Leidraad voor regionale zorgprogrammering

Landelijk Basisprogramma
Depressie

Trimbos-instituut
Anneke van Wamel
Jaco Takkenkamp
Jolanda Meeuwissen
Ineke Voordouw
Henk Verburg

Trimbos-
instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Leidraad voor regionale zorgprogrammering

Landelijk Basisprogramma
Depressie

Trimbos-instituut
Anneke van Wamel
Jaco Takkenkamp
Jolanda Meeuwissen
Ineke Voordouw
Henk Verburg

Colofon

Opdrachtgever
Het Trimbos-instituut
Financiering
Het Trimbos-instituut
Projectleiding
Henk Verburg
Projectuitvoering
Anneke van Wamel
Jaco Takkenkamp
Jolanda Meeuwissen
Ineke Voordouw
Productiebeleiding
Paul Anzion
Vormgeving en druk
Ladenius Communicatie BV

Klankbordgroep
Trimbos-instituut
Drs. E. Bohlmeijer
Dr. F. Smit
Dr. C. de Ruiter
Dr. A. van Straten
Extern

Prof.dr. W.A. Nolen	Altrecht
Prof.dr. A.H. Schene	AMC/De Meren
Dr. H.W.J. van Marwijk	EMGO/VU medisch centrum

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 AF0609
U krijgt een factuur voor de betaling.

ISBN 9052535094

©2005 Trimbos-instituut, Utrecht, The Netherlands

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.

Inhoud

1. Inleiding
A Wat is het landelijk basisprogramma? 5
B Waarom een landelijk basisprogramma depressie? 6
C De inhoud van het basisprogramma 7

2. Doelgroep
A Doelgroep in zorgprogramma's 11
B Wat is de doelgroep in het basisprogramma depressie? 11
C Regionaal bepaalde aspecten 14

3. Hulpvraag
A De hulpvraag in zorgprogramma's 17
B Wat is de hulpvraag in het basisprogramma depressie? 17
C Regionaal bepaalde aspecten 19

4. Doelen
A De doelen in zorgprogramma's 21
B De doelen in het basisprogramma depressie 21

5. GGZ preventie
A Preventie in zorgprogramma's 25
B Wat is de plaats van preventie in het basisprogramma depressie? 25
C Regionaal bepaalde aspecten 26

6. Indicatiestelling en zorgtoewijzing
A Indicatiestelling en zorgtoewijzing in zorgprogramma's 29
B Hoe verloopt de indicatiestelling en zorgtoewijzing in het basisprogramma depressie? 30
C Nadere diagnostiek (inclusief ernstmeting) 35

7. Behandelmodules en activiteiten
A Behandelmodules en activiteiten in zorgprogramma's 39
B Behandelmodules en activiteiten in het basisprogramma depressie 39
C Module- en activiteitenoverzicht 44

8. Randvoorwaarden
A Randvoorwaarden bij zorgprogramma's 55
B Randvoorwaarden binnen het basisprogramma depressie 56
C Aspecten waar rekening mee gehouden moeten worden 59

9. Implementatie
A Implementatie in zorgprogramma's 63
B Implementatie in het basisprogramma depressie 64
C Implementatie van zorgprogramma's 68

10. Literatuurverwijzingen 71

Hoofdstuk 1 Inleiding

Inleiding
A Wat is het landelijk basisprogramma?
B Waarom een landelijk basisprogramma angststoornissen?
C De inhoud van het basisprogramma

Wat is een landelijk basisprogramma?

Een landelijk basisprogramma[1] bevat op hoofdlijnen alle ingrediënten die nodig zijn om een op de regio toegesneden zorgprogramma op te stellen. Een zorgprogramma is een samenhangend hulpaanbod voor een omschreven doelgroep. Het beschrijft welk hulpaanbod in de regio beschikbaar moet zijn en door wie dat geleverd kan worden.
Het landelijke basisprogramma beschrijft de betreffende doelgroep, de hulpvraag van de doelgroep, de professionele analyse van die hulpvraag, de co-morbiditeit, het wenselijke hulpaanbod op basis van de beste wetenschappelijke, professionele en ervaringskennis en de noodzakelijke randvoorwaarden voor een zorgprogramma gericht op de betreffende doelgroep.

Een basisprogramma dient als een leidraad bij het opstellen en implementeren van een regionaal zorgprogramma. Het basisprogramma is nadrukkelijk niet bedoeld als een handleiding voor de individuele hulpverlener bij zijn of haar werkzaamheden, maar het is een tekst die op enige afstand staat van de individuele hulpverleningspraktijk. Het basisprogramma verwijst bijvoorbeeld naar bruikbare diagnostische instrumenten en relevante interventies, zonder dat deze instrumenten en interventies in de tekst gedetailleerd worden beschreven.
In een basisprogramma wordt de inhoudelijke kern van een zorgprogramma weergegeven, op basis van de meeste recente wetenschappelijke kennis en evidence. Een regio kan daarmee een zorgprogramma opstellen, daarbinnen de noodzakelijke instrumenten en interventies concretiseren en over de uitvoering ervan afspraken maken met de relevante regionale partijen.
Er is in het veld grote behoefte aan dergelijke betrouwbare gebundelde informatie over de hulpverlening aan de belangrijkste doelgroepen in de GGZ, op basis waarvan regionaal afspraken gemaakt kunnen worden over een samenhangend hulpaanbod.

Het gaat in deze tekst om een breed basisprogramma, waarin het preventieve hulpaanbod, de hulpverlening in de eerste lijn en de hulpverlening in de gespecialiseerde GGZ is meegenomen. Dit sluit aan bij de tendens in de regionale praktijk om in het kader van de zorgprogrammering over de grenzen van de gespecialiseerde GGZ te kijken. Het onderstaande figuur maakt duidelijk dat geestelijke gezondheid en daarmee ook de geestelijke gezondheidzorg als een continuüm beschouwd moeten worden. Mensen bewegen zich op het continuüm van gezondheid heen en weer. Dit wordt steeds veroorzaakt door een combinatie van biologische, sociale en psychologische factoren. Het gehele spectrum van zorg(instellingen) en diensten zou daarom in samenhang beschouwd moeten worden. Veel domeinen (bijvoorbeeld gezondheidsbevordering en welzijnswerk enerzijds en de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg anderzijds) zijn echter nog steeds sterk van elkaar gescheiden.

In het model zijn vier niveaus te onderscheiden:

Op niveau 1 gaat het om algemene gezondheidsbevordering en het creëren van voorwaarden waaronder mensen zichzelf optimaal kunnen ontwikkelen en ontplooien. Algemene versterking van sociaal-emotionele competentie alsmede het creëren van gezondheidsbevorderende leefomstandigheden (school, gezin, wijk, arbeid, verzorgingshuizen) staan centraal.

[1] In de hierna volgende tekst worden de termen basisprogramma en landelijke basisprogramma naast elkaar gebruikt. Vanwege de leesbaarheid is het woord landelijk meestal weggelaten. Waar basisprogramma staat wordt dus het landelijke basisprogramma bedoeld.

Op niveau 2 gaat het om specifieke kwetsbare groepen mensen in de samenleving die een verhoogd risico hebben om gezondheidsklachten te ontwikkelen. Voorbeelden zijn ouderen zonder sociaal netwerk, kinderen die het slachtoffer zijn van mishandeling.

Op niveau 3 gaat het om mensen die langere tijd gezondheidsklachten ervaren. Deze kunnen variëren van mild tot ernstig. Voor mensen met klachten is vroegtijdige hulp aangewezen.

Op niveau 4 gaat om mensen met een diagnosticeerbare psychische/psychiatrische stoornis. Niet alleen een effectieve behandeling/therapie staat centraal maar tevens zorggerichte preventie: het voorkomen van terugval en comorbiditeit, alsmede sociale reintegratie, wanneer een stoornis langer aanwezig is.

Interactie tussen geestelijke gezondheids status en de geestelijke gezondheidszorg als continuum

goede geestelijke gezondheid:

goede interactie tussen individu, groep en omgeving gericht op welzijn, optimale ontplooiing en gebruik van vermogens

psycho-sociale problemen:

stagnerende interactie tussen individu, groep en omgeving leidend tot verminderd welbevinden

psychische klachten (sub-klinisch):

toename van ernstige, langdurende klachten leidend tot sterke afname kwaliteit van leven

psychische stoornis:

medisch/psychiatrische stoornis met grote gevolgen voor cognitieve, relationele en emotionele vermogens.

geestelijke gezondheidsstatus continuum

geestelijke gezondheidszorg continuum

(universele) gezondheidsbevordering:

bevordering van optimale geestelijke gezondheid, b.v. werksatisfactie, weerbaarheid, sociale vaardigheden, zelfsturend vermogen, veilige en uitdagende omgeving (afname risicofactoren).

(selectieve) preventie gericht op risicogroepen:

versterking beschermende factoren bij kwetsbare groepen, b.v. copingvaardigheden

(geïndiceerde) vroeginterventie:

eerder onderkennen van klachten door professionals en bevolking en vroegtijdige hulp, b.v. psycho-educatie, zelfhulp, voorlichting.

behandeling en rehabilitatie:

therapie, voorkomen van comorbiditeit en terugval, sociale integratie.

BRON: SMIT F ET AL, 2003.

Waarom een landelijk basisprogramma depressie?

Depressie is een omvangrijk probleem met ernstige gevolgen voor degenen die ermee te maken hebben. Bovendien zijn de (maatschappelijke) kosten van de behandeling hoog terwijl deze nog te weinig systematisch wordt aangepakt.
In deze tekst wordt een basisprogramma voor mensen met een depressie (unipolair) beschreven. Vooralsnog beperkt het basisprogramma zich tot de doelgroep volwassenen. Bij de keuze om een basisprogramma voor mensen met een depressie op te stellen hebben de volgende overwegingen een rol gespeeld:

- Er is een grote mate van overeenstemming tussen alle betrokkenen over wat de inhoud van een basisprogramma voor mensen met een depressie zou moeten zijn
- Het opstellen van een regionaal zorgprogramma is een langdurig en vaak moeizaam proces. In een aantal regio's zijn inmiddels kwalitatief goede programmateksten voor depressie opgesteld en in gebruik genomen. In de Databank Zorgprogrammering (een gezamenlijk product van GGZ Nederland en het Trimbos-instituut) is te vinden welke zorgprogramma's momenteel als beste voorbeelden zijn beoordeeld. De databank is te vinden op http://www.ggzkennisnet.nl
- In 2004 verscheen de herziene NHG-standaard depressie en in 2005 de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (het moederdocument). Ook wordt er aan een transmurale afspraak rond depressie gewerkt.
- Er is in 2003 een Stepped Care Programma voor depressie verschenen (Meeuwissen & Van Weeghel, 2003)
- Bovendien is er in de afgelopen jaren rond depressie materiaal verschenen over de wensen en verwachtingen van de betreffende doelgroep, de wetenschappelijke onderbouwing van depressiepreventie (Smit et al, 2003).

Deze documenten vormen de inhoudelijke basis voor een regionaal zorgprogramma depressie. Het basiszorgprogramma schetst de wijze waarop deze kennis binnen de regionale structuren toegepast en gekoppeld kan worden. Het doel van het basisprogramma is om regionale werkgroepen en hulpverleners in staat te stellen een zo goed mogelijk regionaal zorgprogramma voor depressie te schrijven, met als uiteindelijk doel de cliënt een zo passend mogelijk hulpaanbod te kunnen bieden.
Zoals al beschreven verschijnen in rap tempo publicaties waarin de meest recente wetenschappelijke kennis over depressie en de behandeling ervan beschreven wordt. Het is niet voor iedere hulpverlener mogelijk om op de hoogte te blijven hiervan én om die kennis te vertalen naar de behandelpraktijk.
Het basisprogramma tracht de hulpverleners hierin tegemoet te komen door als gids beknopt weer te geven wat de meest recente kennis is en waar welke onderwerpen en activiteiten te vinden zijn.

Het basisprogramma is geschreven voor :
- regio's die nog niet met zorgprogramma's werken, maar wel van plan zijn daarmee te starten,
- leden van (beginnende) werkgroepen zorgprogrammering,
- regio's die wel met zorgprogrammering werken, maar waar de zorgprogramma's inhoudelijk aan bijstelling en/of verbetering toe zijn,
- regio's die in hun zorgprogramma's de deur open willen stellen naar preventie en de eerste lijn,
- medewerkers in het preventieveld en de eerste lijn die bezig zijn met hun positionering naar de tweedelijns GGZ,
- regio's die een zorgprogramma depressie geschreven hebben, maar dat nog niet ingevoerd hebben. Zij kunnen hun tekst aan de hand van het basisprogramma bijstellen aan de hand van meeste recente kennis en voordeel hebben van het hoofdstuk over implementatie.

Dit basisprogramma beschrijft wat de inhoud van een zorgprogramma zou moeten zijn. Maar met het schrijven van een zorgprogramma is de klus nog niet geklaard. Het invoeren of implementeren van een zorgprogramma is een traject dat niet onderschat moet worden. Het implementeren dient goed voorbereid en zorgvuldig te verlopen, en dat begint al bij het opstellen van het zorgprogramma. Daarin wordt onder meer concreet beschreven wie betrokken is bij de implementatie van het programma, welke evaluatiepunten vastgesteld zijn en wat de organisatorische consequenties zijn.

De inhoud van het basisprogramma depressie

Het basiszorgprogramma beschrijft de volgende inhoudelijke thema's met betrekking tot depressie:
- doelgroep,
- hulpvraag,
- doel,
- GGZ-preventie en geestelijke gezondheidsbevordering,
- indicatiestelling en zorgtoewijzing,
- behandelmodules en -activiteiten,
- randvoorwaarden,
- implementatie.

Alle hoofdstukken zijn opgebouwd volgens hetzelfde stramien:

Deel A: waarin beschreven is wat onder dat onderdeel verstaan wordt en waarom het belangrijk is dat het in een zorgprogramma beschreven wordt.

Deel B: waarin dat onderdeel wordt uitgewerkt voor depressie. Hierin komen de zogenaamde 'kern' teksten aan bod, d.w.z. onderwerpen die in ieder geval in een zorgprogramma depressie aan bod zouden moeten komen.

Deel C: waarin onderwerpen staan die niet in elke regio dezelfde zwaarte hebben, maar die wel overwogen dienen te worden (met uitzondering van hoofdstuk 4 'Doel', dat geen deel C heeft).

Onderstaand een korte introductie van de genoemde thema's:

Doelgroep (Hoofdstuk 2)
In het hoofdstuk over de doelgroep wordt in deel A beschreven wat onder doelgroep in een zorgprogramma verstaan wordt. Deel B beschrijft wie er precies onder de doelgroep cliënten met een depressieve stoornis (unipolair) vallen. De DSM-IV criteria voor de depressieve stoornis zijn hierbij het uitgangspunt. Daarna komen vervolgens aanbod: de subclassificaties, de omvang van de doelgroep, risicogroepen en -factoren en luxerende- en onderhoudende factoren.
In deel C worden aspecten rond co-morbiditeit, seksespecifieke aspecten en allochtonen/asielzoekers kort besproken.

Hulpvraag (Hoofdstuk 3)
In het hoofdstuk over hulpvraag wordt in deel A beschreven wat onder het begrip hulpvraag in een zorgprogramma verstaan wordt. In deel B worden de hulpvragen omschreven waarmee cliënten met een depressie zich in de eerste en de tweede lijn veelal aanmelden. De hulpvragen op verschillende levensgebieden (psychisch functioneren, sociaal functioneren, lichamelijk functioneren en seksualiteit, dagstructurering, werk en opleiding, en woonomgeving) worden nader omschreven.
In deel C komen de hulpvragen van specifieke doelgroepen aan bod, namelijk vrouwen, allochtonen en cliënten zonder een specifieke hulpvraag.

Doelen (Hoofdstuk 4)
In het hoofdstuk over het doel van het basisprogramma komt in deel A ter sprake wat de doelen van een zorgprogramma in het algemeen dienen te zijn. In deel B wordt dit gespecificeerd naar doelen waarnaar gestreefd wordt in het contact met een depressieve cliënt, d.w.z. de verschillende behandeldoelen. Hierbij is ook aandacht voor doelen van depressiepreventie.

GZZ-preventie en gezondheidsbevordering (Hoofdstuk 5)
Preventie heeft in het basisprogramma een grotere plaats gekregen dan in de meeste bestaande zorgprogramma's het geval is. Hiermee wordt een begin gemaakt met het overschrijden van de grenzen tussen preventie, eerstelijns- en tweedelijns GGZ.
In deel A wordt beknopt beschreven welke vier vormen van GGZ preventie er te onderscheiden zijn: universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerichte preventie. Ook wordt het verschil tussen GGZ preventie en gezondheidsbevordering uitgelegd.
In deel B wordt de plaats van preventie in het basisprogramma depressie verduidelijkt en worden de vier preventievormen voor depressie beschreven. Daarna komen specifieke risico en beschermende factoren aan bod. Deel C behandelt de mogelijke aanbieders van GGZ preventie in een regio en geeft een overzicht van interventie mogelijkheden m.b.t. depressie.

Indicatiestelling en zorgtoewijzing (Hoofdstuk 6)
Dit hoofdstuk heeft tot doel om een helder overzicht te geven van de verschillende stappen die in het proces van indicatiestelling en zorgtoewijzing genomen moeten worden. Waar mogelijk zijn aan deze stappen de instrumenten toegevoegd die daarbij te gebruiken zijn. Als er van een richtlijnadvies over deze instrumenten is uitgegaan, wordt dat erbij vermeld.

In deel A worden de termen gedefinieerd. Daarna worden de stappen in het indicatie- en toewijzingsproces genoemd die in een zorgprogramma minimaal beschreven moeten worden.
Deze stappen zijn in vier fasen samen te vatten: aanmelding en/of intake, indicatiestelling, zorgtoewijzing en opstellen van het behandelplan (meestal onderdeel van de behandeling), bewaking en bijstellen van het behandelplan.
In deel B is uitgewerkt hoe deze fases bij depressieve cliënten horen te verlopen.

Met betrekking tot *aanmelding en intake* komen aan bod:
- aanmelding en herkenning van klachten in de eerste lijn,
- doorverwijzing,
- het gebruik van screeners,
- onderdelen van de psychiatrische diagnostiek (o.a. classificatie en beloop),
- classificatie instrumenten,
- ernstbepaling en beloop

Met betrekking tot *indicatiestelling* komen aan bod:
- doelen van en eisen aan het indicatieproces
- rol van de cliënt
- verwijzingen

Met betrekking tot het opstellen, *bewaken en bijstellen van het behandelplan* wordt besproken:
- definiëring van de termen
- inhoud van een behandelplan
- positie van de cliënt

In deel C worden de verdere diagnostische activiteiten beschreven die nodig kunnen zijn indien het voorgaande nog niet tot een goed behandelplan leidt. De hulpverlener zal per cliënt een pakket samen moeten stellen uit de genoemde activiteiten. Het is aan de samenstellers van het regionale zorgprogramma om te kiezen welke activiteiten beschreven worden en hoe gedetailleerd.
Aan bod komen:
- Aanvullende psychiatrische diagnostiek: hetero-anamnese, aandacht voor suïcidaliteit, comobiditeit, persoonlijkheidsonderzoek.
- Somatische diagnostiek: somatische anamnese, lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek.
- Sociale diagnostiek: het SSKK model, biografische anamnese, mogelijke instrumenten om dit deel in kaart te brengen, systeem onderzoek.

Behandelmodules en –activiteiten (Hoofdstuk 7)
Dit vormt als het ware de kern van het basisprogramma. Dit hoofdstuk wil de diverse basisdocumenten (de Multidisciplinaire Richtlijn en het Stepped Care Programma) aan elkaar koppelen en toegankelijk maken voor de hulpverleners die de inhoud van deze documenten willen opnemen in hun zorgprogramma. Dit is gedaan door een zo volledig mogelijke opsomming van activiteiten te verzamelen (van voor het zorgprogramma zinvolle interventies) en vervolgens per activiteit aan te geven wat de basisdocumenten er over zeggen. Dit is beperkt gehouden, het basisprogramma geeft een verwijzing die (zo nodig) in het oorspronkelijke document verder opgezocht kan worden.

In deel A wordt de plaats van behandelmodules en -activiteiten in een zorgprogramma beschreven. Ook komen de criteria waaraan de beschrijvingen van de modules en activiteiten moeten voldoen aan bod:
- Naam
- Inhoud
- Indicatie of zo mogelijk een onderbouwing van het (evidence based) niveau van de module
- Ontvangers van de module: organisatorische en financiële aspecten

In deel B wordt de inhoud en de achtergrond van de twee basisdocumenten kort beschreven
In dit deel is ook een schema opgenomen waarin de mogelijke interventies zijn gezet. Hierin kan opgezocht worden welke interventies in welk document terug te vinden zijn.
In deel C zijn vervolgens beschrijvingen van alle modules en activiteiten te vinden. Per beschrijving is aangegeven of de interventie wordt genoemd in de basisdocumenten en wat het niveau van de bewijsvoering is.

Randvoorwaarden (Hoofdstuk 8)
Het werken met zorgprogramma's heeft gevolgen voor de organisatie van de zorg. In dit hoofdstuk worden de minimale vereisten behandeld waaraan voldaan moet worden om het zorgprogramma te laten functioneren. Dit zijn de zogenaamde randvoorwaarden.
De randvoorwaarden om programmatisch te kunnen werken zijn in vijf thema's in te delen. Deze worden in deel A beschreven:

- Continuïteit in het aanbod, deze betreffen continuïteit op het niveau van de doelgroep.
- Continuïteit in de sturing van de zorg, dit betreft continuïteit op het niveau van de individuele cliënt.
- Planning van het aanbod, op kwantiteit en kwaliteit.
- Bewaking van de kwaliteit van de zorg, zowel de uitvoering als de inhoud van het zorgprogramma.
- Kwaliteit van de hulpverleners.

In deel B zijn deze vijf thema's specifieker uitgewerkt naar een zorgprogramma voor depressie.

In deel C wordt verder ingegaan op wat de rol van de cliënt in het bovenstaande kan zijn. Ook worden twee voorbeelden geschetst van de wijze waarop afstemming van de organisatie en het zorgprogramma tot stand kan worden gebracht.

Implementatie (Hoofdstuk 9)
In dit hoofdstuk wordt een eerste handreiking geboden bij het nadenken over de implementatie van zorgprogramma's en het opstellen van een implementatieplan.
In deel A wordt beschreven waarom het belangrijk is dat er in een zorgprogramma aandacht is voor implementatie. Een van de voornaamste redenen daarvoor is dat zorgprogramma's geen gemakkelijke vernieuwingen zijn om in te voeren.
In deel B komt vervolgens een model voor de implementatie van vernieuwingen in de zorg aan de orde (Grol en Wensing 2003). Dit model beschrijft een aantal stappen die gevolgd moeten worden om te komen tot een succesvolle invoering van de verandering:

1. Het ontwikkelen van een voorstel.
2. Analyse van de doelgroep en de setting.
3. Selectie van strategieën om veranderingen in te voeren.
4. Ontwikkelen, testen en uitvoeren van het implementatieplan.
5. Evaluatie en (eventueel) bijstelling van het plan.

In deel C zijn concrete ervaringen te vinden van regio's die zorgprogramma's daadwerkelijk geïmplementeerd hebben. Aan de orde komen de mogelijkheden met betrekking tot invoeringstrajecten, en de belangrijkste knelpunten en bevorderende factoren. Tot slot worden de aanbevelingen genoemd uit het onderzoek in deze regio's.

Hoofdstuk 2 Doelgroep

Doelgroep en professionele analyse
"Een gespecificeerde groep hulpvragers met overeenkomstige problematiek en zorgbehoefte"
A Doelgroep in zorgprogramma's
B Wat is de doelgroep van een basisprogramma depressie?
C Regionaal bepaalde aspecten

A Doelgroep in zorgprogramma's

Een zorgprogramma heeft een duidelijk omschreven doelgroep. Deze doelgroep wordt omschreven als een specificeerde groep hulpvragers met overeenkomstige problematiek en/of zorgbehoefte.
Er moet goed nagedacht worden op grond waarvan gezegd kan worden dat de problematiek en hulpvraag 'overeenkomstig' is. Wordt bijvoorbeeld gekozen voor een psychiatrische DSM-classificatie of wordt de overeenkomst door de benodigde zorgintensiteit bepaald. Aangezien de basis van het zorgprogramma de geaggregeerde hulpvraag van de doelgroep is, is het belangrijk hier van tevoren een zorgvuldige keuze in te maken.

De gekozen doelgroep kan meer of minder ruim omschreven worden. In het algemeen wordt aangeraden dat het segmenteren van de doelgroep aan de orde is als de problematieken (en daarmee de hulpvragen) tamelijk ver uiteen lopen. De doelgroep wordt níet omschreven in termen van het hulpaanbod of methodiek. Ook is de doelgroep niet perse gerelateerd aan één diagnose.
Waar het om gaat is dat de problematiek en de zorgbehoefte van de doelgroep in zoverre overeen komen dat het zorgprogramma voldoende op ieder van hen van toepassing is.

B Wat is de doelgroep van een basisprogramma depressie?

In dit basisprogramma is gekozen voor een doelgroep volwassenen tussen de 18 en 65 jaar met een stemmingsstoornis van depressieve aard (conform de DSM IV criteria voor unipolaire stemmingsstoornis) die het dagelijks functioneren in belangrijke mate verstoort.

De DSM-IV (vooral in de tweede lijn) en de ICD-10 (vooral in de eerste lijn) zijn de meest gebruikte classificatiesystemen voor o.a. psychische stoornissen

De DSM is een classificatiesysteem voor psychische stoornissen, en werd ontwikkeld onder verantwoordelijkheid van de American Psychiatric Association. In juni 1994 verscheen de vierde editie (DSM-IV), in 2001 verscheen een tekstrevisie (DSM-IV-TR). De DSM is ontwikkeld voor gebruik bij met name onderzoek. Door internationaal dezelfde criteria af te spreken voor psychiatrische aandoeningen wordt onderzoek en communicatie duidelijker en betrouwbaarder.
De DSM-IV bestaat uit vijf assen:
As 1 Klinische stoornis (bijv. depressie),
As 2 Persoonlijkheidsstoornissen (bijv. afhankelijke persoonlijkheidsstoornis),
As 3 Lichamelijke aandoeningen (relevant voor het begrijpen of behandelen van een psychische stoornis) (bijv. migraine),
As 4 Psychosociale en omgevingsfactoren (bijv. scheiding, werkeloosheid),
As 5 Algehele beoordeling van het functioneren (Global Assement of Functioning Scale, GAF) uitgedrukt op een schaal van 0 tot 100.

De tiende editie van de International Classification of Diseases (ICD-10) is de internationale standaard voor het classificeren van ziekten, gebreken en andere gezondheidsproblemen, ontwikkeld door de World Health Organization. Hoofdstuk V van de ICD-10 bevat een classificatie van meer dan 300 psychische stoornissen en gedragsstoornissen. Het is bedoeld voor de algemene klinische praktijk, het onderwijs en de hulpverlening.

Het gaat om mensen die lijden aan lichte tot ernstige depressieve klachten die zich gedurende langere tijd aaneengesloten voordoen, dan wel met tussenpozen bij herhaling optreden. Tevens is getracht het basisprogramma een brede basis te geven door ook preventie van depressie en hulpverlening in de eerste lijn te beschrijven. Daarmee zijn volwassenen die nog niet aan alle DSM-IV criteria voldoen, maar wel een serieus risico lopen een depressie te ontwikkelen aan de doelgroep toegevoegd.

Volgens de DSM-IV criteria is sprake van een depressieve stoornis als een cliënt gedurende tenminste twee weken last heeft van tenminste vijf van de volgende negen symptomen, met een duidelijke verandering in functioneren. Sombere stemming of vermindering van interesse of plezier moeten tenminste tot de vijf symptomen behoren. De eerstelijns classificatie, zoals die beschreven staat in de NHG standaard, hanteert dezelfde criteria.

Zoals gezegd moet aan tenminste een van de volgende criteria voldaan worden:
- *Sombere stemming*; de cliënt ervaart tijdens het grootste deel van de dag, bijna elke dag, een sombere stemming of geeft die indruk aan anderen.
- *Vermindering van interesse of plezier*; tijdens het grootste deel van de dag, bijna elke dag, in alle of bijna alle activiteiten (ervaren door de cliënt of door anderen).

en/of:
- *Verminderde of toegenomen eetlust en/of gewicht* bijna elke dag; zonder dat er een dieet gevolgd wordt.
- *Slaapproblemen*; de cliënt slaapt bijna elke dag teveel of juist niet genoeg.
- *Psychomotore onrust of remming* van de cliënt; bijna elke dag gezien door anderen.
- *Moeheid of energieverlies* bijna elke dag, ervaren door de cliënt.
- *Gevoelens van waardeloosheid of (onterechte) schuld*; de cliënt ervaart deze gevoelens bijna elke dag. Het gaat dan niet alleen over het ziek zijn, het kan ook waandenkbeelden betreffen.
- *Problemen met nadenken of concentreren*; bijna elke dag ervaart de cliënt zelf besluiteloosheid, problemen met denken of concentreren of dit wordt zo door anderen ervaren.
- *Doods- of suïcide gedachten*. De cliënt heeft terugkerende gedachten aan de dood (anders dan angst om dood te gaan), zelfmoord (met of zonder plan) of heeft een zelfmoordpoging gedaan.

Daarbij moeten de klachten samengaan met subjectief lijden of verminderd functioneren met betrekking tot werk, sociaal of persoonlijk functioneren. Ook mogen de klachten niet het gevolg zijn van een algemene medische aandoening of van het gebruik van middelen (inclusief medicijnen op recept).
Tenzij de symptomen ernstig zijn (gedefinieerd als ernstige functionele beperkingen, preoccupatie met gevoelens van waardeloosheid, gedachten aan zelfmoord, psychomotore remming of psychotische symptomen) mag de episode niet begonnen zijn binnen twee maanden na het verlies van een dierbare.

Een depressieve stoornis kan beperkt blijven tot een *eenmalige depressieve episode*. Meestal echter treden, na aanvankelijk herstel, één of meer recidieven op. In dergelijke gevallen spreken we van een *recidiverende depressie*. Naast de depressieve stoornis komen ook unipolaire depressieve syndromen voor waarbij niet tenminste vijf van de hiervoor genoemde symptomen aanwezig zijn, maar bijvoorbeeld drie of vier. In dergelijke gevallen kan sprake zijn van een *milde depressie* met een duur van tenminste twee weken, of van een *dysthyme stoornis* met een duur van tenminste twee jaar, met hooguit enkele maanden min of meer zonder depressieve symptomen. Daarnaast zijn er depressieve symptomen door een *somatische aandoening* en depressieve symptomen door een *middel*.

Subclassificaties

Op basis van de DSM-IV kunnen diverse subclassificaties gemaakt worden. Deze zijn gebaseerd op het beloop van de depressieve stoornis. Ze zijn klinisch relevant omdat de subclassificaties consequenties hebben voor de behandeling. Van belang is om de volgende subclassificaties te onderscheiden:
- *chronisch* (duur langer dan twee jaar)

- met of zonder volledig *herstel* tussen de episoden
- met een *begin post- partum (binnen 4 weken na de partus)*
- met een *seizoensgebonden patroon* (bijvoorbeeld winterdepressie)

Subklinische depressie
Subklinische depressie (*minor depression, subthreshold depression*, soms vertaald met milde depressie) is niet hetzelfde als een lichte depressie. In het geval van subklinische depressie zijn er 2-4 symptomen van depressie aanwezig die gezamenlijk niet beantwoorden aan de diagnostische criteria die aan een (klinische) depressie gesteld worden. Om deze reden is subklinische depressie niet in de DSM-IV criteria opgenomen als een diagnose, maar wordt het als 'onderzoekscategorie' apart beschreven in appendix B van de DSM-manual.

Het invoeren van de diagnose subklinische depressie of minor depression doet recht aan de medische praktijk. Het aantal symptomen op zichzelf zegt niet alles over de ernst en het beloop van het depressieve syndroom. De ernst van een depressie wordt behalve door het aantal symptomen ook bepaald door de aard van de symptomen, de mate waarin de symptomen aanwezig zijn en de mate waarin het algemeen functioneren hierdoor wordt verstoord.
Het is zinvol deze diagnoses te hanteren omdat 25% van de mensen, die aan de criteria voor het stellen voor *subklinische depressie* voldoen, een ernstige depressie ontwikkelen. Deze diagnose is om een aantal redenen ook belangrijk met het oog op geïndiceerde preventie, omdat deze depressieve stoornis zich goed laat beïnvloeden.

Enkele feiten op een rij:
- Subklinische depressie komt voor bij 16% van de volwassenen.
- Subklinische depressie gaat gepaard met aanzienlijke beperkingen in het sociale en maatschappelijk functioneren, en is in die zin vergelijkbaar met diabetes, artritis en hartaandoeningen.
- De aanwezigheid van een subklinische depressie maakt het risico op een later optredende depressie zeven maal zo hoog (Eaton et al 1995).
- Subklinische depressie laat zich goed beïnvloeden.
- Een eerste symptoom van depressie wordt in de regel pas na 5 tot 10 jaar gevolgd door het moment waarop de diagnose van een depressie gesteld kan worden. Wanneer deze eerste symptomen tijdig herkend en behandeld worden zou de incidentie van depressie tot maximaal de helft teruggebracht kunnen worden (Horwath et al 1992).

Hoe groot is de doelgroep?
Uit het Nemesis onderzoek blijkt dat 6 procent van de volwassen Nederlandse bevolking tot 65 jaar lijdt aan een depressie of daar pas mee te maken heeft gehad. Dat zijn bijna 700 duizend mensen. Van de volwassen Nederlandse bevolking krijgt een op de zeven ooit een depressie. Als de uitkomsten van Nemesis doorgetrokken worden naar de hele bevolking, zijn er op elke duizend volwassen Nederlanders tot 65 jaar 27 mensen die dit jaar voor het eerst of opnieuw (na een onderbreking van minstens een jaar) een depressie krijgen.

Risicogroepen en -factoren
In het algemeen wordt aangenomen dat een depressie ontstaat door een combinatie van risicofactoren. Op basis van sociale, biologische en psychische factoren worden de volgende belangrijkste risicogroepen onderscheiden.
- Mensen van wie de ouders of naaste familieleden psychische problemen hebben (ouders, broers en zusters met depressieve klachten of andere stemmingsstoornissen, mogelijk ook angstklachten of middelenmisbruik)
- Kwetsbare persoonlijkheden (weinig zelfvertrouwen, geringe zelfwaardering, hoge interpersoonlijke sensitiviteit)
- Mensen die een ingrijpende levensgebeurtenis hebben meegemaakt (verlies van een dierbare, jeugdtrauma, ernstige ziekte, verlies van arbeid, echtscheiding, traumatische gebeurtenis)

Luxerende- en onderhoudende factoren

Grote veranderingen als verhuizing, geboorte en bevalling, huwelijk, werk, scheiding, verlies van dierbaren kunnen uitlokkende factoren zijn voor een depressie. De impact van dergelijke "life events" wordt mede bepaald door kwetsbaarheid en beschermende factoren zoals persoonlijkheid (emotionele stabiliteit, copingstijl) en sociale steun.
Daarnaast is er sprake van onderhoudende factoren die er voor zorgen dat de depressie blijft voortduren: sociaal isolement, chronische overbelasting, chronische pijnklachten of –ziekte, overbelasting van de partner en / of niet accepterende of niet stimulerende partner.

C Regionaal bepaalde aspecten

De doelgroepomschrijving zoals die hierboven staat is algemeen geldend voor wat onder depressie (unipolair) wordt verstaan. Dat wil zeggen dat deze criteria en factoren gelden voor alle personen met deze diagnose, los van waar in Nederland ze wonen, wat hun land van herkomst of wat hun sekse is.
Daarnaast is er wel een aantal factoren die voor bepaalde groepen of individuen van belang zijn. Afhankelijk van hoe de populatie er in de regio uitziet zal aan deze factoren beknopt of meer uitgebreid aandacht besteed moeten worden.

Co-morbiditeit

Van co-morbiditeit is sprake als bij een persoon meer dan één stoornis in een bepaalde tijdsperiode voorkomt. Daarom is het van belang om zorgvuldig, en waar nodig periodiek, na te gaan of mogelijk andere aandoeningen aanwezig zijn. Veel cliënten met een depressie voldoen tegelijkertijd aan de criteria van een andere DSM-IV stoornis op as I. Over het algemeen is het moeilijk uit te maken of er sprake is van twee verschillende stoornissen of dat beide stoornissen een gemeenschappelijke basis hebben. Uit het Nemesis onderzoek blijkt dat in totaal 60,5% van de mensen met een stemmingsstoornis (inclusief bipolaire stoornissen) minstens één andere comorbide stoornis heeft. Comorbiditeit komt bij vrouwen vaker voor dan bij mannen.

Depressie en dysthymie

Depressie en dysthymie zijn twee verschillende uitingsvormen van een depressieve stoornis, die waarschijnlijk een glijdende schaal vormen. Van de mensen met een dysthymie heeft 58,8% in hetzelfde jaar een depressieve stoornis. Omgekeerd heeft 21,8% van de mensen met een depressie ook een dysthymie.

Angststoornissen

Meer dan de helft (54,3%) van de mensen met een stemmingsstoornis (inclusief bipolaire stoornissen) voldoet ook aan de DSM-IV criteria van een angststoornis. Hier kan het gaan om een paniekstoornis, een obsessief compulsieve stoornis of een gegeneraliseerde angststoornis.

Psychotische- en somatische stoornissen

Op as I is in mindere mate sprake van comorbiditeit met psychotische stoornissen en somatische stoornissen. In de praktijk kan het moeilijk zijn om uit te maken of er sprake is van een primaire stemmingsstoornis met psychotische kenmerken of een depressie in het kader van bijvoorbeeld een schizofrene stoornis. Ten aanzien van een somatische stoornis is goed overleg en samenwerking met de huisarts van groot belang.

Persoonlijkheidsstoornissen

Naast as I stoornissen gaat depressie vaak gepaard met persoonlijkheidsstoornissen. Meestal is het zeer moeilijk uit te maken of er sprake is van een (premorbide) persoonlijkheidsstoornis die mede de kwetsbaarheid bepaalt, óf dat de persoonlijkheidsstoornis bepaald wordt door de actuele depressie, óf dat het doormaken van veel episoden tot een persoonlijkheidsverandering heeft geleid.

Seksespecifieke aspecten

Depressie komt bij vrouwen aanzienlijk meer voor dan bij mannen. De man - vrouw verhouding is 1:2. Dit geldt zowel voor depressie als dysthymie. Het sekseverschil begint vroeg in de adolescentie en duurt tot rond het 55e jaar.

Er worden verschillende oorzaken aangegeven voor sekseverschillen in depressies:

- Er zijn sekseverschillen in de biologische kwetsbaarheid voor depressies.
- Er zijn verschillen in de manier waarop vrouwen en mannen met depressieve gevoelens omgaan.
- Er zijn sekseverschillen in afhankelijkheid en aangeleerde hulpeloosheid.
- Er zijn sekseverschillen in ervaren stress, life events, verlieservaringen en de psychologische gevolgen van sociale achterstelling.
- Er zijn sekseverschillen in sociale omstandigheden.
- Premenstruele klachten en gebruik van anticonceptiva hebben invloed.
- Er is een verschil tussen mannen en vrouwen in de presentatie van de depressieve klachten.
- De criteria voor de diagnose depressie hebben een seksebias: ze zijn meer gevoelig voor de manier waarop vrouwen depressies beleven en hanteren dan hoe mannen dat doen.

Allochtonen / Asielzoekers

Hoe hoog de prevalentie van depressie onder allochtonen is, en of er verschillen bestaan tussen de diverse etnische groepen in Nederland, is niet onderzocht. De indruk bestaat dat depressies in allochtone groepen veel voorkomen, maar dat ze zich ook vaak anders voordoen. Er is relatief vaak sprake van co-morbiditeit, bijvoorbeeld met posttraumatische stressstoornissen.

De behandeling van de depressie kan bemoeilijkt worden door taalverschillen en door culturele verschillen tussen cliënt en hulpverlener. Veel migranten hanteren andere verklaringsmodellen voor hun klachten. De uiting en beleving van psychiatrische stoornissen zijn deels cultuurgebonden. Zo kunnen in bepaalde niet-westerse culturen bij depressieve stoornissen in plaats van de typische depressiesymptomen zoals sombere stemming, verminderde interesse en verminderd plezier beleven, andere symptomen op de voorgrond staan zoals met name lichamelijke klachten (pijnklachten en vermoeidheid). Somberheid wordt niet altijd als zodanig verwoord; schuld wordt vaak beleefd en/of geuit als schaamte. Ook psychotische verschijnselen kunnen anders worden beleefd; het kan daarom nuttig zijn om aan een andere vertegenwoordiger van dezelfde cultuur (bijvoorbeeld een familielid) te vragen in hoeverre de verwoorde verschijnselen van een bepaalde cliënt wel of niet passen in de cultuur.

Ook bij het opstellen van voorlichtingsmateriaal zal hier rekening mee gehouden moeten worden.

Hoofdstuk 3 Hulpvraag

Hulpvraag
"De vraag om hulp zoals de cliënt en / of de mensen in zijn / haar omgeving deze stellen."
A De hulpvraag in zorgprogramma's
B Wat is de hulpvraag in het zorgprogramma depressie?
C Regionaal bepaalde aspecten

A De hulpvraag in zorgprogramma's

De hulpvraag is de vraag om hulp zoals iemand met een psychische stoornis of de omgeving deze stelt. In een zorgprogramma wordt de hulpvraag uitgewerkt omdat dit het uitgangspunt vormt voor de uiteindelijke behandeling. Iemand komt in contact met een hulpverlener als hulp gevraagd wordt bij psychische of somatische problemen. De basis voor een doelgericht behandeltraject wordt gelegd door het afstemmen van de visie van de hulpvrager op de problematiek op de visie van de hulpverlener
(naar beider tevredenheid).

Op individueel niveau is de hulpvraag het uitgangspunt van hulpverlening in het zorgprogramma. Samen met de cliënt zoekt de hulpverlener naar de aard of de oorzaken van de stoornis. Het eigen inzicht van de cliënt in aard en oorzaken staat hierbij voorop. De deskundigheid van de professionele hulpverlener wordt aangewend om het inzicht van de cliënt te vertalen in de diagnose en een passende vorm van hulpverlening. Het gaat er om de hulpvraag zo goed mogelijk te inventariseren. Inzet moet zijn om zowel de expliciete hulpvraag als de meer impliciete, latente hulpvraag helder in beeld te krijgen. Het zorgprogramma moet aanknopingspunten bieden om problemen op te lossen op alle levensgebieden waarop cliënt en hulpverlener samen een hulpvraag formuleren.

Er wordt een onderverdeling gemaakt in hulpvragen van de persoon met een psychische stoornis en hulpvragen uit diens omgeving. Iemand zoekt zelf hulp als deze kan inschatten dat de draaglast van de psychische stoornis te groot wordt. Meestal gebeurt dit als er een ernstige interferentie is opgetreden van de klachten met één of meer belangrijke levensgebied(en), zoals verderop beschreven wordt. Indien het gaat om mensen met ernstige, psychotische en / of recidiverende stoornissen, is de hulpvraag juist vaak afkomstig uit de omgeving van degene met een psychische stoornis. Er wordt contact gezocht met een hulpverlener als de draagkracht van het systeem overschreden wordt.

Over de hulpvraag bestaat niet altijd overeenstemming tussen de cliënt en diens omgeving. Het is meestal van belang dat relevante sleutelfiguren uit het systeem van de cliënt betrokken worden om tot een duidelijke hulpvraag en een juiste afstemming te komen op het behandelaanbod. Wanneer er sprake is van ernstige, levensbedreigende ontregelingen, zoals suïcidaliteit of psychose moet de omgeving van de cliënt intensief betrokken worden bij de behandeling en bescherming van de cliënt. Een enkele keer zal het noodzakelijk zijn dat de behandelaar (dan wel de gezagsdragers bij minderjarigen) de verantwoordelijkheid geheel overneemt en bijvoorbeeld de (suïcidale) cliënt tegen zichzelf beschermt middels een onvrijwillige opname.

B Wat is de hulpvraag in het basisprogramma depressie?

Depressie gaat vaak gepaard met problemen op meerdere levensgebieden zoals psychisch, lichamelijk en sociaal functioneren. Dit kan leiden tot een diffuse klachtenpresentatie en hulpvragen die de eigenlijke problematiek maskeren. Vaak generen mensen zich om met hun klachten naar buiten te treden. Om een persoon met depressieve klachten goed te kunnen behandelen moet een professionele analyse (diagnostiek) van de klachten en symptomen gemaakt worden. Dat is geen eenmalige gebeurtenis, het zal meerdere keren herhaald moeten worden om nieuwe informatie te krijgen en daarmee het behandelplan bij te kunnen stellen.

Hulpvragen op de levensgebieden
Bij het helder krijgen van de hulpvraag worden de problemen of klachten geïnventariseerd op verschillende levensgebieden.

■ *Psychisch functioneren*
In de acute fase van een depressie zijn hulpvragers vaak extreem somber en onzeker. Vaak ontwikkelen zij facadegedrag om schuldgevoelens en schaamte te verbloemen en als extreme poging zich staande te houden. Het evenwicht tussen draaglast en draagkracht is verstoord. Dit kan zich uiten in overactiviteit of juist tot niets komen. Hulpvragers hebben vaak last van concentratieproblemen of sufheid. Dit belemmert normale handelingen zoals autorijden of lezen. Door dit alles ontstaat vervreemding van anderen. Er is geen ruimte voor iets anders dan problemen. De omgeving beleeft deze problemen vaak anders dan de hulpvrager.

■ *Sociaal functioneren*
Depressieve mensen hebben de neiging afstand te nemen van anderen. Zij gaan contacten vermijden en leiden een teruggetrokken leven, zowel in geestelijke als lichamelijke zin. Met name in het geval van chronische depressieve mensen ontbreekt na verloop van tijd een divers en geïnformeerd netwerk. Vaak kennen hulpvragers hun buren niet of nauwelijks. Ook familie of naasten zijn niet goed meer op de hoogte van problemen. Het onderhouden, vinden en aangaan van intieme relaties kan moeilijk zijn. Veel hulpvragers hebben problemen in de relaties met hun ouders en hun eigen kinderen. Er is vaak sprake van isolement.

■ *Lichamelijk functioneren en seksualiteit*
Lichamelijke problemen zoals extreme vermoeidheid en verminderde of toegenomen eetlust komen veel voor. Er kan sprake zijn van een verstoord dag- en nachtritme, bijvoorbeeld: slaapproblemen, ‘s ochtends niet op kunnen staan of juist vroeg wakker worden en problemen met seksualiteit (met name een verminderd libido). Wanneer lichamelijke klachten op de voorgrond staan richt de hulpvraag zich vaak tot de huisarts of tot een somatisch specialist, waarbij het bestaan van een depressie soms niet wordt herkend.

■ *Dagstructurering, werk en opleiding*
Het zelf aanbrengen van een goede dagstructuur kan grote problemen opleveren. Op tijd opstaan en de dag doorkomen is zonder hulp soms onmogelijk. Een depressie kan ook problemen op het werk of op school tot gevolg hebben. De omgang met collegae of medestudenten verloopt moeizamer. Concentratieproblemen kunnen het werk of de studie belemmeren.

■ *Woonomgeving*
Depressieve mensen kunnen kampen met praktische problemen in de huishouding (verwaarlozing), bij de administratie, bij het boodschappen doen, het naar buiten gaan en bij de verzorging van kinderen en dieren. Ook kan de woonomgeving zelf een negatieve invloed op de depressie uitoefenen, bijvoorbeeld door lawaai of slechte omstandigheden.

De hulpvraag in de eerste lijn
De huisarts, de eerstelijnspsycholoog en algemeen maatschappelijk werk kunnen een actieve rol vervullen bij de opsporing van de eigenlijke hulpvraag, diagnostiek en behandeling van depressies. Het gaat daarbij niet alleen om hulpvragers die zich aanmelden met psychische of psychosociale klachten, maar ook om hulpvragers met langdurig bestaande onverklaarde lichamelijke klachten, chronische vermoeidheid, chronische of multipele pijn, langdurige slaapklachten en alcoholmisbruik.

Het blijkt dat veel hulpvragers met een depressief syndroom de huisarts niet consulteren voor somberheid of interesseverlies, maar voor slapeloosheidklachten, verminderde eetlust, chronische pijn of vermoeidheid. In zulke gevallen wordt een depressie vaak niet herkend. Verder wordt depressie nog veel gezien als zwakte in plaats van als ziekte. Dit leidt tot ‘onderdiagnostiek’ van depressies. In de huisartsgeneeskunde kan dit in belangrijke mate verklaard worden door:

- de presentatie van somatische klachten door de cliënt met een depressie;
- de onbekendheid van de cliënt met depressie;
- het feit dat de gepresenteerde klachten door aanwezigheid van psychosociale problematiek en/of lichamelijke ziekten begrepen kunnen worden;
- de moeite die het huisarts en cliënt soms kost om aanwezige problematiek psychisch of psychiatrisch te benoemen.

Verheldering en beïnvloeding van de hulpvraag
Cliënten hebben meestal een persoonlijke visie op hun depressie ontwikkeld. Dit beeld heeft voornamelijk betrekking op het ontstaan van de ziekte en zingeving ervan voor het eigen leven. Deze persoonlijke visie kan de voorkeuren voor behandeling en het overleg met hulpverleners beïnvloeden.

Het is voor de samenwerking tussen cliënt en hulpverlener van belang dat beide partijen hun visie op de problematiek uiten en nagaan of men verschillend over de problemen en hun oorzaken denkt. Hulpverleners hebben echter soms moeite met het duiden van klachten, vooral als cliënten deze niet volgens het boekje presenteren of zelf hun probleem niet als zodanig interpreteren. Vaak wordt de huisarts meerdere malen bezocht met klachten zonder dat er depressie wordt herkend. Voor cliënten is het daarom belangrijk dat hulpverleners doorvragen naar de depressieve klachten en de gevolgen die deze voor de cliënt met zich meebrengen. Doorvragen geeft betrokkenen een completer beeld van de problematiek en kan de cliënt verder helpen bij het helder krijgen van het eigen verhaal.

Er zijn de afgelopen jaren verschillende projecten gestart waarbij de tweedelijns GGZ de eerste lijn ondersteunt, in eerste instantie door middel van het bieden van consultatie. Een van de meest voorkomende vormen hiervan is een sociaal psychiatrisch verpleegkundige die een aantal uren werkzaam is in de eerste lijn. Uit onderzoek van het NIVEL (99) bleek dat de meeste consultaties door de huisarts aangevraagd worden. De reden voor de aanvraag is in bijna de helft van de gevallen onduidelijkheid over de diagnose. Stemmingsstoornissen en psychosociale problematiek (in 2003 respectievelijk 27% en 24%) zijn de meeste voorkomende hoofdproblemen waarover consultatie wordt gevraagd.

Mensen met een depressieve stoornis komen meestal in de tweedelijns GGZ terecht na verwijzing door een huisarts, wanneer de client onvoldoende baat heeft op begeleiding en behandeling met antidepressiva, een sterk verhoogd suïciderisico heeft of ernstig sociaal disfunctioneren vertoont. De screening op depressie heeft dan al plaatsgevonden. Na een check op de screening door de huisarts, richt de analyse in de tweede lijn zich met name op het in kaart brengen van subtypes en de ernst van de depressie om de juiste behandeling te kunnen geven. Daarnaast worden ook factoren uit andere levensgebieden in kaart gebracht. De classificatie in de tweede lijn vindt (over het algemeen) met behulp van de DSM-IV plaats.

C Regionaal bepaalde aspecten

Hulpvraag van specifieke doelgroepen

- *Allochtonen*

Mensen uit andere culturen vertalen een psychisch probleem eerder naar een lichamelijk probleem. Veel allochtonen behoren tot de groep mensen met niet herkende psychische problemen. Zij consulteren de huisarts voor lichamelijke problemen terwijl er mede sprake is van een psychisch probleem.

- *De groep zonder hulpvraag*

Bij een groep mensen met psychische problemen is er geen sprake van een expliciete hulpvraag. Het vereist daarom een zekere gevoeligheid en inspanning om de behoeften van deze groep waar te nemen of op te sporen. Van de kant van de doelgroep kunnen er signalen zijn die duiden op dreigende psychische problematiek of al bestaande problematiek die uit de hand dreigt te lopen. Een belangrijke bron van informatie zijn men-

sen uit de doelgroep zelf en de zogenaamde intermediairen (overige hulpverleners en anderen die in hun werk te maken hebben met mensen met psychiatrische problemen).
Overigens is niet voor alle mensen met een depressie hulp noodzakelijk. Uit recent onderzoek (Spijker, 2002) is gebleken dat 50% van de depressies binnen drie maanden herstelt, onafhankelijk van het al dan niet zoeken van hulp en het krijgen van een behandeling. Criteria om te bepalen wie wel of geen hulp nodig heeft, zijn niet beschikbaar.

Hoofdstuk 4 Doelen

Doelen van het programma
"De wenselijke eindsituatie waartoe het programma bij de omschreven doelgroep zou moeten leiden."
A De doelen in zorgprogramma's
B De doelen in het zorgprogramma depressie

A Het doel in zorgprogramma's

Ieder programma dient een duidelijk omschreven doel te hebben. Vanuit dit doel kan het programma getoetst en de kwaliteit gemeten worden. De vraaggerichte hulpverlening en professionele kwaliteit van die hulpverlening vormen het centrale en overkoepelende doel in een zorgprogramma. Hieruit worden concretere (behandel)doelen afgeleid. Individuele doelen worden pas concreet als de professional in samenspraak met de hulpvrager een zorgplan opstelt.
Het zorgprogramma functioneert als onderhandelingskader bij het opstellen van het individuele zorgplan. Het programma geeft een opsomming van de mogelijkheden waaruit door de hulpvrager en hulpverlener een optimaal pakket aan zorg geselecteerd kan worden. Waar mogelijk wordt inzicht gegeven in de kwaliteit en effectiviteit van de zorg. Een algemeen uitgangspunt van dit zorgplan is het aansluiten op de wensen en behoeften van de hulpvrager.

Behandeldoelen van de individuele cliënt

Het programma dient te leiden tot een wenselijke eindsituatie. De doelstellingen die tot deze wenselijke eindsituatie van de behandeling moeten leiden zijn in concrete termen geformuleerd in het zorgplan. Er moet een relatie bestaan tussen elk gehanteerd onderdeel van het hulpaanbod en de geformuleerde doelen. Of de genoemde doelstellingen gehaald zijn kan bezien worden door regelmatig de resultaten van de behandeling te evalueren. Een positieve evaluatie kan een reden zijn om de behandeling af te bouwen of te beëindigen. In geval van een negatieve evaluatie of complicaties dient de behandeling bijgesteld of geïntensiveerd worden. De doelen worden in de volgende paragraaf voor preventie en behandeling verder beschreven.

B Het doel in een basisprogramma depressie

De eerst beschreven doelen van het basisprogramma zijn preventief en richten zich op de grote groep mensen waarbij de diagnose depressie (nog) niet gesteld is. Daarna komen doelen aan bod die zich richten op diagnose en behandeling van mensen die met een depressie in behandeling komen. Voor de meeste cliënten is het (enige) doel volledig en blijvend herstel van de depressie. Dit is niet altijd mogelijk omdat sommige mensen vatbaar blijven en opnieuw depressief kunnen worden of therapie resistent zijn. Het leren omgaan met deze kwetsbaarheid en het voorkomen van een volgende ziekteperiode is dan een belangrijk nevendoel van de behandeling. Ook kan het leren omgaan met de ziekte (o.a. door contact met lotgenoten) een expliciet doel van de behandeling zijn.

Preventiedoelen

Preventieve interventies zijn interventies om ernstige psychische problemen te voorkomen, dan wel tijdig op te sporen en te behandelen. Daarnaast zijn er ook preventieve activiteiten mogelijk als iemand al een ernstig psychisch probleem heeft. Preventie is dan bijvoorbeeld bedoeld om de gevolgen van de aandoening voor de omgeving te verzachten of om te voorkomen dat deze persoon ook nog andere aandoeningen krijgt.

De depressiepreventie zou een belangrijk onderdeel van het zorgprogramma depressie moeten vormen. Vanuit het perspectief van de publieke gezondheid dient er naar gestreefd te worden het aantal prevalente personen in de populatie zo laag mogelijk te houden.

De belangrijkste doelen voor depressiepreventie zijn:
- het voorkomen of beperken van nieuwe depressiegevallen;
- complicaties vermijden (ernstiger worden van de depressie en het ontstaan van bijkomende stoornissen);
- het voorkomen van terugval na herstel.

Als additionele doelen voor preventie kunnen gesteld worden:
- dat de stoornis niet te veel nadelige complicaties krijgt, bijvoorbeeld in termen van verlies van kwaliteit van leven;
- bij het risico op het ontwikkelen van een andere stoornis dan de depressie zoveel mogelijk beperken.

Behandeldoelen
De prognose van een depressie kan sterk wisselen en is erg afhankelijk van de ernst van de depressie en de daarmee samenhangende mogelijkheden van de cliënt om van de hulp te profiteren. Vanuit dit perspectief luiden de behandeldoelen van het programma:

- *Informatieverschaffing en betekenisgeving*

Van belang is dat de depressieve klachten geduid worden, een betekenis krijgen. Dit kan door de cliënt, voor zover mogelijk, te informeren over het ziektebeeld, de behandelmogelijkheden, de mogelijke investering in tijd en geld, het belang van de eigen motivatie om van de klachten af te komen en de kansen op verbetering. Deze betekenisgeving is van groot belang wil de cliënt de depressie een plaats kunnen geven in zijn of haar leven. Het horen van de diagnose geeft duidelijkheid over wat er aan de hand is en geeft aan dat er sprake is van een ziekte waarvoor een behandeling bestaat. Cliënten kunnen hieraan een verschillende betekenis toekennen: voor de een kan deze duidelijkheid een opluchting betekenen terwijl een ander er uitsluitend een negatieve betekenis aan geeft. Deze gesprekken kunnen op zich een (onderdeel van de) behandeling vormen.

- *In kaart brengen van problematiek*

De problematiek wordt in kaart gebracht door middel van een persoonlijk gesprek met een hulpverlener. Als op basis van dit gesprek geen duidelijke diagnose gesteld kan worden, dan wordt verdere diagnostiek gedaan. Met een vragenlijst of ander instrument wordt het beeld van de problematiek verder verhelderd. Van belang is dat de diagnose door de hulpverlener én de cliënt onderschreven wordt. Dit vormt het vertrekpunt voor het bestrijden van de symptomen. Daarnaast hebben de gesprekken vaak een therapeutisch effect.

- *Bestrijden of reduceren van de symptomen en belastende factoren*

De depressieve symptomen worden bestreden door behandeling in de vorm van medicatie en/of gesprekken. Primaire doel hierbij is het, zo veel als mogelijk, verminderen van de ernst van klachten en symptomen en het daarmee gepaard gaande lijden. Indien er sprake is van een lichtere problematiek dan kan de huisarts de behandeling uitvoeren (met name medicatie). Als de problematiek zwaarder/complexer is dan wordt gericht gezocht naar een gespecialiseerde hulpverlener in de eerste of tweede lijn.

- *Realiseren van het beperken van de gevolgen*

Bij het streven naar verbetering van de toestand van de cliënt worden de gevolgen van de depressie zoveel als mogelijk beperkt. Het gaat hier om de directe gevolgen (lichamelijke problemen, zelfverwaarlozing, suïcidaliteit) en indirecte gevolgen (sociale schade). Centraal staan ook de gevolgen voor het systeem (partner, kinderen en andere verwanten).

Een ernstige depressieve periode is een ingrijpende ervaring. Het gevoel de gebeurtenissen niet onder controle te hebben betekent een aantasting van het zelfvertrouwen. Dit kan uiteindelijk tot een sterk verlies van eigenwaarde leiden. Het verwerken van de gevolgen is een persoonlijk, uniek proces waarin iemand de draad van het leven weer probeert op te pakken. In veel gevallen gaat het niet om genezing maar gaat het om een actieve acceptatie van beperkingen en problemen als gevolg van de depressie. Het verwerken van de

gevolgen en het herstel kan een langdurig en complex proces zijn waarin stap voor stap de controle op het eigen leven weer hervonden wordt.

■ *Voorkomen van recidieven*
Een belangrijk doel bij de behandeling van een depressie is het voorkomen van terugval en recidieven. Van terugval is sprake als de symptomen van de depressie zodanig toenemen of terugkeren dat hulp of ingrijpen noodzakelijk is. Terugval komt veel voor en kan ernstige gevolgen hebben. Veel cliënten zijn in staat om deze te herkennen. Het is van belang de cliënt de vroege tekenen van terugval te leren herkennen en hanteren. Bijvoorbeeld door hem te ondersteunen bij het vinden bij eigen kwetsbaarheden en bij het benutten van eigen handelingsmogelijkheden.

■ *Verbeteren/herstellen van het sociale functioneren*
Een kenmerk van de depressie is dat cliënten zich in meer of mindere mate terugtrekken uit het sociale leven. Deelname aan het maatschappelijke verkeer is van belang bij het zin en inhoud kunnen geven aan het eigen leven en het zelfstandig kunnen functioneren. Er worden zowel op materieel als immaterieel gebied randvoorwaarden gesteld. Een deel van de cliënten heeft behoefte aan ondersteuning of begeleiding bij het realiseren van: een leefbare woonruimte, eigen geld om van te leven en activiteiten te ondernemen en een stabiele, rustige en veilige woonomgeving van waaruit sociale contacten kunnen worden gelegd. Belang wordt gehecht aan sociale steun en contact met lotgenoten, evenals aan een tolerante omgeving waarin plaats is voor psychische problemen.

Als er sprake is van verzuim van werk, is terugkeer naar werk in de herstelfase van de depressie van groot belang. Het verblijf op het werk geeft invulling en structuur aan de dag en kan eenzaamheid en afzondering van mensen met een depressie tegengaan. Het oppakken van werk na een periode van depressie is niet altijd makkelijk en er kan behoefte aan steun en hulp zijn.

Hoofdstuk 5 GGZ preventie

GGZ preventie
"Het zoveel mogelijk voorkomen van ernstige depressie en het versterken van de geestelijke gezondheid in het algemeen."
A Preventie in zorgprogramma's
B Wat is de plaats van preventie in een basisprogramma depressie?
C Regionaal bepaalde aspecten

A Preventie in zorgprogramma's

De meeste GGZ programma's die de afgelopen jaren ontwikkeld zijn, beginnen op het moment dat de cliënt in de tweedelijns GGZ binnenkomt. Dat betekent dat het programma zich richt op hulpvragers die zich met ernstigere psychische problematiek wenden tot de curatieve zorg. Veel minder aandacht ging uit naar de omschrijving van het preventieve aanbod. Er is wel een groeiend aanbod van landelijk gerichte preventieve programma's. (Voordouw et al, 2004).

Er worden binnen preventie vier vormen onderscheiden:

- *Universele preventie* is gericht op de algemene bevolking of een deel daarvan dat niet geïdentificeerd wordt aan de hand van een specifiek risico. Een interventie is gepast als het voor iedereen wenselijk is en de kosten ervan laag zijn. Bijvoorbeeld een mediacampagne voor de hele bevolking.
- *Selectieve preventie* is gericht op diegenen bij wie het risico op het ontwikkelen van een psychische stoornis aanzienlijk groter dan gemiddeld is, zonder dat die personen al symptomen hebben. Dit kunnen ook mensen uit de omgeving van iemand met een depressie zijn.
- *Geïndiceerde preventie* is gericht op individuen die niet voldoen aan de diagnostische criteria voor een psychische stoornis, maar die al wel beperkte symptomen hebben voorafgaand aan de stoornis.
- *Zorggerichte preventie* is gericht op mensen die een psychische aandoening hebben volgens de DSM-IV criteria. Doelen zijn het voorkomen van terugval, herhaling en comorbiditeit. Zorggerichte interventies kunnen ook gericht zijn op de mensen in de directe omgeving van degenen met een stoornis.

Er kan onderscheid gemaakt worden tussen *GGZ preventie en geestelijke gezondheidsbevordering*. Geestelijke gezondheidsbevordering gaat primair om het versterken van de geestelijke gezondheid van mensen, bijvoorbeeld door het vergroten van hun competentie in het omgaan met problemen, het versterken van sociale steunstructuren, of het bevorderen van een positief zelfbeeld. Het lijkt daarmee op universele preventie, maar mist de gerichtheid op het voorkómen van ernstige psychische problemen die universele preventie gemeen heeft met de andere vormen van GGZ preventie.

B Wat is de plaats van preventie in een basisprogramma depressie (unipolair)?

In dit basisprogramma depressie worden zowel het preventieve aanbod, de hulpverlening in de eerste lijn en de hulpverlening in de gespecialiseerde GGZ beschreven. Dit sluit aan bij het in de inleiding beschreven model, waarin de geestelijke gezondheid en daarmee ook de geestelijke gezondheidszorg als een continuüm beschouwd worden.

Risico– en beschermende factoren

GGZ preventie werkt volgens de risicobenadering: interventies zijn bedoeld om risicofactoren te verminderen of beschermende factoren te vergroten.
Zoals al eerder beschreven kan op basis van sociale, biologische en psychische factoren een aantal risicogroepen voor depressie worden onderscheiden. Volgens Smit et al (2003) lijken risicogroepen vooral mensen met een (combinatie van):

- jeugdtrauma,
- neuroticisme,
- geringe zelfwaardering,
- een hoge GHQ-score (General Health Questionnaire) (Goldberg 1972), een zelfinvulvragenlijst voor de detectie van personen met een niet-psychotische psychiatrische aandoening, met name angst en depressie),
- een eerdere angststoornis,
- met een aan middelengebruik gerelateerde stoornis,
- met bepaalde lichamelijke ziekten (diabetes mellitis, cardiovasculaire aandoeningen, lage rugpijn, migraine).

De volgende factoren kunnen beschermen tegen het ontstaan van een depressie:
- Sociale competentie, humor en intelligentie
- Sociale steun uit de familie en uit bredere kring
- Zelfwaardering
- Zelfinzicht

Sommige factoren zijn te beïnvloeden via interventies. Andere zijn niet te beïnvloeden, maar helpen wel inzicht te geven in de groepen met een verhoogd risico.

C Regionaal bepaalde aspecten

Wie biedt GGZ preventie aan?

Er zijn verschillende instellingen actief bij GGZ preventie.
- Vanuit de regionale (ambulante) GGZ-instellingen worden diverse preventie activiteiten aangeboden. In de meeste instellingen is een aparte afdeling preventie aanwezig, die zowel samenwerkt met de curatieve afdelingen als met andere organisaties. De activiteiten betreffen met name de selectieve, geïndiceerde en zorggerichte preventie.
- Voor de GGD-en liggen er taken op het terrein van de collectieve preventie en daarmee ook bij de preventie van psychische problemen. In de praktijk worden deze activiteiten echter met name gericht op jongeren en ouderen en minder op volwassenen.
- Het Algemeen Maatschappelijk Werk heeft een taak in de GGZ-preventie en biedt onder andere groepsactiviteiten aan. Het AMW is een laagdrempelige voorziening waar mensen zonder verwijzing en zonder kosten terecht kunnen. Veel cliënten van het AMW, volgens de richtlijn depressie ongeveer 60%, komen daar echter via de huisarts. Vaak kampen zij met een combinatie van praktische en psychische of sociale problemen.
- Voor de groep jongvolwassenen (18-25 jaar) die een opleiding volgen, worden ook binnen de onderwijssetting preventie activiteiten aangeboden. Zowel binnen de ROC's, HBO-opleidingen en universiteiten worden trainingen aangeboden. Deels zijn deze specifiek op de preventie van depressie gericht.
- De Landelijke Steunfunctie Preventie (LSP) ggz en verslavingszorg, ondergebracht bij het Trimbos-instituut, heeft een helpdesk voor het ondersteunen van preventiefunctionarissen en beleidsmakers en ondersteunt onder andere platforms voor preventiewerkers, die werkzaam zijn op het terrein van depressie en angststoornissen.

Interventie mogelijkheden voor depressie

Interventies gericht op het beïnvloeden van de risicofactoren en beschermende factoren voor angststoornissen kunnen zoals gezegd op vier niveaus uitgevoerd worden:
- *Universele preventie*
- *Selectieve preventie.*
- *Geïndiceerde preventie*
- *Zorggerichte preventie*

Bij de activiteiten zijn verschillende doelgroepen te onderscheiden:

- personen die zelf (een verhoogd) risico lopen depressieve klachten of een depressieve stoornis te ontwikkelen (de einddoelgroep);
- intermediaire doelgroepen: personen die vanwege hun werkzaamheden te maken hebben met mensen met depressieve klachten of een verhoogd risico daarop, zoals huisartsen, medewerkers in de thuiszorg, algemeen maatschappelijk werkers, bedrijfsartsen, studentendecanen;
- mantelzorgers: familieleden en andere belangrijke personen in de directe omgeving van de cliënt.

Interventies op het niveau van universele en selectieve preventie

Lettend op de voornoemde risico- en beschermende factoren zijn er enkele belangrijke aangrijpingspunten die geschikt lijken voor universele en selectieve preventie, gericht op de einddoelgroep:

- Bevorderen van individuele copingstijlen
- Bevorderen van de cognitieve en sociale competentie
- Bevorderen van sociale participatie

Daarnaast kunnen ook algemene interventies gericht op het verbeteren van leefomstandigheden (gezonde school, gezonde wijk en stad, positief gezinsklimaat) bijdragen aan het verminderen van het risico op depressieve stoornissen.

Binnen de afdeling preventie van de GGZ-instellingen is een aanbod ontwikkeld voor kinderen van ouders met psychische problemen, de zogenaamde KOPP-interventies. (Volwassen) kinderen van depressieve ouders hebben bijna drie maal zoveel kans om zelf de stoornis te krijgen dan kinderen van andere ouders. Zij hebben een verhoogd risico om verslaafd te raken, hebben minder goede communicatieve vaardigheden, vakere relationele problemen en problemen met intimiteit. De problematiek kan per levensfase verschillen.

- Preventie-op-maatbenadering
  Dit is een methode waarbij gerichte informatie en steun aan de ouders en de kinderen wordt gegeven. In gesprekken met ouders en kinderen wordt informatie gegeven, gevoelens bespreekbaar gemaakt en adviezen gegeven. Voor preventie-op-maat is divers voorlichtingsmateriaal en een beslisprotocol voor hulpverleners beschikbaar.
- Moeder-baby interventie
  Er is een specifieke interventie voor moeders met (onder andere) depressieve problemen die een baby hebben. Er wordt gebruik gemaakt van confronterende video-opnames om de houding en het gedrag van de moeder naar het kind in beeld te brengen en van feedback te voorzien. Deze interventie stimuleert positieve interactie tussen moeder en kind.
- Gezinsinterventie
  Deze bestaat uit ongeveer zes sessies en is gericht op het bevorderen van de interactie tussen de gezinsleden. Het gaat om een uit de VS afkomstig, effectief gebleken gezinsprogramma. De interventie is vrij nieuw in Nederland.
- Interventies voor hulpverleners
  Deze activiteiten ondersteunen de preventie-op-maatmethode, en bestaan voornamelijk uit deskundigheidsbevordering van hulpverleners en andere beroepskrachten op het gebied van gezinnen met een psychiatrische ouder.

Interventies op het niveau van geïndiceerde preventie

Activiteiten voor intermediairen

Zoals elders beschreven worden niet alle personen met een (sub)klinische depressie als zodanig herkend door de hulpverleners waar zij contact mee hebben. Door de depressieve klachten in een vroeg stadium te signaleren, kan er eerder een passende interventie worden aangeboden om verergering van de klachten te voorkomen. Vanuit de GGZ-instellingen wordt deskundigheidsbevordering georganiseerd voor eerstelijnswerkers om de signalering van depressie te verbeteren. Daarnaast bestaan er diverse trainingen voor begeleiders van het laagdrempelige cursusaanbod dat hieronder beschreven wordt.

Cursusaanbod
Er is een uitgebreid cursusaanbod ontwikkeld gebaseerd op de in de Verenigde Staten ontwikkelde cursus *Omgaan met depressie*. Het zijn gestructureerde cursussen gebaseerd op de sociaal-lerentheorie en cognitieve gedragstherapie. Naast het vergroten van het zelfinzicht in de depressieve klachten worden een aantal vaardigheden geleerd en geoefend: ontspanningsoefeningen, het systematisch verhogen van de plezierige activiteiten, doorbreken van negatieve denkpatronen en assertiviteit.
Er zijn verschillende cursussen voor jongvolwassenen (vaak in de onderwijssetting aangeboden), voor volwassenen, 55+-ers, mensen met een chronische somatische ziekte en voor Turken en Marokkanen. Deze cursussen worden voor groepen georganiseerd, met name vanuit de preventieafdelingen van de GGZ-instellingen, waarbij soms wordt samengewerkt met het AMW. Ook voeren sommige AMW-organisaties de cursus zelfstandig uit. Naast het groepsaanbod kunnen de cursussen ook als bibliotherapie worden gevolgd. Dit is een vorm van zelfhulp waarbij de schriftelijke informatie zelfstandig bestudeerd moet worden, al dan niet met minimale (telefonische of e-mail) ondersteuning van een hulpverlener.

De cursussen *Omgaan met depressie* kunnen zowel worden aangeboden in het kader van geïndiceerde preventie aan mensen met een subklinische depressie als in de vorm van terugvalpreventie. In de praktijk blijken deze niveaus van preventie door elkaar te lopen, omdat binnen dezelfde cursusgroep deelnemers kunnen zitten die in verschillende stadia van een depressieve stoornis zitten. Daarnaast worden deze cursussen ook ingezet in de behandeling, als psycho-educatieve interventie. Zie ook hoofdstuk 7. Behandelmodules en activiteiten.

Hardlooptraining (running therapy)
(Hard)looptherapie is een van de meest onderzochte vormen van psychomotore therapie. Uit onderzoek is gebleken dat hardlopen een positief effect heeft op depressieve klachten. Looptraining kan bijdragen aan de algehele verhoging van het vaak lage energie-niveau van mensen met depressieve stoornissen alsook aan de vermindering van depressieve symptomen.

Zorggerichte preventie interventies

Supportgroepen/Lotgenotencontact
Onder supportgroepen (in Nederland meestal lotgenotencontact genoemd) worden alle vormen van steun verstaan die mensen met eenzelfde problematiek elkaar bieden. Dat kan enerzijds in groepen gebeuren (zelfhulpgroepen, gespreksgroepen, ontmoetingsgroepen, internetgroepen) en anderzijds kan het gaan om een-op-een contacten, bijvoorbeeld door middel van telefonische hulpdiensten (o.a. de Depressie Stichting en Stichting Pandora). Centraal staan de onderlinge herkenning en steun en uitwisseling van ervaringskennis.

Terugvalpreventie
Omdat de kansen op een terugval (na remissie) en herhaling (na herstel) groot zijn, verdient terugvalpreventie aandacht. De doelgroep bestaat uit personen die medicamenteus of psychotherapeutisch behandeld zijn voor depressie. Terugvalpreventie kan de vorm krijgen van terugkombijeenkomsten en cognitief-gedragstherapeutische interventies (zie ook bovenstaande) in de laatste behandelfase. Deze zijn dan gericht om de aangeleerde vaardigheden op de langere termijn te behouden. Ook periodieke contacten, in de vorm van telefoongesprekken en het verstrekken van schriftelijk materiaal, kunnen daarbij behulpzaam zijn.

Activiteiten voor mantelzorgers
Familieleden van personen met een depressie hebben een verhoogd risico zelf depressieve klachten te ontwikkelen. Voor deze familieleden worden informatiebijeenkomsten georganiseerd door de regionale GGZ-instellingen en zijn schriftelijke voorlichtingsmaterialen beschikbaar.

Hoofdstuk 6 Indicatiestelling en zorgtoewijzing

Indicatiestelling en zorgtoewijzing
"Het zorgproces omvat vier fasen: intake, diagnostiek, indicatiestelling, opstellen, bewaken en bijstellen van het behandelplan en behandeling."
A Indicatiestelling en zorgtoewijzing in zorgprogramma's
B Hoe verloopt de indicatiestelling en zorgtoewijzing in het basisprogramma depressie?
C Nadere diagnostiek (inclusief ernstmeting)

A Indicatiestelling en zorgtoewijzing in zorgprogramma's

Indicatiestelling en zorgtoewijzing gebeurt door het selecteren en aanbieden van activiteiten en modulen die aansluiten op wat de hulpvrager wenst en op wat de hulpverlening als doelen heeft gesteld. In een zorgprogramma dient beschreven te worden via welke route de cliënt bij zijn of haar behandelaar terecht komt. Ook de stappen die genomen worden om tot de uiteindelijke behandeling te komen worden in een zorgprogramma beschreven.
Dit basisprogramma 'start' op het moment dat er een vermoeden van de aanwezigheid van een stemmingsstoornis bestaat. Dat zal over het algemeen in de eerste lijn zijn. De beschrijving van de indicatiestelling en zorgtoewijzing in dit basisprogramma begint daarom ook in de eerste lijn.
In de tweedelijns GGZ doorloopt een cliënt in veel gevallen twee programma's: een 'voordeurprogramma' en het eigenlijke hulpverleningsprogramma. Het zorgprogramma depressie beschrijft dan niet het hele indicatieproces, maar er dient wel te worden beschreven via welke weg de cliënt in het programma terechtkomt.

Wat betreft indicatiestelling en zorgtoewijzing gaat het om de volgende stappen.

Poort/voordeur:
- aanmelding
- onderzoek in de eerste lijn
- behandeling in de eerste lijn
- eventueel verwijzing voor consultatie/diagnostiek
- onderzoek in de tweede lijn
- behandeling in de eerste lijn
- eventueel verwijzing naar andere disciplines in de eerste lijn of de tweede lijn voor behandeling
- advies om in een specifiek programma in te stromen
- bespreking van dat advies met de cliënt
- toewijzing aan een van de specifieke programma's

Binnen het specifieke programma:
- specifieke indicatiestelling
- behandelplan opstellen
- zonodig specifiek behandelplan opstellen

Deze stappen zijn in vier fasen samen te vatten:
1. Aanmelding en/of intake;
2. Indicatiestelling;
3. Zorgtoewijzing en opstellen van het behandelplan;
4. Bewaken en bijstellen van het behandelplan.

Niet iedere cliënt doorloopt al deze stappen en niet altijd is een en dezelfde hulpverlener bij alle stappen betrokken. Bovendien zullen in de huisartspraktijk de stappen meestal niet zo duidelijk van elkaar te onderscheiden zijn. In de praktijk komt de diagnose tot stand in de loop van een aantal consulten.

B Hoe verloop de indicatiestelling en zorgtoewijzing in het basisprogramma depressie?

Fase 1: Aanmelding en intake
In de eerste, tweede en derde lijn geldt dat de hulpverlener na aanmelding informatie over de cliënt en diens problematiek verzamelt teneinde de stoornis te bepalen. Op basis van een gesprek en zo nodig verdere diagnostiek stelt de hulpverlener een voorlopige diagnose. Andere aandoeningen dienen uitgesloten te worden.
In het algemeen kan gesteld worden dat mensen met stemmingsklachten zich in eerste instantie wenden tot de huisarts. Bij tenminste 1 op de 20 huisartsbezoekers blijkt sprake te zijn van een depressieve stoornis (Linden van der, 2004). Van degenen die zich met duidelijke psychische klachten presenteren wordt de overgrote meerderheid door de huisarts herkend (psychisch of psychosociaal probleem). In de meeste gevallen wordt er door de huisarts echter geen specifieke diagnose (depressie) gesteld. De herkenning van depressies bij cliënten die zich presenteren met somatische klachten is veel lager. Slechts een klein percentage van de cliënten met een depressie wordt verwezen naar de tweedelijns GGZ.
De huisarts kan de cliënt zelf behandelen, de cliënt doorverwijzen naar hulpverleners in de eerste lijn (Algemeen Maatschappelijk Werk, Eerstelijns psycholoog) of naar de specialistische GGZ. Slechts een klein deel van de mensen met een depressie (10%) komt in behandeling bij de specialistische GGZ. De aanmelding bij de specialistische GGZ vindt in de meeste gevallen plaats door de huisarts. In de overige gevallen worden cliënten door de bedrijfsarts of binnen de specialistische GGZ aangemeld. Vanuit de eerste lijn stroomt de cliënt via de voordeur naar het specifieke programma. Om goed te kunnen verwijzen moet de huisarts op de hoogte zijn van de diverse behandelingsmogelijkheden bij het AMW, de RIAGG, psychologen, psychotherapeuten en psychiaters, al dan niet verbonden aan een psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ), in de regio.

Vanuit de eerste lijn zijn de volgende factoren indicaties voor consultatie van of verwijzing naar de eerste of tweedelijns GGZ:
- onvoldoende effect van begeleiding en behandeling met bijvoorbeeld antidepressiva,
- sterk verhoogd suïciderisico,
- ernstig sociaal disfunctioneren.

Na een eerste gesprek (of meerdere gesprekken) dient te worden besloten of er wel of niet sprake is van een psychische stoornis. Vervolgens moet, samen met de cliënt, bekeken worden wat de volgende stap zal zijn.
Is er geen sprake van een psychische stoornis, dan kan gekozen worden voor een somatische behandeling of verwijzing naar een andere instelling (bijvoorbeeld voor verslavingszorg).

Is er wel sprake van een psychische stoornis, dan kan gekozen worden uit:
- Behandeling door de huisarts.
- Verwijzing binnen de eerste lijn (huisarts, AMW of eerstelijns psycholoog).
- Verwijzing naar een vrijgevestigd psychiater of (psycholoog-)psychotherapeut.
- Verwijzing naar een GGZ instelling.

Soms is het na enkele gesprekken nog steeds onduidelijk of er sprake is van een psychische stoornis. Dan kan tot een van de volgende stappen besloten worden:
- Afwachten van het beloop van de klachten, mogelijk herstelt de cliënt of wordt het psychisch beeld duidelijker.
- Consultatie van de specialistische GGZ.
- Indien aanwezig: consultatie van GGZ medewerker in de eerste lijn (zoals Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige in de huisartsenpraktijk).
- Nadere diagnostiek binnen het voordeurprogramma van de specialistische GGZ.

Het gebruik van screeners

Screeningsinstrumenten kunnen in de eerste lijn nuttig zijn om snel te bepalen of er sprake is van een depressie.

Volgens de conceptrichtlijn depressies (CBO, 2003) komen de volgende screeners voor gebruik in aanmerking:

- de *INSTEL-screen* (Interventie Studie Eerste Lijn)
- de *Depressieherkennningsschaal* (DHS)
- de *Vierdimensionale Klachtenlijst* (4DKL); voor het onderscheiden van distress-klachten depressie, angst en somatisatie in de eerste lijn
- de *De Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS)

Wat betreft het gebruik van deze screeners doet de richtlijn een aantal aanbevelingen. Samengevat zijn dat:

- De betrouwbaarheid en in alle gevallen de validiteit van de besproken screeners moet nog verder onderzocht worden, maar toch zijn zij in bepaalde situaties inzetbaar in de eerstelijnsgezondheidszorg en de bedrijfsgezondheidszorg.
- Het is niet wenselijk bij alle cliënten in de eerstelijn een screener in te zetten. Het gebruik van een dergelijke instrument is mogelijk zinvol bij onverklaarde somatische klachten en onduidelijke symptomatologie.
- In de literatuur worden afkappunten gepresenteerd die bepalen of een cliënt wel of niet een psychiatrische aandoening heeft. Welk afkappunt wordt gebruikt, is afhankelijk voor het doel van de gebruiker van de screener (bijvoorbeeld onderzoek).
- De INSTEL en de DHS zijn korte interviews die in de eerstelijnspraktijk en de bedrijfsgezondheidszorg kunnen helpen om een snelle indicatie te krijgen of er sprake is van een depressieve stoornis, al dan niet in combinatie met (gegeneraliseerde) angst. De zelfinvulvragenlijst 4DKL kan vooral een rol spelen bij meer psychiatrische symptomatologie. De vier dimensies van deze vragenlijst bestrijken tevens het grootste deel van het spectrum van psychische symptomatologie in de huisartspraktijk. De HADS is een korte zelfinvulvragenlijst die helpt psychiatrische stoornissen op te sporen bij cliënten met somatische problemen
- De uitkomst van een screener is geen diagnose. Na een positieve uitkomst moet er verder analyse verricht worden aan de hand van de criteria voor depressie.

(Psychiatrische) diagnostiek

De (psychiatrische) diagnostiek richt zich op het in kaart brengen van de aspecten die primair horen bij de stoornis; de aard van de depressie, de ernst en het beloop. Deze aspecten zullen, voor zover van toepassing, bij iedere cliënt in kaart gebracht worden
Dat gebeurt door het uitvoeren van (enkele van) de volgende onderdelen.

- *(Auto)anamnese.*

De (auto)anamnese heeft tot doel de huidige symptomen van de depressie te inventariseren.
De NHG standaard (in de eerste lijn, gebaseerd op de DSM-IV criteria) en DSM-IV criteria (in de tweede lijn) vormen het uitgangspunt om te komen tot eenduidige uitspraken over de aanwezigheid van een depressie.
Vervolgens wordt in de (auto)anamnese informatie verzameld over de aard, ernst en beloop van de depressie.
Volgens de NHG standaard is het doel van de anamnese om de ernst van de depressie te bepalen, eventuele aanleidingen op te sporen en (voor zover mogelijk) andere aandoeningen uit te sluiten. De wijze waarop de cliënt reageert en de indruk die de huisarts of andere behandelaar hiervan krijgt is mede van invloed op het stellen van de diagnose. Het is in deze situatie van groot belang een haastige indruk te vermijden, de cliënt niet te interrumperen en vaker stiltes te accepteren. De huisarts of andere behandelaar houdt er rekening mee dat een dergelijk gesprek meestal langer duurt dan een normaal consult.

Verder moeten door middel van de (auto)anamnese de volgende aspecten in kaart gebracht worden:
- De duur van de huidige episode
- Ziektegeschiedenis en het hulpverleningsverleden
- Behandelgeschiedenis en medicatiegebruik
- Motivatie om een behandeling te ondergaan
- Premorbide niveau van functioneren

- *Classificatie en het beloop van de depressie.*

Als hulpmiddel om te komen tot de classificatie van depressieve stoornissen volgens de DSM-IV raadt de richtlijn depressie het gebruik van de volgende instrumenten aan:
- het *Structured Clinical Interview voor de DSM-IV As-I* (SCID-I)
- de *Schedules for Clinical Assesment in Neuropsychiatry* (SCAN 2.1)
- het *MINI-International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I.) en de M.I.N.I.-Plus
- de *Calgary Depression Scale* (CDS); voor het beoordelen van depressie bij schizofrene cliënten

Wat betreft het gebruik van deze instrumenten doet de richtlijn een aantal aanbevelingen. Samengevat zijn dat:
- De werkgroep is van mening dat het inzetten van de semi-gestructureerde interviews (SCID en SCAN) vooral zinvol is in bijzondere situaties in de tweede lijn, bijvoorbeeld bij ingewikkelde differentiaal diagnostiek.
- De SCID is de beste optie voor wie genoeg tijd heeft of volledigheid betracht. Het is toegestaan modules uit de SCID te gebruiken.
- De SCAN is een alternatief voor de SCID, maar afname vergt meestal meer tijd.
- De MINI is geschikt bij minder tijd en minder noodzaak voor detailleerde informatie.
- Met de CDS kan onderscheid gemaakt worden tussen depressie, negatieve symptomen en extrapiramidale symptomen.
- Voor een betrouwbaar gebruik van deze instrumenten is een specifieke training nodig.

Aan de hand van de DSM-IV criteria kunnen de volgende beloopvormen van depressie onderscheiden worden:
- eenmalig recidiverend
- recidiverend:
  - met volledig herstel in de tussenliggende periode
  - zonder volledig herstel in de tussenliggende periode
- chronisch: gedurende de voorafgaande twee jaar is voortdurend voldaan aan de criteria van de depressieve periode,
- met seizoensgebonden patroon;
  - er is een relatie tussen het begin van de depressieve episode en een bepaalde periode in het jaar,
  - volledige remissie of wisseling naar tegengestelde polariteit ook in een bepaalde periode in het jaar,
  - gedurende de laatste twee jaar depressies met seizoensgebonden relatie en in diezelfde periode geen niet-seizoensgebonden episodes,
  - voor het hele leven geldend: de seizoensgebonden depressie overtroffen de niet-seizoensgebonden depressies.
  - met begin post partum: episode startte binnen vier weken postpartum.

- *De ernst van de klachten en symptomen.*

De ernst van de depressie zal op geregelde tijden (tenminste elke drie maanden) opnieuw gemeten moeten worden. Ook als er niet meteen tot behandeling wordt overgegaan is het van belang om het verloop van de ernst van de depressie in de gaten te houden.

Voor het meten van (veranderingen in) de ernst van de depressie kan een beroep gedaan worden op interview- en observatieschalen en op zelfinvulvragenlijsten.

De richtlijn depressie raadt voor het meten van de (verandering in) ernst van depressie de volgende instrumenten aan:

Voor interview- en observatieschalen:
- de *Hamilton Rating Scale of Depression* (HRSD)
- de *Montgomery-_sberg Depression Rating Scale* (MADRS)
- de *Bech Rafaelsen Melancholia Rating Scale* (BRMS)
- de *Inventory for Depressive Symptomatology* (IDS-C)

Voor zelfinvulvragenlijsten:
- de *Beck Depression Index* (BDI)
- de *Self-rating Depression Scale* (SDS) van Zung
- de *Inventory for Depressive Sympthomatology* (IDS-SR)

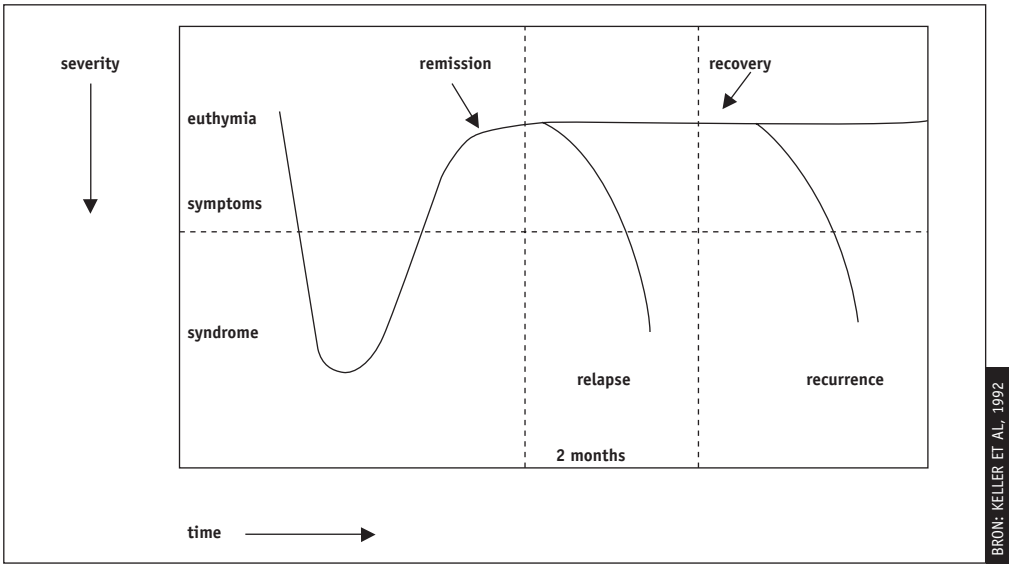
Wat betreft het gebruik van deze instrumenten doet de richtlijn een aantal aanbevelingen. Samengevat zijn dat:
- Alhoewel geen van de bovenstaande meetinstrumenten voldoet aan alle psychometrische eisen bieden zij toch een mogelijkheid om een betrouwbare en redelijk valide inschatting te maken van de ernst van een depressie en de veranderingen hierin.
- Het wordt aangeraden het verloop van de ernst van de depressie te monitoren, ook als niet meteen tot behandeling wordt overgegaan. De richtlijn werkgroep beveelt de bovenstaande instrumenten hiervoor aan.
- Bij de keuze tussen het gebruik van zelfinvulvragenlijsten en een interview c.q. beoordeling door de clinicus moet rekening gehouden worden met de neiging van cliënten om de ernst van de symptomen te vergoten dan wel verkleinen afhankelijk van de ernst van hun depressie. De werkgroep beveelt aan voor ernstige ziektebeelden te kiezen voor interview- en observatieschalen. Ook kan het gecombineerd gebruik van de IDS-C en de IDS-SR en in mindere mate van de HRSD, hier een optie vormen.
- Voor het evenwichtig in kaart brengen van de verschillende symptoomdimensies lijkt de IDS het beste perspectief te bieden. Het is echter nog niet psychometrisch getest bij een Nederlandse populatie.

Voor huisartsen lijkt de toepassing van de instrumenten wat omslachtig en raadt de NHG- standaard eerder een diagnostisch gesprek, afgestemd op de individuele cliënt, aan.

De ernst van de stoornis kan als volgt onderverdeeld worden:
- Subklinisch: wel symptomen, maar te weinig om de diagnose te stellen, geringe beperkingen in sociaal functioneren, HRSD-score <14, geen aanwezigheid van suïcidaliteit of psychotische kenmerken.
- Licht: weinig of niet meer symptomen dan nodig om de diagnose te stellen, geringe beperkingen in het sociaal functioneren, HRSD-score ≥ 14 en <19, geen aanwezigheid van suïcidaliteit of psychotische kenmerken.
- Matig: tussen licht en ernstig, HRSD-score ≥ 19 en <24, geen aanwezigheid van suïcidaliteit of psychotische kenmerken.
- Ernstig: meer dan de nodige symptomen om de diagnose te stellen, duidelijk interfereren met het sociaal functioneren, HRSD-score ≥ 24, geen aanwezigheid van suïcidaliteit of psychotische kenmerken.
- Ernstig met psychotische kenmerken of suïciderisico: doorslaggevend zijn psychotische kenmerken of het hoge en persistente of recidiverende suïciderisico, HRSD-score is dan minder relevant.
- Gedeeltelijke remissie: de cliënt voldeed voorheen aan de criteria en heeft nu óf minder dan vijf symptomen óf heeft geen symptomen gehad gedurende twee maanden.
- Volledige remissie: de cliënt vertoont gedurende de laatste twee maanden geen kenmerken van een depressie.

Het verloop van een depressie kan als volgt worden omschreven (zie figuur 1). Een persoon die zich bevindt in een depressieve periode kan in *remissie* gaan, dat wil zeggen dat hij/zij zich begeeft naar herstel. Wanneer iemand in remissie is, maar nog niet hersteld is, kan er een *terugval* plaatsvinden. Er wordt pas gesproken van herstel, wanneer de persoon twee maanden niet meer beantwoordt aan de DSM IV-criteria voor een depressie. Het herstel kan volledig zijn (de persoon is symptoomvrij), of partieel (er resten nog enkele symptomen).
Nadat een persoon hersteld is, kan er een *herhaling* plaatsvinden.

Figuur 1 Verloop van een depressie



Iemand kan meerdere depressieve episodes doormaken. Er is dan sprake van een *recidiverende depressie*. Een recidiverende depressie oefent een belangrijke en negatieve invloed uit op iemands levensloop. Slechts 10% - 20% van de cliënten heeft slechts één episode. Gemiddeld heeft een cliënt met een unipolaire depressie 4-5 episoden gedurende zijn / haar leven. *Chroniciteit* (duur langer dan twee jaar) treedt op in circa 10% van de gevallen.

Fase 2: Indicatiestelling

Het eerste gesprek tussen de cliënt en de hulpverlener en de daaruit voortvloeiende diagnose mondt vaak meteen al uit in een indicatie. Soms zijn er vervolggesprekken nodig om een indicatie te kunnen stellen. Bij de indicatiestelling:

- wordt de ernst van de depressie bepaald en wordt overwogen of verwijzing noodzakelijk is.
- De koppeling van het hulpaanbod op de individuele hulpvraag staat centraal.
- Het aanbod dient te bestaan uit een pakket van activiteiten en modulen die alles bevatten wat voor de depressieve cliënt nodig is. De vraag vanuit welke lijn of instelling de zorg geleverd wordt, staat daarbij niet voorop.
- De indicatiestelling hoort vraaggericht, objectief, onafhankelijk en geïntegreerd plaats te vinden. De cliënt moet in staat worden gesteld om op de indicatie invloed op uit te oefenen, wanneer dat mogelijk en gewenst is.

Voorlichting en service aan de cliënt en zijn omgeving zijn heel belangrijk tijdens het eerste contact met de hulpverlener. De hulpverlener die de indicatiestelling uitvoert, moet naast de nodige contactuele vaardighe-

den over voldoende globale kennis van de sociale kaart en de hulpmogelijkheden beschikken om de cliënt goed te kunnen 'doorgeleiden' naar een bepaald programma onderdeel in de eerste of tweede lijn.

Fase 3: Zorgtoewijzing en behandelplan
Na het kiezen van een behandelingsoptie (anders dan consultatie of verwijzing) en toewijzing aan een behandelaar of team stelt de hulpverlener het behandelplan op. Bij de invulling vindt overleg en onderhandeling plaats tussen cliënt en behandelaar over een specifiek pakket van zorg dat aansluit op de mogelijkheden en wensen van de cliënt enerzijds en de opvattingen over goed hulpverlenerschap anderzijds. De uitkomsten van de bovenstaande analyses zijn nodig voor de samenstelling van het individuele behandelplan. Ook worden de behandeldoelen geëxpliciteerd. Een ander belangrijk aspect is dat een cliënt pas kan instemmen met een behandelplan, als hij voldoende over de ziekte is geïnformeerd èn de ziekte onderkent.
In het behandelplan wordt aangegeven van welke modules en activiteiten gebruik gemaakt wordt, en van de duur en frequentie van de behandeling.

Op het moment dat cliënt en behandelaar instemmen met het behandelplan spreekt men van een *behandelingsovereenkomst*. Wettelijk is dit geregeld via de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Bij opgenomen cliënten heeft het de voorkeur dat de behandelingsovereenkomst door zowel cliënt als verantwoordelijk behandelaar (meestal de arts) wordt ondertekend; bij ambulant behandelde cliënten gebeurt het meestal op basis van mondelinge overeenstemming.

Fase 4: Bijstelling en bewaking van het behandelplan
Op afgesproken momenten in de behandelovereenkomst wordt de behandeling geëvalueerd. Afhankelijk van het beloop van de problematiek wordt vervolgens besloten over te gaan op ander behandelvormen, meer intensieve zorg of om het contact met de cliënt af te bouwen.

C Nadere diagnostiek (inclusief ernstmeting)
Bij een groot deel van de cliënten met een depressie is hiermee de het proces van indicatiestelling en zorgtoewijzing voltooid. Er is echter een groep cliënten bij wie verdere diagnostische activiteiten nodig zijn om tot een goed behandelplan te kunnen komen. Welke activiteiten dat zijn en in welke mate ze uitgevoerd moeten worden verschilt per cliënt.

Het gaat erom de volgende aspecten in kaart te brengen:
- de hulpvraag,
- de aard, ernst, duur en beloop van de klachten,
- de aanwezigheid van psychotische kenmerken,
- de aanwezigheid van een crisis,
- eventuele co-morbiditeit,
- de behandelgeschiedenis,
- suïcidegevaar,
- en het sociaal functioneren van de cliënt.

Deze aspecten worden onderzocht en uitgevraagd in vier diagnostische onderdelen:
I (Aanvullende) psychiatrische diagnostiek
II Somatische diagnostiek
III Sociale diagnostiek

I Aanvullende psychiatrische diagnostiek
Naast de psychiatrische diagnostiek zoals die in het voorgaande deel is beschreven, zullen bij een aantal cliënten aanvullende psychiatrische diagnostische activiteiten uitgevoerd moeten worden.

- *Hetero-anamnese.*

Heteroanamnese is het navragen van beeld en klachten bij belangrijke anderen. In het geval van een ernstige depressie, in het geval van een crisis, bij recidieven, chroniciteit, therapieresistentie of problemen in de diagnostiek, kan het nodig zijn om een hetero-anamnese af te nemen bij de partner, familie of anderen uit de omgeving van de cliënt. Hier kunnen de bovenstaande aspecten van de depressie in kaart gebracht worden als de cliënt daar zelf niet toe in staat is, of als meer informatie nodig geacht wordt om een compleet beeld van de situatie te krijgen.

- *Aandacht voor suïcidaliteit.*

Belangrijk hierbij is te letten op factoren die het risico op een (geslaagde) suïcide kunnen voorspellen

- Aanwezigheid van suïcide gedachten, plannen of handelingen (voorbereidingen, brieven e.d.)
- Beschikbaarheid over of toegankelijkheid tot suïcidemethoden of -middelen (bijvoorbeeld medicijnen)
- Eventuele eerdere (met name serieuze) suïcidepogingen
- Familiegeschiedenis betreffende suïcides
- Aanwezigheid van psychotische verschijnselen of grote angst
- Ernstige gevoelens van hopeloosheid
- Recent belangrijk verlies

Een psychodiagnostisch onderzoek kan van nut zijn voor nadere diagnostiek. Bij twijfel over de diagnose, ter inventarisering van klachten en het meten van de ernst van symptomen of bij onvoldoende resultaat van een behandeling kan een psychodiagnostisch onderzoek verhelderend werken. Tevens kan het onderdeel zijn van persoonlijkheidsonderzoek, bij de indicatiestelling voor een meer langdurende psychotherapie en van onderzoek naar eventuele psycho-organische stoornissen.

- *Comorbiditeit.*

Specifiek moet er gekeken worden naar een eventuele comorbiditeit met:

- schizofrene of verwante psychotische stoornissen
- angststoornissen
- beginnende dementie en andere organische aandoeningen
- verslaving en middelengebruik
- persoonlijkheidsstoornis

Er zijn verschillende instrumenten die gebruikt kunnen worden bij het uitsluiten dan wel in kaart brengen van comorbiditeit. De richtlijn depressie geeft hier geen advies over. In de praktijk blijken de volgende instrumenten gebruikt te worden:

- *Symptom Checklist-90 vragen* (SCL-90): een zelfinvullijst voor verschillende domeinen van psychische klachten.
- *Structured Clinical Interview voor de DSM-IV* (SCID).
- *Comprehensive Psychiatric Rating Scale* (CPRS): een semi-gestructureerde vragenlijst.
- *VKP (Vragenlijst Kenmerken Persoonlijkheid) of PDQ-4 (Personality Disorders Questionnaire-DSM IV)*: beide instrumenten zijn zelfinvullijsten voor persoonlijkheidsstoornissen met een hoge sensitiviteit maar relatief lage specificiteit en kunnen op descriptief niveau aanwijzingen geven voor het al dan niet bestaan van een persoonlijkheidsstoornis volgens DSM-IV. Bij afwijkingen is het wenselijk dat vervolgonderzoek plaatsvindt.

- *Persoonlijkheidsonderzoek.*

Bij twijfel over een persoonlijkheidspathologie/-stoornis kan er een screenend onderzoek naar eventuele persoonlijkheidspathologie gedaan worden. In dit onderzoek wordt informatie verzameld over:

- Persoonlijkheidskenmerken als: ik-sterkte, temperamentsfactoren, emotionele huishouding, copingvaardigheden en afweermechanismen.
- Huidige en vroegere interpersoonlijke relaties (steun, hechting, opvoeding, rollen, conflicten tekorten).

- Biografie van het ouderlijk gezin.
- (Psychotherapeutische) behandelgeschiedenis
- Wat kan de cliënt wel en niet veranderen?
- Wat wil de cliënt zelf?

II Somatische diagnostiek

Depressieve klachten kunnen aanleiding geven tot lichamelijke symptomen. Daarnaast heeft 20% van de cliënten met depressieve klachten tevens een chronische somatische aandoening.
Vele verschillende somatische ziekten kunnen in combinatie met andere factoren depressie veroorzaken. Deze aandoeningen moeten worden uitgesloten vanwege hun eigen beloop en /of vanwege hun negatieve effecten op depressie.

- *Somatische anamnese.*

Bij elke eerste episode moet een organische factor uitgesloten worden. Ook medicatiegebruik, alcohol en middelengebruik en mogelijke erfelijke factoren worden in dit onderzoek meege-nomen.

- *Lichamelijk onderzoek.*

In een zo vroeg mogelijk stadium moet daarom lichamelijk onderzoek plaatsvinden, als er aanwijzingen voor een afwijking zijn. De huisarts screent en behandelt lichamelijke klachten en onder-zoekt eventuele lichamelijke oorzaken van de problematiek, vóór de behandeling van start gaat. In de tweede lijn kan het op indicatie gebeuren, als de anamnese daar aanleiding toe geeft.

Bij de volgende lichamelijke aandoeningen kan depressie als syndroom optreden:
- Maligne aandoeningen, hersenmetastasen
- Neurologische aandoeningen (CVA, MS en ziekte van Parkinson)
- Endocrinologische aandoeningen (bijnier, schildklier)
- Systeemziekten (SLE, reuma)
- Infecties (ziekte van Pfeiffer, influenza, hepatitis en AIDS)
- Metabole stoornissen (hyponatriëmie)
- Deficiënties (vitamine B, C, ijzer, eiwit, zink)
- Bij gebruik van bepaalde medicijnen

- *Laboratoriumonderzoek.*

Dit onderzoek moet, als daar aanleiding toe bestaat (bijvoorbeeld bij meer ernstige depressies of therapieresistentie) met klinisch biochemisch en ander gericht onderzoek worden aangevuld.

III Sociale diagnostiek

Doel van de sociale diagnostiek is het in kaart brengen van de sociale aspecten van het *Stress Steun Kracht Kwetsbaarheid model* (SSKK model). Het SSKK model gaat uit van de verhouding tussen factoren die het ontstaan en aanhouden van een depressie bevorderen (stress en kwetsbaarheid) en factoren die een depressie tegengaan of voorkomen (kracht en sociale steun of juist het ontbreken daarvan). De consequentie is dat men bij mensen met én familiair voorkomen van depressie én bepaalde lichamelijke ziekten én een 'neurotische' persoonlijkheid én negatieve levensgebeurtenissen (stressor) en/of -omstandigheden eerder bedacht moet zijn op een episode van een depressie dan wanneer slechts een enkele factor een rol speelt. Overigens zijn er aanwijzingen dat de kwetsbaarheid toeneemt als er eenmaal een of enkele episoden zijn geweest.
Sociale omgeving wordt ruim opgevat: familie, wonen, werken, vrienden, vrije tijd, religie enz. Ook het in kaart brengen van *sociale beperkingen* is van belang, omdat er op het gebied van maatschappelijk functioneren vaak grote verliezen worden geleden (bijvoorbeeld van werk of relatie) of anderszins problemen kunnen bestaan.
De hieronder beschreven onderdelen worden alleen op indicatie uitgevoerd.

- *Biografische anamnese*

Specifieke aandacht verdient het onderzoek naar de levensfase, levensge-beurtenissen, stressfactoren en culturele factoren die van invloed kunnen zijn op het optre-den van de depressie, alsmede het familiair voorkomen van depressie. Eveneens moet er aandacht gegeven worden aan de betekenis en gevolgen van ziekte in het leven van de cliënt.

Mogelijke instrumenten bij het in kaart brengen van de sociale omgeving zijn:

- *Sociaal Netwerk Analyse* (methode van Van Mierlo, 1992). Dit omvat een inventarisatie van het sociaal netwerk en beschikbare/aanwezige positieve en negatieve steun. Gebruik is zinvol bij onvoldoende duidelijkheid over de omvang van het netwerk en ter verheldering van de wederzijds beschikbare positieve en negatieve steun in het netwerk.
- *Quality of Life in Depression Rating Scale* (QLDS) of *Sickness Impact Profile* (SIP-68). Bijvoorbeeld bij chroniciteit en bij rehabilitatie. Beide zijn zelfinvullijsten voor het meten van de kwaliteit van leven, respectievelijk de gevolgen van een ziekte.

- *Systeem onderzoek*

Een depressie heeft door de symptomatologie, het beloop, de behandeling en de maatschappelijke gevolgen grote invloed op de systeemleden van de cliënt en dit geldt ook andersom. Aan-dachtspunten zijn de aard van de contacten en de communicatiestijlen binnen het sys-teem, de beleving van de depressie en de betekenis die de cliënt en diens familie/systeem aan de depressie geven. Tevens kan het systeem relevante informatie verschaffen over b.v. het functioneren thuis van de depressieve cliënt.

Systeemonderzoek kan uit de volgende onderdelen bestaan:

- Netwerkonderzoek.
- Huisbezoek; ook om hulpbronnen in kaart te brengen.
- Gevolgen voor het systeem. Voor partner, kinderen en andere verwanten. Bijvoorbeeld: hoe gaat het thuis, bij de partner op het werk en met de kinderen op school. Als er kinderen in het gezin aanwezig zijn, moet bekeken worden of KOPP interventies noodzakelijk zijn.
- Hulpbronnen. De hulpverleners vormen zich een beeld van de context van de problematiek, vooral bij suïcidaliteit en problemen in de thuissituatie. Ook de visie van gezinsleden en andere direct betrokkenen wordt geïnventariseerd.
- Analyse van levensgebeurtenissen, stressfactoren en culturele factoren.

Hoofdstuk 7 Behandelmodulen en -activiteiten

Modulen en activiteiten
"De kern van een zorgprogramma wordt gevormd door het overzicht van de activiteiten en modules in alle fases in de behandeling van de problematiek: preventie, (acuut) behandelen of begeleiden, stabiliseren, verzorgen, verplegen en beschermen, rehabiliteren en nazorg."

A Behandelmodules en activiteiten in zorgprogramma's
B Behandelmodules en activiteiten in het basisprogramma depressie
C Module en activiteiten overzicht

A Behandelmodules en activiteiten in zorgprogramma's

Een zorgprogramma beschrijft het hulpaanbod zoals dat voor de doelgroep beschikbaar zou moeten zijn. Dus alle modulen en activiteiten die nodig en wenselijk worden geacht.
Om programma's te kunnen organiseren is naast het *wenselijk* aanbod ook een goed overzicht van het *bestaande* aanbod noodzakelijk, zo mogelijk beschreven in de vorm van modules.
Uitgaande van het wenselijke aanbod kan het zorgprogramma vervolgens ingevuld worden. Dat zal in eerste instantie met het bestaande aanbod gebeuren. Bij het opstellen van het individuele zorgplan kunnen hulpverleners in overleg met cliënten hiaten in het aanbod signaleren. Er zijn een aantal mogelijkheden om deze hiaten in te vullen. Het opzetten van een ontbrekende module zal meestal niet onmiddelijk mogelijk zijn, maar die kan bijvoorbeeld ook bij een andere instelling gevolgd worden. De voorkeur van de cliënt en de organisatorisch (financiële) mogelijkheden bepalen wat de ruimte hiervoor is.

Een *module* bestaat uit een samenhangende bundeling van verschillende activiteiten en is een als zodanig herkenbaar en in tijd en omvang begrensd onderdeel van zorgprogramma's, waarvoor een specifieke indicatie gesteld kan worden.
Een *activiteit* is een enkelvoudige, afgeronde zorgeenheid, die gebruikt kan worden als bouwsteen in het kader van een zorg- of behandelplan. De afgrenzing tussen activiteit en module is tot op zekere hoogte arbitrair.

De kern van een zorgprogramma wordt gevormd door het overzicht van de activiteiten en modules. Het kan gaan om alle fases in de behandeling van de problematiek: preventie, (acuut) behandelen of begeleiden, stabiliseren, verzorgen, verplegen en beschermen, rehabiliteren en nazorg.
Voor elke module wordt beschreven:

- Naam van de module
- Inhoud van de module: doelen, functie(s), activiteiten, lokatie, frequentie en duur.
- Indicatie en zo mogelijk een onderbouwing van het niveau van de module: is deze de module de eerste keus binnen de behandeling?
- Ontvangers van de module: betrokken cliënten(systeem) en de omgeving, indicaties en contra-indicaties.
- Organisatorische en financiële aspecten: betrokken disciplines, voortgangsbewaking, bijstelling en kosten.

B Behandelmodules en activiteiten in het basisprogramma depressie

Er bestaat een groeiende wetenschappelijke kennis over de behandeling van depressie. Deze kennis is echter te omvangrijk en te ondoorzichtig om voor hulpverleners in de praktijk direct van nut te zijn.
Uit dat grote wetenschappelijke aanbod moet eerst een selectie gemaakt worden. Gelet wordt dan op bijvoorbeeld validiteit van het onderzoek en mogelijkheden voor toepassing in de Nederlandse situatie.
Recentelijk zijn er een tweetal publicaties verschenen waarin een selectie van deze kennis gemaakt is. De selectie is vervolgens vertaald naar aanbevelingen voor de hulpverleners die zich met depressie bezighouden:

- de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (CBO 2005)
- een Stepped care-programma voor depressie (Meeuwissen & Van Weeghel 2003).

Deze twee producten staan niet los van elkaar. Het stepped care-programma is afgestemd op het concept van de multidisciplinaire richtlijn depressie en volgt de richtlijnadviezen waar dat van toepassing is. Dat maakt de richtlijn tot het belangrijkste brondocument voor dit deel van het basisprogramma.
Het stepped care-programma hanteert echter een bredere insteek, die goed aansluit bij de brede opzet van het basisprogramma (d.w.z. inclusief preventie en eerste lijn). Het moduleboek van het stepped care-programma is bovendien een systematische bundeling van recente kennis over de behandeling van depressie, en is daarom naast de richtlijn gebruikt bij het opstellen van het interventie overzicht.

Het basisprogramma wil de hulpverleners tegemoet komen in de vertaalslag van de aanbevelingen uit deze twee publicaties naar een praktische toepassing.
Hieronder volgt een zo volledig mogelijk overzicht van activiteiten en modules die ingezet kunnen worden bij de preventie en behandeling van depressie. Overigens zijn enkele interventies die niet in de publicaties genoemd worden maar wel in het wenselijke aanbod thuishoren, in het schema en de bijbehorende beschrijving opgenomen.

Bij het opstellen van een regionaal zorgprogramma depressie kan op een aantal manieren gebruik gemaakt worden van dit hoofdstuk:

- Bij schrijven van het onderdeel modules en activiteiten van het regionale zorgprogramma kan gekozen worden uit de opsomming van interventies, op basis van wat voor die regio passend is.
- In de richtlijn kan opgezocht worden of deze interventies evidence en/of consensus based zijn. Met andere woorden hoe de huidige stand van de wetenschap rond deze interventies is en of dat ook voor Nederland geldt.
- In het stepped care-programma zijn gestandaardiseerde beschrijvingen van een groot deel van de interventies te vinden. Daarnaast geeft het inzicht of en hoe de interventie in een stepped care-aanpak past of in te passen is.

Wat is de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie?

Richtlijnen zijn systematisch ontwikkelde stellingen of aanbevelingen om hulpverlener en cliënt te helpen bij het nemen van beslissingen over de meest geschikte of gepaste zorg bij een klinisch probleem. Richtlijnen geven antwoord op de vraag wat wanneer gedaan moet worden, en op basis van welke overwegingen dit wordt aanbevolen. Richtlijnen vatten daarmee de stand van de wetenschap voor een bepaalde stoornis samen en integreren deze met de praktijkkennis van hulpverleners en de ervaringskennis van hulp-vragers. Ze geven enerzijds inzicht in wat internationaal bekend is over het betreffende onderwerp en anderzijds hoe er in de praktijk over het probleem gedacht wordt.
De richtlijn depressie is een zogenaamde multidisciplinaire richtlijn. Dat betekent dat er meerdere disciplines bij de ontwikkeling betrokken zijn geweest. In de richtlijn komen niet alle aspecten van depressie aan bod. Voor het opstellen is uitgegaan van zogenaamde ‘uitgangs’vragen. Deze uitgangsvragen zijn de, naar de mening van de Stuurgroep Richtlijnontwikkeling GGZ en de werkgroep richtlijn stemmingstoornissen, zo goed mogelijke weergave van de belangrijkste controversen met betrekking tot depressie.

De richtlijn is voor zover mogelijk gebaseerd op bewijs uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. De geselecteerde artikelen zijn door de werkgroepleden beoordeeld op kwaliteit van het onderzoek en gerangschikt naar mate van bewijs. Deze beoordeling wordt kort weergeven in de *conclusie*. In de conclusie wordt een niveau aangegeven. Dat staat voor de mate van bewijs. Hierbij is onderstaande indeling gebruikt:

Voor artikelen betreffende: interventie (preventie of therapie)

A1 systematische reviews die tenminste enkele onderzoeken van A2-niveau betreffen, waarbij de resultaten van afzonderlijke onderzoeken consistent zijn

A2 gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit (gerandomiseerde, dubbelblind gecontroleerde trials) van voldoende omvang en consistentie;

B gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohortonderzoek, cliënt-controle-onderzoek);

C niet-vergelijkend onderzoek;

D mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.

Niveau van de conclusies

1 systematische review (A1) of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A1 of A2

2 tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B

3 1 onderzoek van niveau A2 of B of onderzoek van niveau C

4 mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden

Daarnaast zijn per onderwerp *overwegingen* uitgewerkt, waarin naast wetenschappelijk bewijs, aspecten als cliëntenvoorkeuren, kosten of organisatorisch aspecten aan bod komen. De *aanbeveling* bevat het resultaat van het wetenschappelijk bewijs en de overige overwegingen.

Wat is het Stepped Care Programma voor Depressie?

In 2003 is een stepped care-programma voor depressie verschenen (Meeuwissen & Van Weeghel 2003). Deze uitgave bestaat uit twee delen: het rapport over de ontwikkeling, evaluatie en implementatie van het programma en een bijbehorend moduleboek.

Op basis van het stepped care-principe is de volgorde van de interventies in het stepped care-programma vastgesteld:

- daarbij gaan minder invasieve interventies, genoemd minimale interventies, vóór meer invasieve interventies,
- gaan interventies met een grotere bewezen werkzaamheid vóór interventies met een minder grote bewezen werkzaamheid,
- en gaan interventies die gepast zijn in het vroege beloop van het ziektebeeld vóór interventies die in de latere behandelfase aan de orde zijn (bijvoorbeeld lichttherapie).

Kort gezegd is stepped care is het verkiezen van minimale zorg waar mogelijk en intensievere of invasievere zorg waar nodig, onder de voorwaarde dat dit voordeel oplevert. (Meeuwissen JAC & Donker MCH, 2004). Volgens een stepped-care behandelwijze wordt de meest effectieve, en tevens de meest minst intensieve of invasieve interventie die gezien de aard en de ernst van de problematiek mogelijk is, in eerste instantie geprobeerd. Voor cliënten die onvoldoende responderen op deze lichtere behandeling, dat wil zeggen op indicatie van uitblijvend behandeleffect, wordt naar een intensievere aanpak overgestapt.
Deze minimale interventies kunnen opgevat worden als minimaal in de zin van minst belastend of minst inbreuk makend voor de cliënt, dan wel van een kortere behandelduur, dan wel kosteneffectiever. Met het reeksen of aaneenschakelen van interventies en het overstappen van een 'lichter' of 'minimaler' naar een 'hoger' niveau van behandeling, op indicatie van de behandeluitkomsten van deze behandeling, wordt beoogd de effectiviteit van behandelingen te verhogen, voor meer cliënten of tegen lagere kosten (Meeuwissen &Van Weeghel, 2003).

Het *stepped care*-programma is gebaseerd op een tiental uitgangspunten, waarin tevens de meerwaarde van het programma terug is te vinden:

1 Het *stepped care*-programma is een beslissingsondersteunend instrument. De klinische beslismomenten worden indien gewenst ondersteund door intercollegiale consultatie.
2 De interventies in het *stepped care*-programma zijn evidence based of gebaseerd op good clinical practice.
3 De interventies in het *stepped care*-programma beslaan het hele zorgcontinuüm.
4 De interventies in het *stepped care*-programma zijn zoveel mogelijk geprotocolleerd.
5 Interventies in het *stepped care*-programma zijn geplaatst in een rangorde.
6 Het beloop van de symptomen en klachten van de cliënt stuurt het zorgproces.
7 Behandeling vindt plaats op basis van een behandelplan.
8 Behandelevaluatie heeft een prominente plaats in het *stepped care*-programma.
9 Onvoldoende behandelresultaat op een vastgesteld evaluatiemoment leidt tot overgaan tot een volgende stap in de rangorde van interventies.
10 Voldoende behandelresultaat wordt voortgezet met nazorg, terugvalpreventie of rehabilitatie.

In het module boek zijn gestandaardiseerde module beschrijvingen opgenomen en geordend vervolgens het stepped care-principe. De module beschrijvingen voldoen aan de eisen zoals die in een zorgprogramma gesteld worden.

De modulebeschrijvingen zijn uit de volgende onderdelen opgebouwd:

Kader	Het theoretisch kader of perspectief van waaruit de hulpvraag wordt benaderd.
Behandeldoel	Beoogde richting en effecten van de interventie. Het behandeldoel kan worden uitgesplitst in algemene doelen en doelen die specifiek aansluiten op de hulpvraag van de cliënt; in de modulebeschrijvingen gaat het om het eerste.
Indicatie	Indicatiecriteria op grond waarvan de hulpverlener dient te kunnen beslissen of de interventie geschikt is voor een bepaalde cliënt. Eventueel wordt een (sub)groep van de doelgroep depressie in engere zin voor welke de interventie effectief is aangegeven.
Exclusie	Factoren die de interventie niet of minder geschikt maken voor de cliënt en die derhalve uitgesloten dienen te worden.
Behandelinhoud of behandelprotocol	De inhoud van de interventie, gefaseerd en zoveel mogelijk geprotocolleerd beschreven. Daarbij wordt de houding van de hulpverlener (bv. coachend, steunend, docerend) vermeld, alsmede eventuele specifieke materialen die worden gebruikt.
Monitoring en behandelevaluatie	In het *stepped care*-programma, waar het beloop van de behandeling het zorgproces stuurt, nemen monitoring en evaluatie van het behandelproces een bijzondere plaats in. De aandachtspunten voor behandelevaluatie worden zo volledig mogelijk beschreven.
Behandelduur en -frequentie	De standaard of inschatting van de benodigde behandelfrequentie en de behandelduur.
Evidentie	Verwijzing naar de wetenschappelijke evidentie.

Randvoorwaarden	Bijzondere randvoorwaarden om de interventie te kunnen bieden, zoals discipline of specifieke kwalificaties van de behandelaar, setting van de behandeling en facilitaire randvoorwaarden.
Referenties	Verwijzing naar uitgebreidere behandelprotocollen.

Sleutelschema

In het schema hieronder zijn de mogelijke interventies gezet. Hierin kan opgezocht worden welke interventies in welk document terug te vinden zijn. In het schema is bovendien met grijstinten aangegeven wat het niveau van de conclusie over effectiviteit in de Multidisciplinaire Richtlijn is. Hoe donkerder de grijstint hoe hoger het niveau van wetenschappelijke onderbouwing voor die interventie.

X = Wordt als aparte interventie besproken.
0 = Wordt genoemd, maar niet als aparte interventie besproken.
- = Wordt niet genoemd of besproken.

		Richtlijn	Stepped Care Programma
	Crisisinterventies		
1	Crisis-interventie	-	-
2	Noodplan	-	-
	Minimale interventies		
3	Geen interventie	X	-
4	Psycho-educatie	X	X
5	Zelfhulpcursus	0	X
6	Bibliotherapie	X	X
7	Problem Solving Therapy (PST)	X	-
8	Praktische hulp	0	X
9	Steunend-structurerende begeleiding	X	X
	Systematische psychotherapie		
10	Kortdurende behandeling (KDB)	-	X
11	Cognitieve Gedragstherapie (CGT)	X	X
12	Gedragstherapie	X	-
13	Interpersoonlijke psychotherapie (IPT)	X	X
14	Combinatiebehandelingen	X	0
	Biologische behandeling		
15	Farmacotherapie	X	X
16	St. Janskruid	X	X
17	Lichttherapie	X	X
18	Slaapdeprivatie	-	-
19	Elektroconvulsietherapie (ECT)	X	X
	Niet-specifieke interventies		
20	Psychomotore therapie	X	X
21	Running therapy	X	0
22	Relaxatie	X	-
23	Ergotherapie	-	X
24	Creatieve/beeldende therapie	X	-

25	Muziek therapie	X	-
26	Dramatherapie	X	-
27	Systeem therapie	0	-
28	Gespecialiseerde verzorging	0	0
	Rehabilitatie		
29	Supportgroepen/lotgenoten	X	0
30	Individuele rehabilitatie	-	X
31	Terugvalpreventie	-	0
32	Maatjesprojecten/vriendendiensten	-	-

C Module- en activiteitenoverzicht

In de beknopte beschrijvingen van de interventies is, waar mogelijk, aangesloten bij de beschrijving zoals die in het Stepped Care Programma staan. Hier is voor gekozen om de eenheid in definities en terminologie te bevorderen. In de blokken onder de beschrijving staat per stoornis of en zo ja, welke conclusies er in de richtlijn over die interventie te vinden zijn.

1 Crisis interventie

Crisisinterventie start in ieder geval binnen 24 uur na aanmelding. Het kent beperkte behandeldoelstellingen en is primair gericht op het couperen van een crisis. De activiteiten zijn allereerst gericht op het scheppen van een werkrelatie met alle betrokkenen en het creëren van een veilige situatie. Het streven is om binnen zo kort mogelijke tijd een situatie te creëren waarin “reguliere” hulpverlening kan volgen.

Richtlijn	-
Stepped care-programma	-

2 Noodplan

Wanneer cliënten die al in behandeling zijn (geweest) met een crisis te maken krijgen kan mogelijk gebruik gemaakt worden van een noodplan (ook wel crisisprotocol of signaleringsplan genoemd).
Daarin staat hoe te handelen bij crisis. Continuïteit van behandeling en behandelaar staat voorop en er wordt beschreven wat te doen in geval van bijvoorbeeld suïcidaliteit. Als een noodplan ontbreekt kan dat na beheersing van de crisis alsnog opgesteld worden.

Richtlijn	-
Stepped care-programma	-

3 Geen interventie

In een aantal gevallen (met name in de eerste lijn) zal ingrijpen door middel van een interventie niet gelijk noodzakelijk zijn. In die gevallen bestaat het handelen uit afwachten en de deur ophouden.

Richtlijn	**Conclusie niveau 2** De depressieve stoornis kent een zeer wisselend beloop: 50% van de cliënten herstelt, al dan niet behandeld, binnen drie maanden.
Stepped care-programma	-

4 Psycho-educatie

Psycho-educatie is informatieoverdracht naar de cliënt en zijn omgeving over de verschijnselen die horen bij het ziektebeeld, de complexiteit en het wisselende beloop van depressie, de behandelmogelijkheden, het belang van therapietrouw bij de behandeling en de risico's op terugval of herhaling van een depressieve episode. Psycho-educatie (ook wel genoemd cliëntenvoorlichting) is een wezenlijk onderdeel van de behandeling van depressie. Psycho-educatie en het bevorderen van therapietrouw zijn een onderdeel van elke interventie, maar het gaat hier om psycho-educatie als zelfstandige interventie.

Richtlijn	**Conclusie niveau 3** Het is aannemelijk dat psycho-educatie een zinvolle interventie is bij mensen met een depressieve stoornis
Stepped care-programma	Volledige gestandaardiseerde beschrijving.

5 Zelfhulpcursus

De cursus 'In de put uit de put; zelf depressiviteit overwinnen' is een gestructureerde groepsbehandeling waarin technieken worden toegepast uit de cognitieve gedragstherapie, de probleemoplossende therapie van Nezu en de zelfcontrole therapie van Rhem. Er zijn verschillende versies ontwikkeld, voor diverse doelgroepen.

Richtlijn	De cursus 'Omgaan met depressie' wordt beschreven in de paragraaf bibliotherapie/selfhelp en psycho-educatie.
Stepped care-programma	Volledige gestandaardiseerde beschrijving.

6 Bibliotherapie

Bibliotherapie is een vorm van zelfhulp waarbij schriftelijke informatie zelfstandig bestudeerd moet worden. Het is gebaseerd op het aanleren van sociale en cognitieve vaardigheden, ontspanningsoefeningen en het ondernemen van plezierige activiteiten.

Richtlijn	**Conclusie niveau 2** Bibliotherapie (selfhelp) is effectief , eventueel met minimale ondersteuning.
Stepped care-programma	Als onderdeel van de psycho-educatie beschrijving.

7 Problem Solving Theray (PST)

Een inhoudelijk tot in detail uitgewerkt gespreksmodel voor de eerste lijn dat de oplossingsvaardigheden van cliënten met een depressie vergroot. PST is gemakkelijk te leren, vergt vijf gesprekken en valt goed in een stepped care-model te combineren met andere vormen van behandeling.

Richtlijn	**Conclusie niveau 1** Het is aangetoond dat PST werkt bij depressie.
Stepped care-programma	-

8 Praktische hulp

Praktische hulp en ondersteuning bij gezinsverzorging, zelfverzorging en materiële problemen. Doel is het voorkomen, herstellen of draaglijk maken van verlies of gebrek van controle van de cliënt over belastende omstandigheden, zoals de verzorging van zijn/haar gezin, financiële problemen, lichamelijke ziekte/klachten.

Richtlijn	Beschrijving als interventie van AMW, geen conclusie.
Stepped care-programma	Volledige gestandaardiseerde beschrijving.

9 Steunend-structurerende begeleiding

Steunend-structurerende gesprekken zijn gericht op structurering en op praktische problemen. In de begeleidingsgesprekken wordt gebruik gemaakt van psychotherapeutische technieken uit de cognitieve (gedrags)therapie, de interpersoonlijke therapie en de directieve therapie. Doel is de betere hantering van de depressieve klachten.

Richtlijn	**Conclusie niveau 3** In de richtlijn wordt van counseling/casework gesproken. Het is aannemelijk dat counseling en casework hoog worden gewaardeerd door cliënten. Er is één studie waarin counseling en casework net zo effectief blijkt als medicatie en gedragstherapie.
Stepped care-programma	Volledige gestandaardiseerde beschrijving.

10 Kortdurende behandeling (KDB)

Een kortdurende behandeling is een behandeling waarmee met behulp van een beperkte inzet van therapeutische middelen, op basis van een zich snel ontwikkelende werkrelatie, de competentie van de cliënt in het omgaan met problemen en in het gebruiken van sociale steun zodanig wordt bevorderd of hersteld, dat hij of zij in staat is weer richting aan het eigen leven te geven. De zelfredzaamheid van de cliënt wordt gestimuleerd. Het gaat om een interventie die snel, direct volgend na de aanmeldingsgesprekken, beschikbaar is.

Richtlijn	-
Stepped care-programma	Volledige gestandaardiseerde beschrijving.

11 Cognitieve Gedragstherapie (CGT)

De therapeutische aanpak in de cognitieve gedragstherapie is gebaseerd op de beginselen van de cognitieve psychologie (over cognitieve processen van bv. geheugen, schemata-theorie), 'moderne' gedragsleer (bv. sociaal-leertheorie) en cognitieve sociale psychologie (bv. sociale attributie, cognitieve dissonantie). De gedachte achter het model is dat depressie het gevolg is van een te laag niveau van respons-contingente positieve bekrachtiging door een leergeschiedenis van weinig positieve bekrachtiging of het tekortschieten van sociale vaardigheden om bekrachtiging te verkrijgen. Deze factoren worden in de behandeling beïnvloed.

Richtlijn	**Conclusie niveau 1** Het is aangetoond dat cognitieve gedragstherapie bij de depressieve stoornis effectief is. Het is aangetoond dat de effectiviteit van CGT bij cliënten met een depressieve stoornis vergelijkbaar is met de resultaten van behandeling met antidepressiva.
Stepped care-programma	Volledige gestandaardiseerde beschrijving.

12 Gedragstherapie

Gedragstherapie stelt dat de op te heffen stoornissen zijn veroorzaakt door verkeerd verlopen leerprocessen die via opnieuw leren moeten worden gecorrigeerd; de therapie richt zich op gedragspatronen als zodanig in plaats van op de veronderstelde onbewuste processen.
Gedragstherapie is gericht op het opheffen van concrete problemen of klachten.

Richtlijn	**Conclusie niveau 1** Het is aangetoond dat gedragstherapie bij de depressieve stoornis effectief is. **Conclusie niveau 3** Er zijn aanwijzingen dat als er naast de depressieve stoornis ook relatieproblemen bestaan (gedragstherapeutische) relatie therapie effectief is, zowel voor de depressie als voor de relatieproblemen.
Stepped care-programma	Als onderdeel van CGT.

13 Interpersoonlijke psychotherapie (IPT)

Interpersoonlijke psychotherapie is een pragmatische, kortdurende psychotherapie, speciaal ontworpen voor de behandeling van depressie. Uitgangspunt is dat elke psychische stoornis, ook een depressie, plaatsvindt in een actuele interpersoonlijke context. Depressieve episoden worden uitgelokt door interpersoonlijke gebeurtenissen, terwijl depressies tegelijkertijd zelf interpersoonlijke verhoudingen beïnvloeden.

Richtlijn	**Conclusie niveau 1** Het is aangetoond dat interpersoonlijke therapie bij de depressieve stoornis effectief is.
Stepped care-programma	Volledige gestandaardiseerde beschrijving.

14 Combinatiebehandelingen

Met combinatiebehandeling wordt in dit zorgprogramma de combinatie van (een vorm van) psychotherapie en medicatie bedoeld. Hier zijn verschillende combinaties in mogelijk.

Richtlijn	**Conclusie niveau 2** Het is aannemelijk dat een combinatiebehandeling van CGT en antidepressiva bij cliënten met een recidiverende ernstige depressieve stoornis effectiever is dan alleen CGT of alleen antidepressiva. **Conclusie niveau 3** Het is niet aannemelijk dat een combinatiebehandeling van CGT en antidepressiva een meerwaarde heeft bij cliënten met een

	lichte of matig ernstige depressieve stoornis. **Conclusie niveau 3** Het is aannemelijk dat een combinatiebehandeling van psychotherapie en antidepressiva bij tevens een combinatie van behandelaren afstemmings- en communicatieproblemen met zich mee kan brengen.
Stepped care-programma	Genoemd onder farmacotherapie: Farmacotherapie wordt altijd gecombineerd met begeleidende gesprekken ('pillen en praten') en vormt daarmee een integrale behandeling. Inhoudelijk worden hier echter gesprekken over stemming, medicatie en therapietrouw bedoeld, geen psychotherapie.

15 Farmacotherapie

Farmacotherapeutische behandelmogelijkheden grijpen in op de biologische ontregelingen in de activiteiten van neurotransmitters (serotonine en noradrenaline). De behandeling bestrijdt de symptomen van depressie.

Richtlijn	**Conclusie niveau 1** Antidepressiva zijn werkzaam bij de depressieve stoornis. Wat betreft effectiviteit als keuzecriterium dient een onderscheid te worden gemaakt tussen ambulant en klinisch opgenomen cliënten: **Conclusie niveau 1** Bij ambulant behandelde cliënten met een depressieve stoornis komen als middel van eerste keus zowel de TCA's als de SSRI's, venlafaxine en mirtazapine in aanmerking. De plaats van andere antidepressiva (met name moclobemine, nefazodon en trazodon) is minder duidelijk, maar ook zij lijken globaal even effectief als de andere antidepressiva. **Conclusie niveau 1** Bij klinisch opgenomen cliënten met een depressieve stoornis zijn de TCA's middelen van eerste keus; het is aannemelijk dat venlafaxine een goed alternatief is. De SSRI's zijn niet geschikt als middelen van eerste keus en hetzelfde lijkt te gelden voor mirtazapine. De plaats van de andere antidepressiva is onduidelijk. **Conclusie niveau 2** Wat betreft voortijdig staken van de behandeling (deels op basis van verschillen in tolerantie) hebben SSRI's zeer geringe voordelen boven de TCA's, omdat zij iets beter worden verdragen. De positie van venlafaxine en mirtazapine alsmede van andere antidepressiva is onduidelijk. **Conclusie niveau 2** Klassieke MAO-remmers zijn effectief bij cliënten met een therapieresistente depressieve stoornis, inclusief de depressieve stoornis met atypische kenmerken.
Stepped care-programma	Volledige gestandaardiseerde beschrijving. Advies conform de Richtlijn Depressie, met de toevoeging dat farmacotherapie altijd wordt gecombineerd met begeleidende gesprekken ('pillen en praten') en daarmee een integrale behandeling vormt.

16 St. Janskruid

Er zijn aanwijzingen dat bij cliënten met een lichte tot matig ernstige depressieve stoornis Sint Janskruid werkzaam is. Het kan een goed alternatief zijn vooral voor cliënten die erg gevoelig zijn voor bijwerkingen of sceptisch staan tegenover de gebruikelijke antidepressiva.

Richtlijn	**Conclusie niveau 2** Er zijn aanwijzingen dat bij cliënten met een lichte tot een matig ernstige depressieve stoornis Sint Janskruid werkzaam is. **Conclusie niveau 3** Sint Janskruid heeft weinig bijwerkingen, maar wel kans op interacties.
Stepped care-programma	Volledige gestandaardiseerde beschrijving.

17 Lichttherapie

Lichttherapie, het blootstellen van de cliënt aan licht, is een behandeling die wordt toegepast bij cliënten met een zogeheten seizoensgebonden stemmingsstoornis of winterdepressie.
Het is een betrekkelijk eenvoudige behandeling die overigens wel een tweedelijns expertise vereist voor de juiste diagnostiek en indicatiestelling, alsmede voor de uitvoering en de hantering van eventuele bijwerkingen, met name in de eerste twee behandelseizoenen.

Richtlijn	**Conclusie niveau 3** Het is aannemelijk dat lichttherapie werkzaam is bij cliënten met een depressieve stoornis met een seizoensgebonden patroon (met name winterdepressie).
Stepped care-programma	Volledige gestandaardiseerde beschrijving.

18 Slaapdeprivatie

Slaapdeprivatie is slechts beperkt geïndiceerd gezien de veelal slechts tijdelijke effec-tiviteit, de grote belasting voor de cliënt en het relatief arbeidsintensieve karakter ervan. De methode kan niettemin worden toegepast bij cliënten met een chronische depressie. De (tijdelijke) verbetering kan dienen als motiverende factor voor de cliënt, diens familie en de hulpverle-ners. De methode kan ook aanvullend worden gebruikt bij andere cliënten die onvoldoende op medicatie en andere behandelmethodieken reage-ren.

Richtlijn	-
Stepped care-programma	-

19 Elektroconvulsietherapie (ECT)

Elektroconvulsietherapie (ECT) of elektroshocktherapie (EST) is een behandeling waarbij een epileptisch insult (convulsie) wordt opgewekt. Dit insult heeft voor bepaalde cliënten een heilzame uitwerking op de depressie. Het opwekken van het insult gebeurt door twee elektroden op het hoofd te plaatsen en hierdoor ongeveer vier à zes seconden elektrische stroom te geleiden. Het betreft tegenwoordig altijd gemodificeerde ECT, dat wil zeggen onder anesthesie, met spierverslapping en het toedienen van zuurstof.

Richtlijn	**Aanbeveling** De werkgroep beveelt aan, betreffende de electroconvulsietherapie de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie te volgen. Overweging: ECT is een behandeling die slechts door een psychiater die werkzaam is in een instelling waar ECT regelmatig wordt toegepast, uitgevoerd mag worden.
Stepped care-programma	Volledige gestandaardiseerde beschrijving.

20 Psychomotore therapie

Voldoende lichamelijke beweging (bijvoorbeeld joggen, zwemmen, wandelen, fietsen) kan bijdragen aan de behandeling (en mogelijk ook aan de preventie) van depressies. Motorische inactiviteit behoort tot de meest voorkomende symptomen van een depressie in engere zin. Deze bewegingsarmoede leidt tot een verslechtering van de lichamelijke conditie, gebrek aan energie en snellere vermoeidheid bij geringe inspanning. Deze symptomen versterken en continueren het depressieve stemmingsbeeld. Het vicieuze karakter van deze cyclus kan worden doorbroken door bewegingsactivering, waarbij gewerkt wordt aan een systematische verbetering van de lichamelijke fitheid en het prestatievermogen.

Richtlijn	Psychomotore therapie wordt in de richtlijn 'fysieke training' genoemd. **Conclusie niveau 2** Het is aannemelijk dat verschillende vormen van inspanning een positief effect hebben. De aanbiedingsvorm heeft geen invloed op de werkzaamheid ervan.
Stepped care-programma	Volledige gestandaardiseerde beschrijving.

21 Running therapy

Running therapy ((hard)looptherapie) is de meest onderzochte vorm van psychomotore therapie.
Uit onderzoek is gebleken dat hardlopen een positief effect heeft op depressie. Looptraining kan bijdragen aan de algehele verhoging van het vaak lage energie-niveau van mensen met depressieve stoornissen alsook aan de vermindering van depressieve symptomen.

Richtlijn	**Conclusie niveau 2** Het is aannemelijk dat running therapy een werkzame behandelvorm is voor depressie bij ambulante cliënten. **Conclusie niveau 2** Het is aannemelijk dat running therapie wekt bij verschillende ernst van depressie.
Stepped care-programma	Wordt als voorbeeld genoemd in de module psychomotore therapie.

22 Relaxatie

Met relaxatie worden vooral ontspanningsoefeningen bedoeld. Relaxatie wordt in de literatuur meestal als ondersteunende vorm van behandeling genoemd. Het aspect lichaamsbeleving lijkt daarbij een rol te spelen.

Richtlijn	**Conclusie niveau 4** De werkgroep is van mening dat relaxatie een bruikbaar aanvullend middel is bij de behandeling en terugvalpreventie van depressie.
Stepped care-programma	-

23 Ergotherapie

Ergotherapie als onderdeel van de behandeling van een depressieve stoornis heeft tot doel om de praktische zelfstandigheid op het gebied van algemene en bijzondere dagelijkse levensverrichtingen te bevorderen en/of te herstellen. Dit kan gericht zijn op het persoonlijk gebied en op het sociaal gebied.

Richtlijn	-
Stepped care-programma	Volledige beschrijving van de ergotherapeutische interventie bij arbeidsproblematiek.

24 Creatieve of beeldende therapie

Beeldende therapie heeft als doel om door middel van beeldend werk(en) veranderingsprocessen op gang te brengen. Het veranderingsproces vindt plaats en wordt tegelijk zichtbaar gemaakt binnen de context van het beeldend werk.

Richtlijn	**Conclusie niveau 3** Beeldende therapie kan een bijdrage leveren aan de diagnostiek van een (ernstige, matige en lichte) depressieve stoornis zowel binnen een multidisciplinair team (in de voorklinische en klinische fase) als binnen een vrij gevestigde praktijk. **Conclusie niveau 3** Er zijn aanwijzingen dat beeldende therapie werkzaam kan zijn bij de behandeling van (ernstige, matige en lichte) depressieve cliënten. Dit geldt zowel voor de voorklinische als klinische fase.
Stepped care-programma	-

25 Muziektherapie

Muziektherapie is een methodische vorm van hulpverlening waarbij muzikale middelen binnen een therapeutische relatie gehanteerd worden ten einde veranderingen, ontwikkelingen, stabiliteit of acceptatie op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied te bewerkstelligen.

Richtlijn	**Conclusie niveau 3** Er zijn aanwijzingen dat muziektherapie zowel zelfstandig als additioneel een positieve bijdrage kan leveren in de behandeling van depressie. Er zijn aanwijzingen uit effectonderzoek dat muziek(therapie) een depressieve stemming positief kan beïnvloeden.
Stepped care-programma	-

26 Dramatherapie

Dramatherapie kan twee werkwijzen; een pragmatisch-structurende werkwijze (supportief) en een pragmatisch-structurende werkwijze (re-educatief).
De pragmatisch-structurende werkwijze is gericht op het herstel van het evenwicht en het inperken van de invaliderende gevolgen van de depressieve stoornis. De pragmatisch-structurende werkwijze is vooral gericht op klachtenreductie.

Richtlijn	**Conclusie niveau 3** Er zijn aanwijzingen dat dramatherapie de beleving van de gemoedstoestand van de depressieve cliënt kan verbeteren en zijn vaardigheden in contact, initiatief nemen en zelfwaardering kan doen toenemen..
Stepped care-programma	-

27 Systeem therapie

Systeem therapie richt zich op relatieproblemen tussen de cliënt en zijn sociale omgeving, zijn systeem. Bij depressieve cliënten met een depressieve stoornis kan sprake zijn van problemen in de relatie met de partner en/of kinderen. De relatieproblemen kunnen zowel oorzaak als gevolg van de depressie zijn. In ieder geval spelen interpersoonlijke problemen, zoals afwijzing van de depressieve cliënt door zijn omgeving, een grote rol in het instandhouden van depressieve klachten.

Richtlijn	Wordt beschreven in het hoofdstuk maatschappelijk werk als netwerkondersteuning.
Stepped care-programma	-

28 Gespecialiseerde verzorging

Het bevorderen of instandhouden van gezondheid, welbevinden en waardigheid; de cliënt moet een zo gewoon mogelijk, bestaan kunnen leiden ondanks zijn of haar stoornis of beperkingen. Het bieden van ondersteuning aan cliënten in de thuissituatie, variërend van psychosociale begeleiding tot praktische huishoudelijke steun en hulp bij de opvoeding. Het inzetten van gespecialiseerde verzorging kan in veel gevallen dagbehandeling of een klinische opname voorkomen. Ook kan gespecialiseerde verzorging ingezet worden als de motivatie bij de cliënt voor een intensievere vorm van hulp ontbreekt, of als de situatie van de cliënt nog niet precies duidelijk is.

Richtlijn	Wordt beschreven in het hoofdstuk maatschappelijk werk als praktische/emotionele ondersteuning en begeleiding.
Stepped care-programma	Komt gedeeltelijk overeen met de gestandaardiseerde module Praktische hulp.

29 Supportgroepen

Onder supportgroepen (in Nederland meestal lotgenotencontact genoemd) worden alle vormen van steun verstaan die mensen met eenzelfde problematiek elkaar bieden. Dat kan enerzijds in groepen gebeuren (zelfhulpgroepen, gespreksgroepen en ontmoetingsgroepen) en anderzijds kan het gaan om een-op-een contacten, bijvoorbeeld door middel van telefonische hulpdiensten. Centraal staat de uitwisseling van ervaringskennis.

Richtlijn	**Conclusie niveau 3** Het effect van supportgroepen is beperkt onderzocht in niet heel sterke onderzoeksopzetten. De generaliseerbaarheid van de effecten staat hiermee ter discussie. Aanbeveling: De werkgroep is wel van mening dat deze mogelijkheid aangeboden moet worden vanwege aansluiting op de door de cliënten aangevoelde behoefte.
Stepped care-programma	Genoemd als aanbevolen onderdeel van psycho-educatie.

30 Individuele rehabilitatie

Individuele rehabilitatie heeft tot doel mensen met ernstige psychische beperkingen te helpen om met succes en tevredenheid te functioneren in de omgeving van hun keuze. De hulp- en dienstverlening richt zich op de domeinen wonen, werken, leren en sociale contacten, en beoogt bij te dragen aan het individuele en maatschappelijke herstel van cliënten.

Richtlijn	-
Stepped care-programma	Volledige gestandaardiseerde beschrijving.

31 Terugvalpreventie

Omdat de kansen op een terugval (na remissie) en herhaling (na herstel) groot zijn, verdient terugvalpreventie de aandacht. De doelgroep bestaat uit personen die farmacologisch of psychotherapeutisch behandeld zijn voor depressie. Terugvalpreventie kan de vorm krijgen van terugkombijeenkomsten en cognitief-gedragstherapeutische interventies in de laatste behandelfase. Deze zijn dan gericht om de aangeleerde vaardigheden op de langere termijn te behouden. Ook periodieke contacten, in de vorm van telefoongesprekken en het verstrekken van schriftelijk materiaal, kunnen daarbij behulpzaam zijn.

Richtlijn	-
Stepped care-programma	Komt gedeeltelijk overeen met de gestandaardiseerde module Rehabilitatie.

32 Maatjesprojecten/vriendendiensten

Maatjesproject of vriendendiensten zijn vrijwilligersprojecten. In deze projecten worden vrijwilligers gekoppeld aan mensen die psychiatrische problemen hebben of hebben gehad. Het doel is om samen allerlei gewone, alledaagse activiteiten te ondernemen.
Met name chronisch depressieve cliënten hebben niet altijd goed functionerend sociaal systeem. De problemen kunnen daardoor verergeren en de gevolgen van de handicap worden daardoor onnodig groot.
Vrijwilligers kunnen als 'maatjes' een bijdrage leveren aan een zo gewoon mogelijk leven voor de cliënt. De taken van vrijwilligers hebben dan ook vooral te maken met activiteiten uit het gewone leven, zoals sporten, samen winkelen, koken, wandelen en praten met elkaar.

Richtlijn	-
Stepped care-programma	-

Hoofdstuk 8 Randvoorwaarden

Randvoorwaarden
"Minimale vereisten waaraan voldaan moet zijn om het zorgprogramma in de praktijk tot stand te brengen."
A Randvoorwaarden in zorgprogramma's.
B Randvoorwaarden binnen een basisprogramma depressie.
C Waar moet verder rekening mee gehouden worden?

A Randvoorwaarden in zorgprogramma's

Werken met zorgprogramma's stelt eisen aan de organisatie van de zorg. Een zorgprogramma is in eerste instantie (meestal) een constructie op papier, die niet zomaar in de bestaande praktijk ingevoegd kan worden. Deze praktijk is over het algemeen anders georganiseerd en is niet toegespitst om te voldoen aan de doelen van zorgprogrammering.
Het minimale pakket vereisten waaraan voldaan moet zijn om te kunnen werken met het zorgprogramma worden de randvoorwaarden genoemd. Hoe dit pakket eruit ziet, zal per regio verschillen. Het is belangrijk om de randvoorwaarden helder te beschrijven in het zorgprogramma, om te voorkomen dat er in de implementatie-fase onvoorziene problemen ontstaan.

De centrale vraag is: hoe kan de organisatie afgestemd worden op wat in het zorgprogramma beschreven wordt. De randvoorwaarden om programmatisch te kunnen werken zijn in vijf thema's in te delen:

Continuïteit in het aanbod
Deze randvoorwaarden betreffen continuïteit op het niveau van de doelgroep. Het gaat dan om continuïteit:
- Binnen de setting (of circuits): ambulant, semi- en intramuraal.
- Tussen de settings (of circuits): jeugd, volwassenen, ouderen, langdurig zorgafhankelijken.
- Met aanpalende sectoren: eerste lijn, verslavingszorg, thuiszorg, maatschappelijk werk etc.

Continuïteit in de sturing van de zorg
Deze randvoorwaarden betreffen continuïteit op het niveau van de individuele cliënt. Het gaat dan om continuïteit:
- Vanuit de voordeur naar achterliggende programma's
- Door middel van een regievoerende hulpverlener
- Door een programmabrede voortgangsevaluatie

Planning van het aanbod
In de planning van het hulpaanbod moet rekening gehouden worden met:
- De kwantiteit (per doelgroep van het zorgprogramma): welke modules en menskracht zijn nodig?
- De kwaliteit: deskundigheid van de hulpverleners die het zorgprogramma uitvoeren.

Bewaking van de kwaliteit van zorg
Hier gaat het om:
- Het vastleggen van de taken en verantwoordelijkheden van de betrokken uitvoerenden.
- De periodieke innovatie van programma's; het aanpassen van de inhoud aan nieuwe inzichten en behandelmethoden.

Kwaliteit van de hulpverleners
Onder kwaliteit van de instelling vallen:
- het kwaliteitsbeleid van de instelling(en) als totaal.
- het bijhouden van de professionele deskundigheid van de individuele hulpverlener.
- Aandacht voor de attitude van de hulpverleners.

B Randvoorwaarden binnen een basisprogramma depressie

De meeste randvoorwaarden zijn niet specifiek van toepassing op één zorgprogramma. Dat wil zeggen dat meerdere zorgprogramma's kunnen profiteren van een goede invulling van de randvoorwaarden. Andersom betekent dat ook dat er samen aan die invulling gewerkt kan worden.
Dat wil echter niet zeggen dat randvoorwaarden niet voor een specifiek zorgprogramma uitgewerkt kunnen of moeten worden. In dit deel worden de randvoorwaarden voor een zorgprogramma depressie beschreven.

Continuïteit in het aanbod

Continuïteit in het aanbod binnen en tussen circuits
Een zorgprogramma depressie loopt door de verschillende circuits heen. De meeste cliënten met een depressieve stoornis worden ambulant behandeld, maar voor anderen is (tijdelijke) overstap naar de semi-murale en intramurale circuits nodig.
Het merendeel van de cliënten met een depressieve stoornis zal ambulant behandeld kunnen worden.
Bij een ambulante behandeling in de GGZ gaat het meestal om een combinatie van (individuele) psycho-therapie of psychiatrisch management en medicamenteuze behandeling.
De behandeling zal overwegend individueel zijn, soms zal het systeem bij de behandeling betrokken worden. Ook groepsbehandeling kan in een ambulante setting plaats vinden. De uitvoering zal gedaan worden door een psycholoog/psychotherapeut of SPV in samenwerking met een psychiater. De cliënt bezoekt de polikliniek of de behandelaar bezoekt hem/haar, indien er een indicatie voor is, thuis.

In principe is er een glijdende schaal van ambulante naar deeltijdbehandeling bij toename van het aantal behandelactiviteiten. Deeltijdbehandeling is bestemd voor cliënten als ambulante behandeling te weinig structuur kan bieden of te weinig intensief is om vermindering van de depressieve klachten te kunnen bewerkstelligen.
Deeltijdbehandeling wordt overwogen wanneer:
- De invulling van de sociale rollen tekort schiet (bijvoorbeeld langdurig niet meer in staat zijn om naar school te gaan, te studeren, te werken, moeilijkheden met de partner- of ouderrol, moeite met zinvolle vrijetijdsbesteding, weinig sociale contacten);
- Het steunsysteem van de cliënt overbelast is geraakt;
- Eerdere ambulante behandeling te weinig (duurzaam) effect opleverde;
- De verwachting gerechtvaardigd is dat de cliënt gebaat zal zijn met groepsbehandeling.

Het streven moet zijn de cliënt in staat te stellen om de behandeling verder ambulant te vervolgen.

Een acute tweedelijns klinische opname vindt in principe alleen plaats wanneer er sprake is van een crisissituatie die ambulant niet kan worden gehanteerd. Reguliere klinische opname kan geïndiceerd zijn wanneer sprake is van geringe draagkracht, uitputting en/of demoralisering van het steunsysteem. Andere indicaties zijn: noodzaak voor intensieve observatie; instellen van medicatie, complicaties bij medicatie, bescherming bij suïcidaliteit of therapieresistentie. Daarnaast wordt doorverwezen in het geval van noodzaak tot electroconvulsietherapie (ECT) of zeer specialistisch onderzoek in de derde lijn.
In alle gevallen duurt klinische opname zo kort mogelijk. Regelmatig zal bekeken moeten worden of de klinische opname nog een meerwaarde heeft boven de deeltijd- of ambulante behandeling.
Van groot belang is dat wisselingen van (hoofd)behandelaar zoveel mogelijk vermeden moeten worden. Het heeft voor zowel de cliënt als de behandelaar grote voordelen als de behandelaar de mogelijkheid heeft de cliënt door te blijven behandelen, ongeacht de setting waar hij of zij verblijft.
Cliënten die tussen circuits bewegen komen in het geval van een depressieve stoornis minder vaak voor dan

bijvoorbeeld cliënten met een psychotische stoornis. Cliënten kunnen wel overgaan van het circuit jeugd naar het circuit volwassen en van het circuit volwassen naar het circuit ouderen en natuurlijk in het geval van comorbide stoornissen. Het is belangrijk dat deze overgang voor de cliënt zo soepel mogelijk verloopt, zonder onderbreking van de behandeling. Een goede overdracht tussen behandelaren is noodzakelijk.

Continuïteit in het aanbod met aanpalende sectoren
Continuïteit in het aanbod met aanpalende sectoren is in het geval van depressie heel belangrijk. Voor een groot deel van de cliënten met een milde tot matige depressie zal het belangrijkste deel van de behandeling zich in de eerste lijn afspelen. Cliënten met een meer ernstige vorm van depressie zullen naar de tweedelijns GGZ verwezen worden. Hierover moeten duidelijke afspraken gemaakt worden, onder andere rond:
- De criteria voor verwijzing,
- De wachttijden waar de cliënt op moet rekenen,
- Op welke onderdelen samengewerkt kan worden,
- Hoe en op welk moment er terugkoppeling naar de huisarts of eerste lijnspsycholoog plaats vindt.
- Afspraken over wederzijdse beschikbaarheid en bereikbaarheid.

Behandelaren en cliënten in zowel de eerste lijn als de tweede lijn kunnen besluiten dat het inschakelen van bijvoorbeeld thuiszorg noodzakelijk is of dat er verwezen moet worden naar andere instanties zoals de verslavingszorg. Ook in die gevallen gelden de aandachtspunten die hierboven zijn genoemd.

Continuïteit in de sturing van zorg

Onder continuïteit van zorg verstaan we: een eenduidig behandelbeleid binnen en tussen disciplines door het gehele zorgprogramma heen, op het niveau van de individuele cliënt. Om dat te bereiken moet aan de volgende randvoorwaarden voldoen worden.

Continuïteit vanuit de voordeur naar achterliggende programma's
Binnen dit basisprogramma wordt de voordeur gevormd door de eerste lijn, en niet door het voordeurprogramma van de tweedelijns GGZ. Het streven is dat er op individueel niveau een consistente route door de hulpverlening tot stand komt. Noodzakelijk daarvoor is dat er afspraken gemaakt worden over de mate van diagnostiek in de verschillende onderdelen van de route. Dus:
- welke mate van diagnostiek wordt uitgevoerd vóórdat de cliënt wordt doorverwezen;
- welke diagnostische activiteiten worden in de GGZvoordeur uitgevoerd, en welke daarachter (in het specifieke programma).

Voorkomen dient te worden dat:
- de cliënt 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.

Afspraken *ter ondersteuning* van de sturing van de zorg zullen gemaakt moeten worden rond:
- de structuur waarin alle hulpverleners een plaats krijgen met betrekking tot de specifieke taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden binnen het zorgprogramma;
- een overlegstructuur dat op de programmastructuur aansluit;
- het in kaart brengen van de cliëntstromen (in- door- en uitstroom);
- expliciteren van het aanbod per hulpverlener / hulpverlenende instantie;
- aanpassing van de administratieve organisatie: met name rond het registratiesysteem en het logistieke proces;
- het opstellen van prestatie-indicatoren om de organisatie aan te sturen: financiële gegevens, productiegegevens maar ook verloop van medewerkers en cliëntensatisfactie;
- afstemming van de planning en control cyclus: beleidskeuzen, de voortgang daarin en de financiële stand van zaken.

Continuïteit door middel van een regievoerende hulpverlener
Om het bovenstaande goed uit te kunnen voeren, is een centrale regievoerder noodzakelijk. Dat kan de huisarts zijn, maar ook de ambulante hulpverlener. De huisarts als regievoerder heeft als voordeel dat de toegang vanuit de cliënt laagdrempelig is en dat de huisarts in veel gevallen het start- en eindpunt van het zorgtraject is. Nadelig is dat de communicatie en toegang van de eerste- naar de tweedelijns GGZ in de praktijk nog niet optimaal is. De combinatie van praktische aspecten en de voorkeur van de cliënt zijn doorslaggevend in de keuze van de regievoerder.

Tot de taken van de regievoerder kan het volgende gerekend worden:
- overzicht hebben of krijgen van het mogelijke behandelaanbod dat passend is voor de individuele cliënt,
- overzicht houden van de doorlopen en toekomstige stappen van de cliënt door het zorgprogramma,
- functie van vraagbaak en contactpersoon voor zowel de cliënt als de overige hulpverleners.

Continuïteit door een programmabrede voortgangsevaluatie
Dit punt hangt samen met het vorige. Op vooraf afgesproken momenten wordt de voortgang van de behandeling geëvalueerd en gekeken of wijzigingen in het behandelplan noodzakelijk zijn. Dit hoort uiteraard in iedere behandeling te gebeuren, maar om de evaluatie programmabreed uit te voeren is een hogere mate van afstemming en organisatie noodzakelijk.

Planning van het aanbod
In de planning van het hulpaanbod moet rekening gehouden worden met de kwantiteit en de kwaliteit van het aanbod.

Kwantiteit
In het regionale zorgprogramma voor depressie is vastgelegd wat tot de kern van het aanbod zou moeten behoren. Een deel daarvan zal al aanwezig zijn, maar mogelijk zullen er ook nieuwe modules aan het aanbod toegevoegd moeten worden. Als dat helder is, kan bepaald worden wat er aan mensen en middelen nodig is om dat aanbod op een goede manier in te vullen en uit te voeren.

Mensen:
- Invulling van de medewerkerscapaciteit. Een capaciteitsplan is noodzakelijk om te bepalen wat de benodigde capaciteit is, afgestemd op de geïnventariseerde vraag.
- Betrouwbare afstemming van personele inzet in relatie tot de verwachte werklast
- Voldoende afstemming tussen professionals onderling en met andere zorgprogramma's.

Middelen:
- Het elektronisch cliëntendossier (EPD) is een ondersteunende voorwaarde voor een hulpverlener om bij het werken met zorgprogramma's overal en altijd een cliëntendossier in te kunnen zien.
- Een goed werkend management informatie systeem (MIS) met zicht op de belangrijkste doelgroepen en de hulpverlening aan deze doelgroepen.

Kwaliteit
Daaraan gekoppeld is een inventarisatie van de aanwezige deskundigheid over de behandeling van depressie. Ook hiervoor geldt dat een deel daarvan al bij de hulpverleners aanwezig is, maar soms zal erg specifieke deskundigheid van elders gehaald moet worden. Er moet dus rekening gehouden worden met:
- welke deskundigheid is er al aanwezig,
- welke deskundigheid moet aanvullend in huis gehaald worden,
- wat moet er op het gebied van deskundigheidsbevordering gebeuren,
- wat zijn de gevolgen voor bijvoorbeeld het aannamebeleid?

Bewaking van de kwaliteit van de zorg

Programma's zijn de weerslag van wat cliënten, hulpverleners en wetenschappers verstaan onder goede zorg. Omdat de ideeën over goede zorg voortdurend aan verandering onderhevig zijn, zijn programma's voortdurend in ontwikkeling. Het programma zal daarom periodiek geëvalueerd en bijgesteld moeten worden aan de hand van nieuwe ontwikkelingen in de praktijk of aan uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek.
Daarnaast zal het werken met het programma in de praktijk duidelijk maken in hoeverre het voldoet, dat wil zeggen: biedt het werkelijk een samenhangend hulpaanbod voor de doelgroep en bevordert het werkelijk de samenwerking, afstemming en satisfactie binnen en tussen de instelling en de omgeving? Er zal dus regelmatig gewerkt moeten worden aan het actualiseren van het zorgprogramma en de wijze waarop hiermee gewerkt wordt. De inbreng van het cliëntenperspectief neemt hierbij een belangrijke plaats in.

Het werken met programma's in de praktijk en het integreren van nieuwe inhoudelijke ontwikkelingen vereist regelmatig onderhoud. Doel is dat op basis van zowel praktische ervaringen als theoretische ontwikkelingen het programma bijgesteld wordt en (mits daar consensus over bestaat) in de tekst van het programma verwerkt worden.

Kwaliteit van de hulpverleners

Om het behandelaanbod kwalitatief hoogwaardig, actueel en in grote lijnen uniform te houden, dienen bij- en nascholingsactiviteiten georganiseerd te worden. Hoofddoel daarvan zal zijn dat alle hulpverleners steeds goed geïnformeerd zijn en dat ze werken volgens de vastgestelde richtlijnen en protocollen. Een afdoende kennisniveau binnen het zorgprogramma als geheel en bij de individuele medewerkers afzonderlijk is één van de noodzakelijke voorwaarden voor het slagen van de zorg in programma's.

Het werken in zorgprogramma's is een dynamisch proces en vraagt een continue betrokkenheid van de medewerkers. Daarom dienen ontwikkelingen en vernieuwingen gedeeld te worden met medewerkers van de zorgprogramma's. Zij moeten de dynamische ontwikkelingen binnen het zorgprogramma vormgeven in de behandeling.

Periodieke innovatie

Vanuit het professionele perspectief wordt de meest recente wetenschappelijke en gemeenschappelijke kennis van dat moment gehanteerd. Het is aan de programmacoördinator, ondersteund door deskundigen om bij te houden welke de nieuwste ontwikkelingen zijn op het gebied van de behandeling van depressie en deze aan het zorgprogramma toe te voegen.
Om het zorgprogramma kwalitatief hoogwaardig, actueel en in grote lijnen uniform te houden, dienen bij- en nascholingsactiviteiten georganiseerd te worden. Hoofddoel is alle hulpverleners steeds goed te informeren en te werken volgens de vastgestelde richtlijnen en protocollen.

C Aspecten waar rekening mee gehouden moeten worden

Cliëntenparticipatie

Vraaggerichte zorg is één van de doelstellingen van het werken met zorgprogramma's. Cliënten kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan een vraaggericht zorgprogramma. In de praktijk blijkt van het cliëntenperspectief echter weinig gebruik gemaakt te worden. Om gebruik te maken van het zorgprogramma als onderhandelingskader dient aan de volgende randvoorwaarden voldaan te worden.

Het belangrijkste uitgangspunt voor zorgprogrammering is de hulpvraag van de cliënt of omgeving als startpunt voor de behandeling. Hiermee is de basis gelegd voor de betrokkenheid van cliënten- en familieledenorganisaties bij de formulering en kwaliteitsbewaking van het zorgprogramma (zie hiervoor ook de Multidisciplinaire Richtlijn depressie: "Ervaringen van cliënten met een depressie"). Zij kunnen de kwaliteit van het programma verbeteren door vanuit eigen ervaring de vraagkant te representeren. De betrokkenheid van organisaties van cliënten en familieleden is daarmee een van de belangrijkste randvoorwaarden voor het vraaggerichter maken van de zorg.

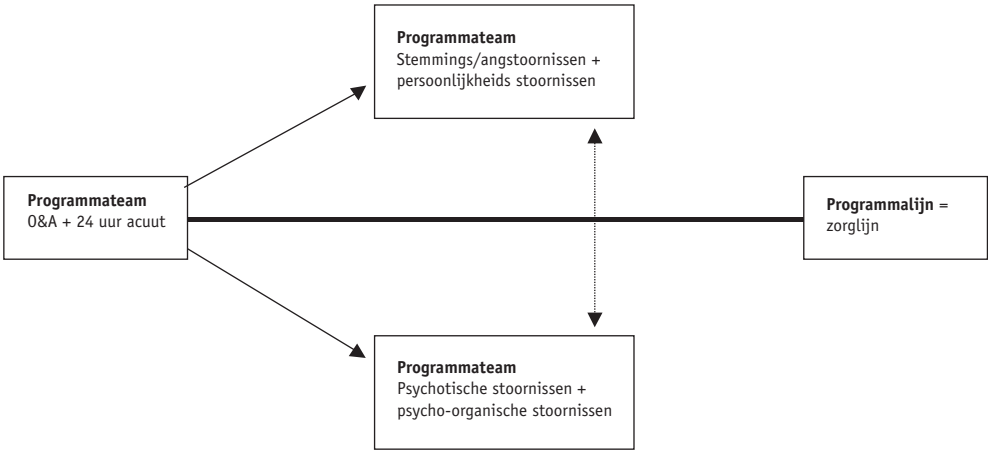
Het gaat erom een manier te vinden waarop cliënten en familieleden betrokken zijn vanuit hun eigen perspectief, cultuur en tempo. Om te bepalen op welke manier en in welk stadium cliënten en familieleden een rol kunnen spelen bij de zorgprogrammering kan het volgende schema gebruikt worden:

	Landelijke of regionale organisaties	Cliëntenraden	Individuele cliënten
Vooraf	Samen hoofdlijnen vaststellen		
Tijdens		Raadplegen of uitnodigen in de werkgroep	
Na	Eindresultaat voorleggen		Interviews en ander Onderzoek

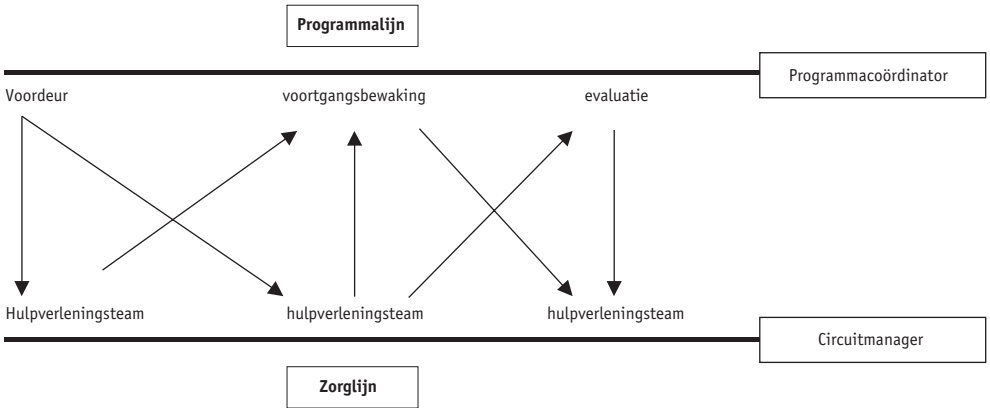
BRON: 'PROGRAMMA'S IN DE GGZ, HANDREIKING VOOR ZORGPROGRAMMERING, 2001.

Afstemmen van de organisatie op het zorgprogramma
Zoals in de inleiding al gezegd is, is het afstemmen van de organisatie op het zorgprogramma geen eenvoudige opgave. Ter illustratie schetsen we twee voorbeelden uit de praktijk van de manier waarop dat in twee regio's is gebeurt. Het betreft hier de twee uitersten. Meestal zal er echter gekozen worden voor een tussenvorm.

- Het zorgprogramma is de basis voor de structuur van de organisatie waarbij een team van medewerkers geclusterd wordt binnen het zorgprogramma;



- Het zorgprogramma krijgt wel een structurele inbedding maar de organisatie blijft zoals die was (georganiseerd naar circuit of setting).



Hoofdstuk 9 Implementatie

Implementatie
"Een procesmatig en planmatige invoering van vernieuwing of verandering van bewezen waarde met als doel deze een structurele plaats te geven in het individuele professionele handelen, in het functioneren van organisaties of in de structuur van de gezondheidszorg."

A Implementatie in zorgprogramma's
B De rol van implementatie in het basiszorgprogramma depressie
C Implementatie van zorgprogramma's

A Implementatie in zorgprogramma's

Met de formulering van het inhoudelijke zorgprogramma is een aanzienlijke klus geklaard. Een daarmee samenhangende en niet te onderschatten stap is het implementeren van het zorgprogramma binnen de organisatie van de zorg. Implementatie wordt door ZonMw gedefinieerd als:

" een procesmatig en planmatige invoering van vernieuwing of verandering van bewezen waarde met als doel deze een structurele plaats te geven in het individuele professionele handelen, in het functioneren van organisaties of in de structuur van de gezondheidszorg."

Deze vernieuwing is de reden dat het zorgprogramma geschreven is, en daarom is het jammer dat er in de zorgprogramma's weinig terug te vinden is over hoe deze procesmatige en planmatige invoering dient te verlopen. Te meer omdat zorgprogramma's geen gemakkelijke vernieuwing zijn om in te voeren:

- het concept is complex en speelt op verschillende niveaus en door verschillende organisaties heen,
- het draagvlak voor het invoeren van zorgprogramma's kan sterk wisselen. Enerzijds zijn er de voortrekkers maar anderzijds moet ook altijd gerekend worden op flinke weerstand,
- het werken met zorgprogramma's heeft consequenties voor het geheel van elke organisatie die erbij betrokken is. Invoering van zorgprogramma's is om die redenen niet iets wat even snel kan worden gerealiseerd,
- het gaat om een langdurig proces, dat vanwege de complexiteit goed gestuurd en ondersteund moet worden, omdat de kans op problemen vrij groot is.

Het daarom belangrijk dat er in het zorgprogramma zelf aandacht besteedt wordt aan bevorderende en belemmerende factoren die te verwachten zijn bij de implementatie. Door deze duidelijk in kaart te brengen zijn de eerste stappen in de richting van een succesvol implementatietraject gezet.

Een belangrijk leerpunt uit de praktijk van de afgelopen jaren is dat de invoering van zorgprogramma's niet inhoudt dat de bestaande praktijk in zijn geheel moet worden vervangen door een heel nieuwe praktijk. Vaak is het zo dat een belangrijk deel van de bestaande praktijk ook past in het wenselijke aanbod, zoals beschreven in het zorgprogramma. Implementatie van het zorgprogramma betekent dan dus dat gekeken wordt hoe je vanuit de bestaande praktijk stapsgewijs kunt toewerken naar de wenselijke praktijk conform het programma. Daarbij kunnen jaarlijks prioriteiten gesteld worden voor vernieuwingen die men dat jaar wil realiseren. Per prioriteit wordt vastgesteld wat de belemmerende en bevorderende factoren zijn, welke winst men met de betreffende zorgvernieuwing wil bereiken en langs welke lijn de zorgvernieuwing tot stand wordt gebracht. De invoering van de zorgvernieuwing wordt idealiter begeleid met monitoringonderzoek (gericht op proces, structuur en uitkomsten) om te volgen in hoeverre de invoering succesvol verloopt of moet worden bijgestuurd.

Hieronder staan een voorbeeld van hoe een stapsgewijze invoering van zorgprogramma's eruit kan zien (Driedonks & Hardeveld, 2004).

Stap 1
- Beschrijving van het wenselijke hulpaanbod voor de doelgroep (zorgprogramma).
- Beschrijving van het bestaande hulpaanbod voor de doelgroep (huidige situatie).
- Vaststellen waar de belangrijkste verschillen zitten.

Stap 2
- Keuze voor prioriteiten: welke verbeterstappen worden het komende jaar in gang gezet (bv. invoeren nieuwe module, verhogen van de deskundigheid, samenwerking realiseren, logistieke planning, wijziging in de organisatie doorvoeren, etc.).
- Vastleggen van deze prioriteiten in een jaarplan.

Stap 3
- Per prioriteit (verbeterstap) nagaan welke belemmerende en bevorderende factoren specifiek van belang zijn voor déze verbeterstap en welke resultaten men van de invoering van de betreffende verbeterstap verwacht.
- Op basis hiervan per verbeterstap een invoeringsstrategie bepalen en vaststellen op welke punten de invoering gemonitord gaat worden (die monitoring kan zich richten op het proces, op de structuur en op de eerste uitkomsten).

Stap 4
- Invoeren van de verbeterpunten volgens de gekozen strategieën.
- Volgen van het verbetertraject met behulp van monitoringonderzoek (naar proces, structuur, eerste uitkomsten).
- Tussentijdse feedback van de monitoring-resultaten naar de betrokkenen.

Stap 5
- Evaluatie van de uitvoering van het jaarplan.
- Keuze voor nieuwe prioriteiten – verbeterstappen voor het tweede jaar.

B De rol van implementatie in het basisprogramma depressie

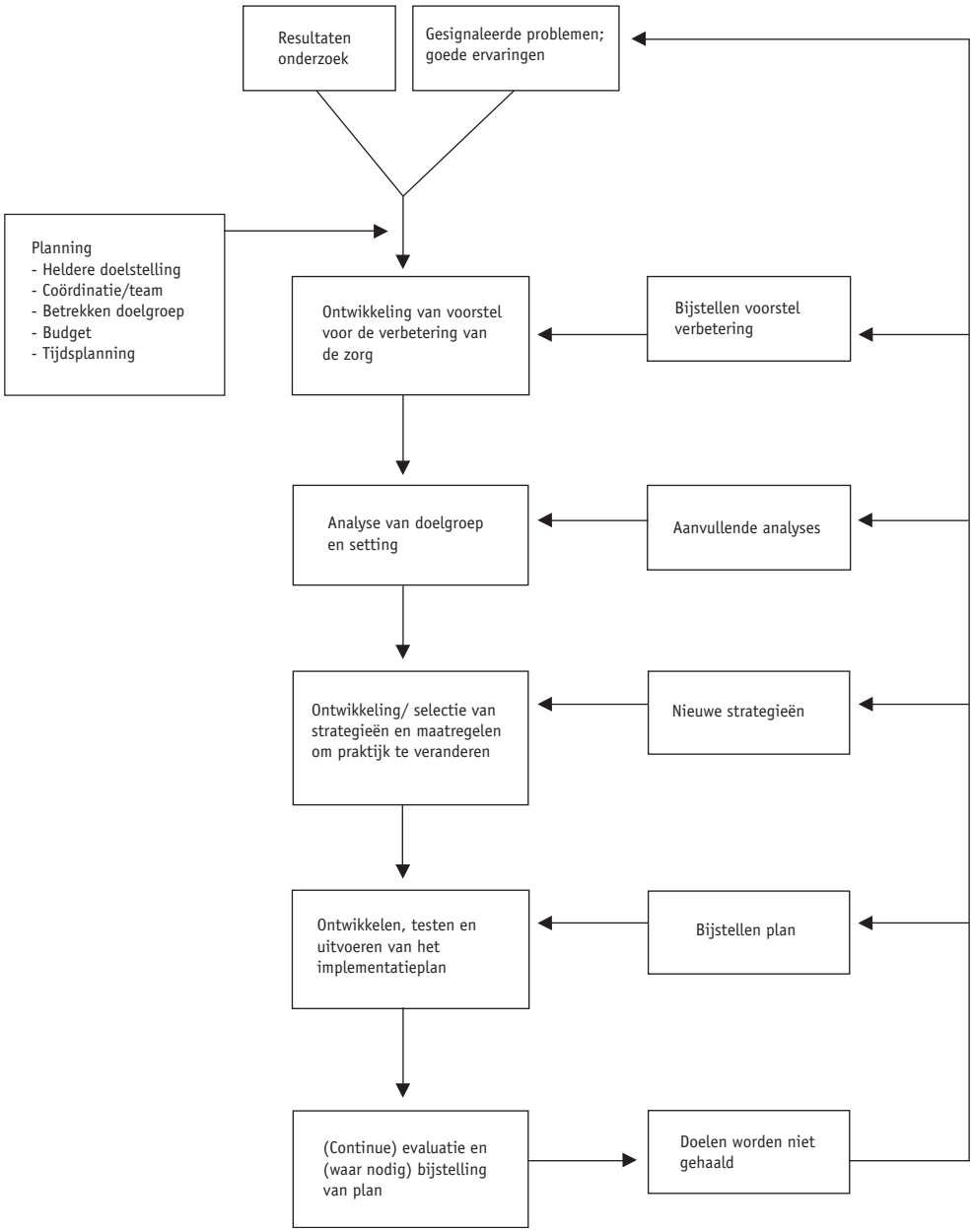
In dit basisprogramma wordt een eerste handreiking geboden bij het nadenken over de implementatie van zorgprogramma's en het opstellen van een implementatieplan.

Er is de laatste jaren veel literatuur verschenen over het implementeren van vernieuwingen in de zorg. De deskundigen op het gebied van implementatie zijn het er over eens dat effectieve implementatie een goede voorbereiding, planning en een systematische aanpak vereist. Grol en Wensing (2001) hebben een model gecreëerd dat houvast kan geven bij een planmatig implementatieproces.
De hieronder volgende tekst is grotendeels ontleend aan het boek 'Implementatie. Effectieve veranderingen in de cliëntenzorg' (2001).
Uiteenlopende theorieën en benaderingen ten aanzien van effectieve implementatie zijn in dit model geïntegreerd. Het model bestaat uit de volgende stappen:

1. Het ontwikkelen van een voorstel voor verbetering van de zorg, bijvoorbeeld een zorgprogramma.
2. Analyse van de doelgroep en de setting: welke knelpunten zijn er in de feitelijke zorg, welke belemmerende en bevorderende factoren spelen een rol in de verandering.
3. Selectie van strategieën om veranderingen in te voeren: strategieën voor zowel een effectieve verspreiding als een effectieve implementatie en behoud van verandering.

4 Ontwikkelen, testen en uitvoeren van het implementatieplan met activiteiten, taken en tijdspad.
5 Evaluatie en (eventueel) bijstelling van het plan: continue monitoring aan de hand van indicatoren.

In schema zit het model er als volgt uit (Grol & Wensing 2001):



Stap 1 Het ontwikkelen van een voorstel voor verbetering
Het ontwikkelen en vaststellen van een concreet, haalbaar voorstel voor gewenste verandering in de praktijk is de eerste stap in het model. Zorgprogramma's moeten, net als andere innovaties, zorgvuldig ontwikkeld zijn, van goede kwaliteit zijn, aansluiten bij de behoeften van de doelgroep, toepas-baar en gemakkelijk toegankelijk zijn en een aantrekkelijke vormgeving hebben.
In verschillende onderzoeken en publicaties zijn in de loop van de tijd concrete kenmerken of eigenschappen van vernieuwingen benoemd die bevor-derend of belemmerend zullen werken ten aanzien van toepassing in de praktijk. Als cruciale kenmerken van een succesvolle vernieuwing worden onder andere genoemd:
- deze levert meer voordelen op dan de bestaande werkwijze;
- er is voldoende draagvlak voor;
- ze is in overeenstemming met bestaande normen en waarden ten aanzien van goede zorg;
- ze is goed te begrijpen, de invoering wordt als haalbaar en niet al te moeilijk gezien;
- er kan mee geëxperimenteerd worden alvorens tot echte invoering wordt overgegaan;
- de doelen en de voordelen zijn concreet en operationaliseerbaar te maken.

Stap 2 Analyse van de doelgroep en de setting
De tweede stap in het model bestaat uit het analyseren van de context waarbinnen verandering van routines plaatsvindt, van kenmerken van de doelgroep, van bevorderende en belemmerende factoren en van aspecten van het handelen waarbinnen de afwijking van de voorgestelde verandering het grootst is.
Of een verandering succesvol is, hangt af van een groot aantal factoren. Het is belangrijk om deze factoren vooraf in kaart te brengen. Het gaat dan om met name de volgende factoren:
- de achtergronden van de implementatie (wie wil welke verandering om welke redenen);
- de huidige zorg: in hoeverre wordt afgeweken van de wenselijke werkwijze, door wie het meest en waar is verandering het meest nodig;
- segmenten binnen de doelgroep: in welke fase van verandering bevinden deze zich;
- de belemmerende en bevorderende factoren met betrekking tot de verandering.

Het implementeren van een verandering hoeft niet perse een grootschalige, instellingsbrede onderneming te zijn. Het kan ook in delen uitgevoerd worden. Door in de analyse te betrekken wat er in het huidige aanbod al aanwezig is en waar gaten vallen, kan de implementatie zich in eerste instantie richten op het vullen van de ontbrekende onderdelen.

Stap 3 Selectie en ontwikkeling van strategieën om veranderingen in te voeren
Afhankelijk van de uitkomsten uit de volgende stappen wordt een kosteneffectieve mix van maatregelen, methoden en strategieën ten behoeve van de implementatie ontwikkeld en eventueel getest samen met de doelgroep.

Verschillende strategieën zijn meestal nodig voor verschillende fasen in het implementeren:
- disseminatie: vergroten van de belangstelling voor en kennis van de innovatie, en bevorderen van een positieve houding en de bereidheid tot het aanpassen van de bestaande werkwijze;
- implementatie: bevorderen van de feitelijke toepassing en er voor zorgen dat de nieuwe werkwijze een vast onderdeel wordt van de dagelijkse routines.

Binnen het kader van dit basiszorgprogramma gaan we er van uit dat de gekozen strategie een verandering door middel van het ontwikkelen en invoeren van een zorgprogramma zal zijn.

Stap 4 Ontwikkelen, testen en uitvoeren van het implementatieplan
Bij het maken van een implementatieplan moet aandacht besteedt worden aan een effectieve disseminatie (om de aandacht en interesse te wekken en voldoende kennis van de verandering te garanderen), aan het bevorderen van de acceptatie (een positieve houding en de bereidheid om het handelen echt te veranderen) én aan het bevorderen van de feitelijke toepassing en de integratie ervan in de normale werkwijzen en zorgprocessen.

In de planning van de concrete implementatieactiviteiten (wanneer, waar en hoe gebeurt wat door wie?) kan aan de volgende punten gedacht worden.

- Begin met het implementeren van activiteiten met een overzichtelijke omvang.
- Beginnen op kleine schaal met een beperkte groep gemotiveerde personen, teams of instellingen. Het implementatieplan en de diverse interventies worden getest op hun geschiktheid en haalbaarheid en worden op basis van de ervaringen bijgesteld.
- Planning volgens de verschillende fasen van het veranderingsproces: wat moet er nog gedaan worden om bepaalde subgroepen te informeren en te interesseren, wat moet er worden gedaan om weerstanden weg te nemen en wat is nodig om een verandering in te bouwen in bestaande zorgprocessen?
- Betrekken van de doelgroep: het is niet alleen belangrijk om de doelgroep te betrekken bij de ontwikkeling van een vernieuwing of bij het analyseren van invoeringsproblemen. Ook bij het opstellen en testen van het implementatieplan kunnen vertegenwoordigers van de doelgroep een cruciale rol vervullen. Zij weten het best wat mogelijk is en kunnen creatief meedenken over geschikte interventies.
- Planning van de activiteiten in de tijd: een concreet tijdspad wordt uitgezet en een logische volgorde aangebracht in de verschillende activiteiten.
- Verdeling van taken, procedures en verantwoordelijkheden: er wordt vastgelegd wie wat doet en wie waar controle op zal uitoefenen.
- Het implementatieplan wordt ingebouwd in bestaande structuren en kanalen voor contact met of scholing van de doelgroep.
- Concrete korte- en langetermijndoelen ten aanzien van het plan worden bepaald; deze zijn richtinggevend in een continue evaluatie.
- Structuren, middelen en personeel: afhankelijk van de vraag of het gaat om een kleinschalig, afdelings- of praktijkgebonden implementatieproject dan wel een grootschalig implementatieprogramma zal men op zoek gaan naar voldoende budget en voldoende expertise.
- De organisatiecultuur in de setting waarin invoering moet plaatsvinden kan aandacht behoeven. Een duidelijk leiderschap, een goede samenwerking tussen professionals en een cultuur waarin continu leren en verbeteren van de zorg centraal staat, zijn vaak voorwaarden voor het realiseren van de verandering.

Stap 5 Evaluatie en (eventueel) bijstelling van het plan

Een laatste stap in de implementatie van innovaties in de zorg is de evaluatie van de bereikte resultaten: zijn de beoogde doelen gehaald? Dit is een cruciale stap die vaak onvoldoende aandacht krijgt. Men heeft de uitkomsten van een dergelijke evaluatie nodig om vast te stellen of de geïnvesteerde energie tot resultaat heeft geleid en om, als dat niet het geval is, te bezien hoe meer succes geboekt kan worden.

De evaluatie kan consequenties hebben voor (zie het schema):

- aanpassen van het voorstel voor verandering, bijvoorbeeld het bijstellen van de doelen als blijkt dat die onrealistisch zijn;
- aanvullende analyses ten aanzien van belemmerende en bevorderende factoren; strategieën en maatregelen om tot verandering te komen, potentieel meer effectieve strategieën kunnen worden ontwikkeld;
- planning en uitvoering van de implementatie, de wijze waarop de invoering of het proces van verandering is georganiseerd wordt bijgesteld.

Evaluatie is geen eindstap in een implementatieproject. Er moet continu vastgesteld worden of men op het goede spoor zit en op basis van de bevindingen wordt de aanpak bijgesteld.
Door het continue terugrapporteren van tussentijdse evaluaties aan de betrokkenen ontstaat de mogelijkheid de aanpak nog tijdens de uitvoering aan te passen.

Het is van belang om te weten of de tevoren geformuleerde doelen worden bereikt in het project of programma.

- Korte termijndoelen: zijn de voorwaarden voor invoering gerealiseerd en is de doelgroep op de hoogte en accepteert die de verandering?
- Intermediaire doelen: past men de nieuwe werkwijze toe?

- Lange termijndoelen: wat is het effect in termen van gezondheidswinst, groter welbevinden- en tevredenheid van cliënten of kostenreductie?

Om te weten of de doelen worden bereikt, moet men deze allereerst meetbaar maken. Hiertoe dienen 'indicatoren' en criteria voor het behalen van de doelen te worden geformuleerd en ge-selecteerd.
Een tweede vraag is hoe men de evaluatie van de 'effecten' het best kan opzetten en welke methoden en instrumenten daarbij nuttig kunnen zijn. Om te kunnen interpreteren waarom de doelen juist wel of juist niet zijn bereikt, is het van belang in een 'procesevaluatie' na te gaan of het implementatieplan is uitgevoerd zoals beoogd en welke fac-toren van invloed waren op slagen of falen.
Ten slotte kan men aandacht be-steden aan de kosten van of de benodigde investeringen in effectieve verandering van de zorg-processen.

C Implementatie van zorgprogramma's

In veel regio's in Nederland is men actief op het terrein van zorgprogrammering. In een beperkter aantal regio's is al ervaring opgedaan met het invoeren van zorgprogramma's. Het is bekend dat de implementatie ervan niet zonder problemen is verlopen.
In 2002 is het onderzoeksrapport 'Implementatie van zorgprogramma's in de GGZ verschenen' (Verburg & van der Vliet). In dit onderzoek is een eerste inventarisatie en analyse gemaakt van de ervaringen in een tiental regio's met de invoering van zorgprogramma's in de GGZ. Dergelijke ervaringen zijn belangrijk voor andere regio's die bezig zijn met het ontwikkelen van zorgprogramma's of aan de start van de implementatie fase staan.

Invoeringstrajecten

Niet alle regio's geven op dezelfde manier vorm aan het implementatietraject. Het is belangrijk om hier vooraf een goed onderbouwde keuze in te maken en het niet te laten afhangen van bijvoorbeeld obstakels waar tijdens het proces tegenaan gelopen wordt. Hieronder staan voorbeelden van trajecten die in de regio's doorlopen zijn:

- Starten met een wijziging van de structuur van de GGZ (bv. door het instellen van programmateams) om van daaruit de programma's te schrijven en vorm te geven.
- Starten met het schrijven van de programma's en vervolgens op basis daarvan de structuur van de organisatie aanpassen aan de indeling in programma's c.q. doelgroepen.
- De beschrijving van de programma's kan ook gebruikt worden als inhoudelijk leidraad bij het vormgeven van het hulpaanbod, zonder de organisatiestructuur ingrijpend te wijzigen.
- Er kan gekozen worden om te beginnen met de implementatie van één zorgprogramma, bijvoorbeeld het voordeurprogramma.
- Er kan ook gekozen worden voor implementatie van programma's over de volle breedte van de volwassenenzorg (voordeur en alle noodzakelijke achterliggende programma's).

Een belangrijke opmerking hierbij is dat het implementeren van een zorgprogramma zelden betekent dat er een volledig nieuw aanbod wordt geïntroduceerd. Over het algemeen zijn er al vele onderdelen in een regio aanwezig, en gaat het veel meer om een keuze uit vele opties, bijvoorbeeld de introductie van nieuwe protocollen, interventies en organisatievormen.

Knelpunten

De belangrijkste knelpunten die genoemd werden bij het invoeren van de zorgprogramma's zijn:

- Weerstand bij medewerkers
- Gebrek aan ondersteuning (inhoudelijk, beleidsmatig, middelen)
- Gebrek aan relevante managementinformatie
- Te snelle invoering van nieuwe organisatiestructuren
- Te hoge werkdruk van medewerkers
- Het ontbreken van goede randvoorwaarden
- Het feit dat de productienormen in een aantal gevallen niet meer gehaald werden.

Als oplossingen voor deze problemen (dus als bevorderende factoren) werden onder andere genoemd:
- Het (alsnog) maken van een implementatieplan
- Monitoring van de voortgang van het implementatieproces
- Bijscholing/deskundigheidsbevordering op het vlak van de inhoud van programma's, als een concrete manier om vorm te geven aan de vernieuwing van de zorg
- Het vrijmaken van middelen en menskracht voor het vormgeven en ondersteunen van het invoeringsproces
- Het terugdraaien van niet-werkbare organisatieveranderingen
- Versterking van de begeleiding/coaching van het middenmanagement.

In het onderzoeksrapport wordt een aantal aanbevelingen gedaan die betrekking hebben op:
- Het proces van implementatie,
- De noodzakelijke ondersteuning,
- De betrokkenheid van medewerkers erbij,
- De betrokkenheid van cliënten en verwijzers
- En de noodzakelijke randvoorwaarden.

Het invoeringsproces moet zoveel mogelijk procesmatig en gefaseerd worden voorbereid en uitgevoerd.
Op basis van een sterkte / zwakte analyse dient vooraf een invoeringsplan opgesteld te worden. De doelen in de verschillende fasen van invoering moeten duidelijk en meetbaar beschreven worden. Dit schept de mogelijkheid om de invoering gepaard te laten gaan met begeleidend onderzoek naar de voortgang. In de praktijk kan het best van een projectstructuur gebruik gemaakt worden om de zorgprogramma's in te voeren.

Bij het proces van implementatie moet veel aandacht worden gegeven aan de winst van het werken met zorgprogramma's
De meerwaarde moet helder omschreven en meetbaar gemaakt zijn. Op basis van monitoring van het proces kan aandacht gegeven worden aan de uitkomsten. Communicatie hierover is van belang om het draagvlak verder te kunnen verbreden.

Een goede ondersteuning is een noodzakelijke vereiste voor een geslaagd invoeringstraject.
In de eerste plaats gaat het hier om het plannen en vrijmaken van voldoende mensen, middelen en tijd om de extra werkzaamheden voor de invoering uit te kunnen voeren. Daarnaast bestaat goede ondersteuning uit training van het (midden)management en actieve ondersteuning vanuit de top van de organisatie.

Medewerkers dienen vanaf het begin goed bij het invoeringstraject betrokken te worden.
Dit houdt in: communicatie over de geplande veranderingen en het openstellen voor ideeën van betrokken medewerkers. Op deze wijze kan weerstand worden geminimaliseerd en draagvlak gecreëerd voor de geplande veranderingen. Bovendien kan de kwaliteit van de zorgprogrammering worden vergroot door de ideeën van de betrokken medewerkers hierbij te betrekken.

Betrekken van cliënten en andere hulpverleners
Vroegtijdig dient met hen gecommuniceerd te worden over de geplande veranderingen zodat wensen en verwachtingen een rol kunnen spelen bij de invoering. Daarnaast gaat het om aandacht geven, bijvoorbeeld door het opstellen van brochures over de programma's.

Vroegtijdig moet ook aandacht gegeven worden aan de voor de invoering noodzakelijke randvoorwaarden
Dit komt uitvoerig aan bod in het hoofdstuk randvoorwaarden van dit basiszorgprogramma.

Hoofdstuk 10 Literatuurverwijzingen

Literatuurverwijzingen
Relevante websites
Zorgprogramma's/procollen
Literatuur

Trimbos website

Op de website van het Trimbos-instituut, http://www.trimbos.nl, is onder 'informatie voor professionals' het hoofdstuk depressie uit de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid te vinden. Ook zijn er links naar:

- cliënten- en familie-organisaties,
- databanken,
- geestelijke gezondheid,
- geestelijke gezondheidszorg,
- internationale organisaties,
- kenniscentra,
- middelen en verslaving,
- nationale organisaties,
- onderzoeksinstituten,
- verslavingszorg en
- wet- en regelgeving.

Andere relevante websites:

Depressie Stichting	http://www.depressiestichting.nl/
Nationaal Kompas Volksgezondheid	http://www.rivm.nl/vtv/data/site_kompas/index.htm
Nederlands Huisartsen Genootschap	http://nhg.artsennet.nl/
Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie	http://www.npcf.nl/
GGZ Richtlijnen	http://www.ggzrichtlijnen.nl/
Startpagina Depressie	http://depressie.pagina.nl/
Zelfhulp bij depressie	http://web.inter.nl.net/hcc/codemas
GGZ Zorgprogrammering	http://www.ggzkennisnet.nl/
Preventie	http://www.lsp-preventie.nl/

Zorgprogramma's/protocollen

AMC/De Meren. Zorgprogramma Stemmingstoornissen MFO Psychiatrie AMC/De Meren. Inhoud en organisatie. Amsterdam: AMC/De Meren, 2002.

Centrum voor geestelijke gezondheidszorg 'De Riethorst" Ede. Programma's voor volwassenen. Ede: Centrum voor geestelijke gezondheidszorg 'De Riethorst" Ede, 1999.

De Meregaard. Behandelprogramma's Volwassenen en Ouderen. Almere: Symforagroep. Regionale centra voor geestelijke gezondheid, 1997.

Corthals H. Stemmingsstoornissen (excl. Bipolaire stoornissen). 2de concept. Tilburg: GGZ Midden-Brabant, 1999.

Duindam J. Behandelprotocol voor depressie. Hoorn: RIAGG West-Friesland, 2001.

Jongdijk R and Teeuwen P. Behandelprotocol en preventiemodules. Depressieve stoornis en Paniekstoornis met/zonder agorafobie. Delft Westland Oostland: Regionaal Samenwerkingsverband GGZ, Delft Westland Oostland, 1998.

Regionale stuurgroep programma-ontwikkeling. Regionaal Zorgprogramma Stemmingsstoornissen. Zorgprogramma's Geestelijke Gezondheidszorg in de regio Midden-Westelijk Utrecht. Utrecht: 2001.

RIAGG Amersfoort werkgroep depressie, Verburg H, Tiemeier H. Zorgprogramma Depressie. Amersfoort: RIAGG Amersfoort & Omstreken/Trimbos-instituut, 1999.

Rijngeestgroep. Programma Stemmingsstoornissen. Deelprogramma Depressieve Stoornissen, Deelprogramma Manisch Depressieve Stoornissen. Leiden: Rijngeestgroep, 2000.

Taakgroep Zorgprogramma stemmings- en affectieve stoornissen. Zorgprogramma Stemmingstoornissen (APP). Doetichem: GGNet, 1999.

Werkgroep volwassenen. Zorgprogramma stemmingsstoornissen. Subprogramma depressieve stoornissen (concept). Weert: MFE Weert, zorgaanbod volwassenen, 1998.

Literatuur

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition (DSM IV). fourth edition ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.

Baldwin DS; Birtwistle J. An atlas of depression. London: Partheon Publishing Group, 2002.

Bijl RV, Ravelli A. Psychiatrische comorbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). In: TSG 1998;76(8):446-57.

Bohlmeijer E and Cuijpers P. Tweede gids preventie psychische stoornissen en verslavingen. Utrecht: Trimbos-instituut, 2001.

Bokkem S van and Velde V van. De Toegang Open. Vooronderzoek naar de organisatie van de indictatiestelling in de tweedelijns GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut, 2002.

Bool M, Smit F, Bohlmeijer E, and Sambeek D van. Kinderen van ouders met psychische problemen. Factsheet 2 preventie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2001.

Brown ES, Nejtek VA, Perantie DC, Bobadilla L. Quetiapine in bipolar disorder and cocaine dependence. In: Bipolar Disord JID - 100883596 2002;4(6):406-11.

Centrum voor geestelijke gezondheidszorg 'De Riethorst" Ede. Programma's voor volwassenen. Ede. Centrum voor geestelijke gezondheidszorg 'De Riethorst" Ede:1999.

Conceptrichtlijn Depressies. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2002.

Coördinatiepunt Ondersteuning Programmatische Samenwerking (COPS). GZZ programma's dat doe je zo. Voorbeelden van GGZ programma's in COPS-regio's. Utrecht: Coördinatiepunt Ondersteuning Programmatische Samenwerking (COPS)/ GGZ Nederland, 1997.

Depressie bij volwassenen. Resultaat van een consensusbijeenkomst gehouden op vrijdag 16 september 1994 te Utrecht. Utrecht: 1994.

Driedonks G, Hardeveld R van. Invoering van zorgprogramma's in RPC Zeist. In: MGv 2004; 58:559-573.

Eaton WW, Badawi M, Elton B. Prodromes and precursors: Epidemiological data for primary prevention of disorders with slow onset. In: American Journal of Psychiatry 1995;(152):967-72.

Eland A, Franx G, and Wieman A. Het perspectief van cliënten op de hulpverlening bij depressie. Utrecht: Trimbos-instituut. 2001.

Franx G and Zeldenrust W. Cliënten en hun omgeving over GGZ-programma's. Utrecht: GGZ Nederland, 2002.

Graaf R de, Bijl RV, Spijker J, Beekman ATF, Vollenbergh WAM. Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety and substance abuse disorders. In: Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiologie, 37, 2002.

Graaf R de, Bijl RV, Smit F, Vollenbergh WAM, Spijker J. Risk Factors for 12-Month Comorbidity of Mood, Anxiety and Substance Use Disorders: Findings From the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. In: Am J Psychiatry 2002;159(4):620-9.

Grol R, Hodiamont PPG, Rigter HGM et al. Passende ambulante zorg bij depressie. Deelrapport B. Utrecht: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). 1999.

Grol R, Wensing M. Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarsen: Elsevier Gezondheidszorg, 2003.

Have M ten, Vollenberg W, Bijl RV, Graaf R de. Predictors of incident case service utalization for mental health problems in the Dutch general population. In: Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiologie 2001;36:141-9.

Horwarth E, Johnson J, Klerman GL, Weismann MM. Depressive symptoms as relative and attributable risk factors for first-onset major depression. In: Archives of General Psychiatry 2003;(49):817-23.
Janssen M; Geelen K. Gedeelde smart, dubbele vreugd. Lotgenotencontact in de psychiatrie. Utrecht: NCGV, 1996.
Jongdijk R and Teeuwen P. Behandelprotocol en preventiemodules. Depressieve stoornis en Paniekstoornis met/zonder agorafobie. Delft Westland Oostland: Regionaal Samenwerkingsverband GGZ, Delft Westland Oostland, 1998.
Keller MB LP, Mueller TI, et al. Time to recovery, chronicity and levels of psychopathology in major depression. In: Archives of General Psychiatry 1992;49:809-16.
Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. Concept Richtlijn Depressie. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2003.
Lange J de and Meertens R, S.C. Zorgprogramma Korsakovsyndroom. Een zorgprogramma voor thuiswonende mensen met een Korsakovsyndroom en hun mantelszorgers. Utrecht: Trimbos-instituut, 2001.
Linden MW van der, Westert GP, Bakker DH de, Schellevis FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht, Bilthoven: NIVEL, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2004
Marwijk HWJ van, Grundmeijer HGLM, Brueren MM et al. NHG-standaard Depressie. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1996.
Meeuwissen J en Rest E van. Kwaliteitscriteria voor GGZ-programma's. Utrecht: GGZ Nederland, 2001.
Meeuwissen J, Kroon H, en Eland A. Een basiszorgprogramma voor cliënten met een dubbele diagnose. Utrecht: Trimbos-instituut, 2001.
Meeuwissen J en Weeghel J van. Ontwikkeling, evaluatie en implementatie van een stepped care-programma voor depressie - Eindrapportage. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.
Meeuwissen J en Weeghel J van. Modulenboek bij het stepped care-programma voor depressie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.
Meeuwissen JAC, Donker MCH. Minder is meer. Stepped Care in de geestelijke gezondheidzorg. In: MGV 59 (november), 904-915, 2004.
Mos MC and Weeghel J van. Zorg in de samenleving. Een basiszorgprogramma voor mensen met ernstige en langdurige psychische problemen. Utrecht: Trimbos-instituut, 1999.
Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde. Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten. Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, 2000.
Nolen WA, Knoppert-van der Klein EAM, Honig A et al. Richtlijn Bipolaire Stoornissen. Amsterdam: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie/ Uitgeverij Boom, 2001.
Ooyen M van. GGZ-programma's: wat valt er te doen? Utrecht: GGZ Nederland, 2001.
Ravelli A, Bijl RV, Zessen G van. Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking; resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). In: Tijdschrift voor Psychiatrie 1998;40(9):531-44.
Regionale stuurgroep programma-ontwikkeling. Regionaal Zorgprogramma Stemmingsstoornissen. Zorgprogramma's Geestelijke Gezondheidszorg in de regio Midden-Westelijk Utrecht. Utrecht: 2001.
RIAGG Amersfoort werkgroep depressie, Verburg H, Tiemeier H. Zorgprogramma Depressie. Amersfoort: RIAGG Amersfoort & Omstreken/Trimbos-instituut,1999.
Richtlijn electroconvulsietherapie (ECT). Amsterdam: Boom, 2003.
RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2002.
Rogers E. Lessons for guidelines from the diffusion of innovation. In: Jt Comm J Qual Improv 1995;21:324-8.
Ruyter DJ de. Schrijven van modules en zorgprogramma's in de jeugdzorg. Handleiding. Utrecht: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, 2000.
Salari M. Geestelijke gezondheidszorg in multifunctionele eenheden. Utrecht: Coördinatiepunt Ondersteuning Programmatische Samenwerking (COPS)/GGZ Nederland, 1997.
Salari MAT; Plaisir AJ. Zorgprogramma's voor de ouderenzorg. Utrecht: GGZ Nederland, 2000.
Smit F, Sambeek D van, and Bohlmeijer E CP. Depressie. Factsheet 1 Preventie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2001.

Smit F; Bohlmeijer E; Cuijpers P. Wetenschappelijke onderbouwing depressiepreventie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2003.

Spijker J, Bijl RV, Graaf R de, Nolen WA. Care utilization and outcome of DSM-III-R major depression in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). In: ACTA Psychiatica Scandinavic 2001;102:19-24.

Spijker J. Chronic depression. Determinants and consequences of chronic major depression in the general population. Utrecht: Universiteit van Utrecht, 2002.

Verburg H; Leenders G. Verburg H and Leenders G, editors.Preventie in programma's. Een programmatische beschrijving van de GGZ-preventiepraktijk rond een aantal belangrijke thema's. Utrecht: GGZ Nederland/Trimbos-instituut, 1999.

Verburg H and Rest E van. Programma's in de GGZ. Handreiking voor zorgprogrammering. Utrecht: GGZ Nederland, 2001.

Verburg H and Vliet Christian van der. Implementatie van zorgprogramma's in de GGZ. Verslag van een inventariserend onderzoek in 10 regio's. Utrecht: GGZ Nederland, 2002.

Voordouw I, Bohlmeijer E, Blekman J, Bool M, Graaf I de, Smit F et al. Samenwerking praktijk, onderzoek en beleid in de GGZ preventie. Stand van zaken basisprogramma's 2003 - planning 2004. Utrecht, Trimbos-instituut/LSP, 2004.

Willemse G and Vries WJ de. Handleiding Expertsysteem. Protocol Indictatiestelling Programma Stemmingstoornissen Ambulante GGZ voor gebruik tijdens de pilotstudie. Utrecht: Trimbos-instituut, 1998.

Er is in het veld grote behoefte aan betrouwbare, gebundelde informatie over de hulpverlening aan de belangrijkste doelgroepen in de GGZ, op basis waarvan regionale afspraken gemaakt kunnen worden over een samenhangend hulpaanbod. Dit basisprogramma depressie voorziet in deze behoefte. Het bevat op hoofdlijnen alle ingrediënten die nodig zijn om een op de regio toegesneden zorgprogramma voor depressie op te stellen. Een zorgprogramma is een samenhangend hulpaanbod voor een omschreven doelgroep. Het beschrijft welk hulpaanbod in de regio beschikbaar moet zijn en door wie dat geleverd kan worden, de betreffende doelgroep, de hulpvraag van de doelgroep, de professionele analyse van die hulpvraag, de co-morbiditeit, het wenselijke hulpaanbod op basis van de beste wetenschappelijke, professionele en ervaringskennis en de noodzakelijke randvoorwaarden voor een zorgprogramma gericht op de betreffende doelgroep.

Een basisprogramma is voor instellingen een leidraad bij het opstellen en implementeren van een regionaal zorgprogramma. In een basisprogramma wordt de inhoudelijke kern van een zorgprogramma weergegeven, op basis van de meeste recente wetenschappelijke kennis en evidence.

Uniek is hier dat het gaat om een breed basisprogramma, waarin het preventieve hulpaanbod, de hulpverlening in de eerste lijn en de hulpverlening in de gespecialiseerde GGZ is meegenomen. Dit sluit aan bij de tendens in de regionale praktijk om in het kader van de zorgprogrammering over de grenzen van de gespecialiseerde GGZ te kijken.

Trimbos-
instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Landelijk Basisprogramma **Depressie**