk 8 weken, bijvoorbeeld bij paniekmanagement of exposure in vivo bij de paniekstoornis. Rekening houdend met de reëel geachte minimale frequentie van één sessie per anderhalve week komt men dan op een minimale duur van 12 weken.

De indicatoren voor de uitvoering van psychotherapie werden niet toepasbaar geacht op *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR). In de multidisciplinaire richtlijn en in het zorgprogramma voor angststoornissen van Rivierduinen wordt voor EMDR geen frequentie omschreven en wordt uitsluitend een maximale duur van de interventieperiode genoemd (8 weken).

Indicatoren voor specifieke elementen van zorgprogramma's

- Het principe van *stepped care* wordt toegepast: de patiënten worden behandeld volgens de eerste stap van het zorgprogramma, of, wanneer patiënt reeds een eerste behandeling bij de huisarts heeft gekregen, de tweede stap van het zorgprogramma.
- Tijdens de diagnostische fase is de patiënt ten minste één maal met behulp van ROM gescreend.
- De voortgang van de behandeling is, na de ROM in de diagnostische fase, ten minste één maal met ROM gemeten.

De indicatoren werden vervolgens per patiënt op basis van de status en de ROM-gegevens op dichtome wijze gescoord: een 1 wanneer aan een indicator was voldaan en een 0 wanneer dit niet het geval was.

Statistische analyses

Analyses werden uitgevoerd met SPSS 14.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, VS). Verschillen tussen scores op indicatoren tussen de drie opeenvolgende jaren werden met de χ^2 -toets onderzocht.

TABEL 1 Kenmerken van patiënten die geïncludeerd werden voor deelname aan onderzoek naar toepassing zorgprogramma, GGZ Rivierduinen

	2004	2005	2006	Totaal
Totaal aantal	100	100	100	300
Leeftijd in jaren (SD)	37,4 (11,4)	37,5 (12)	36,2 (9,8)	37,0 (11,1)
Aantal vrouwen	66	65	68	199 (66%)
Aantal patiënten (%) met				
Stemmingsstoornis	49 (49%)	42 (42%)	48 (48%)	139 (46,3%)
Angststoornis	36 (36,0%)	38 (38,0%)	34 (34,0%)	108 (36,0%)
Somatoforme stoornis	15 (15,0%)	20 (20,0%)	18 (18,0%)	53 (17,7%)

RESULTATEN

Patiënten

Voor ieder jaar tussen januari 2004 en januari 2007 werden 100 opeenvolgende patiënten geïnccludeerd die voldeden aan de inclusiecriteria. Van de in totaal 300 patiënten hadden er 139 (46,3%) als hoofddiagnose een depressieve stoornis, 108 (36,0%) een angststoornis en 53 (17,7%) een somatoforme stoornis. Patiëntkenmerken zijn verder vermeld in tabel 1. In totaal werden tussen januari 2004 en januari 2007 bijna 3000 patiënten op de locatie Leiden van Rivierduinen gezien voor een intake. De karakteristieken van de in dit onderzoek geïnccludeerde patiënten weken niet significant af van die van de overige patiënten met een stemmingsstoornis, angststoornis of somatoforme stoornis die voor een intake op deze locatie werden gezien.

Het aantal patiënten dat al bij de huisarts een behandeling met farmacotherapie was gestart, bedroeg 112 (37,3% van het totale cohort). Van hen kreeg 33,0% een selectieve serotonineheropname remmer (SSRI); bij de meerderheid was dit paroxetine. Daarnaast kreeg 3,7% een tricyclisch middel.

Scores op indicatoren

Farmacotherapie Een meerderheid van de patiënten kreeg een behandeling die in het zorgprogramma beschreven was: 85 (85%) in 2004, 95 (95%) in 2005 en 93 (93%) in 2006. In totaal was dit het geval bij 273 (91%) van de onderzochte patiënten. Er bleek een significant verschil te bestaan tussen de jaren ($p = 0,033$). De patiënten die een behandeling uit het zorgprogramma kregen, kwamen vervolgens in aanmerking voor het scoren van de indicatoren, geformuleerd voor de specifieke vorm van behandeling die zij ontvingen hadden.

Het aantal patiënten dat met farmacotherapie werd behandeld, was 20 (23,5%) in 2004, 39 (41,1%) in 2005 en 41 (44,1%) in 2006. In totaal waren dit 100 patiënten (36,6%).

Het aantal patiënten dat een psychotherapeutische behandeling kreeg, was 44 (51,8%) in 2004, 47 (49,5%) in 2005 en 46 (49,5%) in 2006. Dit waren opgeteld 137 (50,2%) patiënten. Een combinatie van farmacotherapie en psychotherapie werd toegepast bij 21 (24,7%) patiënten in 2004, 8 (8,4%) patiënten in 2005 en bij 6 (6,5%) van de patiënten in 2006. In totaal waren dit 35 (12,8%) patiënten.

Van de groep patiënten die een combinatiebehandeling kreeg, werden de psychotherapie en de farmacotherapie beoordeeld. In 2005 werd één patiënt behandeld met lichttherapie ('overige' behandelingsgroep) en deze patiënt werd niet opgenomen in onze studie.

De minimale duur van zes weken farmacotherapie werd gehaald bij 26 (63,4%) patiënten in 2004, bij 33 (70,2%) patiënten in 2005 en bij 33 (70,2%) van de patiënten in 2006. Deze indicator liet geen verschillen tussen de jaren zien.

Een adequate dosis van het farmacon werd voorgeschreven aan 39 (95,1%) patiënten met farmacotherapie in 2004, aan 40 (85,1%) patiënten in 2005 en 43 (91,5%) patiënten in 2006. Er waren voor deze indicator geen significante verschillen tussen de jaren.

Psychotherapie De minimale duur van 12 weken psychotherapie werd behaald bij 51 patiënten (85,0%) in 2004, bij 34 patiënten (77,3%) in 2005 en bij 27 patiënten (61,4%) in 2006. Deze indicator liet een significante daling zien in de loop van de jaren ($p = 0,020$).

Een frequentie van psychotherapeutische sessies van ten minste één maal per anderhalve week werd gehaald bij slechts 12 patiënten (20,0%) in 2004, bij 9 patiënten (20,5%) in 2005 en bij 19 patiënten (43,2%) in 2006 ($p = 0,016$). Deze indicator liet juist een significante stijging zien in de loop van de drie gemeten jaren ($p = 0,016$).

Het aantal patiënten dat behandeld werd met EMDR was 24. De duur van deze behandeling varieerde van 3 tot ruim 70 weken. De frequentie van de sessies varieerde tussen één maal per week tot één maal per maand.

ROM en stepped-care Tijdens de diagnostische fase kwamen alle patiënten per definitie in aanmerking voor de ROM. In 2004 werden 29 patiënten (29%) gemeten, in 2005 52 patiënten (52%) en in 2006 69 patiënten (69%). In totaal kregen 150 patiënten een meting in de diagnostische fase (50%). Over de drie jaren was er sprake van een significante toename van het aantal patiënten dat een eerste ROM-meting kreeg ($p < 0,000$). Tijdens de therapeutische fase moeten patiënten ten minste één maal onderzocht worden om betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de effectiviteit van de gekozen behandeling. Van de 150 patiënten die een eerste ROM hadden gekregen, kregen 91 patiënten een vervolgmeting. In 2004 gebeurde dit in de therapeutische fase bij 14 (66,7%) van de patiënten, in 2005 bij 23 (69,7%) en in 2006 bij 29 (78,4%) van de patiënten. In totaal werden 66 (72,5%) van de 91 patiënten op het juiste moment onderzocht. Er werden op deze indicator geen significante verschillen gemeten over de jaren.

In 2004 werden 81 (95,3%) van de patiënten volgens het steppedcareprincipe behandeld, in 2005 waren dat 85 (89,5%) en in 2006 85 (91,4%) van de patiënten. Ook deze indicator liet geen significante toename over de jaren zien.

Slechts bij een beperkt aantal van de patiënten waren alle zes de indicatoren positief: bij 3 (1,9%) van de patiënten die behandeld werden met psychotherapie en bij 16 (10,7%) van de groep patiënten die farmacotherapie kreeg. Het merendeel van de patiënten voldeed wel aan vier of vijf procesindicatoren. Deze suboptimale scores werden bij de groep die behandeld werd met psychotherapie vooral veroorzaakt doordat de frequentie van de psychotherapeutische sessies te laag was. Bij de groep die werd behandeld met farmacotherapie bleek dat vooral de ROM tijdens de therapeutische fase de ontbrekende indicator was.

DISCUSSIE EN CONCLUSIE

In deze studie is onderzocht in welke mate zorgprogramma's voor stemmings- en angststoornissen en somatoforme stoornissen in de ambulante psychiatrische behandelpraktijk daadwerkelijk worden toegepast tijdens de eerste fase van de behandeling in de ggz. Vanwege de complexiteit van de dagelijkse klinische ggz-praktijk, was onze eerste hypothese dat zorgprogramma's maar beperkt zouden worden toegepast. Daarnaast was onze tweede hypothese dat de voortdurende implementatieactiviteiten binnen GGZ Rivierduinen zouden leiden tot een toename van de toepassing van zorgprogramma's op de onderzochte locatie over de drie opeenvolgende jaren van onze steekproef. We gebruikten klinisch relevante indicatoren voor elementen van de farmacotherapie en psychotherapie en voor specifieke elementen van de zorgprogramma's van Rivierduinen, te weten de ROM en het principe van stepped care, om de toepassing te onderzoeken.

Anders dan wij verwachtten, bleek een ruime meerderheid van de patiënten positief te scoren op de meeste indicatoren voor de uitvoering van farmacotherapie en psychotherapie en waren de scores voor de meeste indicatoren stabiel over de onderzochte jaren. Met andere woorden, de zorgprogramma's bleken bij de eerste behandelstap in deze reguliere behandelpraktijk vaak te worden gevolgd.

Frequentie van psychotherapie Een uitzondering vormde de frequentie van de psychotherapeutische sessies van minimaal één maal per anderhalve week. Deze indicator werd slechts bij een kwart van de patiënten die met psychotherapie werden behandeld positief gescoord. De keuze van een gemiddelde frequentie van één maal per anderhalf week volgde uit een consensusbespreking en was, zoals gezegd, wegens beperkingen van de praktijk al minder stringent dan in richtlijnen en protocollen vermeld staat.

De gemiddelde frequentie van de psychotherapie tijdens de eerste module van de behandeling

TABEL 2 Scores op procesindicatoren (%) die aangeven in welke mate zorgprogramma's werden gevolgd tijdens de eerste fase van de behandeling binnen GGZ Rivierduinen, per jaar

Procesindicatoren	n	2004	2005	2006	Totaal	Significantie*
ROM						
ROM tijdens de diagnostische fase	300	29 (29)	52 (52)	69 (69)	150 (50)	$\chi^2(2) = 32,2; p = 0,000$
ROM tijdens therapeutische fase	91	14/21 (66,7)	23/33 (69,7)	29/37 (78,4)	66 (72,5)	$\chi^2(2) = 1,1; p = 0,568$
Algemeen						
Combinatie diagnose-behandeling volgens zorgprogramma	300	85 (85)	95 (95)	93 (93)	273 (91)	$\chi^2(2) = 6,8; p = 0,033$
Volgens principe van stepped care	273	81/85 (95,3)	85/95 (89,5)	85/93 (91,4)	251 (91,9)	$\chi^2(2) = 2,1; p = 0,349$
Farmacotherapie						
Duur behandeling ≥ 6 weken	135	26/41 (63,4)	33/47 (70,2)	33/47 (70,2)	92 (68,1)	$\chi^2(2) = 0,61; p = 0,738$
Minimale adequate dosis voorgeschreven	135	39/41 (95,1)	40/47 (85,1)	43/47 (91,5)	122 (90,4)	$\chi^2(2) = 2,63; p = 0,269$
Psychotherapie						
Duur behandeling ≥ 12 weken	148	51/60 (85,0)	34/44 (77,3)	27/44 (61,4)	112 (75,7)	$\chi^2(2) = 7,8; p = 0,020$
Frequentie: ≥ 1 sessie per anderhalve week	148	12/60 (20,0)	9/44 (20,5)	19/44 (43,2)	40 (27,0)	$\chi^2(2) = 8,3; p = 0,016$

*Verschillen tussen de jaren werden onderzocht met χ^2 -toetsen; gecursiveerde waarden waren statistisch significant.

was één sessie per 2,3 weken (SD 1,3). Bij ruim 45% van de psychotherapieën was de frequentie minimaal één sessie per twee weken.

We willen benadrukken dat de lage score op de indicator voor de frequentie van psychotherapie niets zegt over het resultaat van de uitgevoerde psychotherapieën. Hoewel de meeste gerandomiseerde en gecontroleerde psychotherapiestudies een wekelijkse frequentie hanteren, is het mogelijk dat een lagere frequentie in de dagelijkse praktijk realistischer is en tot vergelijkbare resultaten leidt.

In de literatuur zijn er inderdaad aanwijzingen te vinden dat een 'gedoseerde' aanpak waarbij een bepaald aantal sessies binnen een bepaalde periode moet zijn gevolgd ook effectief is (Craske e.a. 2006). Dit zou kunnen passen bij de constatering in ons onderzoek dat de frequentie van de psychotherapie over de loop van de jaren lijkt toe te nemen, maar dat de minimale duur van de psychotherapie juist afneemt.

Voor dit patroon zijn ook andere verklaringen denkbaar die bijvoorbeeld meer op het niveau van organisatie van de zorg liggen. Er zijn ons verder ook geen studies bekend waarin naar een minimale 'dosering' van effectieve psychotherapie gezocht is. Het is duidelijk dat er verder onderzoek naar de gemiddelde frequentie en duur van psychotherapie en vooral de samenhang met de resultaten in de dagelijkse behandelpraktijk verricht moet worden.

Stepped care en ROM De indicatoren die zijn gebaseerd op meer voor Rivierduinen specifieke elementen van de zorgprogramma's, namelijk de stepped care en de ROM, laten zien dat ook het principe van stepped care bij bijna alle patiënten wordt toegepast. Gedurende de drie jaar die we hebben onderzocht, blijkt dat alleen de uitvoering van ROM tijdens de diagnostische fase significant is toegenomen. In de afgelopen jaren was het dan ook een belangrijk doel van het management om te zorgen dat patiënten zoveel

mogelijk zouden worden onderzocht. Dit streven lijkt zijn vruchten te hebben afgeworpen, al werd in het laatste jaar nog steeds ruim een derde van de patiënten nog niet standaard tijdens de intakefase gemeten.

Minder goed is het helaas gesteld met het verrichten van ROM tijdens de therapeutische fase, dit gebeurde maar bij een zeer beperkt aantal van alle patiënten. Het laten meten met ROM van de patiënt tijdens (het einde van) de therapeutische fase is de verantwoordelijkheid van de behandelaar, alhoewel hij na drie maanden ook een herinnering krijgt dat patiënten voor een ROM in aanmerking komen. De indruk bestaat dat de tweede ROM-meting, in tegenstelling tot de meting bij intake, nog onvoldoende in een routine is opgenomen. Ook kunnen logistieke factoren en het niet meer verschijnen van patiënten op afspraken hier een rol bij spelen.

We verwachtten dat de toepassing van de zorgprogramma's gedurende de drie jaar van onze steekproef zou toenemen. In tegenstelling tot onze verwachting waren de scores op de door ons gekozen indicatoren over het algemeen stabiel over de onderzochte jaren. Aangezien de implementatie van de zorgprogramma's in dit behandelcentrum begon in 2002, betekent dit dat deze zeer snel is verlopen of dat de zorgprogramma's qua inrichting van de directe behandeling goed aansloten bij de al gangbare behandelpraktijk.

Beperkingen Onze studie heeft een aantal beperkingen. De mate van toepassing van zorgprogramma's is uitsluitend in één behandelcentrum gemeten, aan de hand van een beperkt aantal indicatoren en bij een relatief beperkt aantal patiënten. Ook keken wij alleen naar de mate van toepassing tijdens de eerste behandeling in het behandelcentrum. Het is nog onduidelijk in welke mate patiënten volgens het zorgprogramma worden behandeld na een niet effectief gebleken eerste behandeling. Een andere potentiële beperking is het feit dat er geen relatief gewicht is toegekend aan de afzonderlijke indicatoren. De indicator die meet of iemand de juiste behandeling

krijgt bij de gestelde diagnose, zou misschien wel veel zwaarder moeten wegen dan andere indicatoren. We zijn ons ook bewust van het feit dat de gekozen set indicatoren een beperkt, maar wel essentieel, deel van de behandeling beschrijft.

BESLUIT

Hoewel een ruime meerderheid van de patiënten gedurende de eerste behandeling grotendeels volgens zorgprogramma werd behandeld, was dit ook bij een aanzienlijk deel van de patiënten niet het geval. Een logische volgende stap zou dan ook zijn het identificeren van factoren op het niveau van organisatie en patiënt, zoals comorbiditeit of opleidingsniveau, die van invloed zijn op de mate van toepassing van zorgprogramma's in de behandelpraktijk. Hiermee wordt het hopelijk mogelijk om groepen patiënten te karakteriseren waarvoor aanpassingen van het zorgprogramma nodig zijn. Ook zou men interventies op het niveau van behandelaren en organisatie kunnen uitvoeren om de toepassing van zorgprogramma's te verbeteren.

LITERATUUR

- Adli, M., Bauer, M., & Rush, A. J. (2006). Algorithms and collaborative-care systems for depression: Are they effective and why? A systematic review. *Biological Psychiatry*, 59, 1029-1038.
- Balkom A.J.L.M. van, & Oosterbaan, D.B. (2008). Leiden richtlijnen tot een betere klinische praktijk? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 323-328.
- Bauer, M.S. (2002). A review of quantitative studies of adherence to mental health clinical practice guidelines. *Harvard Review of Psychiatry*, 10, 138-153.
- Beurs, E. de, & Zitman, F.G. (2007). Routine Outcome Monitoring. Het meten van therapie-effect in de klinische praktijk met web-based software. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 62, 13-28.
- Bollini, P., Pampallona, S., Nieddu, S., e.a. (2008). Indicators of conformance with guidelines of schizophrenia treatment in mental health services. *Psychiatric Services*, 59, 782-791.
- Busch, S.H., Leslie, D., & Rosenheck, R. (2004). Measuring quality of pharmacotherapy for depression in a national health care system. *Medical Care*, 42, 532-542.

- Chermack, S.T., Zivin, K., Valenstein, M., e.a. (2008). The prevalence and predictors of mental health treatment services in a national sample of depressed veterans. *Medical Care*, 46, 813-820.
- Craske, M.G., Roy-Byrne, P., Stein, M.B., e.a. (2006). CBT intensity and outcome for panic disorder in a primary care setting. *Behavior Therapy*, 37, 112-119.
- Dennehy, E.B., Suppes, T., Rush, A.J., e.a. (2005). Does provider adherence to a treatment guideline change clinical outcomes for patients with bipolar disorder? Results from the Texas Medication Algorithm Project. *Psychological Medicine*, 35, 1695-1706.
- Derogatis, L.R. (1975). *The Brief Symptom Inventory*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Falloon, I.R.H., Economou, M., Palli, A., e.a. (2005). The clinical strategies implementation scale to measure implementation of treatment in mental health services. *Psychiatric Services*, 56, 1584-1590.
- Fenema, E. van, van der Wee, N., de Beurs, E., e.a. (2006). Implementatie van zorgprogramma's in de behandelpraktijk: de stand van zaken. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 61, 817-826.
- Hepner, K.A., Rowe, M., Rost, K., Hickey, S.C., Sherbourne, C.D., Ford, D.E., Meredith, L.S., & Rubenstein, L.V. (2007). The effect of adherence to practice guidelines on depression outcomes. *Annals of Internal Medicine*, 147, 320-329.
- Leentjens, A.F.G., & Burgers, J.S. (2008). Welke factoren zijn belangrijk bij succesvolle implementatie van richtlijnen? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 329-335.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., e.a. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-33.
- Stiles, P.G., Boothroyd, R.A., Dhont, K., e.a. (2009). Adherence to Practice guidelines, clinical outcomes, and costs among Medicaid enrollees with severe mental illnesses. *Evaluation & the Health Professions*, 32, 69-89.
- Weinmann, S., Koesters, M., & Becker, T. (2007). Effects of implementation of psychiatric guidelines on provider performance and patient outcome: systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 420-433.
- Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M., e.a. (2007). Clinical indicators: development and applications. *Netherlands Journal of Medicine*, 65, 15-22.

AUTEURS

E.M. VAN FENEMA is als psychiater en promovendus werkzaam bij de afdeling Psychiatrie van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en GGZ Rivierduinen, Leiden.

N.J.A. VAN DER WEE is psychiater en werkzaam bij de afdeling Psychiatrie van het LUMC en het Leiden Institute for Brain and Cognition (LIBC), Leiden.

E. ONSTEIN is psychiater en werkzaam als behandelverantwoordelijke bij het ambulante team van GGZ Rivierduinen, Leiden.

F.G. ZITMAN is hoogleraar Psychiatrie en hoofd van de afdeling Psychiatrie van het LUMC, Leiden.

Correspondentieadres: E.M. van Fenema, LUMC, afdeling Psychiatrie, Postzone B1-P, Postbus 9600, 2300 RC Leiden.

E-mail: e.m.vanfenema@lumc.nl.

Geen strijdige belangen meegegeed.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 12-10-2009.

SUMMARY

Care programmes at mental health centres: the degree of adherence in the first phase of treatment – E.M. van Fenema, N.J.A. van der Wee, E. Onstein, F.G. Zitman –

BACKGROUND Most mental health providers in the Netherlands have implemented programmes of care. However, little is known about the extent to which care programmes are adhered to in routine clinical practice.

AIM To investigate the extent to which care programmes are adhered to in routine clinical practice.

METHOD For three consecutive years we randomly selected 100 patients with a unipolar mood disorder, anxiety disorder or somatoform disorder and investigated retrospectively the extent to which care programmes were actually implemented in the first phase of treatment. We used a set of clinical process indicators based on the care programmes. The investigation took place on the premises of one of the 'Rivierduinen' mental health providers. We used patient records and data collected by means of routine outcome monitoring (ROM).

RESULTS Over the three years under study scores for most of the indicators ranged from fair to good. Scores were lower for the indicators 'ROM follow-up measurements' and 'frequency of psychotherapy'. Only the number of routine measurements of the severity of the psychopathology in the diagnostic phase appeared to have increased significantly over the three years under study.

CONCLUSION On the premises of the mental health care provider Rivierduinen where the study was conducted, care programmes during the first phase of treatment for mood disorder, anxiety disorder and somatoform disorders were adhered to reasonably well. Further research will have to concentrate on the subsequent phases of treatment. Another important matter that requires investigation is the relationship between the use of care programmes in daily practice and treatment outcomes.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 52(2010)5, 299-310]

KEY WORDS care programme, clinical practice, implementation, routine outcome monitoring