

Drs. J.A.C. Meeuwissen, Drs. R. Boomstra, Dr. A.L.C.M. Henkelman

Naar een Zorgstandaard Depressie

Checklists depressiezorg voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars

Doen we de goede dingen en
doen we die dingen goed?



Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Naar een Zorgstandaard Depressie

Checklists depressiezorg voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars

Doen we de goede dingen en
doen we die dingen goed?

Colofon

Opdrachtgever

RVVZ

Projectgroep

Drs. J.A.C. Meeuwissen, wetenschappelijk medewerker, programma Zorginnovatie

Drs. R. Boomstra, wetenschappelijk medewerker, programma Management en Beleid

Dr. A.L.C.M. Henkelman, programmahoofd Zorginnovatie

Adviseur Uitkomstenmanagement

Prof. dr. J.A. Walburg, voorzitter Raad van Bestuur Trimbos-instituut

Adviseur Indicatorentwikkeling

Dr. B. van Wijngaarden, wetenschappelijk medewerker, programma Management en Beleid, Trimbos-instituut

Uitgave

Meeuwissen JAC, Boomstra R, Henkelman ALCM. Naar een Zorgstandaard Depressie. Doen we de goede dingen en doen we die dingen goed? 2 checklists voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Utrecht: Trimbos-instituut, 2007.

Productiecoördinatie

H. den Uijl, Trimbos-instituut

Vormgeving en druk

Ladenius Communicatie BV

Deze uitgave is te bestellen bij het Trimbos-instituut, via www.trimbos.nl/producten of via de Afdeling bestellingen, Postbus 725, 3500 AS Utrecht, 030-297 11 80; fax: 030-297 11 11; e-mail: bestel@trimbos.nl. Onder vermelding van artikelnummer AF0772. U krijgt een factuur voor de betaling.

ISBN 978-90-5253-600-2

©2007 Trimbos-instituut, Utrecht, The Netherlands

Da Costakade 45 T 030 297 11 00

Postbus 725 F 030 297 11 11

3500 AS Utrecht www.trimbos.nl

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van art. 16b en 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen. Voor het overnemen van één of enkele gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers of andere compilatiewerken dient men zich tot de uitgever te wenden.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying or otherwise, without the prior written permission of the publisher.

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Verantwoording	7
1 Inleiding	9
1.1 Instrumentarium voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars	9
1.2 Einddoelgroep van het toetsingskader	9
1.3 Evidence-based bronnen	9
1.4 Externe toetsing en interne kwaliteitsverbetering	10
1.5 Andere toepassingen van het instrumentarium	10
1.6 Indicatoren in de checklists	10
1.7 Ontwikkeling van de indicatoren	11
1.8 Onderlinge relatie tussen de beide checklists	11
1.9 Wijze van afnemen en registratie van benodigde informatie	12
1.10 Normering	12
1.11 Opbouw van deze rapportage	13
2 Het ziektebeeld depressie	15
2.1 Prevalentie van depressie	15
2.2 Symptomen van depressie	15
2.3 Terugval en chroniciteit	16
2.4 Kosten van de depressiezorg	16
2.5 Het zorgcontinuüm voor depressie	16
3 Diagnostiek en behandeling van depressie	17
3.1 Screening	17
3.2 Classificatie	17
3.3 Ernstmeting	17
3.4 Indicatiestelling	18
3.5 Minimale interventies	18
3.6 Psychotherapie	18
3.7 Biologische interventies	18
3.8 Steunende, structurerende interventies	19
3.9 Behandelprofielen	19
4 De Checklist Gebruik van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie	23
4.1 Stepped-care diagnostiek en behandeling	23
4.2 Ontwikkeling van de checklist	23
4.3 Opbouw van de checklist	23
5 De Checklist Kwaliteit van Depressiezorg	25
5.1 Kwaliteitsdomeinen en indeling van indicatoren	25
5.2 Ontwikkeling van de checklist	26
5.3 Opbouw van de checklist	26

6	Naar een Zorgstandaard Depressie	43
6.1	Een integrale Zorgstandaard Depressie	43
6.2	Normering op basis van de Zorgstandaard Depressie	44
6.3	Vaststellen van verbeterdoelen	44
6.4	Verbetering van zorgprocessen	44
	Bronnen	45

Voorwoord

Patiënten, cliënten en natuurlijk ook hun naast betrokkenen hebben recht op een zo goed mogelijke behandeling, zo ook zij die lijden aan een depressie. Het mag in principe voor patiënten en cliënten niet uitmaken bij welke ggz-instelling of bij welke gespecialiseerde ggz-behandelaar zij zich met hun klachten melden. Zij moeten er zich van overtuigd weten dat hun behandelaar bij die ggz-instelling hen naar de laatste wetenschappelijke stand van zaken behandelt.

Dat is gemakkelijker gezegd dan gedaan. Maar we zijn met z'n allen in de geestelijke gezondheidszorg wel op de goede weg. In toenemende mate worden er richtlijnen voor behandelingen bij ggz-instellingen geformuleerd en toegepast. In dit geval de Multidisciplinaire richtlijn Depressie, maar er zijn meer evidence based bronnen op dit gebied, paragraaf 1.3 noemt ze. Het gaat er om die beste wetenschappelijke kennis in de ggz-praktijken ook daadwerkelijk toegepast te krijgen.

Voor die gegarandeerde toepassing zijn we met z'n allen misschien wel een heel bureaucratisch stelsel op aan het bouwen. Dat begint bij het HKZ-certificatieschema ggz-instellingen, dat op algemeen niveau toetst of richtlijnen, als ze er zijn, ook door de instellingen worden toegepast. In het kader van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording rapporteren de ggz-instellingen via de opgenomen prestatie-indicatoren aantallen en soort van de toegepaste evidence based richtlijnen. En met de twee checklists in dit toetsingskader kunnen zorgverzekeraars daar weer binnen het gebruik en de kwaliteit van de toegepaste richtlijn depressie nagaan.

Die gespecialiseerde ggz-behandelaar wordt geacht in zijn of haar praktijk patiënten/cliënten te behandelen volgens de richtlijn. Het gaat mij ook om de voldoening, die onze collega moet kunnen hebben in de toepassing van de richtlijn. Ik ga er gemakshalve maar van uit: des te meer voldoening des te groter de kans van slagen dat de richtlijn kwalitatief goed wordt toegepast. Deze twee toetsingsinstrumenten moeten in hun gebruik het werk van de ggz-behandelaren verder verbeteren. Zo zijn ze òòk opgeschreven: als steun bij de praktijkuitoefening.

Het heeft wel de schijn dat we met de geïntroduceerde stelsels van toetsing het *wantrouwen* jegens de beroepsbeoefenaren organiseren. Maar dit instrumentarium maakt het mogelijk om externe toetsing aan de hand van relevante indicatoren, zoals te gebruiken door de verzekeraar, te combineren met interne kwaliteitsverbetering door de zorgaanbieder omdat dezelfde indicatoren worden gehanteerd. Het gebruik ervan bevordert een breder draagvlak, leert partijen dezelfde taal te spreken en organiseert daarmee wederzijds *vertrouwen*. Het streven van de auteurs om tot een landelijke Zorgstandaard Depressie te komen wil GGZ Nederland bij deze ten sterkste aanmoedigen.

Guus Verhoef

senior beleidsmedewerker o.m. kwaliteit,
GGZ Nederland

Verantwoording

Depressie is een veelvoorkomende psychische stoornis die een sterk verminderde kwaliteit van leven en soms jarenlange grote ziektelast kan meebrengen voor de patiënt en diens omgeving. De gemoeide gezondheidskosten en maatschappelijke kosten zijn hoog en trendberekeningen vertonen een stijgende lijn. Beleidsmakers, zorgmanagers en zorgverzekeraars houden er rekening mee dat het beroep op de gezondheidszorg in de komende decennia knellend wordt. Met het verbeteren van de kwaliteit en doelmatigheid van de depressiezorg in Nederland wordt getracht thans en op termijn zowel individuele gezondheidswinst als maatschappelijke winst te bereiken.

In het kader van het Depressie Initiatief 2006-2010 van het Trimbos-instituut, gefinancierd door de RVVZ, worden interventies en instrumentarium ontwikkeld waarmee patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars depressiemanagement kunnen toepassen en vorm kunnen geven aan de onderlinge relaties in het nieuwe zorgstelsel. Voor u ligt het eerste eindproduct dat vanuit het Depressie Initiatief tot stand is gekomen.

We presenteren twee checklists: de Checklist Gebruik van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie, bedoeld om het gebruik van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie te kunnen vaststellen, en de Checklist Kwaliteit van Depressiezorg, bedoeld om de kwaliteit van de depressiezorg te kunnen monitoren. Conceptversies van de beide checklists zijn ter beoordeling voorgelegd aan een viertal zorgverzekeraars en hun commentaren op basis van bruikbaarheid bij de zorginkoop zijn verwerkt in de eindversies. Bij het ontwikkelen van de beide checklists hebben we beoogd klinisch relevante indicatoren te kiezen.

Met dit toetsingskader worden de contouren geschetst van een landelijke Zorgstandaard Depressie die goede en passende depressiezorg omschrijft, volgens de state-of-the-art. Hiermee wordt een start gemaakt met het meten van een aantal specifieke en generieke indicatoren in het uitkomstenkwadrant van depressiemanagement. De Zorgstandaard Depressie beoogt een werkwijze te bewerkstelligen waarin sturen op positieve uitkomsten, meten van vorderingen in behandelresultaten en inzetten van kortcyclische verbeterprocessen gebaseerd op de Zorgstandaard Depressie gemeengoed worden voor zorgprofessionals, zorgmanagers, zorgverzekeraars, beleidsmakers, toezichthouders en patiënten.

Voor een toetsingskader is draagvlak bij relevante partijen van groot belang. Draagvlak is geborgd via de door de beroepsverenigingen geautoriseerde evidence-based standaarden en richtlijnen voor goede en passende depressiezorg. Hierop is dit toetsingskader gebaseerd. Wanneer bij externe kwaliteitstoetsing dezelfde indicatoren worden gehanteerd als bij interne kwaliteitsverbetering is een brede basis gelegd voor kwaliteits- en doelmatigheidsverbetering in de depressiezorg door beroepsgroepen en regionale zorgaanbieders. Teneinde dit te bewerkstelligen beogen we met het toetsingskader een eerste aanzet te geven voor een landelijke Zorgstandaard Depressie. In de komende periode willen we beroepsverenigingen in de gezondheidszorg en patiënten-/familieorganisaties direct betrekken bij de verdere ontwikkeling van deze zorgstandaard.

De projectgroep:

*Jolanda Meeuwissen
Rinske Boomstra
Lourens Henkelman*

Utrecht, Trimbos-instituut, Mei 2007

1 Inleiding

Aan de uitkomsten van de depressiezorg in Nederland worden op dit moment geen concrete eisen gesteld. Sturing op kwaliteit van primaire zorgprocessen gebeurt thans de facto vaker niet dan wel. Er is een scala aan effectieve behandel mogelijkheden voorhanden, maar ondanks de beschikbaarheid van evidence-based richtlijnen en andere beslissingsondersteunende praktijkinstrumenten is de variatie in behandelbeleid groot. Verbetering van zorg kan plaatsvinden doordat behandelaars consequent de klinische richtlijnen toepassen en ook door het afstemmen van zorgprocessen: de juiste zorg op de juiste plaats op het juiste moment. Onderhavig toetsingskader voorziet zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars van instrumentarium om te toetsen, ten eerste, in hoeverre diagnostiek en behandeling van depressie voldoet aan criteria voor goede en passende zorg volgens de Multidisciplinaire richtlijn voor Depressie en, ten tweede, de kwaliteit van de depressiezorg.

1.1 Instrumentarium voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars

Het instrumentarium biedt heldere criteria voor goede en passende zorg en is bedoeld voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars, bijvoorbeeld als instrumentarium bij de zorgverkoop en zorginkoop en de zorgcontractering of bij het maken van productieafspraken of afspraken over kwaliteit van de zorg. Om vast te stellen in hoeverre diagnostiek en behandeling van depressie voldoet aan criteria voor goede en passende zorg is de Checklist Gebruik van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie ontwikkeld (zie Bijlage 1). Aan de hand van behandelprofielen kan gecheckt worden of de verschillende groepen patiënten, al naar gelang de ernst en de duur van de depressieve klachten, de juiste diagnostiek en behandeling op het juiste moment aangeboden hebben gekregen. Tevens kan worden gecheckt of het handelen van hulpverleners plaatsvindt conform de aanbevelingen in de Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Voor het monitoren van de kwaliteit van depressiezorg is de Checklist Kwaliteit van Depressiezorg ontwikkeld (zie Bijlage 2).

1.2 Einddoelgroep van het toetsingskader

Het toetsingskader betreft depressiezorg voor patiënten in de leeftijd 18-65 jaar met een depressieve stoornis (depressie) al dan niet met comorbide psychische of somatische problematiek, die in behandeling zijn in de eerstelijns danwel tweedelijns gezondheidszorg, inclusief de arbocuratieve setting.

1.3 Evidence-based bronnen

Het toetsingskader is gebaseerd op de volgende evidence-based bronnen:

1. De Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Trimbos-instituut/CBO 2005)
2. De NHG-Standaard voor Depressie (van Marwijk et al. 2003)
3. Het stepped care-programma voor depressie (Meeuwissen, van Weeghel 2003a en b)
4. Het Landelijke Basisprogramma Depressie (van Wamel et al. 2005)
5. Programmatische aanpak depressie preventie (Voordouw et al. 2004).

1.4 Externe toetsing en interne kwaliteitsverbetering

Uitgangspunt bij het ontwikkelen van het instrumentarium was dat het (naast het instrumenteren van zorgverzekeraars ten behoeve van externe toetsing) kan ondersteunen bij de interne kwaliteitsverbetering door zorgaanbieders. Met behulp van de checklists kan getoetst worden in welke opzichten wordt afgeweken van eerdere metingen of van andere zorgaanbieders. De checklists zijn samengesteld uit een set indicatoren die is ontwikkeld voor dit toetsingskader. Voor het monitoren en evalueren van zorgprocessen in de praktijk kan aan de hand van indicatoren in de beide checklists een consistente systematiek worden opgezet. Dat betekent dat we bij het ontwikkelen van de beide checklists beoogd hebben de klinische relevantie van de indicatoren voor ogen te houden.

1.5 Andere toepassingen van het instrumentarium

Ook in het kader van de huidige ontwikkelingen rondom de DBC-systematiek en prestatie-indicatoren waarop tweedelijns GGZ-instellingen gebenchmarkt worden, is het van belang de klinische relevantie van sturingsinformatie te waarborgen. Het monitoren en evalueren van de klinische uitkomsten van het individuele behandelbeleid en van uitkomst- en procesindicatoren van zorgprocessen, kan resulteren in een database met feedbackinformatie die dienst doet als geaggregeerde sturingsinformatie. Deze biedt een basis voor feedbackrapportage ten behoeve van de communicatie met zorgpartners (bijvoorbeeld over samenwerkingsafspraken rondom intercollegiale consultatie en verwijzingen, registratieplicht, zorgcontractering en productieafspraken) en klinische benchmarking tussen zorginstellingen. Ook kan de feedbackinformatie dienen als sturingsinformatie bij het verbeteren van het toetsingskader waarop de indicatoren zijn gebaseerd, bij het vaststellen van verbeterdoelen van zorgaanbieders of bij het aantonen en invullen van (regionale) hiaten in de depressiezorg.

1.6 Indicatoren in de checklists

Het meetbaar maken van de kwaliteit van zorg gebeurt door middel van indicatoren. Een indicator is een 'measurable element of practice performance for which there is evidence or consensus that it can be used to assess the quality, and hence change of the quality of care provided' (Manderscheid et al. 2005). Aan de hand van indicatoren wordt een stap gezet van het theoretische begrip kwaliteit van zorg naar meetbare grootheden en van die grootheden naar operationele begrippen (dat wat in feite wordt gemeten). De beargumentering van deze stappen dient transparant te zijn. De indicatoren worden bij voorkeur gebaseerd op evidentie en indien dat niet mogelijk is op basis van ervaringskennis, de second-best optie (Wennink et al. 2003). Indicatoren zijn zoveel mogelijk gestandaardiseerd. Indicatoren kunnen worden weergegeven in termen van het aantal personen met een succesvolle behaalde uitkomst in verhouding tot het aantal personen in de doelgroep met een bepaalde conditie.

Indicatoren voor de evaluatie van zorgprocessen en het individuele behandelbeleid betreffen de kwaliteitsdomeinen tijdigheid, passendheid, veiligheid, toegankelijkheid, patiëntgerichtheid, doeltreffendheid en doelmatigheid van interventies (Have et al. 2004). Deze kwaliteitsaspecten werden als uitgangspunt genomen bij het vaststellen van de uitkomst-, proces- en structuurindicatoren in de beide checklists.

Bij het ontwikkelen van de indicatoren is uitgegaan van het uitkomstenkwadrant (Walburg 2003). Uitkomstindicatoren betreffen klinische uitkomsten (bijvoorbeeld behaalde

behandelresultaten in termen van symptoomvermindering of progressie), functionele uitkomsten (bijvoorbeeld kwaliteit van leven, psychosociaal en maatschappelijk functioneren, patiëntsatisfactie), kosten van het zorgproces (directe en indirecte kosten van de zorg) en overige uitkomsten die van belang zijn voor betrokken zorgpartijen met het oog op klinische uitkomsten. Procesindicatoren zijn interessant als zij verbonden zijn met klinische uitkomsten en deze klinische uitkomsten pas op langere termijn geobserveerd kunnen worden. Procesindicatoren weerspiegelen bijvoorbeeld de mate van implementatie en navolgen van richtlijnen en beslissingsondersteunende heuristieken door hulpverleners of deskundigheid. Kwaliteits- en doelmatigheidsaspecten komen terug bij alle uitkomsten.

1.7 Ontwikkeling van de indicatoren

Voor de GGZ werd recentelijk een Basisset Prestatie-indicatoren ontwikkeld (GGZ Nederland 2006). In de Basisset Prestatie-indicatoren is de mate waarin multidisciplinaire richtlijnen gebruikt worden door hulpverleners een van de indicatoren voor de kwaliteit van de geleverde zorg. Eerder verschenen ook aandoeningsspecifieke kwaliteitsindicatoren voor de zorginkoop van een aantal somatische aandoeningen (Bos 2006). Kwaliteitsindicatoren die aansluiten op meetbare onderdelen van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie werden eerder in kaart gebracht (Smolders et al. 2005).

Bij de ontwikkeling van onderhavig toetsingskader is zoveel mogelijk uitgegaan van genoemde publicaties. Dit toetsingskader verschilt van de huidige Basisset Prestatie-indicatoren in een aantal opzichten. Het toetsingskader is specifiek gericht op de depressiezorg. Daarbij is uitgegaan van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie en zo nodig, waar de richtlijn onduidelijkheid laat, werden de eerder genoemde andere kennisbronnen geraadpleegd. De kwaliteitsdimensies waarop de indicatoren in de Checklist Kwaliteit van Depressiezorg betrekking hebben konden op deze wijze concreet worden ingevuld. Bijvoorbeeld voor de indicator tijdigheid is de tijdsspanne waarbinnen een bepaalde interventie dient te worden uitgevoerd aangegeven. Het toetsingskader heeft betrekking op het gehele zorgcontinuüm en beslaat daarmee zowel de eerste lijn als tweede- en derdelijns depressiezorg.

1.8 Onderlinge relatie tussen de beide checklists

De Checklist Kwaliteit van Depressiezorg is een uitgebreider instrument dan de Checklist Gebruik van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Deze laatste checklist heeft alleen betrekking op het handelen van hulpverleners.

Met behulp van de Checklist Gebruik van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie kan beoordeeld worden of de diagnostiek en behandeling van depressie conform de inhoud van de richtlijn wordt uitgevoerd. Een richtlijn is een gewenste manier van professioneel handelen gezien patiëntkenmerken zoals ernst en duur van de depressie. Door toepassing van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie wordt aan zoveel mogelijk depressieve patiënten de juiste behandeling geven. Wat de juiste behandeling is staat beschreven in de richtlijn. De toepassing van multidisciplinaire richtlijnen is afhankelijk van een aantal belemmerende- en bevorderende factoren (Smolders et al. 2005). Het is van belang op te merken dat richtlijnen geen wettelijke voorschriften zijn, maar een beslissingsondersteunend instrument met aanbevelingen voor hulpverleners, gebaseerd op een zo groot mogelijke maat van bewijs, bedoeld om kwalitatief goede zorg te verlenen. De beroepsverenigingen autoriseren de richtlijn waarmee zij de richtlijn geldig verklaren voor de betreffende beroepsbeoefenaren.

De Checklist Kwaliteit van Depressiezorg brengt vier kwaliteitsdomeinen in kaart: Passendheid & tijdigheid, Patiëntgerichtheid & patiëntsatisfactie, Effectiviteit en Veiligheid. De Checklist Gebruik van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie is opgenomen in de Checklist Kwaliteit van Depressiezorg als procesindicator voor het kwaliteitsdomein Passendheid & tijdigheid. De checklists kunnen zowel onafhankelijk van elkaar als naast elkaar gebruikt worden, afhankelijk van het gebruiksdoeleinde.

1.9 Wijze van afnemen en registratie van benodigde informatie

Bij het ontwikkelen van de beide checklists is er gestreefd naar een zo beperkt mogelijk aantal indicatoren en een zo gering mogelijke benodigde registratietijd. Eventueel is een subselectie van indicatoren in de checklists mogelijk. Afhankelijk van het gebruiksdoeleinde kan het toepassingsgebied zowel de eerste lijn als de tweede- en derdelijns geestelijke gezondheidszorg omvatten.

Voorwaarde voor het kunnen gebruiken van indicatoren is dat er in de zorginstellingen de benodigde informatie over op te vragen is en dat deze informatie voldoende betrouwbaar is. Bij de Checklist Kwaliteit van Depressiezorg is uitgegaan van de aanwezigheid van een elektronisch patiëntendossier. De benodigde gegevens voor de Checklist Kwaliteit van Depressiezorg kunnen worden gegenereerd uit het EPD, uit de DBC-t-lijst of uit verslagen van het (multidisciplinaire) teamoverleg. Voor de Checklist Gebruik van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie zien we ook een steekproefsgewijze afname onder professionals als een toepassingsmogelijkheid.

1.10 Normering

Indicatoren geven meestal niet meer dan een aanwijzing dat een onderwerp meer aandacht verdient en geven vrijwel nooit een sluitend bewijs voor goede of slechte kwaliteit (Ten Have 2004). Indicatoren geven een antwoord op de vraag: 'Zitten we goed of moeten we ingrijpen?'. Als een indicator aangeeft dat de zorg niet voldoet aan een bepaald kwaliteitsaspect, is nader onderzoek naar oorzaken van belang. De beide checklists geven een indicatie voor de kwaliteit van de verleende zorg. Deze indicatie kan voor de zorgaanbieder aanleiding zijn tot nader onderzoek en/of actie in bepaalde onderdelen of fasen van de hulpverlening.

Aanbevelingen in de Multidisciplinaire richtlijn Depressie zijn gericht op het verlenen van optimale zorg, zoals die voor ongeveer 80% van de relevante categorie patiënten van toepassing zou kunnen zijn. Zorgverleners kunnen op basis van hun professionele autonomie afwijken van de richtlijn. Als de situatie van de patiënt dat vereist, is afwijken van richtlijnen noodzakelijk. Als van de richtlijn wordt afgeweken, dient dit wel beargumenteerd en gedocumenteerd te worden.

In dit toetsingskader zijn geen normen vastgesteld. Normeren is niet mogelijk en ook niet wenselijk op basis van alleen maar de Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Voor normering zou de Multidisciplinaire richtlijn Depressie zich moeten kunnen verhouden tot een Zorgstandaard Depressie die evidence-based kennis betreffende de gehele depressiezorgketen voor betrokken patiënten, professionals, verzekeraars en beleidsmakers integreert.

Zolang er geen normen zijn vastgesteld, zoals in een Zorgstandaard Depressie, wordt voorgesteld de norm te bepalen door het gemiddelde te berekenen over de afgelopen periode van bijvoorbeeld een jaar of enkele jaren. Afspraken met betrekking tot de normering kunnen ook in onderling overleg tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars worden gemaakt.

1.11 Opbouw van deze rapportage

Als inleiding op het instrumentarium volgt in hoofdstuk 2 een beschrijving van het ziektebeeld depressie en in hoofdstuk 3 een beschrijving van de diagnostiek en behandeling van depressie. In hoofdstuk 4 wordt de onderbouwing van de Checklist Gebruik van de Multidisciplinaire richtlijn voor Depressie gegeven en in hoofdstuk 5 de onderbouwing van de Checklist Kwaliteit van Depressiezorg. De beide checklists zelf zijn als bijlagen 1 en 2 bij deze rapportage opgenomen. Tenslotte, in hoofdstuk 6, worden de uitgangspunten geschetst van de beoogde Zorgstandaard Depressie waartoe dit toetsingskader zich verhoudt.

2 Het ziektebeeld depressie

Depressie is hoogprevalent, kent een episodisch beloop met een grote kans op terugval of een recidief, en vaak een chronisch beloop met comorbide psychische en somatische problematiek. De gemoeide gezondheidszorgkosten en maatschappelijke kosten van de zorg in termen van ziektelast, lijdenslast en economische kosten zijn hoog in Nederland.

2.1 Prevalentie van depressie

Uit het Nemesis-onderzoek blijkt dat 6% van de volwassen Nederlandse bevolking tot 65 jaar lijdt aan depressie in engere zin of daar pas geleden mee te kampen heeft gehad. Bij jongeren is dat 2-3% en bij ouderen ongeveer 2%. In totaal zijn dat ongeveer 750.000 inwoners van Nederland. Van de volwassen Nederlandse bevolking krijgt één op de 7 ooit een depressie. Dit betekent dat van elke 1000 volwassen Nederlanders tot 65 jaar er 27 mensen dit jaar voor het eerst of opnieuw (na een onderbreking van minstens een jaar) een depressieve episode krijgen. Onder volwassenen en ouderen komt depressie ongeveer tweemaal zo veel voor bij vrouwen als bij mannen; bij jongeren tussen 13 en 17 jaar is dat driemaal. Het beloop en de kans op herhaling is ongeveer gelijk. Depressie lijkt bij volwassenen van Marokkaanse afkomst vaker voor te komen dan bij volwassenen van Nederlandse afkomst. Van de westerse bevolking lijdt 4-10% aan depressie (althans in het afgelopen jaar) en 15-17% ooit in het leven. De Nederlandse cijfers wijken daar dus niet van af (NMG 2002; Vollebergh et al. 2003).

2.2 Symptomen van depressie

Kernsymptomen van een episode van unipolaire depressie (depressieve stoornis of depressie) zijn volgens de DSM-IV-criteria, ten eerste, een zeer neerslachtige stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag, en, ten tweede, een ernstig verlies van interesse in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag. Andere symptomen van depressie zijn: eetproblemen, heel veel of juist heel weinig eten, en veranderingen in het gewicht; slaapproblemen; geagiteerd en rusteloos zijn of juist geremd; vermoeidheid en verlies van energie; gevoelens van waardeloosheid of overmatige schuld; concentratieproblemen, vertraagd denken en besluiteloosheid; terugkerende gedachten aan dood of zelfdoding. Er is sprake van een depressie wanneer tenminste één van beide kernsymptomen aanwezig is en in totaal tenminste vijf symptomen gedurende tenminste twee weken achtereen. Depressie kan optreden met psychotische kenmerken, met melancholische of vitale kenmerken en met atypische kenmerken. Ook kan depressie een seizoensgebonden patroon hebben of post partum optreden (APA 2000). Depressie gaat vaak gepaard met andere psychische stoornissen (NMG 2002). Vooral de combinatie met angststoornissen en met problematisch gebruik van verslavende middelen (tabak, alcohol of drugs) komt vaak voor. Gelijktijdig met de depressie treden vaak ook allerlei lichamelijke klachten en ziektes op. Bij 5-6 symptomen is er sprake van een lichte depressie, bij 6-8 symptomen van een matige depressie en bij 8-9 symptomen van een ernstige depressie. De ernst van de depressie wordt behalve door het aantal symptomen beoordeeld op basis van de mate waarin de symptomen lijden veroorzaken, het algemeen, sociaal en maatschappelijk functioneren, de aard van de symptomen en het beloop van de depressie.

2.3 Terugval en chroniciteit

De periode waarin iemand voldoet aan de criteria voor depressie wordt een depressieve episode genoemd. Een episode duurt gemiddeld acht maanden, ook zonder behandeling. De helft van de episodes is korter dan drie maanden, terwijl één op de vijf episodes langer duurt dan twee jaar. Wanneer gedurende de voorafgaande twee jaar voortdurend is voldaan aan de symptomen van depressie is er sprake van een chronisch beloop. Chroniciteit treedt op in circa 10% van de gevallen. Gemiddeld heeft iemand die eenmaal een depressieve episode heeft gehad vier of vijf episodes gedurende het leven; in 10-20% is de depressieve episode eenmalig. De kans op terugval is groot: bij 40% van de mensen met depressie keert de stoornis binnen twee jaar terug (Spijker 2002).

2.4 Kosten van de depressiezorg

Voor depressie zijn de jaarlijkse behandelkosten in Nederland € 388.000.000 waarbij de (economische tegenwaarde van) hulp door familieleden en vrienden is meegerekend. Worden de kosten van productieverliezen in betaalde en onbetaalde arbeid door ziekteverzuim hierbij opgeteld, dan kost depressie de Nederlandse samenleving 2,1 miljard euro per jaar. Deze kosten zijn berekend voor 18- tot 65-jarigen. Als jongeren en ouderen worden meegerekend is het bedrag hoger (Smit et al. 2003).

2.5 Het zorgcontinuüm voor depressie

Bij depressie is afstemming en coördinatie van integrale zorgprocessen in het gehele zorgcontinuüm belangrijk, opdat continuïteit van zorg wordt geboden van preventie, vroegsignalering, diagnostiek, acute of chronische behandeling tot nazorg, reïntegratie en terugvalpreventie. Hiertoe dient gestructureerde multidisciplinaire en transmurale samenwerking tussen betrokken zorgverleners te worden vormgegeven in klinische richtlijnen, zorgprogramma's en regionale samenwerkingsafspraken. Kwaliteits- en doelmatigheidsvoordeel van afstemming en coördinatie van het zorgproces is gelegen in een duidelijke taakafbakening en afspraken over het behandelbeleid en beslissingsverantwoordelijkheden. Het stepped care-principe, volgens welk de zorg op geleide van aard, ernst en beloop van de problematiek geleidelijk wordt geïntensiveerd, kan hierbij als uitgangspunt dienen (Meeuwissen, Donker 2004).

3 Diagnostiek en behandeling van depressie

Bij het diagnosticeren en behandelen van depressie dient rekening te worden gehouden met het recidiverende karakter van de aandoening, al dan niet met volledig herstel in de tussenliggende periode. Diagnostiek van depressie betreft screening, classificatie en ernstmeting. Na indicatiestelling volgt behandeling met minimale interventies, psychotherapeutische interventies, biologische interventies of steunende, structurerende interventies.

3.1 Screening

Screeningsinstrumenten (bijvoorbeeld INSTEL, DHS, 4DKL, HADS) worden gebruikt bij onverklaarde somatische klachten of onduidelijke symptomatologie in de eerstelijnspraktijk of bedrijfsgezondheidszorg. De screener geeft een vermoedelijke psychische stoornis aan. Afhankelijk van de populatie en de doelstelling die men nastreeft (bijvoorbeeld zoveel mogelijk cases vinden, of zoveel mogelijk niet-zieken uitsluiten) dient het meest geschikte afkappunt te worden gekozen.

3.2 Classificatie

De diagnostische classificatie depressieve stoornis volgens de DSM-IV wordt gesteld op basis van kern- en aanvullende symptomen, bijvoorbeeld aan de hand van de SCID, SCAN of M.I.N.I. Het is bij het beoordelen van een depressie van groot belang te letten op psychotische kenmerken, omdat deze samenhangen met een verhoogd suïciderisico en omdat deze consequenties hebben voor het te volgen psychofarmacologische beleid. Bij afgrenzing ten aanzien van de ernstige psychische stoornissen wordt gedacht aan angststoornissen, bipolaire stoornissen, schizofrene of verwante psychotische stoornissen en aan beginnende dementie. Bij het diagnosticeren van depressies moet altijd aan een (mede)oorzakelijke samenhang met het gebruik van middelen worden gedacht. Het betreft zowel geneesmiddelen als drugs en genotmiddelen en in een uitzonderlijk geval andere middelen bijvoorbeeld die welke men in bepaalde arbeidsomstandigheden kan tegenkomen. Ook moet gedacht worden aan een somatische ziekte als (mede)oorzakelijke factor. Bij de diagnostiek van depressie moeten persoonlijkheidskenmerken en persoonlijkheidsstoornissen in de overwegingen worden betrokken, omdat deze relevant zijn bij het ontstaan, behandelen en recidiveren van depressie. Bij het diagnosticeren van depressie moet bij afgrenzing ten aanzien van de minder ernstige psychische stoornissen worden gedacht aan spanningsklachten, overspanning, burn-out, een aanpassingsstoornis of een rouwreactie. Bij het diagnosticeren van een depressie wordt aandacht besteed aan de familiegeschiedenis, de levensloop en stressvolle gebeurtenissen en verlieservaringen, de persoonlijkheid en het sociale netwerk.

3.3 Ernstmeting

Depressies hebben afhankelijk van ernst en duur van de problematiek gevolgen voor het algemeen functioneren. Bij de diagnostiek van depressie dient te worden beoordeeld in welke mate het functioneren in de verschillende sociale rollen (werk, relaties, sociale contacten, zelfverzorging et cetera) heeft aangetast. De ernst van de depressie wordt bepaald door de mate waarin de symptomen lijden veroorzaken, de beperkingen in het

algemeen, sociaal en maatschappelijk functioneren, het aantal symptomen, de aard van de symptomen (psychotische kenmerken, suïcidaliteit) en het beloop van de depressie (al dan niet optreden van stagnatie in het herstel).

3.4 Indicatiestelling

In de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie worden afhankelijk van de aard, ernst en duur van de problematiek verschillende behandelvormen aanbevolen. Het eerste gesprek tussen de patiënt en de hulpverlener en de daaruit voortvloeiende diagnose mondt vaak meteen al uit in een indicatie voor behandeling. Soms zijn er vervolgesprekken nodig om een indicatie te kunnen stellen. Een belangrijke keuze bestaat uit wel of niet behandelen. Behandeling is geïndiceerd bij een lichte of matige depressie die langer bestaat dan 3 maanden, wanneer minimale interventies geen resultaat bewerkstelligen of wanneer sprake is van een ernstige of recidiverende depressie. Een andere belangrijke keuze is tussen farmacotherapie en psychotherapie. Bij de keuze van een bepaalde behandeling in de praktijk zijn naast de bewezen werkzaamheid ook de voorkeur van de patiënt en het effect van eerdere behandelingen bij de patiënt van belang.

3.5 Minimale interventies

Bij een niet-ernstige en kortdurende depressie is de kans op herstel groot. Kortdurende, niet-medicamenteuze behandelingen kunnen daarbij helpen. Te denken valt aan voorlichting, psychoeducatie, bibliotherapie, zelfhulp, ondersteunende gesprekken, fysieke inspanning of Problem Solving Therapy. De behandelaar (meestal de huisarts) kan enkele vervolfgafspraken maken om te controleren of herstel inderdaad intreedt.

3.6 Psychotherapie

Bij een depressie die langer duurt dan 3 maanden kan in eerste instantie worden gekozen uit psychotherapie of psychofarmaca. Als psychotherapie komen in eerste instantie cognitieve (gedrags)therapie, gedragstherapie of interpersoonlijke therapie in aanmerking.

3.7 Biologische interventies

Bij een ernstige depressie heeft psychofarmaca de voorkeur, eventueel aangevuld met psychotherapie. Zodra herstel intreedt, moet de behandeling met antidepressiva nog een half jaar worden voortgezet. Bij een terugkerende depressie is dat minstens twee jaar. Bij een keuze voor psychofarmaca wordt een keuze gemaakt uit klassieke tricyclische antidepressiva (TCA's), selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's), overige niet-tricyclische antidepressiva. Daarnaast bestaan er psychofarmaca voor andere aandoeningen die mogelijk ook effect zouden kunnen hebben op depressie, zoals lithium, angstremmers en antipsychotica. Er zijn verschillen in bijwerkingen. Bij een seizoensgebonden depressie (ook wel 'winterdepressie' genoemd) wordt lichttherapie aangeraden.

3.8 Steunende, structurerende interventies

Ondersteunende, structurerende interventies betreffen counseling of casework, supportgroepen, interventies door maatschappelijk werk, vaktherapieën en verpleegkundige interventies. Ook eerder genoemde minimale interventies kunnen, wanneer deze naast andere interventies worden ingezet, worden verstaan onder steunende, structurerende interventies.

3.9 Behandelprofielen

Op basis van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie zijn behandelprofielen ontwikkeld (zie schema 1). Voor patiënten binnen hetzelfde profiel geldt dat eenzelfde type behandeling passend is.

Schema 1: Behandelprofielen: type behandeling per type patiënt met een bepaalde ernst en duur van de depressie

	Type patiënt	Ernst van de depressie	Duur van de depressie	Type behandeling
A	Patiënten met lichte depressieve klachten of een depressie korter dan 3 maanden	Beperkte/subklinische depressie (1 kernsymptoom en in totaal 2-4 symptomen), bijvoorbeeld HRSD-score lager dan 14	Korter dan 3 maanden	<i>1^e stap interventies:</i> Steunende, structurerende interventies +
		of Lichte depressie (5-6 symptomen), bijvoorbeeld HRSD score tussen de 14 en 19		Monitoring + Fysieke inspanning
B	Patiënten met een lichte depressieve stoornis 6 weken na interventie bij A of bij aanmelding langer dan 3 maanden	Lichte (5-6 symptomen) depressie, bijvoorbeeld HRSD-score tussen de 14 en 19	6 weken na interventie bij A	<i>2^e stap interventies:</i>
			of Bij aanmelding langer dan 3 maanden	Psychotherapie en/of Antidepressivum + Monitoring + Fysieke inspanning + Psychoeducatie/ Ondersteunende gesprekken t.b.v. adequaat medicijngebruik + <i>Optioneel:</i> Additionele steunende, structurerende interventies

C	Patiënten met een matige depressieve stoornis of 6 weken na interventie bij A of bij aanmelding langer dan 3 maanden	Matige depressie (6-8 symptomen), bijvoorbeeld HRSD-score tussen de 19 en 24	6 weken na interventie bij A of bij aanmelding langer dan 3 maanden	C1: Zie B
			4 weken na onvoldoende effect bij C1	C2: Andere psychotherapeutische interventie en/of ander antidepressivum dan bij C1
D	Patiënten met een ernstige depressieve stoornis bij klinische opname of bij aanmelding langer dan 6 maanden of 4 weken na onvoldoende effect bij C2	Ernstige depressie (8-9 symptomen), bijvoorbeeld HRSD-score meer dan 24	Bij aanmelding langer dan 6 maanden of 4 weken na onvoldoende effect bij C2	Zie B
				<i>Bij onvoldoende effect van alleen antidepressivum:</i>
				Andere factoren nagaan +
				<i>Keuze uit :</i>
				Andere psychotherapeutische interventie en/of ander antidepressivum dan bij C2
				Verhoging van de medicatie
				ECT* + antidepressivum
				* <i>Alleen 1e keus in levensbedreigende omstandigheden</i>
E	Patiënten met een lichte, matige of ernstige depressie langer dan 2 jaar	Chronische depressie	Langer dan 2 jaar	Psychotherapie en/of Antidepressivum* + reïntegratie/rehabilitatie
				* <i>De keuze van de behandeling is bepaald door:</i> - <i>De voorkeur van de patiënt</i> - <i>Een eerder bij de patiënt succesvol gebleken behandeling</i>

F	Patiënten met een lichte, matige of ernstige depressie	Na herstel	1 ^e episode	De behandeling wordt 6 maanden gecontinueerd
			Na recidief	De behandeling wordt 2 jaar of langer gecontinueerd
G	Klinisch opgenomen patiënten	Na herstel	2 weken na ontslag uit kliniek	Terugvalpreventie

4 De Checklist Gebruik van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie

In dit hoofdstuk wordt de onderbouwing van de Checklist Gebruik van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie kort uiteengezet. De checklist zelf is als bijlage 1 opgenomen.

4.1 Stepped-care diagnostiek en behandeling

Belangrijk uitgangspunt bij de ontwikkeling van de Checklist Gebruik van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie is het invoeren van stepped-care diagnostiek en stepped-care behandeling voor depressie. Hierdoor kan systematisch gewerkt worden aan onder andere de beperking van over- en onderbehandeling van depressieve klachten, beperking van drop-out, verbetering van het monitoren van klachten, verbetering van voorlichting, verbetering van behandelbesluiten, en het benutten van effectieve interventies. 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. Verder houdt stepped-care in dat patiënt en behandelaar het ziektebeloop en de behandeling continu evalueren en bij onvoldoende effect overstappen op een meer intensieve interventie (Meeuwissen, Donker 2004).

4.2 Ontwikkeling van de checklist

Ten behoeve van de onderbouwing van de checklist zijn de aanbevelingen uit de samenvatting Multidisciplinaire richtlijn Depressie met betrekking tot de diagnostiek (screening, classificatie en ernstmeting) en de verschillende typen biologische en psychologische/psychotherapeutische behandelingen samengevat. Vervolgens zijn op basis van het stepped-care model behandelprofielen opgesteld.

4.3 Opbouw van de checklist

De checklist bestaat uit twee onderdelen:

- Onderdeel A: 5 vragen met betrekking tot de diagnostiek
- Onderdeel B: Behandelprofielen bestaande uit het type patiënt, de ernst van de depressie, de duur van de depressie en het type behandeling.

5 De Checklist Kwaliteit van Depressiezorg

Dit hoofdstuk beschrijft de onderbouwing van de Checklist Kwaliteit van Depressiezorg. De checklist (schema 1) is ook als bijlage opgenomen.

5.1 Kwaliteitsdomeinen en indeling van indicatoren

De indicatoren zijn ingedeeld in de volgende kwaliteitsdomeinen:

1. Passendheid & tijdigheid
2. Patiëntgerichtheid & patiëntsatisfactie
3. Effectiviteit
4. Veiligheid

De indicatoren in de Checklist Kwaliteit van Depressiezorg zijn samengevat in schema 2.

Passendheid & tijdigheid

Kwaliteit van zorg impliceert dat de juiste zorg (passendheid) op het juiste moment (tijdigheid) wordt aangeboden. De passendheid en tijdigheid van diagnostiek en behandeling kan worden gecheckt met behulp van de Checklist Gebruik van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Indicatoren voor passendheid en tijdigheid zijn uitgewerkt per type interventie in de Checklist Gebruik van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie. In het kwaliteitsdomein Passendheid & tijdigheid in de Checklist Kwaliteit van Depressiezorg is het gebruik van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie als procesindicator geoperationaliseerd.

Patiëntgerichtheid & patiëntsatisfactie

Voor patiëntgerichte zorg is het van belang om zoveel als mogelijk aan te sluiten op het perspectief en de context van patiënten. Onder 'humanistic outcomes' in het uitkomstenkwadrant (Walburg 2003) verstaan we functionele uitkomsten, waaronder we patiëntgerichtheid en waardering van het zorgproces door de patiënt (patiëntsatisfactie) voegen. Indicator voor patiëntsatisfactie is Vervulling zorgwensen. Indicatoren voor patiëntgerichtheid zijn de indicatoren: Vastgestelde behandelplannen, Keuzevrijheid, Adequate bejegening door hulpverleners, Ketenzorg en Informed consent.

Effectiviteit

Het kwaliteitsdomein Effectiviteit betreft indicatoren met betrekking tot het behandelresultaat. De indicatoren die geformuleerd zijn voor het kwaliteitsdomein Patiëntgerichtheid & patiëntsatisfactie hebben tevens betrekking op het kwaliteitsdomein Effectiviteit. Indicatoren voor het meten van het behandelresultaat verdelen we onder in indicatoren voor primaire problematiek (klinische uitkomsten) en indicatoren voor de secundaire problematiek (functionele uitkomsten). Klinische uitkomsten betreffen symptoomvermindering en verandering in ernst van de depressie en progressie in het beloop van depressie. Functionele uitkomsten zijn veranderingen in kwaliteit van leven en het sociaal en maatschappelijk functioneren. De indicator voor klinische uitkomsten is Verandering in ernst problematiek. Indicatoren voor functionele uitkomsten zijn Verandering in kwaliteit van leven, Verandering in dagelijks (sociaal en maatschappelijk) functioneren, Drop-out en Heropname.

Veiligheid

Het kwaliteitsdomein Veiligheid, zoals de Kwaliteitswet voor zorginstellingen (VWS 2007) die omschrijft, is momenteel een belangrijk thema in de geestelijke gezondheidszorg. Dit kwaliteitsdomein wordt geoperationaliseerd aan de hand van 5 indicatoren Dwang-

behandelingen, Incidenten patiëntenzorg, Complicatieregistratie, Gebruik elektronisch patiëntendossier en 24-uurs toegang tot patiënteninformatie.

5.2 Ontwikkeling van de checklist

Operationalisering van de indicatoren hangt af van de mate waarin benodigde informatie voor de indicator aanwezig is. Als er nog geen meetinstrument beschikbaar is, dan is op basis van de indicator een checklistvraag geformuleerd. In de uiteindelijke checklist zijn alleen volledig geoperationaliseerde en daadwerkelijk meetbare indicatoren opgenomen. De indicatoren zijn positief en SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden) geformuleerd. De indicatoren kunnen worden gemeten op geaggregeerd niveau, dus niet op het niveau van de individuele patiënt, maar voor het totale aantal patiënten waarvoor de indicator geldt.

5.3 Opbouw van de checklist

De Checklist Kwaliteit van Depressiezorg is opgebouwd uit de indicatoren in schema 1 en daarbij te stellen vragen (zie bijlage 1). De indicatoren zijn als volgt opgebouwd.

- Kwaliteitsdomein, waarbij het voorkomt dat een indicator betrekking heeft op meerdere kwaliteitsdomeinen
- Relatie tot kwaliteit
- Definitie van de indicator
- Het te hanteren meetinstrument
- De informatiebron of het registratiesysteem waarin de benodigde informatie is geregistreerd
- De teller en noemer; geven informatie voor de berekening van de indicator
- Exclusie; in verband met de vergelijkbaarheid van de informatie worden soms patiënten(groepen) uitgesloten van meting
- Eventuele opmerkingen
- Referenties
- Het type indicator; geeft aan of het om een uitkomst-, proces- of structuur-indicator gaat
- De checklistvraag of -vragen

Schema 1: Checklist Gebruik van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie

Onderdeel A: Diagnostiek

1. Geeft u in onderstaand schema aan bij hoeveel procent van de mensen met depressieve klachten een screening op depressieve klachten heeft plaatsgevonden?	
<i>Screening van depressieve klachten</i>	<i>Percentage patiënten waarbij screening van depressieve klachten heeft plaatsgevonden met behulp van...</i>
INSTEL (Interventie Studie Eerste Lijn)	
DHS (Depressieherkenningschaal)	
4DKL (Vierdimensionale Klachtenlijst voor het onderscheiden van distress-klachten depressie, angst en somatisatie in de eerste lijn)	
MDQ-NL	
HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)	
Ander instrument	
Geen van bovengenoemde	
Totaal	100 %

2. Geeft u in onderstaand schema aan bij hoeveel procent van de mensen met depressieve klachten een ernstmeting heeft plaatsgevonden?	
<i>Ernstmeting</i>	<i>Percentage patiënten waarbij ernstmeting heeft plaatsgevonden met...</i>
<i>Een van de volgende Interview- en observatieschalen:</i>	
De Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)	
De Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)	
de Bech Rafaelsen Melancholia Rating Scale (BRMS)	
Inventory for Depressive Symptomatology (IDS-C)	
<i>Een van de volgende Zelfinvulvragenlijsten:</i>	
De Self-Rating Depression Scale (SDS) van Zung	
De Beck Depression Inventory (BDI)	
De Inventory for Depressive Symptomatology (IDS-SR)	
Anders, namelijk:	
<hr/>	
Geen ernstmeting	
Totaal	100%

3. Geeft u in onderstaand schema aan bij hoeveel procent van de mensen met depressieve klachten de diagnose depressie is gesteld met behulp van integrale vastlegging van de assen van de DSM-IV?

<i>De assen van de DSM IV</i>	<i>Percentage patiënten waarbij de DSM-IV-assen zijn vastgelegd op basis van een diagnostisch interview betreffende...</i>
A I Klinische stoornissen	
As II Persoonlijkheidsstoornissen	
As III Somatische aandoeningen	
As IV Psychosociale en omgevingsfactoren	
As V GAF score/CGAS score	
Diagnose vastgesteld op basis van klinisch inzicht	
Totaal	100%

4. Geeft u in onderstaand schema aan bij hoeveel procent van de mensen met depressieve klachten differentiaaldiagnostiek heeft plaatsgevonden?

<i>Differentiaaldiagnostiek</i>	<i>Percentage patiënten waarbij differentiaaldiagnostiek is toegepast</i>
Afgrenzing van andere psychische stoornissen	
Afgrenzing van spanningsklachten, overspanning, burn-out, een aanpassingsstoornis en een rouwreactie	
Check op de oorzakelijke samenhang met het gebruik van genots- of geneesmiddelen	
Geen differentiaal diagnostiek toegepast	
Totaal	100%

5. Geeft u in onderstaand schema aan bij hoeveel procent van de patiënten de ernstmeting om de 6 weken is herhaald?

<i>Herhaling ernstmeting</i>	<i>Percentage patiënten waarbij de ernstmeting om de 6 weken is herhaald</i>
Wel herhaald	
Niet herhaald	
Totaal	100%

Onderdeel B: behandeling

6. Geeft u in onderstaand schema per patiëntengroep het percentage patiënten aan dat de bijbehorende behandel- of begeleidingsvorm(en) heeft gekregen?					
	Type patiënt	Ernst van de depressie	Duur van de depressie	Type behandeling	Percentage patiënten dat het type behandeling in de linkerkolom heeft ontvangen
A	Patiënten met lichte depressieve klachten of een depressie korter dan 3 maanden	Beperkte/ subklinische depressie (1 kernsymptoom en in totaal 2-4 symptomen), bijvoorbeeld HRSD-score lager dan 14 of Lichte depressie (5-6 symptomen), bijvoorbeeld HRSD score tussen de 14 en 19	Korter dan 3 maanden	1 ^e stap interventies:	
				Steunende, structurende interventies	
				+	
	Monitoring				
	+				
	Fysieke inspanning				
B	Patiënten met een lichte depressieve stoornis 6 weken na interventie bij A of bij aanmelding langer dan 3 maanden	Lichte (5-6 symptomen) depressie, bijvoorbeeld HRSD-score tussen de 14 en 19	6 weken na interventie bij A of Bij aanmelding langer dan 3 maanden	2 ^e stap interventies:	
				Psychotherapie	
				en/of	
				Antidepressivum	
				+	
				Monitoring	
	+				
	Fysieke inspanning				
	+				
	Psychoeducatie/ Ondersteunende gesprekken t.b.v. adequaat medicijngebruik				
	+				
	Optioneel: Additionele steunende, structurende interventies				

C	Patiënten met een matige depressieve stoornis of 6 weken na interventie bij A of bij aanmelding langer dan 3 maanden	Matige depressie (6-8 symptomen), bijvoorbeeld HRSD-score tussen de 19 en 24	6 weken na interventie bij A of bij aanmelding langer dan 3 maanden	C1: Zie B	
			4 weken na onvoldoende effect bij C1	C2: Andere psychotherapeutische interventie en/of ander antidepressivum dan bij C1	
D	Patiënten met een ernstige depressieve stoornis bij klinische opname of bij aanmelding langer dan 6 maanden of 4 weken na onvoldoende effect bij C2	Ernstige depressie (8-9 symptomen), bijvoorbeeld HRSD-score meer dan 24	Bij aanmelding langer dan 6 maanden of 4 weken na onvoldoende effect bij C2	Zie B	
				<i>Bij onvoldoende effect van alleen antidepressivum:</i>	
				Andere factoren nagaan	
				+	
				<i>Keuze uit:</i>	
				Andere psychotherapeutische interventie en/of ander antidepressivum dan bij C2	
				Verhoging van de medicatie	
ECT* + antidepressivum					
				* Alleen 1e keus in levensbedreigende omstandigheden	

E	Patiënten met een lichte, matige of ernstige depressie langer dan 2 jaar	Chronische depressie	Langer dan 2 jaar	Psychotherapie en/of Anti-depressivum*	
				+	
				Reïntegratie/ rehabilitatie	
				* <i>De keuze van de behandeling is bepaald door:</i> - <i>De voorkeur van de patiënt</i> - <i>Een eerder bij de patiënt succesvol gebleken behandeling</i>	
F	Patiënten met een lichte, matige of ernstige depressie	Na herstel	1 ^e episode	De behandeling wordt 6 maanden gecontinueerd	
			Na recidief	De behandeling wordt 2 jaar of langer gecontinueerd	
G	Klinisch opgenomen patiënten	Na herstel	2 weken na ontslag uit kliniek	Terugvalpreventie	

Schema 2: Indicatorenset Kwaliteit van Depressiezorg

<i>Kwaliteitsdomein</i>	<i>Uitkomst-indicatoren</i>	<i>Proces-indicatoren</i>	<i>Structuur-indicatoren</i>
Passendheid & tijdigheid		Checklist Gebruik van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie	
Patiëntgerichtheid & patiënt-satisfactie	<p><i>Functionele uitkomsten:</i></p> <p>Vervulling zorgwensen</p> <p><i>Overige uitkomsten:</i></p> <p>Vastgestelde behandelplannen</p>	<p>Keuzevrijheid</p> <p>Adequate bejegening door hulpverleners</p> <p>Ketenzorg</p> <p>Informed consent</p>	
Effectiviteit	<p><i>Klinische uitkomsten:</i></p> <p>Verandering in ernst problematiek</p> <p><i>Functionele uitkomsten:</i></p> <p>Verandering in kwaliteit van leven</p> <p>Verandering in dagelijks (sociaal en maatschappelijk) functioneren</p> <p><i>Overige uitkomsten:</i></p> <p>Heropname</p>	<p>Drop-out</p>	
Veiligheid	<p><i>Overige uitkomsten:</i></p> <p>Dwangbehandelingen</p> <p>Incidenten patiëntenzorg</p>	<p>Complicatieregistratie</p> <p>Gebruik elektronisch patiëntendossier</p>	<p>24-uurs toegang tot patiënteninformatie</p>

De checklist bestaat uit checklistvragen voor 17 indicatoren. Voor de volledige indicatorenset waarop de checklist is gebaseerd zie Indicatorenset bij de checklist kwaliteit van depressiezorg (schema 3).

Schema 3: Indicatorenset bij de checklist kwaliteit van depressiezorg

1. Vervulling zorgwensen	
<i>Kwaliteitsdomein</i>	<i>Patiëntgerichtheid & patiëntsatisfactie</i>
Relatie tot kwaliteit	Vervulling van de zorgwensen geeft aan of de geleverde zorg in de ogen van de patiënt het juiste antwoord is op diens zorgvraag. Het is een maat voor de ervaren patiëntgerichtheid.
Definitie	De mate waarin de behandeling voldoet aan de zorgwensen van de patiënt: 1. Vond u de behandeling de juiste aanpak voor uw problemen/klachten? 2. Werde het behandelplan naar wens uitgevoerd?
Meetinstrument	Thermometer cliëntwaardering of CQ-index (wanneer beschikbaar)
Informatiebron	Vragenlijsten ingevuld door (uitgeschreven) patiënten.
Teller	Het totaal aantal patiënten dat op beide vragen 'ja' heeft geantwoord.
Noemer	Het totaal aantal patiënten dat de beide vragen heeft beantwoord.
Exclusie	-
Opmerkingen	-
Referentie	-
Type indicator	Uitkomstindicator
Checklistvra(a)gen	1. Voor hoeveel procent van de patiënten was de behandeling de juiste aanpak van de problemen/klachten? 2. Voor hoeveel procent van de patiënten werd het behandelplan naar wens uitgevoerd? 3. Hoeveel procent van de patiënten die de vragen heeft beantwoord heeft op beide vragen 'ja' geantwoord?

2. Vastgestelde behandelplannen	
<i>Kwaliteitsdomein</i>	<i>Patiëntgerichtheid & patiëntsatisfactie</i>
Relatie tot kwaliteit	Na toewijzing aan een behandelaar (of behandelteam) stelt deze het behandelplan op. Bij invulling van het behandelplan vindt overleg en onderhandeling plaats tussen de patiënt en de behandelaar over een specifiek pakket van zorg dat aansluit op de mogelijkheden en wensen van de patiënt enerzijds en de opvattingen over goed hulpverlenerschap anderzijds.
Definitie	In het behandelplan wordt na overleg met de patiënt aangegeven van welke modules en activiteiten gebruik gemaakt wordt en van de duur en frequentie van de behandeling. Tevens worden de behandeldoelen geëxpliciteerd.
Meetinstrument	-
Informatiebron	EPD
Teller	Het aantal vastgestelde behandelplannen.
Noemer	Het aantal patiënten in behandeling.
Exclusie	-
Opmerkingen	-

Referentie	Landelijk Basisprogramma Depressie 2005
Type indicator	Uitkomstindicator
Checklist vra(a)g(en)	1. Bij hoeveel procent van de patiënten is een behandelplan vastgesteld?

3. Verandering in ernst van de depressie

<i>Kwaliteitsdomein</i>	<i>Effectiviteit</i>
Relatie tot kwaliteit	Het oordeel over de effectiviteit van de behandeling betreft bij verschillende patiënten verschillende doelen: van het verdwijnen van de depressieve klachten tot en met stabilisatie van de klachten.
Definitie	Percentage patiënten waarbij behandeling x heeft geleid tot verbetering en/of stabilisatie van de depressieve klachten.
Meetinstrument	Voor het meten van de (veranderingen in de) ernst van de depressie kan een beroep gedaan worden op interview- en observatieschalen en op zelfinvulvragenlijsten (zie Checklist Gebruik van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie, vraag 2).
Informatiebron	EPD
Teller	Aantal depressieve patiënten waarbij op basis van een voor- en nameting bij behandeling x vermindering/verdwijning/stabilisatie van klachten is gemeten.
Noemer	Totaal aantal ingevulde vragenlijsten.
Exclusie	-
Opmerking	De keuze van het meetmoment zowel aan het begin als aan het einde van de meting, kan een significante invloed hebben op de uitkomst. Het is bekend dat meten bij aanmelding in plaats van daadwerkelijke start van de behandeling en het meten op het moment van ontslag in plaats van een week na ontslag leidt tot een gunstiger beeld, dat wil zeggen een groter effect.
Referentie	Basisset Prestatie-indicatoren 2006
Type indicator	Uitkomstindicator
Checklist Vra(a)gen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bij hoeveel procent van de patiënten is vermindering van klachten opgetreden? 2. Bij hoeveel procent van de patiënten is het verdwijnen van klachten opgetreden? 3. Bij hoeveel procent van de patiënten is stabilisatie van klachten opgetreden?

4. Verandering in kwaliteit van leven van de patiënt

<i>Kwaliteitsdomein</i>	<i>Effectiviteit</i>
Relatie tot kwaliteit	Recent onderzoek wijst uit dat de door patiënten ervaren kwaliteit van leven in het geval van secundaire problematiek geldt als valide indicator voor effectiviteit. Kwaliteit van leven is een belangrijk doel in langdurende behandel- of begeleidingstrajecten. Behandeling en begeleiding richten zich bij een aantal doelgroepen niet alleen op specifieke klachten en symptomen maar op meerdere en bredere aspecten van het persoonlijkheids- en algehele functioneren. Secundaire en primaire problematiek overlappen bij een aantal patiënten in sterke mate.

Definitie	Percentage patiënten dat langdurige zorg* ontvangt, waarbij in de kwaliteit van leven: 1. Verbetering gemeten wordt 2. Stabilisatie gemeten wordt * Langdurige zorg is behandeling of begeleiding langer dan 2 jaar, zowel ambulante als klinisch.
Meetinstrument	QoLC (Quality of Life and Care, in ontwikkeling bij het Trimbos-instituut) of MANSA
Informatiebron	Instellingsadministratie
Teller	Het aantal patiënten dat langdurige zorg ontvangt, waarbij: 1. Verbetering in kwaliteit van leven gemeten wordt 2. Stabilisatie in kwaliteit van leven gemeten wordt
Noemer	Totaal aantal geraadpleegde patiënten dat langdurige zorg ontvangt.
Exclusie	-
Opmerkingen	Deze indicator heeft betrekking op de langdurige zorg, omdat kwaliteit van leven bij de kortdurende zorg een minder prominent doel van de geestelijke gezondheidszorg is.
Referentie	Basisset Prestatie-indicatoren 2006
Type indicator	Uitkomstindicator
Checklist vra(a)gen	1. Bij hoeveel procent van de patiënten die langdurige zorg ontvangen is verbetering in de kwaliteit van leven gemeten? 2. Bij hoeveel procent van de patiënten die langdurige zorg ontvangen is stabilisatie in de kwaliteit van leven gemeten?

5. Verandering in dagelijks (sociaal en maatschappelijk) functioneren van de patiënt

<i>Kwaliteitsdomein</i>	<i>Effectiviteit</i>
Relatie tot kwaliteit	De verandering in het sociaal en maatschappelijk functioneren van de patiënt is een maat voor het bepalen van het resultaat van de behandeling die de patiënt ontvangt.
Definitie	Percentage patiënten (naar sekse, culturele achtergrond) waarbij het dagelijks functioneren bij voor- en nameting: 1. Is verbeterd 2. Is gestabiliseerd
Meetinstrument	GAF of QoLC (Quality of Life and Care, in ontwikkeling bij het Trimbos-instituut)
Informatiebron	Instellingsadministratie
Teller	Het totaal aantal patiënten waarbij tussen opening en afsluiting van de DBC of bij vervolgmeting in de AWBZ: 1. Verbetering geconstateerd wordt 2. Stabilisatie geconstateerd wordt
Noemer	Het totaal aantal patiënten waarbij voor- en nametingen zijn verricht.
Exclusie	-
Opmerkingen	Het meetmoment dient zorgvuldig afgewogen te worden omdat de depressieve stoornis een zeer wisselend beloop kent: 50% van de patiënten herstelt, al dan niet behandeld, binnen 3 maanden, en bij 20% is, eveneens al dan niet behandeld, sprake van een chronisch beloop. Een verbetering van het functioneren van een patiënt kan ook worden toegeschreven aan een positieve verandering in het leven van de patiënt, bijvoorbeeld het krijgen van een nieuwe levenspartner, een nieuwe baan, et cetera. Om deze reden dienen de conclusies op basis van deze meting zorgvuldig te worden gewogen.

Referentie	-
Type indicator	Uitkomstindicator
Checklist vra(a)gen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bij hoeveel procent van de patiënten is in het dagelijks leven geconstateerd? 2. Bij hoeveel procent van de patiënten is in het dagelijks leven stabilisatie geconstateerd?

6. Heropname

<i>Kwaliteitsdomein</i>	<i>Effectiviteit</i>
Relatie tot kwaliteit	Het percentage klinische heropnamen wordt internationaal veel gebruikt als indicator voor terugval of complicaties na een klinische opname. Dit percentage kan duiden op vroegtijdig ontslag of discontinuïteit van zorg. Daarom dient bij een hoog percentage klinische heropnames (m.u.v. chronische patiënten) de oorzaak hiervan onderzocht te worden.
Definitie	Het percentage heropnamen binnen 3 maanden over een periode van 1 jaar.
Meetinstrument	N.v.t.
Informatiebron	Instellingsadministratie
Teller	Aantal patiënten in een registratiejaar, dat binnen 3 maanden weer voor dezelfde geregistreerde reden/diagnose wordt opgenomen.
Noemer	Totaal aantal ontslagen patiënten in registratiejaar.
Exclusie	Chronische patiënten, ambulante patiënten en patiënten in de kortdurende zorg.
Opmerkingen	Het streven is gericht op een relatief laag percentage heropnamen.
Referentie	Basisset Prestatie-indicatoren 2006
Type indicator	Uitkomstindicator
Checklist Vra(a)gen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hoeveel procent van de patiënten heeft zich in het afgelopen registratiejaar binnen 3 maanden weer om dezelfde reden/diagnose aangemeld?

7. Dwangbehandelingen

<i>Kwaliteitsdomein</i>	<i>Veiligheid</i>
Relatie tot kwaliteit	Er zijn meerdere soorten van dwangtoepassing, zoals dwangmedicatie, fixatie en separatie. Dit type behandeling dient zo veel als mogelijk voorkomen te worden.
Definitie	Frequentie van dwangbehandelingen in jaar x
Meetinstrument	-
Informatiebron	Instellingsadministratie
Teller	Aantal dwangbehandelingen in jaar x
Noemer	Aantal klinische opnames in jaar x
Exclusie	-
Opmerkingen	Het beleid is gericht op het zoveel mogelijk terugdringen van het aantal dwangbehandelingen.
Referentie	-

Type indicator	Uitkomstindicator
Checklist vra(a)g(en)	1. Hoeveel procent van de klinisch opgenomen patiënten heeft een dwangbehandeling gehad?

8. Incidenten patiëntenzorg

<i>Kwaliteitsdomein</i>	<i>Veiligheid</i>
Relatie tot kwaliteit	Het gaat hierbij om het aantal onveilige situaties/gebeurtenissen in de instelling zoals agressief gedrag, intimidatie, ongewenst seksueel gedrag van medecliënten of hulpverleners, overlast door gebruik van alcohol of drugs en/of diefstal.
Definitie	Het aantal door patiënten gemelde incidenten.
Meetinstrument	-
Informatiebron	Instellingsadministratie
Teller	Het aantal gemelde incidenten.
Noemer	-
Exclusie	-
Opmerkingen	Aangezien indicatoren meetbare eenheden zijn, is er voor gekozen het type incidenten dat behoort tot deze indicator te operationaliseren.
Referenties	Basisset Prestatie-indicatoren 2006
Type indicator	Uitkomstindicator
Checklist vra(a)g(en)	1. Hoeveel incidenten zijn er in jaar x gemeld?

9. Gebruik van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie

<i>Kwaliteitsdomein</i>	<i>Passendheid & tijdigheid</i>
Relatie tot kwaliteit	Gebruik van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie en opvolgen van de aanbevelingen in de richtlijn draagt bij aan passendheid en tijdigheid van de zorg.
Definitie	Gebruik van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie
Meetinstrument	Checklist Gebruik van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie
Informatiebron	-
Teller	-
Noemer	-
Exclusie	-
Opmerkingen	-
Referenties	Multidisciplinaire richtlijn Depressie 2005
Type indicator	Procesindicator
Checklist vra(a)g(en)	-

10. Keuzevrijheid	
<i>Kwaliteitsdomein</i>	<i>Patiëntgerichtheid & patiëntsatisfactie</i>
Relatie tot kwaliteit	Keuzevrijheid is een belangrijk onderdeel van patiëntgerichtheid in de geestelijke gezondheidszorg, omdat keuzevrijheid de therapietrouw en de effectiviteit van de behandeling bevordert. Deze keuzevrijheid is echter wel begrensd en geldt in dit geval alleen voor patiënten met een lichte tot matig ernstige depressie.
Definitie	De mate waarin patiënten keuzevrijheid ervaren: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mogelijkheid tot het kiezen of veranderen van de (seks en culturele achtergrond) van de eigen behandelaar 2. Mogelijkheid tot het kiezen uit, het vragen om toelichting op en/of het veranderen van het zorgaanbod (bijvoorbeeld: antidepressiva versus psychotherapie)
Meetinstrument	CQ index thema 'inspraak en keuzevrijheid'.
Informatiebron	Ingevulde vragenlijsten.
Teller	Totaal aantal patiënten dat de mogelijkheid heeft gehad om te kiezen.
Noemer	Totaal aantal patiënten dat de vragen beantwoord heeft.
Exclusie	-
Opmerkingen	-
Referenties	Basisset Prestatie-indicatoren 2006, Multidisciplinaire richtlijn Depressie 2005
Type indicator	Procesindicator
Checklist vra(a)gen	Hoeveel procent van de patiënten heeft de mogelijkheid gehad te kiezen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Voor een hulpverlener desgewenst met eenzelfde sekse/culturele herkomst? 2. Voor een bepaald type hulpaanbod?

11. Adequate bejegening door hulpverleners	
<i>Kwaliteitsdomein</i>	<i>Patiëntgerichtheid & patiëntsatisfactie</i>
Relatie tot kwaliteit	Adequate bejegening is een goede en effectieve behandeling en voorspeller van therapietrouw
Definitie	De mate waarin patiënten (naar sekse en culturele achtergrond) een adequate bejegening door hulpverleners ervaren: <ol style="list-style-type: none"> 1. Respect voor patiënt als (mede)mens 2. Respect voor patiënt als hulpvrager 3. Empathie 4. Gelijkwaardige samenwerking
Meetinstrument	CQ-index-vraag (wanneer beschikbaar): Welk cijfer van 0 – 10 zou u geven aan de bejegening door uw behandelaar, waarbij 0 de slechtst mogelijke bejegening en 10 de best mogelijke bejegening is?
Informatiebron	EPD
Teller	Het totaal aantal patiënten dat een voldoende heeft gescoord op de CQ-index-vraag.
Noemer	Het totaal aantal patiënten dat de CQ-index-vraag heeft ingevuld.
Exclusie	-

Opmerkingen	Respect en interesse zijn in de Multidisciplinaire richtlijn Depressie zeer nauwkeurig aan de hand van het patiëntenperspectief geoperationaliseerd. Als uit de meting van deze indicator blijkt dat actie op dit terrein noodzakelijk is, kan op basis van deze operationalisering een vragenlijst afgenomen worden bij depressieve patiënten.
Referenties	NPCF 2000, Multidisciplinaire richtlijn depressie 2005
Type indicator	Procesindicator
Checklist vra(a)g(en)	1. Hoeveel procent van de patiënten scoort een voldoende op vraag: Welk cijfer van 0 – 10 zou u geven aan de bejegening door uw behandelaar, waarbij 0 de slechtst mogelijke bejegening en 10 de best mogelijke bejegening is?

12. Ketenzorg

<i>Kwaliteitsdomein</i>	<i>Patiëntgerichtheid & patiëntsatisfactie</i>
Relatie tot kwaliteit	Kwalitatief goede zorg houdt niet op bij de muren van de instelling. Van hulpverleners wordt verwacht dat zij een goed lopend keten-traject voor de patiënt organiseren.
Definitie	De mate waarin patiënten een goede afstemming met ketenpartners ervaren (indien er ketenpartners zijn). Het gaat hierbij om: 1. Adequate informatieoverdracht tussen behandelaren. 2. Eenduidige behandelafspraken.
Meetinstrument	CQ-index (wanneer beschikbaar)
Informatiebron	EPD
Teller	Aantal patiënten dat : 1. De informatieoverdracht adequaat vond 2. Behandelafspraken eenduidig vond Aan 1 en 2 moet zijn voldaan.
Noemer	Het totale aantal patiënten.
Exclusie	-
Opmerkingen	-
Referenties	-
Type indicator	Procesindicator
Checklist vr(a)g(en)	1. Hoeveel procent van de patiënten heeft een goede afstemming met ketenpartners ervaren?

13. Informed consent

<i>Kwaliteitsdomein</i>	<i>Patiëntgerichtheid & patiëntsatisfactie</i>
Relatie tot kwaliteit	Informed consent, de vastgelegde toestemming van de patiënt met het behandelplan, is het sluitstuk van het informeren van de patiënt en het in samenspraak opstellen van het behandelplan. Informed consent en therapietrouw hangen nauw met elkaar samen. De toestemming van de patiënt met het behandelplan is vastgelegd in het EPD.
Definitie	De mate waarin patiënten hebben ingestemd met de behandeling.
Meetinstrument	Thermometer cliëntwaardering, vraag 6: Heeft u ingestemd met uw behandel- of begeleidingsplan?
Informatiebron	De ingevulde vragenlijsten.
Teller	Het totaal aantal patiënten dat de vraag positief beantwoord heeft.

Noemer	Het totaal aantal patiënten dat de vragen beantwoord heeft.
Exclusie	-
Opmerkingen	-
Referenties	-
Type indicator	Procesindicator
Checklist vra(a)g(en)	1. Hoeveel procent van de patiënten heeft ingestemd met het behandelplan?

14. Drop-out (vroegtijdige eenzijdige beëindiging van de behandeling)

<i>Kwaliteitsdomein</i>	<i>Effectiviteit</i>
Relatie tot kwaliteit	Het drop-out percentage vertoont een grote samenhang met de mate waarin wordt voldaan aan de zorgwensen van patiënten en dus met de mate waarin hulpvraag en -aanbod matchen. Deze indicator hangt dus ook nauw samen met de indicatoren op het kwaliteitsdomein Patiëntgerichtheid & patiëntsatisfactie. Het terugvalrisico bij een afgebroken behandeling is ruim 2x zo groot als bij een voortgezette behandeling. Afgebroken behandelingen komen vooral bij bemoezorg patiënten veel voor.
Definitie	Deze indicator bestaat daarom uit 2 delen, nl. het percentage patiënten dat de behandeling eenzijdig beëindigt in een registratiejaar: 1. Voor de hele groep depressieve patiënten. 2. Voor bemoezorg patiënten.
Meetinstrument	N.v.t.
Informatiebron	Instellingsadministratie
Teller	Totaal aantal patiënten dat eenzijdig de behandeling heeft beëindigd in registratiejaar.
Noemer	Totaal aantal patiënten dat behandeling heeft afgesloten in registratiejaar.
Exclusie	-
Opmerkingen	-
Referenties	-
Type indicator	Procesindicator
Checklist vra(a)gen	1. Hoeveel patiënten hebben in het registratiejaar de behandeling eenzijdig beëindigd?

15. Complicatieregistratie

<i>Kwaliteitsdomein</i>	<i>Veiligheid</i>
Relatie tot kwaliteit	Door het gebruik van verschillende typen medicijnen kunnen zich complicaties voordoen. Door middel van een registratie van risicovolle combinaties van medicijnen, verkrijgt de instelling inzicht in de mogelijkheden het eigen handelen wat dit betreft te verbeteren.
Definitie	Beschikbaarheid van een complicatieregistratie voor risicovolle interactie tussen medicijnen.
Meetinstrument	N.v.t.

Informatiebron	Instellingsadministratie
Teller	Het aantal patiënten dat een risicovolle combinatie van medicijnen voorgeschreven heeft gekregen.
Noemer	Het aantal patiënten dat medicatie voorgeschreven heeft gekregen in jaar x
Exclusie	-
Opmerkingen	-
Referenties	Zorginkoopgids ZN 2007.
Type indicator	Procesindicator
Checklistvra(a)gen	Is er in de instelling sprake van complicatieregistratie?

16. Gebruik Electronisch Patiënten Dossier (EPD)

<i>Kwaliteitsdomein</i>	<i>Veiligheid</i>
Relatie tot kwaliteit	Betrouwbare up-to-date informatie is van groot belang voor adequate depressiezorg. Een integraal gebruikt EPD zorgt ervoor dat behandelaars geen overbodige diagnostiek verrichten en de behandeling optimaal kunnen afstemmen.
Definitie	Gebruik EPD
Meetinstrument	-
Informatiebron	EPD
Teller	Aantal hulpverleners dat diagnostiek en behandeling heeft vastgelegd in het EPD.
Noemer	Totaal aantal hulpverleners.
Exclusie	-
Opmerkingen	Deze indicator is opgenomen met als doel de landelijke implementatie van ICT-kwaliteitsparameters te stimuleren.
Referenties	Zorginkoopgids ZN 2007
Type indicator	Procesindicator
Checklist vra(a)g(en)	1. Gebruiken hulpverleners het EPD om diagnostiek en behandeling vast te leggen en met elkaar hierover te communiceren?

17. 24-uurs toegang tot patiënteninformatie

<i>Kwaliteitsdomein</i>	<i>Veiligheid</i>
Relatie tot kwaliteit	Het in alle gevallen (dus ook buiten kantooruren) toegang hebben tot de meest actuele patiënteninformatie is cruciaal voor het leveren van goede zorg. Dit systeem zowel in de eerste als tweede lijn gebruikt te worden. Immers, voorkomen dient te worden dat: <ul style="list-style-type: none"> - De patiënt steeds opnieuw zijn of haar verhaal moet vertellen - Toewijzing aan een specifiek programma een langdurig traject wordt - Diagnostische activiteiten op verschillende plekken herhaald worden - Er gebruik gemaakt wordt van onderling afwijkende diagnostische instrumenten.
Definitie	Mogelijkheid voor hulpverleners om overal en altijd het patiëntendossier in te zien.
Meetinstrument	-

Informatiebron	Instellingsadministratie/EPD
Teller	Aantal hulpverleners dat altijd en overal gebruik kan maken van de EPD.
Noemer	Totaal aantal hulpverleners.
Exclusie	-
Opmerkingen	Het knelpunt onveiligheid vormt de aanleiding voor het formuleren van een kwaliteitsindicator.
Referenties	Basisset Prestatie-indicatoren 2006, Landelijk Basisprogramma Depressie 2005
Type indicator	Structuurindicator
Checklist vra(a)g(en)	1. Hoeveel procent van de hulpverleners kan te allen tijde gebruikmaken van patiënteninformatie/EPD?

6 Naar een Zorgstandaard Depressie

Idealiter verhoudt een toetsingskader zich tot een integrale zorgstandaard. Behalve voor diabeteszorg (NDF 2003) en vasculair risicomanagement ontbreekt het in Nederland thans aan dergelijke zorgstandaarden. Zowel voor de coördinatie van integrale zorgprocessen als voor uitkomstenmanagement is een zorgstandaard die goede en passende zorg beschrijft van belang. Met deze rapportage wordt beoogd voor een zorgstandaard voor depressie een eerste aanzet te geven. Een Zorgstandaard Depressie kan zorgprofessionals en patiënten ondersteunen bij het besluitvormingsproces over een goed en passend individueel behandelbeleid, kan de kwaliteit en doelmatigheid van het professioneel handelen voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars bevorderen, kan transparantie in de zorgverlening bevorderen en onverantwoorde praktijkvariatie reduceren voor zorgverzekeraars en patiënten. Een zorgstandaard komt tot stand door het integreren van evidence-based kennis uit kwaliteitsdocumenten waarin goede en passende zorg vanuit het perspectief van zorgprofessionals en patiënten wordt beschreven. De terugkoppeling van uitkomsten van monitoring en evaluatie kan resulteren in het beoordelen en verbeteren van zowel de klinische uitkomsten als van zorgprocessen. Feedbackinformatie komt tot stand op patiëntniveau en programma-evaluatie op programmaniveau.

6.1 Een integrale Zorgstandaard Depressie

De huidige evidence-based richtlijnen (multidisciplinaire richtlijn en richtlijnen en standaarden van de beroepsgroepen) en beschikbare beslissingsondersteunende praktijk-instrumenten kunnen fungeren als zorgstandaarden. Zo zijn we in onderhavig toetsingskader uitgegaan van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Zorgprogramma's (basisprogramma's) en preventieprogramma's, disease management-programma's en stepped care-programma's kunnen behoren voor zover beschikbaar eveneens tot de zorgstandaarden behoren. Ook best practices kunnen hiertoe worden gerekend.

Een Zorgstandaard Depressie biedt een integrale set integrale normen voor de zorg waarin de beschikbare standaarden en richtlijnen voor goede en passende depressiezorg worden geïntegreerd.

In zorgstandaarden worden de primaire zorgprocessen beschreven, bijvoorbeeld in de vorm van protocollen, zorgpaden of algoritmen. De beschikbaarheid van evidence-based heuristieken vereenvoudigt dit proces en waar kennis in de zorgstandaarden ontbreekt is het van belang tot consensus in de praktijk te komen. De volgorde en timing van interventies om behandeldoelen te bereiken wordt aangegeven en daarbij worden ook de taken, werkwijze en bevoegdheden van de betrokken hulpverleners beschreven, en hoe de overdracht en afstemming is geregeld met betrokken hulpverleners en ondersteunende functies.

Omdat het zorgvuldig meten en analyseren van indicatoren en het opzetten van een goed monitor- en registratiesysteem in de praktijk al gauw op praktische barrières stuit, is het van belang dat de zorgprocessen zo expliciet mogelijk de cruciale onderdelen van het primaire proces beschrijven. Wanneer indicatoren zorgvuldig worden gekozen op cruciale en klinisch relevante onderdelen van de zorgstandaard, en indicatoren ook duidelijk gekoppeld kunnen worden aan professionals die ermee gaan werken, is de relatie tussen het toetsingskader en de Zorgstandaard Depressie gelegd: voor het evalueren van kwaliteit en doelmatigheid van de zorg worden uitkomst- en procesindicatoren vastgesteld en gekoppeld aan de primaire zorgprocessen.

6.2 Normering op basis van de Zorgstandaard Depressie

Zorgstandaarden geven de norm aan voor goede en passende zorg voor een specifieke aandoening. Het kan alle zorgpartijen helpen om voor specifieke aandoeningen heldere normen te ontwikkelen voor goede en passende zorg. Zorgstandaarden, die gebaseerd zijn op klinische richtlijnen, protocollen en andere beslissingsondersteunende instrumenten, sluiten goed aan bij de professionele normen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen een zorgstandaard gebruiken als basis voor instrumentarium voor het verkopen en inkopen van verantwoorde zorg. Voor patiënten kunnen zorgstandaarden helpen om zorgaanbieders te kiezen die volgens de zorgstandaard werken of om zorgverzekeraar te kiezen die zorg volgens de standaard inkoopt.

6.3 Vaststellen van verbeterdoelen

Met behulp van een Zorgstandaard Depressie kan de feitelijke zorg in een regio worden vergeleken met de wenselijke zorg zoals vastgelegd in de Zorgstandaard. Bijvoorbeeld bij de uitrol van implementatieprojecten via zorgprogrammering of bij de invoering van het Landelijke Basisprogramma Depressie kan dit van pas komen. Getoetst kan worden in welke opzichten wordt afgeweken van de zorgstandaard, welke hiaten in het zorgaanbod er zijn of waar in de organisatie van de zorg knelpunten optimale zorgverlening in de weg staan. Ook kunnen proceselementen zoals coördinatie en regievoering, registratiesystematiek, een monitoringsinstrumentarium en de regionale samenwerkingsafspraken in beeld worden gebracht. Aan de hand van de regioanalyse in vergelijking tot de Zorgstandaard Depressie kan een stappenplan worden opgesteld om tot de gewenste zorgverbeteringen te komen. De inbedding en het gebruik van de Zorgstandaard Depressie in de klinische praktijk kan worden bevorderd met disease management en vice versa zijn disease management-strategieën op basis van de zorgstandaard onderbouwd door wetenschappelijke bevindingen.

6.4 Verbetering van zorgprocessen

Op de langere termijn richt het instrumenteren van verzekeraars en zorgaanbieders zich op het invoeren van resultaatmanagement en op het monitoren en verbeteren van de primaire processen in de depressiezorg. Uitkomstenmanagement van zorgprocessen gebaseerd op de evidence-based standaarden en richtlijnen voor goede en passende zorg is van betekenis voor het verbeteren van de primaire zorgprocessen. Optimale behandeling kan worden bereikt door het systematisch meten en evalueren van de behandeling die resulteerde in bepaalde uitkomsten en het vervolgens bijstellen van het behandelproces gevolgd door opnieuw meten en evalueren (Walburg 2003). Klinisch management, door het tijdig bijstellen van het individuele behandelbeleid op basis van klinische uitkomsten, het bespreken van vorderingen in behandelresultaten met de patiënt (eventueel ook met andere betrokken hulpverleners of verwijzer) en op grond daarvan bijstellen van het behandelplan, past hier goed bij. Op deze wijze bevordert het toetsingskader op langere termijn het navolgen van standaarden en richtlijnen door hulpverleners, een actieve rol van patiënten, therapietrouw en zelfmanagement van de patiënt en een proactieve rol van de hulpverlener daarbij.

BRONNEN

- APA. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Association, 2000.
- Boomstra R, Hoogsteder M. Interculturele kwaliteit in de GGZ. Een kwestie van helder beleid en consequente uitvoering. Utrecht: Trimbos-instituut i.s.m. het Nederlands Centrum Buitenlanders, 2004.
- Boomstra R, Hoogsteder M. Interculturalisatie en kwaliteitsbeleid: een vruchtbare verbinding? In *Kwaliteit in Beeld* 2004; 1: 4-6.
- Bos MAJM. Kwaliteitsindicatoren ten behoeve van de zorginkoop 2007. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland/Kenniscentrum DBC, 2006.
- GGZ Nederland. Kwaliteitsmodule GGZ. Deel I: kwaliteitsuitspraken. Deel II: functionele specificaties. Utrecht: GGZ Nederland, 1996.
- GGZ Nederland. Prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Basisset. Amersfoort: GGZ Nederland, 2006.
- Have P ten. Handleiding Indicatoren voor verbeterprojecten. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2004.
- Henkelman L, Franx G. De bruikbaarheid van de Doorbraakmethode voor de verspreiding van best-practices in de hulpverlening aan mensen met een depressie. Rapportage voorstudie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2004.
- HKZ. Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. Harmonisatiemodel voor Externe Kwaliteitsbeoordeling gericht op Certificatie in de Zorgsector. Utrecht: SHKZ, 2006.
- Manderscheid R, Daniels A, Adams N, Caroll C (Guest Eds.). Transforming mental health. *International Journal of Mental Health* 2005; 34 (1): 3-111.
- Marwijk HWJ van, Grundmeijer HGLM, Bijl D, Gelderen Van MG, Haan De M, Van Weel-Baumgarten EM, Burgers JS, Boukes FS, Romeijnders ACM. NHG-Standaard Depressie stoornis. eerste herziening. *Huisarts en Wetenschap* 2003; 46 (11): 614-623.
- Meeuwissen JAC, Donker MCH. Minder is meer. Stepped care in de geestelijke gezondheidszorg. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2004; 59 (11): 904-915.
- Meeuwissen JAC, Weeghel J van. Ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een stepped care-programma voor depressie. Eindrapport. Utrecht: Trimbos-instituut 2003a.
- Meeuwissen JAC, Weeghel J van. Modulenboek bij het stepped care-programma voor depressie. Utrecht: Trimbos-instituut 2003b.
- NDF. Nederlandse Diabetes Federatie. Zorgstandaard voor goede diabeteszorg. Een eerste voorwaarde voor een nieuw financieringsmodel. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie, 2003.
- NMG. Bureau Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid. Jaarbericht 2002. Utrecht: Trimbos-instituut, Bureau Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid, 2002.
- Slooff N, Parmentier CC. Resultaten Doorbraakprojecten 2006. Diemen: College voor zorgverzekeringen, 2006.
- Smit F, Bohlmeijer E, Cuijpers P. Wetenschappelijke onderbouwing van depressiepreventie. *Epidemiologie, aangrijpingspunten, huidige praktijk, nieuwe richtingen*. Utrecht: Trimbos-instituut 2003.

- Smolders M, Laurant M. Wensing M, Grol R. Kwaliteitsindicatoren op basis van de multidisciplinaire richtlijnen depressie en angststoornissen. Nijmegen: WOK, 2005.
- Spijker J. Chronic depression. Determinants and consequences of chronic major depression in the general population. Utrecht: University of Utrecht, 2002.
- Splunteren P van, Everdingen J van, Janssen S, Minkman M, Voort R van der, Schouten L, Verhoeven M. Doorbreken met resultaten. Verbetering van de patiëntenzorg met de Doorbraakmethode. Utrecht: CBO, 2003.
- Trimbos-instituut/CBO. Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2005.
- Vollebergh W, Graaf R de, Have M ten, Schoemaker C, Dorsselaer S van, Spijker J, Beekman AJ. Psychische stoornissen in Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.
- Voordouw I, Bohlmeijer E, Blekman J, Bool M, Graaf I de, Smit F. Samenwerking, praktijk, onderzoek en beleid in de GGZ preventie. Stand van zaken basisprogramma's 2003 – planning 2004. Utrecht: Trimbos-instituut/Landelijk Steunpunt Preventie, 2004.
- VWS. Ministerie van VWS. Kwaliteitswet zorginstellingen. URL: <http://www.minvws.nl>, geraadpleegd Januari 2007.
- Walburg JA. Uitkomstenmanagement in de gezondheidszorg. Het opbouwen van lerende teams in organisaties. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2003.
- Walburg JA, Brinkmann J (Red.). Kwaliteit is geen toeval. De praktijk van kwaliteitszorg in de ggz. Utrecht: GGZ Nederland, 2001.
- Wamel A van, Takkenkamp J, Meeuwissen J, Voordouw I, Verburg H. Landelijk Basisprogramma Depressie. Leidraad voor zorgprogrammering. Utrecht: Trimbos-instituut, 2005.
- Wennink, HJ, Huwae S, Boomstra R. Haalbaarheidsstudie monitor interculturalisatie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.
- Website DBC GGZ. URL: <http://www.dbcggz.nl>, geraadpleegd Januari 2007.
- Wijngaarden B, Wennink HJ, Kok I. Klinische uitkomstindicatoren in de GGZ en Verslavingszorg. In Nederland verkrijgbare instrumenten getoetst op betrouwbaarheid, validiteit en toepasbaarheid. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.

Dit boek behandelt twee checklists: de *Checklist Gebruik van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie*, bedoeld om het gebruik van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie te kunnen vaststellen, en de *Checklist Kwaliteit van Depressiezorg*, bedoeld om de kwaliteit van de depressiezorg te kunnen monitoren. Conceptversies van de beide checklists zijn ter beoordeling voorgelegd aan een viertal zorgverzekeraars en hun commentaren op basis van bruikbaarheid bij de zorginkoop zijn verwerkt in de eindversies. Bij het ontwikkelen van de beide checklists is beoogd klinisch relevante indicatoren te kiezen.

Met dit toetsingskader worden de contouren geschetst van een landelijke Zorgstandaard Depressie die goede en passende depressiezorg omschrijft, volgens de state-of-the-art. Hiermee wordt een start gemaakt met het meten van een aantal specifieke en generieke indicatoren in het uitkomstenkwadrant van depressiemanagement. De Zorgstandaard Depressie beoogt een werkwijze te bewerkstelligen waarin sturen op positieve uitkomsten, meten van vorderingen in behandelresultaten en inzetten van kortcyclische verbeterprocessen gebaseerd op de Zorgstandaard Depressie gemeengoed worden voor zorgprofessionals, zorgmanagers, zorgverzekeraars, beleidsmakers, toezichthouders en patiënten.

Dit boek is een eindproduct dat vanuit het Depressie-Initiatief tot stand is gekomen. Met het Depressie-initiatief worden interventies en instrumentarium ontwikkeld waarmee patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars depressiemanagement kunnen toepassen en vorm kunnen geven aan de onderlinge relaties in het nieuwe zorgstelsel.

ISBN 978-90-5253-600-2

www.trimbos.nl

Dit boek behandelt twee checklists: de *Checklist Gebruik van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie*, bedoeld om het gebruik van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie te kunnen vaststellen, en de *Checklist Kwaliteit van Depressiezorg*, bedoeld om de kwaliteit van de depressiezorg te kunnen monitoren. Conceptversies van de beide checklists zijn ter beoordeling voorgelegd aan een viertal zorgverzekeraars en hun commentaren op basis van bruikbaarheid bij de zorginkoop zijn verwerkt in de eindversies. Bij het ontwikkelen van de beide checklists is beoogd klinisch relevante indicatoren te kiezen.

Met dit toetsingskader worden de contouren geschetst van een landelijke Zorgstandaard Depressie die goede en passende depressiezorg omschrijft, volgens de state-of-the-art. Hiermee wordt een start gemaakt met het meten van een aantal specifieke en generieke indicatoren in het uitkomstenkwadrant van depressiemanagement. De Zorgstandaard Depressie beoogt een werkwijze te bewerkstelligen waarin sturen op positieve uitkomsten, meten van vorderingen in behandelresultaten en inzetten van kortcyclische verbeterprocessen gebaseerd op de Zorgstandaard Depressie gemeengoed worden voor zorgprofessionals, zorgmanagers, zorgverzekeraars, beleidsmakers, toezichthouders en patiënten.

Dit boek is een eindproduct dat vanuit het Depressie-Initiatief tot stand is gekomen. Met het Depressie-initiatief worden interventies en instrumentarium ontwikkeld waarmee patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars depressiemanagement kunnen toepassen en vorm kunnen geven aan de onderlinge relaties in het nieuwe zorgstelsel.

ISBN 978-90-5253-600-2

www.trimbos.nl