

Checklist
multidisciplinaire richtlijn

depressie

Algemeen

Inleiding

In 2005 is de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie verschenen waaraan jaren is gewerkt. Bij deze richtlijn staat zoveel mogelijk evidence based werken centraal. Ook speelt de stepped care aanpak een belangrijke rol. Bij evidence based werken is er sprake van een wetenschappelijke onderbouwing en wordt er gekozen voor de behandeling die grootst bewezen werkzaamheid heeft. Stepped care werken betekent steeds kiezen voor de minst ingrijpende behandeling die mogelijk is in een bepaalde situatie.

Vrijblijvendheid?

Werken volgens deze richtlijn is zeker niet vrijblijvend. Zo dringen ziektekostenverzekeraars sterk aan op werken volgens de richtlijn. Ook is werken volgens de richtlijn een uitgangspunt van het kwaliteitssysteem dat bij GGNet ingevoerd wordt. Tot slot is het de verwachting dat de concurrentiepositie van GGNet op termijn behoorlijk verzwakt als er niet volgens de richtlijn gewerkt zal worden.

Wie is er reeds goed op de hoogte van de richtlijn?

Opmerkelijk genoeg is de kennis van de richtlijn beperkt. Een groot aantal hulpverleners is niet of nauwelijks op de hoogte van de richtlijn. Programmaleiders onderkennen veelal wel het belang van werken volgens de richtlijn maar hebben vaak geen duidelijk beeld van wat dit in de praktijk betekent.

Hoe kan de informatieachterstand worden ingelopen?

Om niet de hele richtlijn te hoeven bestuderen is er binnen GGNet een hulpmiddel ontworpen: de checklist werken met de multidisciplinaire richtlijn. Deze checklist maakt het mogelijk om op een actieve en snelle manier inzicht te krijgen in: wat werken volgens de richtlijn inhoud en in welke mate er reeds volgens de richtlijn wordt gewerkt.

Uitgangspunten bij de checklist.

Omdat gebruiksvriendelijkheid en snelheid voorop staan komen de belangrijkste zaken uit de richtlijn aan bod. Dit betekent dat er een keuze is gemaakt en dat sommige zaken niet zijn terug te vinden. Er wordt regelmatig naar de richtlijn verwezen door het (tussen haakjes) vermelde paginanummer.

Gebruiksaanwijzing van de checklist (goed lezen).

De checklist bestaat uit 42 items die gemakkelijk te herkennen zijn doordat ze **vet** zijn gedrukt. **Bij het invullen moet voor ieder item worden nagegaan in welke mate deze overeen komt met de praktijk binnen het zorgprogramma.**

Per item zijn er vier scoremogelijkheden:

Volledig van toepassing	(4)
In grote mate van toepassing	(3)
Beperkt van toepassing	(2)
Niet van toepassing	(1)

De scores moeten betrekking hebben op de huidige praktijksituatie. Het gaat niet om hoe het eigenlijk zou moeten zijn.

Per item dient 1 scoremogelijkheid omcirkeld te worden.

Deze checklist bevat ook items over de biologische behandeling van depressies. Voor niet-medici is er een aparte versie waarbij deze items ontbreken.

Algemeen:

Naam :
Functie :
Programma / RVE :
Datum :

Diagnostiek

Indelingen

- 1) Er vindt een indeling plaats naar soort, beloop en ernst van de depressie (24-26).
1 2 3 4

Differentiële diagnostiek

- 2) Er wordt aandacht besteed aan: stress gerelateerde stoornissen: spanningsklachten, overspanning en burn-out, aanpassingsstoornis en rouwreactie (30).
1 2 3 4
- 3) Er wordt aandacht besteed aan: angststoornissen, bipolaire stoornissen, schizofrene of verwante psychotische stoornissen en beginnende dementie (31).
1 2 3 4
- 4) Er wordt aandacht besteed aan het gebruik van (genees)middelen (32).
1 2 3 4
- 5) Er wordt aandacht besteed aan somatische aandoeningen die samenhangen met depressie (34).
1 2 3 4
- 6) Er wordt aandacht besteed aan:
A. persoonlijkheidskenmerken die van invloed zijn op het beloop en de behandelbaarheid van depressie;
B. persoonlijkheidsstoornissen. Dit zijn alle cluster B stoornissen m.u.v. antisociale persoonlijkheidsstoornis en alle cluster C stoornissen (33).
1 2 3 4

Overig

- 7) Er wordt beoordeeld in welke mate de depressie het functioneren in verschillende sociale rollen heeft aangetast. Dit zijn onder meer privé, werk sociale rollen (34).
1 2 3 4
- 8) Er wordt, om een beeld te krijgen van het ontstaan van de depressie, aandacht besteed aan:
A. de familiegeschiedenis;
B. de levensloop;
C. stressvolle gebeurtenissen en verlieservaringen (35).
1 2 3 4

9) Er wordt aandacht besteed aan mogelijk onderhoudende factoren zoals onderkenning en acceptatie van de aandoening en openstaan voor behandeling (36).

1 2 3 4

10) Er worden meetinstrumenten voor screening, classificatie en ernstbepaling van depressies gebruikt (40, 43, 47).

1 2 3 4

Zorgplan

- 11) Het zorgplan bevat een DSM-classificatie.
1 2 3 4
- 12) Het zorgplan bevat een diagnostisch gedeelte dat de hierboven genoemde onderdelen bevat.
1 2 3 4
- 13) Het zorgplan bevat een apart behandelplan.
1 2 3 4
- 14) De in het behandelplan vermelde interventies zijn aanbevolen in de multidisciplinaire richtlijn.
1 2 3 4
- 15) Indien ervoor een interventie wordt gekozen die niet is aanbevolen in de richtlijn wordt dit gemotiveerd.
1 2 3 4
- 16) In het behandelplan zijn evaluatiemomenten vermeldt op basis van het aantal behandelingen en/of de behandelduur (bijvoorbeeld na zes behandelingen of per drie maanden).
1 2 3 4
- 17) Bij de behandelevaaluatie worden objectieve meetinstrumenten gebruikt (bijvoorbeeld de BDI).
1 2 3 4
- 18) Het behandelplan bevat behandeldoelen die SMART zijn geformuleerd:
Specifiek, Meetbaar, Appelerend, Resultaatgericht en Tijdgebonden.
1 2 3 4

Behandeling

Indeling naar ernst en duur van de depressie.

Toelichting: om stepped care te kunnen werken is het van belang cliënten in te delen op basis van de ernst en de duur van de depressie (zie bijlage).

- 19) Er wordt een onderverdeling gemaakt in
- A. cliënten met een lichte tot matig ernstige depressie die minder dan 3 maanden bestaat;
 - B. cliënten met een lichte tot matige depressie die meer dan drie maanden bestaat;
 - C. cliënten met een ernstige of recidiverende depressie.
- 1 2 3 4

Begin niet direct met behandelen.

Toelichting: Op basis van de stepped care werkwijze wordt als er sprake is van een lichte tot matig ernstige depressie die korter dan drie maanden aanwezig is niet behandeld. Wel wordt er begonnen met zogenaamde minimale interventies en is er sprake van regelmatige controle en voorlichting door de behandelaar. Dit item geldt met name voor de eerste lijn.

- 20) Cliënten met een lichte tot matig ernstige depressie die korter dan drie maanden depressief zijn worden niet behandeld (55).
- 1 2 3 4

Geen behandeling wel minimale interventies.

Toelichting: er wordt begonnen met minimale interventies. Van de minimale interventies is de problem solving therapy het meest evidence based.

- 21) Er worden een of meer minimale interventies aangeboden. Dit zijn: Voorlichting, Psycho-educatie, bibliotherapie/zelfhulp, problem solving therapy (102).
- 1 2 3 4

Begin wel tijdig met behandelen.

- 22) Als na 6 weken de minimale interventies onvoldoende resultaat hebben wordt er met behandelen begonnen.
- 1 2 3 4

- 23) Bij cliënten die reeds drie maanden depressief zijn en / of waarbij er sprake is van een ernstige of recidiverende depressie wordt direct met behandelen begonnen.
- 1 2 3 4

Bevorder therapietrouw.

Toelichting: het is bekend dat een zorgelijk groot aantal cliënten vroegtijdig stopt met de behandeling. Het bevorderen van therapietrouw is hierbij is, zeker in het begin van de behandeling, van groot belang.

24) Therapietrouw wordt bevorderd door adequate voorlichting en door een frequente, ondersteunende gesprekken (zeker om de week)

1 2 3 4

Lichamelijk inspanning.

25) Lichamelijk inspanning wordt vanaf het begin van de behandeling gestimuleerd.

1 2 3 4

26) Cliënten worden gestimuleerd deel te nemen aan een running-group.

1 2 3 4

Keuze voor biologische en / of psychologische behandeling.

Toelichting: bij de behandeling zijn er twee routes die in het geval van lichte tot matig ernstige depressie gelijkwaardig zijn. Bij een keuze wordt er rekening gehouden met de voorkeur van de cliënt. Bij een ernstige of recidiverende depressie is deze keuze er niet.

27) Bij de keuze tussen biologische en psychologische behandeling wordt er nadrukkelijk rekening gehouden met de voorkeur van de cliënt (56).

1 2 3 4

28) Bij een ernstige depressie en een recidiverende depressie wordt er altijd gestart met tenminste een medicamenteuze behandeling (56).

1 2 3 4

Eerste keuze biologische behandeling.

Toelichting: bij start met een biologische behandeling wordt er een eerste keuze medicament voorgeschreven. Waaruit gekozen wordt is afhankelijk van de behandelsetting.

29) De medicamenteuze behandeling wordt gestart met een antidepressivum dat aansluit bij de behandelsetting (63):

Eerste lijn : TCA, SSRI

Tweede lijn : TCA, SSRI, Venlafaxine, Mirtazapine

Derde lijn : TCA (voorkeur), Venlafaxine

1 2 3 4

Onvoldoende respons op eerste keuze medicamenteuze behandeling.

Toelichting: na 4 weken wordt bij onvoldoende respons nagegaan met welke factoren dit mogelijk verband houdt. Deze zijn in de richtlijn genoemd (68). Er wordt op basis van dit onderzoek gekozen voor een andere voorzetting van de behandeling of er wordt doorbehandeld met hetzelfde middel waarbij de dosis wordt aangepast.

30) Na 4 weken onvoldoende respons wordt voor een andere behandeling gekozen of wordt bij doorbehandeling met hetzelfde middel de dosis aangepast.

1 2 3 4

Onvoldoende respons na 6-10 weken: volg het biologisch behandelprotocol.

31) Bij onvoldoende respons na 6-10 weken wordt er gestopt met de eerste keuze medicamenteuze behandeling en wordt de biologische vervolgbehandeling gebaseerd op het in de samenvatting van de richtlijn vermelde behandelprotocol (zie bijlage)

1 2 3 4

Behandeling na herstel.

Toelichting: na herstel bij een medicamenteuze behandeling wordt deze behandeling voortgezet. Bij een eerste depressie geldt een kortere doorbehandeling dan bij een recidief.

32) Er wordt een half jaar doorbehandeld in het geval van een eerste episode. Bij een recidief wordt er twee jaar of langer doorbehandeld.

1 2 3 4

Behandeling van depressie met psychotische kenmerken.

33) Cliënten met een psychotische depressie worden volgens het in samenvatting van de richtlijn vermelde biologische behandelprotocol behandeld (zie bijlage).

1 2 3 4

Behandeling van dysthyme stoornis.

34) Een dysthyme stoornis wordt primair medicamenteus behandeld. Hiernaast is er ondersteuning en wordt de mogelijkheid van psychologische hulp overwogen.

1 2 3 4

Behandeling van een winterdepressie.

35) Bij een winterdepressie wordt er lichttherapie gegeven.

1 2 3 4

Niet reguliere behandeling van depressie.

Toelichting: een bepaalde cliëntengroep staat terughouden tegenover zowel reguliere medicamenteuze behandeling als reguliere psychologische behandeling. Voor deze cliëntengroep is Sint Janskruid een alternatief.

36) Indien gewenst door de cliënt wordt Sint Janskruid voorgeschreven.

1 2 3 4

Eerste keuze psychologische behandeling.

Toelichting: wordt er bij lichte tot matig ernstige depressie voor een psychologische behandeling gekozen dan zijn er drie eerste keuze behandelingen om mee te starten. Hierbij zijn individuele en groepstherapie even effectief. In het geval van relatieproblemen wordt relatietherapie overwogen.

37) Er wordt als eerste psychologische behandeling gekozen voor cognitieve gedragstherapie, gedragstherapie of interpersoonlijke therapie.

1 2 3 4

De duur van de psychologische behandeling.

38) Er wordt doorgedaan met de behandeling totdat er een stabiele remissie is bereikt (globaal criterium: HDRS score < 8 gedurende 4 weken).

1 2 3 4

Non-respons bij psychologische behandeling.

39) Bij onvoldoende respons op psychologische behandeling wordt er overgestapt op een andere psychologische behandeling, op een medicamenteuze behandeling of een combinatie.

1 2 3 4

Psychologische behandeling bij non response biologische behandeling.

40) Bij onvoldoende respons op biologische behandeling alleen wordt psychologische behandeling (eventueel in combinatie met biologische behandeling) toegepast. Dit geldt voor alle ernstniveaus.

1 2 3 4

Psychologische nabehandeling van restsymptomen bij medicamenteuze behandeling.

41) Er wordt cognitieve gedragstherapie aangeboden als cliënten nog restsymptomen hebben na respons op een acute behandeling met antidepressiva.

1 2 3 4

Steunende en structurerende interventies.

Na de twee hoofdroutes bij behandeling medicamenteus en psychologisch zijn er nog diverse steunende en structurerende interventies die niet specifiek op de klachten zijn gericht maar zeker van belang kunnen zijn. De minimale interventies die reeds aan bod zijn gekomen zijn ook steunende / structurerende interventies. Hetzelfde geldt voor het stimuleren van lichamelijke inspanning. Er is voor deze interventies vaak geen of weinig wetenschappelijke onderbouwing.

42) Er worden steunende en structurerende interventies aangeboden.

1 2 3 4