

Meest gestelde vragen

In dit document staan de vragen die gedurende het Doorbraakproject Depressie 2 door projectleiders gesteld zijn. Mogelijk heeft u dezelfde vragen en vindt u een antwoord op uw vraag. De vragen zijn per onderwerp gegroepeerd.

Beck Depression Inventory (BDI)

Vraag

Welke versie van de BDI (en dus welke normen) worden in het Doorbraakproject Depressie 2 (DD2) gebruikt? De uitgedeelde versie ziet er uit als de BDI-IA (1979). Klopt dat? In DD I is er in onze instelling gewerkt met de BDI-II (2002), met een iets andere normering en een ander afkappunt voor herstel.

Antwoord

Het is inderdaad de BDI uit 1979. Ons advies is om de BDI-1 te gebruiken. Lukt dit niet dan gebruik je een ander meetinstrument en moet je deze omrekenen naar de BDI-1.

Vraag

Op de afdelingen waar het doorbraakproject gaat starten wordt sinds kort (na maanden inspanning om dit voor elkaar te krijgen) gewerkt met de IDS. Ik heb ooit gehoord (weet niet meer van wie) dat de IDS scores kunnen worden omgezet naar BDI scores. Kunnen jullie mij hierover meer vertellen.

Antwoord

In verband met de uniformiteit gaat onze voorkeur uit naar het gebruik van de BDI. Wanneer de IDS al volop door de hulpverleners gebruikt wordt, begrijpen wij dat dit lastig te wijzigen is. Het voorstel is dan dat de BDI omgerekend wordt naar de IDS. Zie voor de omrekenformule het artikel van Vittengel et al. 2005 in de map Basisdocumenten, 'wie nog meer wil weten', 'literatuur', van het verbeterproject Depressie.

Vraag

Bij ons is er een voorkeur om met de BDI-2 te werken (d.i. de laatste versie). Is dit bezwaarlijk?

Antwoord

Hiervoor geldt hetzelfde als bij de IDS (zie vorige vraag), dat wil zeggen onze voorkeur gaat uit naar het gebruik van de BDI, ivm de uniformiteit. Wanneer de hulpverleners de BDI-II al volop gebruiken dan is dit lastig te wijzigen. Dan kan de BDI-II omgerekend worden naar de BDI-1.

Vraag

In onze projectgroep kwam de volgende vraag aan de orde: uit de meettraining bleek dat het afnemen van de BDI om de zes weken ook een week eerder zou mogen gebeuren, maar niet een week later. Dit heeft te maken met doel 2. Wanneer je nu inderdaad een keer een week eerder meet, laten we zeggen in week 5, moet je dan de volgende keer uiterlijk in week 11 of mag je dan ook nog in week 12 meten om te voldoen aan de eisen van doel 2.

Antwoord

Het is niet erg om na 5 weken al te meten. Waar het om gaat is dat met behulp van de systematische follow up (doel 2) waarvan de BDI een onderdeel is, de behandeling van de cliënt geëvalueerd wordt en zo nodig bijgesteld.

Het invoerbestand Excel telt het aantal metingen dat er in een bepaalde periode zou moeten zijn en vergelijkt dat met het aantal dat er daadwerkelijk zijn geweest. Tevens

telt het bestand het gemiddeld aantal dagen tussen de metingen. Dit kun je op het tabblad resultaten in de tabellen terug vinden.

Zit je er onder dan voldoe je niet aan de doelstelling. Zit je erboven dan zit je boven 100%. Als je gemiddeld maar 1 x per 6 weken meet dan zit je gewoon goed. Teveel metingen is niet erg voor je resultaten, te weinig wel.

Vraag

In het team volwassenen wordt nagedacht over een doel specifiek voor allochtonen. Er wonen nl. relatief veel Vietnamezen, Hindoestaanse Surinamers, Iraakse Koerden en Antillianen in de wijk. Daar zitten mensen tussen, die regelmatig met vage somatische klachten in de huisartsenpraktijk komen. De huisarts wil graag extra aandacht besteden aan deze groep, bv. door zichzelf te trainen om psychische klachten aan te kaarten (en zo ook op het spoor van evt. depressies te komen). Hij vraagt zich af of de BDI daarvoor te gebruiken is? Hij zou dan alle mensen met vage somatische klachten een BDI willen voorleggen. Is dus een soort case-finding.

Onze vragen:

- Kan en mag de BDI daarvoor gebruikt worden?
- Zo nee, hebben jullie andere suggesties om een doel expliciet voor deze groep vast te stellen?

Antwoord

We moeten oppassen dat we met het doorbraakproject niet ook andere m.n. diagnostische problemen proberen op te lossen rond de vraag wat depressie is. De BDI wordt in het project niet als screener gebruikt. De vraag 'welke instrumenten gebruikt kunnen worden als screener voor depressie bij onverklaarbare lichamelijke klachten' valt buiten het project. Het ingangscriterium voor het project is of de huisarts een depressie vaststelt.

Vraag

In onze instelling is de discussie gaande over welke instrumenten breed gebruikt kunnen worden om therapie effecten te gaan meten. In dat kader kwam de vraag naar boven waarom de experts van het project gekozen heeft voor de BDI uit 1979 en niet de BDI-II en voor de GDS-15 en niet voor de GDS-30. Jullie hebben daar vast goed over nagedacht en wij hopen te profiteren van jullie argumenten. Daarnaast rees de vraag binnen ons projectteam of de Arabische versie van de BDI een versie is die geschikt is voor Marokkaanse cliënten. Zelf ben ik een leek op dit gebied, maar het ene Arabisch blijkt het andere niet te zijn.

Antwoord

We hebben voor de instrumenten gekozen, omdat deze betrouwbaar en valide zijn en niet veel tijd kosten om af te nemen, zowel in de eerste als tweede lijn. En ivm uniformiteit met eerste doorbraak depressie project.

Of de Arabische versie van de BDI een versie is die geschikt is voor Marokkaanse cliënten zul je uit moeten proberen. Veel Marokkaanse cliënten spreken Berbers en het gebruik is afhankelijk van of iemand kan lezen/schrijven.

Afsluiten behandeling

Vraag

In onze projectgroep kwam de volgende vraag naar voren naar aanleiding van doel 7: Is het afsluiten van de behandeling na zes maanden wel in overeenstemming met de multidisciplinaire richtlijn? Deze schrijft voor dat iemand een maand lang een bepaalde HDRS score moet hebben. Deze score komt neem ik aan overeen met de BDI score van 10 of lager. Dit zou betekenen dat de cliënt dus na 5 maanden al op deze score zou moeten zitten om na zes maanden te kunnen afsluiten.

Antwoord

In de richtlijn wordt inderdaad terughoudend geadviseerd rondom afsluiting maar je kunt de behandeling overdragen naar de eerste lijn. Daar kunnen afspraken mee gemaakt worden over controles en contactfrequentie met cliënten die (bijna) hersteld zijn.

Vergoeding fysieke inspanning eerstelijns

Vraag

De fysiotherapeut gaat de interventie fysieke inspanning voor zijn rekening nemen. Is er iets bekend over de vergoeding voor fysieke inspanning.

Antwoord

Een verwijzing van huisarts naar fysiotherapeut lijkt adequaat om voor vergoeding door verzekeraar in aanmerking te komen.

Kosteneffectiviteit vroege behandeling

Vraag

Een huisarts, lid van een doorbraakteam, vraagt of er (wetenschappelijke) artikelen beschikbaar zijn over de (kosten)effectiviteit van vroege behandeling van depressie.

Antwoord

In het proefschrift van Filip Smit, *Prevention of Depression, 2007*, lees je het e.e.a. over kosteneffectiviteit van preventieve interventies. Deze is te vinden in map Basisdocumenten, 'wie nog meer wil weten', 'literatuur', van het verbeterproject Depressie.

Comorbiditeit met cluster B persoonlijkheidsproblematiek

Vraag

Is er iets bekend over de effectiviteit van GT, CT, CGT of IPT wanneer er bij de cliënt sprake is van cluster B persoonlijkheidsproblematiek? Ik heb gehoord dat Sako Visser van GGZ BuitenAmstel een onderzoek gedaan heeft naar de behandeling van angststoornissen als er sprake is van persoonlijkheidsproblematiek en daar zou uitgekomen zijn dat cluster C problematiek geen belemmeringen oplevert voor de standaardbehandeling (misschien wat lichte aanpassingen) maar dat bij cluster B problematiek de behandeling beter daarop gericht kan worden en niet op de As I diagnose. Ik weet niet wat de status van dit onderzoek is. Is er iets over bekend bij depressie/dysthymie?

Antwoord

In een review van Newton-Howes et al. 2006, blijkt dat de effectiviteit inderdaad lager is bij comorbide PS.

Echter, in het MGZ van 2007 pp 647-648 beweert Arnzt in de rubriek Beproefd dat dit waarschijnlijk een foutieve conclusie is die er mee te maken heeft dat de ernst van de depressie ook vaker hoger ligt waardoor na behandeling de ernst wel daalt maar niet tot onder het gewenste niveau komt.

Dus de discussie loopt nog. Het voorkomen van een PS pleit voor een goed toegepaste protocolaire behandeling met effectmaten zoals toegepast binnen Doorbraak.

Hieronder staat het abstract en enkele 'related articles' over dit onderwerp.

1: Br J Psychiatry. 2006 Jan;188:13-20.

Comment in:

Br J Psychiatry. 2006 Aug;189:186-7; author reply 187.

Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies.

Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T.

Department of Psychological Medicine, Division of Neuroscience and Mental Health, Imperial College London, St Dunstan's Road, London W6 8RP, UK.

BACKGROUND: There is conflicting evidence about the influence of personality disorder on outcome in depressive disorders. **AIMS:** Meta-analysis of studies in which a categorical assessment of personality disorder or no personality disorder was made in people with depressive disorders, and categorical outcome (recovered/not recovered) also determined. **METHOD:** Systematic electronic search of the literature for relevant publications. Hand searches of Journal of Affective Disorders and recent reviews, with subsequent meta-analysis of selected studies. **RESULTS:** Comorbid personality disorder with depression was associated with a doubling of the risk of a poor outcome for depression compared with no personality disorder (random effects model OR=2.18, 95% CI 1.70-2.80), a robust finding maintained with only Hamilton-type depression criteria at outcome (OR=2.20, 95% CI 1.61-3.01). All treatments apart from electroconvulsive therapy (ECT) showed this poor outcome, and the ECT group was small. **CONCLUSIONS:** Combined depression and personality disorder is associated with a poorer outcome than depression alone.

PMID: 16388064 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Related Links

Clinical outcome of ECT in patients with major depression and comorbid borderline personality disorder. [Am J Psychiatry. 2004] PMID:15514409

The relationship of personality disorders to treatment outcome in depressed outpatients. [J Clin Psychiatry. 2003] PMID:12716266

Comorbidity of personality disorders and depression: implications for treatment. [J Consult Clin Psychol. 1992] PMID:1460149

Efficacy of pharmacotherapy in depressed patients with and without personality disorders: a systematic review and meta-analysis. [J Affect Disord. 2005] PMID:16165217

Three concomitants: personality disorders, psychiatric severity, and outcome of dynamic psychotherapy of major depression. [Am J Psychiatry. 1993] PMID:8328572

Clënten met een dysthyme stoornis

Vraag

Als cliënten een dysthyme stoornis hebben en dan depressief worden dan is het goed mogelijk dat zij in termen van de DSM een lichte depressie hebben. Volgen we het 'Stroomschema stepped care' dan is de duur van de klachten van doorslaggevend belang. Formeel zou het zo kunnen zijn dat iemand pas enkele weken een depressie heeft, terwijl de klachten in feite al jarenlang spelen, zij het in lichtere mate. Wanneer iemand precies van dysthym naar depressief gegaan is, is niet altijd te achterhalen. Mij lijkt het daarom juist om in zo'n geval te spreken van een ernstige depressie. Ik leg het echter graag ook even aan jullie voor.

Antwoord

Inderdaad levert de indeling dysthymie en depressieve stoornis problemen op met de indeling in ernstig en niet-ernstig. De opzet van het 'Stroomschema stepped care' is dat

bij langer bestaande problemen er meer moet gebeuren dan afwachten cq minimale interventies. Ernstig in de zin van prognose. Bij de dubbele depressie zal meer moeten gebeuren dan alleen minimale interventies. Het klopt om in dat geval te spreken van een ernstige depressie (wat betreft duur) en de behandeling daarop af te stemmen.

DSM-IV

Is het zo dat alleen de psychiater of de psycholoog de tweede stap diagnostiek DSM-IV doet of ook de huisarts? Wij hadden gezegd dat dit door de psycholoog of psychiater moest gebeuren. Waardoor de huisarts komt met de volgende opmerking: "Deze manier van werken impliceert dat alle mensen die wij diagnosticeren met een ernstige depressie eerst naar de psycholoog of psychiater moeten, voordat wij medicatie kunnen voorschrijven. Dat kan toch niet de bedoeling zijn"?

Antwoord

Voor alle duidelijkheid: de DSM is een classificatie systeem en geen diagnostisch systeem. De huisarts is zeer wel in staat om een depressie te diagnosticeren en te classificeren volgens het DSM systeem. Ook de NHG standaard Depressieve stoornissen hanteert hetzelfde begrippenkader. Het is niet alleen niet nodig maar ook de geschetste gevolgen zijn onwenselijk en onhaalbaar. Refereren aan de standaard is prima.

Cliëntperspectief

Vraag

Ik heb begrepen dat er een checklist is ontwikkeld die bedoeld is om ervoor te zorgen dat het perspectief van cliënt en familieleden voldoende aan bod komt bij de implementatie van richtlijnen. Zou in het kader van dit project deze checklist ter beschikking kunnen komen? Het gaat om: Landelijke Commissie Clientparticipatie (2001). *Checklist voor de ontwikkeling en inhoud van multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ, gezien vanuit cliënten- en familieperspectief (eerste versie)*. Utrecht: Trimbosinstituut.

Antwoord

Zie hiervoor onder B2 'Checklist cliëntparticipatie'.

Prevalentie en incidentie depressie ouderen

Vraag

Ik ben op zoek naar de (meest gangbare) incidentie cijfers voor depressie onder ouderen (65-plussers). Hoe vaak komt het voor en hoeveel nieuwe gevallen per jaar?

Antwoord

Prevalentie 55+ bevolking 2% (DSM-IV diagnose major depressie) in verzorgingshuizen 4%, in verpleeghuizen 8%. Voor overige prevalentie en incidentie cijfers zie medline publicaties bevolking (Beekman et al.), Eisses (verzorgingshuizen) of Jongenelis (Verpleeghuizen). Of bijv. Pot et al. (2007), Handboek Ouderenpsychologie, Utecht: De Tijdstroom.

Is kortdurende behandeling geen eerste stap interventie

Vraag

Kortdurende behandeling is opgenomen in de toolkit eerstestap interventies. De behandeling is kennelijk evidence-based, maar waarvoor? De vraag houdt verband met het gesprek in het team waar de behandeling door een eerstelijnspsycholoog is onder te brengen.

Antwoord

Kortdurende behandeling is een verzamelnaam voor nogal wat verschillende vormen van behandeling en die zijn niet allemaal evidence based. Verder is er in Tijdschrift voor Psychotherapie, jrg 33. januari 2007 een artikel verschenen van Van Straten ea in de rubriek Onderzoek waarin een kortdurende behandelmodel is vergeleken met cognitieve gedragstherapie (CGT) en met Care as usual (CAU) in de behandeling van angst en van stemmingsstoornissen. Daarin komt dit model er efficiënt en kosteneffectief uit ten opzichte van CGT en CAU. Dit kortdurende behandelmodel is goed te gebruiken als eerste keus behandeling, hoewel het model ook veel wordt toegepast in de tweede lijn.

Kortdurend behandelen zoals beschreven in de toolkit is een eerste stap interventie, een 5 tot 8 gesprekken model met drie duidelijke fasen. De eerstelijnspsycholoog kan zeker de eerste stap interventie kortdurend behandelen uitvoeren. Daarnaast kan zij de tweede stap interventies cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke psychotherapie uitvoeren voor cliënten die daarvoor in aanmerking komen. Met deze "protocolaire behandelingen" op maat van de cliënt, zijn veel eerstelijnspsychologen bekend en deskundig. Voor meer informatie zie onder B5 Interventies.

Trends in aanmeldingen

Vraag

In het kader van werken zonder wachtlijst zou het prettig zijn als we gegevens hadden over trends in aanmeldingen van cliënten met een depressieve stoornis. Is hier landelijk iets over bekend. Zijn er perioden in het jaar waarvan bekend is dat er zich meer of minder mensen dan gemiddeld aanmelden in de GGZ?

Antwoord

Er kan geen antwoord in het algemeen op gegeven worden. Het zal met name afhangen van de doelgroep. Als er seizoensinvloeden zijn dan zullen deze in de derde lijn minder zichtbaar zijn dan bijvoorbeeld in de tweede. Verder moeten seizoensinvloeden per afdeling bezien worden.

Waarschijnlijk brengen landelijke gegevens niet veel houvast voor een regio. Regionale invloeden zijn mogelijke van invloed, naast seizoensgebonden invloeden. Er zal dan ook gedifferentieerd dienen te worden in echelon.

Waarschijnlijk zijn de seizoensinvloeden niet in die mate aanwezig dat er rekening mee gehouden kan worden.