

J. Meeuwissen  
B. van Wijngaarden  
F. Smit

# **Indicatoren voor ketentoezicht op het ziektetraject bij depressie**

Eindrapportage

Trimbos-instituut, Utrecht, augustus 2009



 **Trimbos  
instituut**

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

## **Colofon**

*In opdracht/met financiering van*  
Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

### *Auteurs*

J.A.C. Meeuwissen  
B. van Wijngaarden  
F. Smit

### *Productiebegeleiding*

J. Staal

### *Omslagontwerp*

Ladenius Communicatie bv

### *Productie*

Ladenius Communicatie bv

Artikelnummer: AF0901

ISBN: 978-90-5253-645-3

Deze uitgave is te bestellen via [www.trimbos.nl/producten](http://www.trimbos.nl/producten), onder vermelding van artikelnummer **AF0901**. U krijgt een factuur voor de betaling.

Trimbos-instituut  
Da Costakade 45  
Postbus 725  
3500 AS Utrecht  
T: 030-2971100  
F: 030-2971111  
[www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)

© 2009, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

## **Inhoudsopgave**

	<b>Voorwoord .....</b>	<b>5</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding en doelstellingen .....</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Werkwijze volgens de methode van de clinical logic.....</b>	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>Het ziektebeeld bij depressie.....</b>	<b>11</b>
<b>4</b>	<b>Het zorgtraject bij depressie .....</b>	<b>13</b>
<b>5</b>	<b>Kritische stappen in de zorgketen.....</b>	<b>19</b>
<b>6</b>	<b>Een indicatorenset voor ketentoezicht.....</b>	<b>21</b>
<b>7</b>	<b>Conclusie: integrale aanpak, meer dan de som .....</b>	<b>35</b>
	<b>Referenties .....</b>	<b>41</b>
	<b>Met dank aan .....</b>	<b>47</b>



## Voorwoord

Depressie is een veelvoorkomende stoornis die jaarlijks 740.000 Nederlanders treft. De ziekte kan een sterk verminderende kwaliteit van leven en soms jarenlange grote ziektelast meebrengen voor de patiënt en diens naast betrokkenen. De gemoeide zorgkosten en maatschappelijke kosten zijn hoog door zorggebruik en functionele beperkingen. Trendberekeningen vertonen een stijgende lijn.

Deze zorgelijke toename is reden voor aandacht vanuit het beleid. In de kabinetsnota 'Kiezen voor gezond leven' waarin het preventiebeleid in de periode 2007-2010 is uitgezet, heeft het Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) depressie dan ook als speerpunt opgenomen.

Patiënten en diens omgeving hebben recht op een zo goed mogelijke behandeling. Zij moeten ervan uit kunnen gaan dat zij naar de laatste wetenschappelijke stand van zaken worden behandeld. Het beleid ten aanzien van chronische ziekten zoals depressie is een weg ingeslagen naar meer samenhang tussen preventie en curatie; meer regie en verantwoordelijkheid van de patiënt door middel van zelfmanagement en beter op elkaar afgestemde multidisciplinaire zorg, ookwel ketenzorg genoemd. Een pragmatische aanpak is daarin essentieel bij de behandeling van depressie, hierbij staat de patiënt centraal en wordt er voorzien in een zoveel mogelijk sluitende keten van vroegtijdige onderherkenning, preventie, zelfmanagement en goede zorg.

De toenemende zorgvraag rondom depressie en de stijgende zorgkosten leggen een druk op het zorgsysteem en vragen om een wetenschappelijke onderbouwing van de doeltreffendheid van zorg.

De inspectie voor de gezondheidszorg heeft aan het Trimbos-instituut gevraagd, middels de clinical logic methode, het ziektebeloop en zorgproces van depressie in zijn geheel in kaart te brengen: van een gezonde bevolking tot het eindstadium van de ziekte. Dit model laat zien welke gezondheidswinst behaald kan worden bij optimaal geleverde zorg. Op basis van deze kritische stappen in het zorgproces, die aangeven waar de kwaliteit van zorg kan verbeteren, zijn prestatie-indicatoren ontwikkeld voor het meetbaar maken van kwaliteit, continuïteit en toegankelijkheid van de geleverde zorg in de gehele zorgketen, inclusief preventie.

Het tot stand komen van de prestatie-indicatoren in dit rapport brengt ons verder op weg om uiteindelijk in de zorg voor deze zeer kwetsbare mensen een toegankelijker integraal zorgaanbod (bestaande uit evidence based interventies en zelfmanagement) te realiseren dat betrekking heeft op alle voor deze mensen relevante levensgebieden. Dit verbetert de kwaliteit van zorg en zal op termijn zowel individuele gezondheidswinst als maatschappelijke winst opleveren.

J.K. van Wijngaarden  
Hoofdinspecteur Volksgezondheid  
Inspectie voor de gezondheidszorg



# 1 Inleiding en doelstellingen

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft het Trimbos-instituut in het kader van het project Ketentoezicht op Ziekte-trajecten gevraagd een indicatorenset te ontwikkelen voor het ziekte-traject bij depressie.

Depressie is een veelvoorkomende psychische stoornis die een sterk verminderde kwaliteit van leven en soms jarenlange grote ziektelast kan meebrengen voor de patiënt en diens omgeving. De gemoeide gezondheidskosten en maatschappelijke kosten zijn hoog, door zorggebruik en functionele beperkingen. Trendberekeningen vertonen een stijgende lijn in de zorgkosten van depressie. Beleidsmakers, zorgmanagers en zorgverzekeraars houden er rekening mee dat het beroep op de gezondheidszorg in de komende decennia knellend wordt. Met het verbeteren van de kwaliteit en doelmatigheid van de depressiezorg in Nederland wordt getracht thans en op termijn zowel individuele gezondheidswinst als maatschappelijke winst te bereiken. Daarbij is het van belang op te merken dat depressie met een tijdige en adequate aanpak, zoals beschreven in de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (CBO/Trimbos-instituut 2005; in revisie), in vele gevallen goed te behandelen is.

De projectopdracht aan het Trimbos-instituut is voor de IGZ onderdeel van een groter project over ketentoezicht op ziekte-trajecten en betreft specifiek ondersteuning voor het ziekte-traject bij depressie. In het IGZ-project opereert daartoe de Werkgroep Depressie. Kern van het IGZ-project is het identificeren van kritische stappen in het ziektebeloop, als schakels in de zorgketen, die aangeven waar de kwaliteit van zorgprocessen kan verbeteren. Indicatoren gebaseerd op deze kritische punten in het zorgproces zijn daarmee direct relevant voor het meetbaar maken van de kwaliteit van de geleverde zorg in de gehele zorgketen, inclusief preventie.

Indicatoren dienen een betrouwbaar beeld te geven van de kwaliteit van de zorgverlening. Ook aan indicatoren kunnen derhalve kwaliteitseisen worden gesteld. Indicatorontwikkeling vergt daartoe een systematische aanpak (Koning et al. 2006). Indicatoren zijn bij voorkeur gebaseerd op wetenschappelijke evidentie. De methode van de clinical logic biedt een systematische werkwijze voor het ontwikkelen van indicatoren voor ziekte-trajecten. Deze werkwijze wordt ook in dit project toegepast.

Doelstelling van het project is tweeledig. Ten eerste, het verkrijgen van inzicht in de kritische stappen in het zorgproces en de aangrijpingspunten die deze bevatten voor verbetering van de kwaliteit van zorg. En, ten tweede, een daarop aansluitende indicatorenset die geschikt is voor het ketentoezicht. De lange termijn doelstelling van de IGZ in dit verband is om in de zorg voor kwetsbare mensen een toegankelijker integraal zorgaanbod te realiseren, dat betrekking heeft op alle voor deze mensen relevante levensgebieden, inclusief wonen en maatschappelijk participeren.





## **2 Werkwijze volgens de methode van de clinical logic**

De gevolgde werkwijze is gebaseerd op de methodiek van de 'clinical logic' voor het opstellen van prestatie-indicatoren (Hollander et al. 2006). Het gaat hierbij om het verkrijgen van prestatiegegevens over de kwaliteit van de geleverde zorg in de gehele zorgketen rondom een bepaald ziektebeeld. De clinical logic geeft inzicht in de verdeling van de populatie over de verschillende ziektestadia (gezondheidscondities) en de invloed van het zorgproces, inclusief preventie, op ziekteuitkomsten. Door kennis over het ziektebeloop en het gepaste zorgtraject te relateren aan de procesgang door de zorgketen en de prestaties van de zorgketen is het mogelijk om voor een aantal gezondheidsuitkomsten de kwaliteit of het functioneren van de zorgketen periodiek vast te stellen.

De werkwijze volgens de methode van de clinical logic kent de volgende drie fasen:

1. Het opstellen van een clinical logic voor depressie door het in kaart brengen van de zorgstappen in het zorgproces.
2. Het identificeren van de kritische stappen in het zorgproces bij depressie gebaseerd op het doorrekenen van gezondheidswinst aan de hand van de clinical logic.
3. Het ontwikkelen van een proefset van indicatoren voor de betreffende zorgketen, waarbij de indicatoren zijn gekoppeld aan de kritische stappen. Per indicator is uitgewerkt hoe deze is opgebouwd en kan worden geregistreerd.

Tussentijdse bevindingen werden voorgelegd en besproken in de Werkgroep Depressie, ingesteld door de IGZ.

De opbouw van dit rapport volgt de drie fasen in het ontwikkelproces. Achtereenvolgens worden het ziektebeeld (in hoofdstuk 3), de clinical logic (hoofdstuk 4), de kritische stappen in het zorgproces (hoofdstuk 5) en de proefset van indicatoren (hoofdstuk 6) beschreven. Voorts wordt ingegaan op de toepasbaarheid van de methodiek van de clinical logic voor het ontwikkelen van instrumentarium voor ketentoezicht.



### 3 Het ziektebeeld bij depressie

Depressie is een veelvoorkomende aandoening die jaarlijks 740.000 Nederlanders treft. Hoewel depressie in de meeste gevallen goed behandelbaar is, gaan er jaarlijks 82.400 voor kwaliteit van leven gecorrigeerde levensjaren verloren door depressie. Daarmee veroorzaakt depressie een grotere ziektelast dan bijvoorbeeld diabetes, chronische longziekten, hypertensie of rugpijn. De ziektelast van depressie heeft beduidende economische gevolgen. Depressie genereert jaarlijks 660 miljoen euro aan zorgkosten. Daarnaast veroorzaakt depressie jaarlijks ruim 950 miljoen euro aan productieverliezen door ziekteverzuim, terwijl door verminderde arbeidsefficiëntie nog meer productieverliezen geleden worden (Smit, Cuijpers et al. 2006).

#### *Symptomen van depressie*

Kernsymptomen van een episode van unipolaire depressie (depressieve stoornis of depressie) zijn volgens de DSM-IV-criteria, ten eerste, een zeer neerslachtige stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag, en, ten tweede, een ernstig verlies van interesse in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag. Andere symptomen van depressie zijn: eetproblemen, heel veel of juist heel weinig eten, en veranderingen in het gewicht; slaapproblemen; geagiteerd en rusteloos zijn of juist geremd; vermoeidheid en verlies van energie; gevoelens van waardeloosheid of overmatige schuld; concentratieproblemen, vertraagd denken en besluiteloosheid; terugkerende gedachten aan dood of zelfdoding. Er is sprake van een depressie wanneer tenminste één van beide kernsymptomen aanwezig is en in totaal tenminste vijf symptomen gedurende tenminste twee weken achtereen. Depressie kan optreden met psychotische kenmerken, met melancholische of vitale kenmerken en met atypische kenmerken. Ook kan depressie een seizoensgebonden patroon hebben of post partum optreden (APA 2000). Depressie gaat vaak gepaard met andere psychische stoornissen (Graaf et al. 2004). Vooral de combinatie met angststoornissen komt veel voor. Daarnaast komt depressie vaak voor samen met problematisch gebruik van verslavende middelen (tabak, alcohol of drugs). Gelijktijdig met de depressie treden vaak allerlei lichamelijke klachten en ziektes op. Bij 5-6 symptomen is er sprake van een lichte depressie, bij 6-8 symptomen van een matige depressie en bij 8-9 symptomen van een ernstige depressie. De ernst van de depressie wordt behalve door het aantal symptomen beoordeeld op basis van het algemeen, sociaal en maatschappelijk functioneren, de aard van de symptomen en het beloop van de depressie (al dan niet recidiverend, al dan niet een chronisch beloop).

#### *Terugval en chroniciteit*

De periode waarin iemand voldoet aan de criteria voor depressie wordt een depressieve episode genoemd. Een episode duurt gemiddeld zes maanden, ook zonder behandeling. De helft van de episodes is korter dan drie maanden. Wanneer gedurende de twee jaar voortdurend is voldaan aan de diagnostische criteria van een depressie is er sprake van een chronisch beloop. Chroniciteit treedt op in circa 15 procent van de gevallen. De kans op terugval is groot: bij 35 procent van de mensen met depressie keert de stoornis binnen twee jaar terug. Gemiddeld heeft iemand die eenmaal een depressieve episode heeft gehad vier of vijf episodes gedurende het leven (Spijker 2002).

Voor veel depressies geldt dat de kans groot is dat de aandoening chronisch of recidiverend wordt bij afwezigheid van adequate behandeling. Vroegherkenning en vroege interventies zijn echter uitzonderingen op de regel, terwijl ook te weinig gedaan wordt aan gerichte terugvalpreventie. Hier presenteren zich dus kansen om de zorg te verbeteren, de ziektelast te verminderen en daarbij wellicht ook nog economisch verantwoorde, kosteneffectieve keuzen te maken.

### *Kosten van de depressiezorg*

In de leeftijdsgroep van 18-65 jarigen zijn de jaarlijkse behandelkosten voor depressie in Nederland € 388.000.000 waarbij de (economische tegenwaarde van) hulp door familieleden en vrienden is meegerekend. Worden de kosten van productieverliezen in betaalde en onbetaalde arbeid door ziekteverzuim hierbij opgeteld, dan kost depressie de Nederlandse samenleving 2,1 miljard euro per jaar voor 18- tot 65-jarigen. Als jongeren en ouderen worden meegerekend is het bedrag hoger (Smit et al. 2006). Binnen de komende 20 jaar zal depressie, wat ziektelast en kosten betreft, één van de meest dominerende ziekten zijn in Nederland, alleen geëvenaard door hartziekten (Smit, Cuijpers, Oostenbrink et al. 2006; Smit, Ederveen, Cuijpers et al. 2006). Dat komt deels doordat het percentage personen met een depressie toeneemt. Hier speelt de vergrijzing van de bevolking een rol. Immers, met de ouderdom neemt de blootstelling toe aan risicofactoren waarmee het ontstaan van depressie geassocieerd is, zoals verlies van de levenspartner, chronische lichamelijke ziekten, eenzaamheid, verlies van controle over het eigen leven. Bij het oudere bevolkingssegment neemt hierdoor het aantal depressies toe. Ook neemt bij hetzelfde aantal personen met een depressie in de bevolking de zorgvraag voor depressie toe. Men weet immers beter een depressie te herkennen, en weet bovendien dat er iets aan gedaan kan worden. Zo houdt het RIVM rekening met een stijging van 59 procent in de zorgkosten van depressie in 2020 ten opzichte van het niveau van 2005 (Hollander et al. 2006). De toenemende zorgvraag rondom depressie en de stijgende zorgkosten leggen een druk op het zorgsysteem en vragen om wetenschappelijk onderbouwde legitimering van de uitgaven in de zorg, bijvoorbeeld door vooral bewezen effectieve interventies aan te bieden.

### *Het zorgcontinuüm voor depressie*

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

## 4 Het zorgtraject bij depressie

Ondanks individuele verschillen in de aard, ernst en het beloop van depressie en het optreden van comorbiditeit en complicaties, is het formuleren van een clinical logic voor depressie haalbaar. Op basis van de aanbevelingen in de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (in revisie) en de NHG-standaard Depressie (Marwijk et al. 2003) wordt het zorgproces afgeleid van evidence-based richtlijnen en kunnen de zorgstappen in de clinical logic worden beschreven. Als ziektestadia cq. gezondheidscondities in de clinical logic onderscheiden we een symptoomvrije status (gezond, volledig hersteld), een symptomatische status, waarbij enkele symptomen van depressie optreden maar niet aan alle diagnostische criteria is voldaan (zoals bij beginnende depressie, remissie, gedeeltelijk herstel, terugval of herhaling) en syndromatische status, de acute episode van depressie waarbij aan alle diagnostische criteria van depressie is voldaan (deze episode kan eenmalig, recidiverend of chronisch zijn).

Voor iedere stap in de clinical logic, waarbij het mogelijke beloop van de aandoening in zijn geheel in kaart is gebracht, van gezonde mensen tot het eindstadium van de ziekte, is vervolgens berekend welke gezondheidswinst kan worden behaald bij optimaal geleverde zorg. Deze berekeningen baseren we op epidemiologische gegevens weergegeven in figuur 1 in de bijlage, aangevuld met gegevens over de huidige zorg in de literatuur en gedocumenteerde implementatieprojecten over haalbare, effectieve zorg. In figuur 2 is de clinical logic, geïntegreerd met informatie uit figuur 1, weergegeven.

### *Knelpunten in de huidige zorg*

In de ggz zijn de laatste jaren belangrijke zorgverbeteringen doorgevoerd. Behandelingsuccessen bij depressie kunnen zich meten met behandelingsuccessen elders in de geneeskunde. Toch is het ziektemanagement van depressie suboptimaal en kan het zorgsysteem de zorgvraag nauwelijks aan, of alleen tegen stijgende uitgaven in de zorg. Het huidige management van depressie schiet namelijk op een aantal fronten te kort (zie ook Franx et al. 2009; Franx et al. 2006):

- De zorg bereikt slechts een deel van de mensen met een depressie. Om precies te zijn: 58 procent van de mensen met een depressie komt in contact met de zorg en dan niet eens in alle gevallen specifiek vanwege een als zo danig herkende depressie.
- Er is sprake van onderdiagnostiek: 60 procent van de depressies wordt herkend in de huisartsgeneeskunde, maar bij ouderen is de kans op herkenning van depressie door de huisarts aanzienlijk lager (circa 40 procent).
- Behandelingen worden dikwijls niet aangeboden conform bewezen effectieve richtlijnen. Wat betreft depressie werkt naar schatting circa 30 procent van de behandelaars in de eerste lijn en de gespecialiseerde ggz volgens zulke richtlijnen. Dit resulteert zowel in onderbehandeling als overbehandeling.
- De patiënt wordt onvoldoende betrokken bij het management van diens gezondheid en dientengevolge is de therapietrouw aan de behandeling vaak gering.
- Er wordt weinig gedaan aan systematische uitkomstmonitoring over de langere termijn terwijl circa 15 procent van de depressies chronisch wordt en circa 50 procent van de succesvol behandelde patiënten binnen vijf jaar recidiveert. Mensen met een recidiverende depressie maken gemiddeld zeven à acht depressieve episodes mee, en brengen daarmee gemiddeld 19 procent van hun leven door in een depressie. Zo lijkt te vaak een behandeling een succes, terwijl dat succes maar van tijdelijke aard is.

Een belangrijk deel van deze tekortkomingen kan geweten worden aan het acute karakter van de zorgverlening. Episodisch ziektemanagement gericht op acute manifestaties van depressie biedt weinig ruimte aan preventie en vroege interventie, en verhoudt zich bovendien slecht tot het vaak recidiverende karakter van depressie. Bovendien vertonen de verbindingen tussen preventie, eerste lijn en de gespecialiseerde ggz kloven die resulteren in discontinuïteit in de zorgketen. Bovenstaande tekorten zijn niet zonder gevolgen. De zorg voor depressie bereikt enerzijds te weinig mensen met een depressie, terwijl de mensen die wel bereikt worden te late en suboptimale zorg ontvangen, waarbij ze bovendien onvoldoende zelf betrokken worden en ook hun therapietrouw gering is. Tenslotte vindt te weinig gerichte terugvalpreventie plaats waardoor grote groepen keer op keer een beroep doen op de ggz. Gevolgen zijn: onvoldoende bereik, dreigende verstopping in de ggz, te weinig gezondheidswinst, te hoge kosten van de zorg.

Figuur 1 maakt enkele van deze punten aanschouwelijk. Dit is een negatief plaatje van de ggz. De keerzijde is dat er volop ruimte is om grootschalige verbeteringen te realiseren.

### *Verbetermogelijkheden*

In de literatuur zijn diverse suggesties gedaan om, althans op deelgebieden, tot verbetering van de zorg voor mensen met een depressie te komen. Ook zijn er succesvolle voorbeelden van geïntegreerde disease management systemen in het buitenland (zie bijv. Badamgarav et al. 2003; Neumeyer-Gromen et al. 2004). Belangrijke elementen in de voorgestelde integrale aanpak zijn:

1. Meer mensen met beginnende depressieve klachten via vroegherkenning voorzien van preventieve interventies om gezondheid te bevorderen en de druk op de eerste lijn en de ggz te verminderen. Om preventie op grote schaal tegen lage kosten aan te bieden, dient gedacht te worden aan preventieve eHealth interventies die op grote schaal en tegen lage kosten via het internet aangeboden kunnen worden. In het domein van de vroegherkenning is veel winst te behalen. Dit vraagt om meer bekendheid bij het algemeen publiek (Romijn et al. 2008) en om de ontwikkeling en implementatie van effectief bewezen interventies gericht op algemeen welbevinden: klachtreductie van slapeloosheid, stress, assertiviteit, beweging. Ook vraagt dit om een lokaal gezondheidsbeleid met afspraken met alle actoren die een rol spelen: gemeente, GGD, ROS en thuiszorg, aangezien de regionale weg van vroegherkenning naar effectieve doorverwijzing complex kan zijn. Vanuit het Partnership Depressiepreventie waarin alle landelijke stakeholders een convenant hebben getekend kan hieraan uitwerking worden gegeven.
2. Mensen die dan toch een depressie ontwikkelen en zich presenteren met depressieve klachten waar mogelijk en adequaat verwijzen naar zelfhulp (zelfmanagement) in de vorm van bibliotherapie en eHealth. Vooral bij lichtere manifestaties van depressie liggen er uitgesproken mogelijkheden mensen te equiperen om met hulp van eHealth interventies zelf zorg te dragen voor hun gezondheid.
3. Bij mensen die hulp zoeken voor ernstigere vormen van depressie stringenter toepassen van evidence-based richtlijnen en sneller wisselen van behandelregime wanneer een therapie niet aanslaat. Hiermee wordt verwacht dat sneller functieherstel van de patiënt wordt bereikt en de doorstroom in de zorg wordt bevorderd. Beslissingsondersteuning en voortgangsbewaking van de behandeling is daarbij essentieel en ICT kan daarin een belangrijke rol spelen. Dit veronderstelt tijdige herkenning en regelmatige ernstmeting van de problematiek en vertaalt zich onder andere in het werken met algoritmen voor het maken van beslissingen rondom het behandelbeleid, gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijnen en het monitoren van behandeluitkomsten.

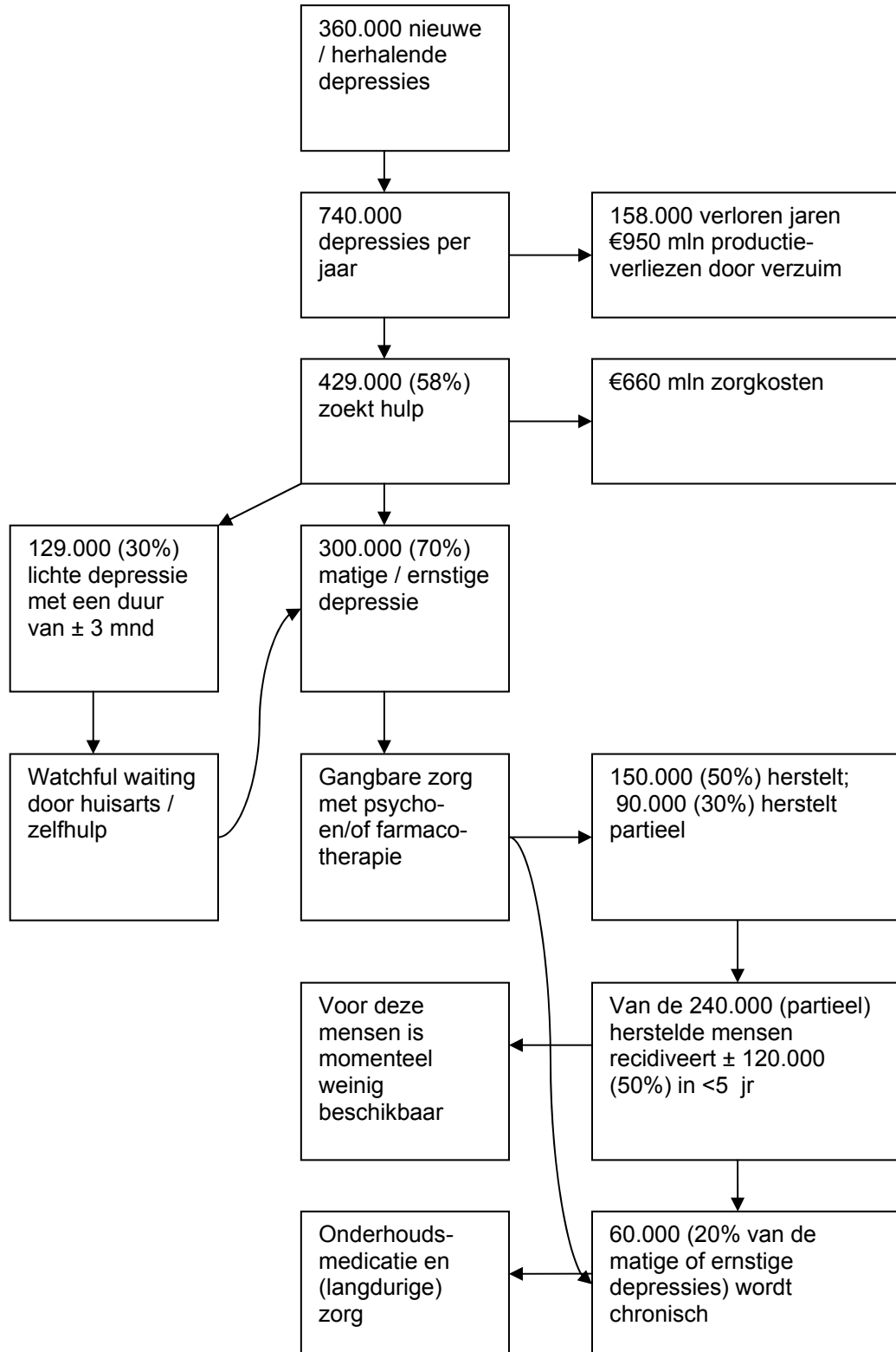
4. Na het einde van een behandeling, zeker bij mensen met eerdere depressies, aanbieden van terugvalpreventie om de kans op een toekomstig recidief te verminderen. Ook dit kan weer in de vorm van eHealth interventies, waarbij bovendien telemonitoring (bijv. met een systeem gebaseerd op sms technologie) plaatsvindt van stemmingsveranderingen en gepersonaliseerde feedback over de langere termijn.

Op deze vier deelgebieden kan afzonderlijk geïntervenieerd worden, maar wanneer dit op een geïntegreerde wijze gebeurt, waarbij preventie, eHealth behandeling van lichte depressie, stringenter evidence-based behandeling van ernstige depressie, en terugvalpreventie voor recidiverende depressie op een logisch samenhangende wijze worden aangeboden, zullen de beoogde effecten over de hele linie beter worden. Figuur 2 toont de aangrijppunten voor verbetering.

Figuur 1.

**Depressie op jaarbasis: epidemiologie, zorg, kosten en uitkomsten.**

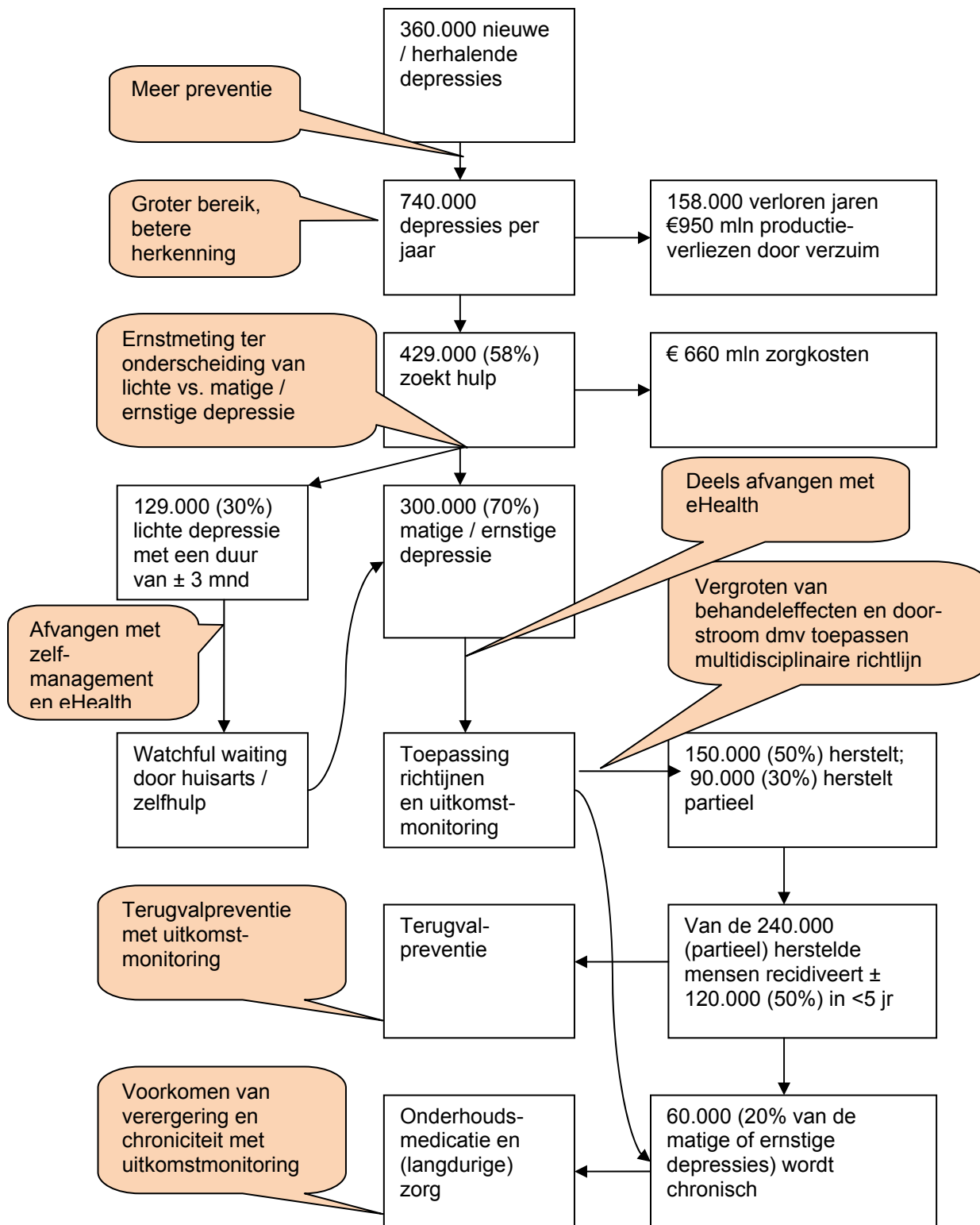
Epidemiologische gegevens op basis van Nemesis (Romijn et al. 2008; Smit et al. 2004; Spijker 2002); schattingen over het huidige zorggebruik op basis van Franx et al. 2009 en 2006.





Figuur 2.

### Kritische stappen in het zorgproces: aangrijpingspunten voor kwaliteitsverbetering van de depressiezorg





## 5 Kritische stappen in de zorgketen

We identificeerden de punten in de clinical logic waar de te realiseren gezondheidswinst optimaal beloofd te worden en eveneens de punten met onvoldoende kwaliteit van zorg waarbij onnodige gezondheidsverliezen optreden.

Voor het identificeren van deze kritische punten werd afgestemd met de Werkgroep Depressie over te maken strategische keuzes en doorslaggevende factoren voor de kritische punten en de proefindicatorenset die hierop is gebaseerd. In figuur 2 zijn deze kritische punten in het zorgtraject aangegeven.

Naar de werkzaamheid van (1) depressiepreventie, (2) vroegtijdige herkenning van depressie, (3) zelfmanagement en eHealth interventies en (4) evidence-based behandelen volgens richtlijnen is volop onderzoek gedaan. Op basis daarvan kunnen we verwachten dat er gunstige effecten ontstaan in termen van gezondheidswinst, capaciteitsbenutting en beheersing van zorgkosten bij brede en samenhangende toepassing van deze strategische opties. We bespreken deze opbrengsten achtereenvolgens.

### *Meer gezondheidsbehoud door preventie*

Inmiddels zijn er vele gerandomiseerde trials uitgevoerd die de werkzaamheid van preventieve interventies hebben aangetoond. Meta-analyses van die interventies laten zien dat de kans op een depressie met 25 à 30 procent afneemt nadat mensen een preventieve interventie hebben ontvangen (Cuijpers et al. 2007; Cuijpers et al. in druk). Een meer systematische vorm van preventie met uitkomstmonitoring en mogelijkheden om naar intensievere vormen van preventie over te stappen als dat nodig is, laat zien dat zelfs een reductie van de incidentie van 50 procent haalbaar is (Veer et al. 2009). Omdat depressie gekenmerkt wordt door een grote jaarlijkse instroom van nieuwe gevallen is preventie een belangrijk instrument om de ziektelast van depressie in de populatie te verminderen. Dit is ook kosteneffectief (Smit, Willemse, Koopmanschap et al. 2006). Duurdere vormen van preventie die door een professional worden aangeboden aan groepen mensen dienen bijvoorkeur gericht te worden op hoogrisicogroepen (Smit et al. 2004; Smit, Ederveen, Cuijpers et al. 2006; Schoevers et al. 2006). Een aandachttrekkend alternatief hiervoor is het tegen lage kosten en op grote schaal aanbieden van zelfhulp gesteund door eHealth technologie (Riper et al. 2007).

Omdat bijna de helft van de succesvol behandelde depressies vroeger of later recidiveert is ook gerichte terugvalpreventie, of lange termijn-onderhoudstherapie, van recidiverende depressie van belang. Meta-analyses laten zien dat preventieve cognitieve therapie (PCT) voor recidiverende depressie de kans op herhaling in belangrijke mate doet afnemen, ook over de langere termijn (Vittengl et al. 2007; Romijn et al. 2008). Bockting rapporteert aan de hand van Nederlandse onderzoeksgegevens dat PCT kosten-effectief is voor patiënten met meerdere depressies in het verleden en, voor zover er toch een recidief optreedt, dat de depressie dan minder ernstig is en van kortere duur (Bockting, 2006). In een gezaghebbende studie wordt geconcludeerd dat het terugdringen van recidiveren een maatregel is die veel gezondheidswinst oplevert (Vos et al. 2004).

### *Een groter bereik van depressiezorg door vroegtijdige herkenning en ernstmeting van depressie*

Vroegtijdige herkenning van depressie is van belang voor een gunstiger beloop van de behandeling, doordat evidence-based interventies tijdig ingezet kunnen worden in het behandelbeleid. Door vroegtijdige herkenning kan het bereik van de zorg worden vergroot. Vaak echter wordt depressie niet herkend door de huisarts of andere hulpverleners, bijvoorbeeld door bijkomende lichamelijke aandoeningen. Ook is bekend dat aan screening en opsporing van depressie actieve follow-up dient te worden gegeven om de positieve effecten op het beloop van de aandoening niet verloren te laten gaan.

Verder bestaat de indruk dat te lang wordt vastgehouden aan een bepaalde behandeling, ook wanneer blijkt dat deze niet aanslaat bij een patiënt. Hier past uitkomstmonitoring in de context van een stepped-care benadering (Meeuwissen, Donker, 2004; Meeuwissen et al. 2008).

Een scala aan instrumenten is onderzocht op validiteit en betrouwbaarheid in verschillende settings in de Nederlandse context. Instrumenten met goede psychometrische eigenschappen worden aanbevolen in de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (in revisie). In de keuze van het instrument dient een afweging te worden gemaakt tussen factoren als de wijze van afnemen en afnameduur van het instrument, de setting waarin de diagnostiek plaatsvindt en de mogelijkheden tot vergelijking met andere patiëntengroepen.

#### *Meer gezondheidswinst door zelfmanagement en eHealth*

Bij subklinische of lichte depressie vindt niet zelden overbehandeling plaats. Daarentegen vindt bij lichte depressie soms onderbehandeling plaats, bijvoorbeeld doordat geen hulp wordt gezocht of vanwege lange wachttijden op behandeling. Een gepast alternatief kan in beide gevallen zijn dat mensen op eigen kracht uit de depressie komen, daarbij geholpen door leefstijlinterventies (psychoeducatie), zelfhulp gebaseerd op cognitieve-gedragstherapie (bibliotherapie) en varianten van eHealth die vooral bedoeld zijn het zelfmanagement van depressie beter ter hand te nemen. Diverse gerandomiseerde effectstudies laten zien dat eHealth interventies werkzaam zijn bij lichte en matige manifestaties van depressie (Spek et al. 2007, Riper et al. 2007).

#### *Meer gezondheidswinst en vergroten van de doorstroom door evidence-based behandelen*

Schattingen en cijfers lopen uiteen van 30-60 procent, maar een te klein deel van de mensen met ernstige depressie krijgt daarvoor werkzame interventies aangeboden, dat wil zeggen een interventie die overeenstemt met evidence-based richtlijnen. Er ontstaat extra gezondheidswinst door stringenter toepassing van richtlijnen (Andrews et al, 2000; Andrews et al, 2004; Chisholm et al, 2004).

Bij lichte depressie langer dan 3 maanden bestaand of als recidief en bij een eerste episode van matig tot ernstige depressie is psychotherapie (onder andere cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke therapie) danwel farmacotherapie geïndiceerd volgens de herziene Multidisciplinaire richtlijn Depressie (bij lichte depressie indien de basisinterventies en probleemoplossende therapie of kortdurende behandeling niet tot voldoende hersteld hebben geleid).

Bij matig tot ernstige depressie die als recidiverende episode optreedt is in eerste instantie aangeraden gebruik te maken van psychotherapie danwel combinatietherapie van psychotherapie en farmacotherapie omdat dit (in tegenstelling tot alleen farmacotherapie) ook over de langere termijn een beter profylactisch effect heeft en zo helpt beschermen tegen recidivering. Hoewel dit in aanzet hogere behandelkosten met zich meebrengt, zal op de langere termijn meer gezondheidswinst gehaald worden waarna er weer besparingen kunnen optreden. Deze aanpak zou daarom kosteneffectief kunnen zijn. Meta-analyses laten een toegevoegde waarde zien van het toepassen van principes van disease management in de ggz (Badamgarav et al. 2003; Neumeyer-Gromen et al. 2004; Weingarten et al. 2002).

De hier beschreven kritische stappen in de zorgketen zijn besproken in de Werkgroep Depressie als aangrijpingspunten voor verbetering van de depressiezorg, resulterend in een indicatorenset voor ketentoezicht, die in het volgende hoofdstuk wordt toegelicht.

## 6 Een indicatorenset voor ketentoezicht

### *Meer gezondheidbehoud door preventie*

De Inspectie voor de Gezondheidszorg toetst preventieve interventies op gemeentelijk niveau, omdat de gemeente volgens de huidige wet-en regelgeving de primaire verantwoordelijkheid heeft in het formuleren en doen uitvoeren van het preventieve zorgbeleid. Het is de bedoeling dat de gemeente op basis van een analyse van lokale knelpunten vaststelt wat de risicogroepen voor het ontwikkelen of in stand houden van depressie zijn in de regio. Voor deze risicogroepen dient vervolgens een basispakket depressiepreventie te worden samengesteld, die uit de volgende elementen bestaat:

#### 1. *Voorlichting en bewustwording*

Dit betreft onder meer het geven van algemene voorlichting aan de bevolking in lokale media of in voorlichtingsbijeenkomsten, bijvoorbeeld middels lesprogramma's op scholen.

#### 2. *Signalering en advies*

Er dient aandacht te zijn voor training en scholing van beroepskrachten die in contact komen met risicogroepen, opdat deze in staat zijn (lichte) depressieve klachten te herkennen en hiervoor te verwijzen.

#### 3. *Preventieve ondersteuning*

Het aanbieden van één of meer selectieve of geïndiceerde interventies aan risicogroepen en/of aan groepen bij wie al sprake is van depressieve klachten; dit zijn de interventies die zijn opgenomen in de Leeflijn (Blekman et al. 2009).

#### 4. *Maatregel gericht op de omgeving*

Er dient minimaal één maatregel gericht te zijn op de reductie van risicofactoren in de omgeving, bijvoorbeeld in de bestrijding van armoede.

Mogelijke indicatoren op gemeenteniveau zouden de volgende kunnen zijn.

1. Er wordt algemene voorlichting aan de bevolking gegeven, bijvoorbeeld middels lespakketten op scholen, of via de huisarts (\*).
2. Er wordt scholing gegeven aan hulpverleners die met risicogroepen werken (\*).
3. Alle preventieve interventies komen uit de Leeflijn (\*).
4. Alle preventieve interventies zijn gerelateerd aan de in een actieplan geformuleerde knelpunten.
5. De gemeente heeft tenminste één lopend project naar het terugdringen van risicofactoren onder haar regie in samenwerking met lokale partijen, gerelateerd aan de geformuleerde knelpunten, lokaal ingekleurd en afhankelijk van de lokale knelpunten (\*).
6. Er is een getekende overeenkomst met (afgevaardigden van) betrokken partijen wat betreft het gemeentelijke actieplan met als onderdeel daarvan het basispakket depressiepreventie.
7. De gemeente onderhoudt een helpdesk ten behoeve van de betrokken partijen.
8. De gemeente evalueert de toepassing van het beleid op een systematische wijze.

De indicatoren met een (\*) behoren tot de noodzakelijke elementen van het basispakket depressiepreventie.

Aangezien er momenteel in de regel nog geen sprake is van uitgewerkte en geïmplementeerde preventieplannen, wordt vooralsnog alleen de regiefunctie van de gemeente getoetst. In een later stadium kan worden onderzocht in hoeverre deze plannen in de praktijk worden toegepast.

### Indicator 1 – Analyse van regionale knelpunten

Doelgroep	Gemeentelijke Geneeskundige Dienst
Interventie	Analyse van knelpunten in de regio
Norm	Alle GGD-en hebben een knelpuntenanalyse gemaakt en risicogroepen ten aanzien van depressie geïdentificeerd. Deze analyse is schriftelijk gerapporteerd
Indicator	Er is een gemeentelijke schriftelijke knelpuntenanalyse met geïdentificeerde risicogroepen ten aanzien van depressie beschikbaar

### Indicator 2 – Het basispakket depressiepreventie

Doelgroep	Gemeentelijke Geneeskundige Dienst
Interventie	Opstellen van een basispakket depressiepreventie op basis van de knelpuntenanalyse
Norm	<p>Alle GGD-en hebben een basispakket depressiepreventie vastgesteld die de onderstaande elementen bevat. Dit basispakket is schriftelijk gerapporteerd.</p> <ol style="list-style-type: none"><li><i>Voorlichting en bewustwording</i> Dit betreft onder meer het geven van algemene voorlichting aan de bevolking in lokale media of in voorlichtingsbijeenkomsten, bijvoorbeeld middels lesprogramma's op scholen.</li><li><i>Signalering en advies</i> Er dient aandacht te zijn voor training en scholing van beroepskrachten die in contact komen met risicogroepen, opdat deze in staat zijn (lichte) depressieve klachten te herkennen en hiervoor te verwijzen.</li><li><i>Preventieve ondersteuning</i> Het aanbieden van één of meer selectieve of geïndiceerde interventies aan risicogroepen en/of aan groepen bij wie al sprake is van depressieve klachten; dit zijn de interventies die zijn opgenomen in de Leeflijn.</li><li><i>Maatregel gericht op de omgeving</i> Er dient minimaal één maatregel gericht te zijn op de reductie van risicofactoren in de omgeving, bijvoorbeeld in de bestrijding van armoede.</li></ol>
Indicator	Er is een gemeentelijk schriftelijk vastgelegd actieplan met als onderdeel daarvan een basispakket depressiepreventie, aansluitend op de knelpuntenanalyse, dat voldoet aan bovenstaande eisen

### Indicator 3 – Aanbod van preventieve interventies

Doelgroep	Gemeentelijke Geneeskundige Dienst
Interventie	Aanbod van aanbevolen preventieve interventies
Norm	Er wordt voor tenminste één risicogroep uit het basispakket depressiepreventie een preventieve interventie uit de Leeflijn aangeboden (zie schema 1).
Indicator	Er wordt voor tenminste één risicogroep uit het basispakket depressiepreventie een preventieve interventie uit de Leeflijn aangeboden

**Schema 1: Overzicht van ondersteunende interventies die in aanmerking komen voor een lokaal basispakket depressiepreventie**

Gebaseerd op de Leeflijn.

	<b>Aanwezigheid klachten</b>		<b>Soort preventie</b>		
	<i>Geen depressieve klachten bij de doelgroep</i>	<i>Depressieve klachten bij de doelgroep</i>	<i>Universeel</i>	<i>Selectief</i>	<i>Geïndiceerd</i>
<b>Jeugd</b>					
Het Vriendenprogramma	X		X		
Lesprogramma Leefstijl	X		X		
Lesprogramma Levensvaardigheden	X		X		
Moeder-baby interventie	X			X	
Doe-praatgroep KOPP	X			X	
Psycho-educatieve gezinsinterventie	X			X	
Groeps cursus KOPP-groep: Kinderen van ouders met psychische problemen	X			X	
Internet cursus Kopstoring	X			X	
Groeps cursus KOPP 16+	X			X	
Groeps cursus Stemmingmakerij		X			X
Groeps cursus Grip op je dip: zelf je somberheid overwinnen		X			X
Internet cursus Grip op je dip online		X			X
<b>Volwassenen</b>					
Groeps cursus Omgaan met borderline: psycho-educatieve cursus voor directbetrokkenen	X	X		X	(X)
Groeps cursus Omgaan met depressie: psycho-educatieve cursus voor directbetrokkenen	X	X		X	(X)
Psycho-educatie voor familieleden van mensen met schizofrenie	X	X		X	(X)
Groeps cursus Leven met een chronische ziekte	X	X		X	(X)
Groeps cursus Lichte dagen, donkere dagen		X			X
Groeps interventie Liever bewegen dan moe'		X			X
Groeps cursus In de put, uit de put voor volwassenen		X			X
Zelfhulp cursus met minimale begeleiding In de put, uit de put		X			X

	<b>Aanwezigheid klachten</b>		<b>Soort preventie</b>		
	<i>Geen depressieve klachten bij de doelgroep</i>	<i>Depressieve klachten bij de doelgroep</i>	<i>Universeel</i>	<i>Selectief</i>	<i>Geïndiceerd</i>
<b>Ouderen</b>					
Huiskamerbijeenkomsten Geestelijke gezondheid en ouder worden	X	X	X		(X)
Internetcommunity 50plusnet	X		X		
Voorlichtingsfilm De kunst van het ouder worden: stilstaan en doorgaan bij ingrijpende gebeurtenissen	X		X		
Groepscursus Op weg naar de gouden jaren	X		X		
Groepscursus Gezond en Vitaal	X		X		
Vriendschapscursus voor oudere vrouwen	X		X		
Bewegingsinterventie GALM/SCALA	X		X	X	
Groepscursus Geef uw leven een beetje meer glans	X		X	X	
Bezoekdiensten van weduwen voor weduwen	X	X		X	
Activerend huisbezoek	X	X		X	
Groepscursus Verlies en dan verder	X			X	
Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun mantelzorgers	X			X	
Preventieve ondersteuning mantelzorgers (POM-methodiek)	X			X	
Modulenboek mantelzorgondersteuning ggz	X			X	
Preventie van depressie in verzorgingshuizen		X		X	(X)
Preventieproject Vroegsignalering in verzorgingshuizen		X		X	(X)
Internetcursus Kleur je leven		X			X
Groepscursus In de put, uit de put 55+		X			X
Groepscursus De verhalen die we leven		X			X
Groepscursus Op zoek naar zin		X			X



## Toelichting:

Universele preventie is gericht op mensen die nog geen klachten hebben.

Selectieve preventie is gericht op mensen die nog geen klachten hebben, maar wel tot een risicogroep behoren.

Geïndiceerde preventie richt zich op mensen met lichte depressieve klachten, door vroegsignalering, advisering en ondersteuning wordt voorkomen dat klachten verergeren (dit hangt al tegen zelfhulp aan).

(X) = in principe is de interventie op een risicogroep gericht, maar daar kunnen ook al mensen tussen zitten die depressieve klachten hebben. Het zijn echter niet 'puur' geïndiceerde vormen van preventie.

### *Een groter bereik van depressiezorg door vroegtijdige herkenning en ernstmeting van depressie*

Herkenning van depressieve symptomen is moeilijk uit te drukken in uitkomstindicatoren. Op basis van algemene populatiekenmerken kan wel een beeld worden gekregen van bijvoorbeeld huisartsenpraktijken die wat betreft het aantal depressieve patiënten achterblijven bij vergelijkbare collegapraktijken, maar dit zijn grove schattingen. Voor dit aangrijppingspunt voor verbetering van de depressiezorg is daarom gekozen voor procesindicatoren. De indicator 'systematische screening' wordt niet geoperationaliseerd, aangezien de richtlijnen hiervoor geen aanbevelingen geven. Wel kan als voorwaarde worden gesteld dat in het geval van het gebruik van een screeningsinstrument één van de aanbevolen instrumenten wordt gebruikt.

In de Multidisciplinaire richtlijn Depressie wordt wel aangegeven dat ernstmetingen dienen plaats te vinden aan de hand van één van de in de richtlijn aanbevolen gevalideerde instrumenten. De indicator is op twee manieren geoperationaliseerd, op behandel- en op patiëntniveau.

### **Indicator 1 - Scholing (op het niveau van de organisatorische eenheid)**

Doelgroep	Huisartsen en verpleeghuisartsen werkzaam bij de organisatorische eenheid
Interventies	Scholing in de herkenning van depressieve klachten
Norm	80% van de doelgroep is geschoold in het herkennen van depressieve klachten. Deze scholing is ontvangen in de vorm van een officiële en bewezen effectieve cursus waarvoor accreditatiepunten van de beroepsgroep kunnen worden verkregen
Teller	Aantal artsen (of de praktijkondersteuners) in de doelgroep dat is geschoold in de herkenning van depressieve symptomen. Deze scholing is ontvangen in de vorm van een officiële en bewezen effectieve cursus waarvoor accreditatiepunten van de beroepsgroep kunnen worden verkregen
Noemer	Aantal artsen (of praktijkondersteuners) in de doelgroep

## Indicator 2 - Gebruik screener ten behoeve van vroegtijdige herkenning

Doelgroep	Huisartsen en verpleeghuisartsen werkzaam bij de organisatorische eenheid, die screenen op depressieve klachten met behulp van een screeningsinstrument
Interventies	Het gebruiken van een gevalideerd screeningsinstrument: - INSTEL <sup>1</sup> - DHS <sup>2</sup> - 4DKL <sup>3</sup> - HADS <sup>4</sup>
Norm	100% van de screenings op depressieve klachten worden uitgevoerd met behulp van een gevalideerd instrument uit bovenstaande lijst
Teller	Aantal artsen in de doelgroep dat een screening op depressieve klachten uitvoert en dat daarbij een gevalideerd instrument uit bovenstaande lijst toepast
Noemer	Aantal artsen in de doelgroep

## Indicator 3 - Ernstmeting van depressieve klachten op artsniveau

Doelgroep	Huisartsen en verpleeghuisartsen werkzaam bij de organisatorische eenheid, die diagnostiek van depressieve klachten uitvoeren
Interventies	Afnemen van een ernstmaat voor depressie, in de vorm van een interview of door middel van een zelfinvullijst, met een gevalideerd instrument. <i>Interviewinstrument:</i> - HRSD: Hamilton Rating Scale for Depression <sup>5</sup> - MADRS: Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale <sup>6</sup> - BRMS: Bech Rafaelsen Melancholia Rating Scale <sup>7</sup> - IDS-C: Inventory for Depressive Symptomatology <sup>8</sup> <i>Zelfinvullijst:</i> - SDS: Zung Self-rating Depression Scale <sup>9</sup> - BDI: Beck Depression Inventory <sup>10</sup> - IDS-SR: Inventory for Depressive Symptomatology <sup>11</sup>
Norm	100% van de artsen uit de doelgroep meet de ernst van de depressieve klachten aan de hand van een gevalideerd instrument uit bovenstaande lijst
Teller	Aantal artsen in de doelgroep dat bij het bepalen van de ernst van de depressieve klachten gebruikt maakt van een gevalideerd instrument uit bovenstaande lijst
Noemer	Aantal artsen in de doelgroep

<sup>1</sup> Goldberg, Bridges, Duncan-Jones, e.a. (1988). Nederlandse bewerking: Tiemens, Ormel, van den Brink, e.a. (1995).

<sup>2</sup> Goldberg, Bridges Duncan-Jones, e.a. (1988). Nederlandse bewerking: Marwijk, van der Linde, Nolen, W.A., e.a. (1996).

<sup>3</sup> Terluin (1994, 1996, 1998a, 1998b).

<sup>4</sup> Zigmond, & Snaith (1983). Nederlandse bewerking: Spinhoven, Ormel, Sloekers, e.a. (1997).

<sup>5</sup> Hamilton (1960). Nederlandse bewerking: Dijkstra (1974a).

<sup>6</sup> Montgomery & Åsberg (1979); Svanborg & Åsberg (2001). A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating Nederlandse bewerking: Hartong & Goekoop (1985).

<sup>7</sup> Maier, Philipp, Heuser, e.a. (1988).

<sup>8</sup> Rush, Giles, Schlessler, e.a. (1986); Rush, Gullion, Basco, e.a. (1996).

<sup>9</sup> Zung (1974). Nederlandse bewerking: Dijkstra (1974b).

<sup>10</sup> Bech (1992); Svanborg, & Åsberg (2001).Nederlandse bewerking: Bouman, Luteijn, Albersnagel, e.a. (1985); Bouman & Kok (1987).

<sup>11</sup> Rush, Giles, Schlessler, e.a. (1986); Rush, Gullion, Basco, e.a. (1996).

#### Indicator 4 - Ernstmeting van de depressieve klachten op patiëntniveau

Doelgroep	Patiënten bij wie sprake is van een vermoeden van depressieve klachten, vastgesteld met een gevalideerd screeningsinstrument voor depressie of op basis van klinisch inzicht. Dit vermoeden is genoteerd in het dossier
Interventies	Afnemen van een ernstmaat voor depressie, in de vorm van een interview of door middel van een zelfinvullijst, met een gevalideerd instrument. <i>Interviewinstrument:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- HRSD: Hamilton Rating Scale for Depression</li><li>- MADRS: Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale</li><li>- BRMS: Bech Rafaelsen Melancholia Rating Scale</li><li>- IDS-C: Inventory for Depressive Symptomatology</li></ul> <i>Zelfinvullijst:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- SDS: Zung Self-rating Depression Scale</li><li>- BDI: Beck Depression Inventory</li><li>- IDS-SR: Inventory for Depressive Symptomatology</li></ul>
Norm	Bij 100% van de patiënten, bij wie een vermoeden bestaat van depressieve klachten is een gevalideerd instrument voor het meten van de ernst van de depressieve klachten afgenomen, uit bovenstaande lijst
Teller	Aantal patiënten bij wie een vermoeden bestaat van depressieve klachten en bij wie een gevalideerd instrument voor het meten van de ernst van de depressieve klachten is afgenomen, uit bovenstaande lijst
Noemer	Aantal patiënten van wie de arts in het dossier heeft genoteerd (aan de hand van ICPC codes P03 of P76) dat er een vermoeden bestaat van depressieve klachten

#### *Meer gezondheidswinst door zelfmanagement en eHealth*

Interventies voor subklinische depressie zijn niet in de Multidisciplinaire richtlijn Depressie opgenomen. Er is bij subklinische depressie sprake van enkele depressieve klachten, te weinig voor het stellen van de diagnose depressie, maar te veel om geheel te negeren. De verwachting bestaat dat met het aanbod van zelfmanagement voor deze doelgroep kan worden voorkomen dat zich een depressie ontwikkelt, waarmee het perspectief op gezondheid voor velen verbeterd als ook de kwaliteit van de depressiezorg.

Bij zelfmanagement voor deze doelgroep is regelmatige monitoring (vinger aan de pols) aanbevolen. Maar zolang zelfmanagement interventies voor deze doelgroep niet in de richtlijn zijn opgenomen, kan deze indicator niet worden getoetst.

## Indicator 1 - Aanbod zelfmanagement en eHealth

Doelgroep	Patiënten met één of twee kernsymptomen van depressie, die daarbij drie andere symptomen van depressie hebben, zoals vastgesteld met behulp van een gevalideerd meetinstrument, maar daarmee niet voldoen aan de diagnose depressie, én die van mening zijn dat zij zonder (professionele) hulp de klachten niet de baas kunnen worden
Interventies	1. Bibliotheerapie in schriftelijke vorm 2. E-health 3. Zelfhulpgroepen 4. Cursussen als 'Grip op je dip' of 'Kleur je leven' (zie schema 2) 5. Fysieke inspanning (Running therapie)
Norm	Aan 100% van de patiënten uit de doelgroep is tenminste één interventie uit bovenstaande lijst aangeboden, zodra is vastgesteld dat de patiënt tot de doelgroep behoort
Teller	Aantal patiënten uit de doelgroep dat tenminste één interventie uit bovenstaande lijst krijgt aangeboden, zodra is vastgesteld dat er sprake is van depressieve klachten op subklinisch niveau
Noemer	Alle patiënten uit de doelgroep

### Schema 2: Cursussen voor zelfhulp bij depressieve klachten (subklinische depressie)

#### Jeugd

Groeps cursus 'Stemmingmakerij'  
Groeps cursus 'Grip op je dip: zelf je somberheid overwinnen'  
Internet cursus 'Grip op je dip online'

#### Volwassenen

Groeps cursus 'Omgaan met borderline: psychoeducatieve cursus voor directbetrokkenen'  
Groeps cursus 'Omgaan met depressie: psychoeducatieve cursus voor directbetrokkenen'  
Psychoeducatie voor familieleden van mensen met schizofrenie  
Groeps cursus 'Leven met een chronische ziekte'  
Groeps cursus 'Lichte dagen, donkere dagen'  
Groeps interventie 'Liever bewegen dan moe'  
Groeps cursus 'In de put, uit de put' voor volwassenen  
Zelfhulp cursus met minimale begeleiding 'In de put, uit de put'

#### Ouderen

Huiskamerbijeenkomsten 'Geestelijke gezondheid en ouder worden'  
Bewegingsinterventie GALM/SCALA  
Bezoekdiensten van weduwen voor weduwen  
Groeps cursus 'Verlies en dan verder'  
Internet cursus 'Kleur je leven'  
Groeps cursus 'In de put, uit de put 55+'  
Groeps cursus 'De verhalen die we leven'  
Groeps cursus 'Op zoek naar zin'

*Meer gezondheidswinst en vergroten van de doorstroom door evidence-based behandelen*

Als aangrijppingspunt om de doorstroom in de zorgketen te verbeteren is gekozen voor indicatoren met betrekking tot de aanbevolen momenten van evaluatie, uitgaande van de herziene Multidisciplinaire richtlijn Depressie. De richtlijn laat de beslissing voor het al dan niet continueren danwel bijstellen van het behandelbeleid over aan de patiënt en behandelaar op grond van deze evaluaties. Dit kan betekenen dat een volgende stap in de

stappenvolgorde van interventies wordt genomen, maar ook het continueren van het huidige behandelbeleid. Het al of niet doorstromen is hiermee geen goede indicator voor het volgen van de richtlijn. Wel kan worden getoetst of er een duidelijke beslissing in gezamenlijk overleg heeft plaatsgevonden en in het dossier is genoteerd.

### Indicator 1 - Evaluatie eerste-stap interventies

Doelgroep	Patiënten die bij aanvang van de behandeling een eerste episode van lichte depressie hebben die op dat moment korter dan 3 maanden duurt
Interventie	Eén of meer eerste-stap interventies <sup>12</sup>
Norm 1	Bij 100% van de patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 14 weken geleden is gestart, is 12-14 <sup>13</sup> weken na deze start de respons op de interventie samen met de patiënt geëvalueerd
Norm 2	Bij 100% van de patiënten uit de doelgroep werd de betreffende evaluatie uitgevoerd, de respons op de interventie is geëvalueerd en is de ernst van de symptomatologie is bepaald, met behulp van een in de richtlijn aanbevolen meetinstrument
Norm 3	Bij 100% van de patiënten bij wie de evaluatie heeft plaatsgevonden is de beslissing over de vervolgbehandeling in het dossier genoteerd
Teller 1	Aantal patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 14 weken geleden is gestart, én met wie binnen 14 weken na deze start de respons op de interventie aantoonbaar is geëvalueerd
Noemer 1	Aantal patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 14 weken geleden is gestart <sup>14</sup>
Teller 2	Aantal patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 14 weken geleden is gestart, met wie binnen 14 weken na deze start de respons op de interventie aantoonbaar is geëvalueerd, én bij wie de ernst van de symptomatologie is vastgesteld met een in de richtlijn aanbevolen meetinstrument <sup>15</sup>
Noemer 2	Aantal patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 14 weken geleden is gestart, én met wie binnen 14 weken na deze start de respons op de interventie aantoonbaar is geëvalueerd
Teller 3	Aantal patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 14 weken geleden is gestart, en met wie binnen 14 weken na deze start de respons op de interventie is geëvalueerd
Noemer 3	Aantal patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 14 weken geleden is gestart, en bij wie binnen 14 weken na deze start de respons op de interventie is geëvalueerd, én waarbij de beslissing over de vervolgbehandeling in het dossier is genoteerd

<sup>12</sup> Bibliotherapie, Zelfhulp/Zelfmanagement, Activerende begeleiding, Fysieke inspanning/lichamelijke activiteit, Running therapie, Counseling, Psychosociale interventie.

<sup>13</sup> Volgens de Multidisciplinaire richtlijn Depressie moeten de eerste-stap interventies na 3 maanden (13 weken) worden geëvalueerd. Voor de 13<sup>e</sup> week mag ook, indien de situatie voor patiënt en behandelaar duidelijk is. Omdat het moeilijk is precies 13 weken na de start van een interventie te evalueren, wordt een marge van één week extra aangehouden. De evaluatie moet dus uiterlijk binnen 14 weken plaatsvinden. Het zelfde geldt voor de andere termijnen in de richtlijn. Een evaluatie binnen 6 weken wordt dan uiterlijk binnen 7 weken, een evaluatie binnen 4 maanden dan uiterlijk binnen 18 weken gehouden.

<sup>14</sup> Je zou ook nog kunnen kijken hoeveel patiënten uit de doelgroep überhaupt de interventie heeft gekregen. Dan moet er een periode worden gekozen.

<sup>15</sup> In de richtlijn worden zeven ernstscales voor depressie aanbevolen, drie zelfinvullijsten en vier interview- en observatiescales. In het geval van een ernstige depressie worden de interview- en observatiescales aangeraden, bij lichte vormen van depressie zijn de zelfinvullijsten het beste bruikbaar. De keuze voor een instrument wordt aan het oordeel van de behandelaar overgelaten.

## Indicator 2 – Evaluatie Probleemoplossende Therapie en Kortdurende behandeling

Doelgroep	Patiënten die bij aanvang van de behandeling een eerste episode van lichte depressie hebben, die langer duurt dan 3 maanden, óf patiënten met een recidiverende lichte episode van depressie die volgt op een eerdere lichte episode van depressie
Interventie	Problemsolving Therapie óf Kortdurende behandeling (KDB) <sup>16</sup>
Norm 1	Bij 100% van de patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 7 weken geleden is gestart, is binnen 7 weken na deze start de respons op de interventie samen met de patiënt aantoonbaar geëvalueerd
Norm 2	Bij 100% van de patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 7 weken geleden is gestart, en met wie binnen 7 weken na deze start de respons op de interventie is geëvalueerd, is de ernst van de symptomatologie bepaald met behulp van een in de richtlijn aanbevolen meetinstrument
Norm 3	Bij 100% van de patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 7 weken geleden is gestart, en bij wie binnen 7 weken na deze start de respons op de interventie is geëvalueerd, is de beslissing over de vervolgbehandeling in het dossier genoteerd
Teller 1	Aantal patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 7 weken geleden is gestart, én met wie binnen 7 weken na deze start de respons op de interventie aantoonbaar is geëvalueerd
Noemer 1	Aantal patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 7 weken geleden is gestart
Teller 2	Aantal patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 7 weken geleden is gestart, met wie binnen 7 weken na deze start de respons op de interventie is geëvalueerd, én bij wie de ernst van de symptomatologie is vastgesteld met een in de richtlijn aanbevolen meetinstrument
Noemer 2	Aantal patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 7 weken geleden is gestart, én met wie binnen 7 weken na deze start de respons op de interventie is geëvalueerd
Teller 3	Aantal patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 7 weken geleden is gestart, en met wie binnen 7 weken na deze start de respons op de interventie is geëvalueerd
Noemer 3	Aantal patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 7 weken geleden is gestart, en bij wie binnen 7 weken na deze start de respons op de interventie is geëvalueerd, én waarbij de beslissing over de vervolgbehandeling in het dossier is genoteerd

<sup>16</sup> Deze interventie kan volgens de richtlijn nog een keer worden herhaald na evaluatie. Bij herhaling wordt de interventie opnieuw binnen 7 weken geëvalueerd.

### Indicator 3 – Evaluatie Psychotherapie

Doelgroep	Patiënten die bij aanvang van de behandeling een lichte, matige of ernstige depressie hebben en voor wie psychotherapie is geïndiceerd
Interventie	Cognitieve gedragstherapie (CGT) óf Gedragstherapie (GT), óf Interpersoonlijke therapie (IPT), óf Kortdurende psychodynamische therapie <sup>17</sup>
Norm 1	Bij 100% van de patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 18 weken geleden is gestart, is binnen 18 weken na deze start de respons op de interventie samen met de patiënt geëvalueerd
Norm 2	Bij 100% van de patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 18 weken geleden is gestart, en met wie binnen 18 weken na deze start de respons op de interventie is geëvalueerd, is de ernst van de symptomatologie bepaald met behulp van een in de richtlijn aanbevolen meetinstrument
Norm 3	Bij 100% van de patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 18 weken geleden is gestart, en bij wie binnen 18 weken na deze start de respons op de interventie is geëvalueerd, is de beslissing over de vervolgbehandeling in het dossier genoteerd
Teller 1	Aantal patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 18 weken geleden is gestart, én met wie binnen 18 weken na deze start de respons op de interventie is geëvalueerd
Noemer 1	Aantal patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 18 weken geleden is gestart
Teller 2	Aantal patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 18 weken geleden is gestart, met wie binnen 18 weken na deze start de respons op de interventie is geëvalueerd, én bij wie de ernst van de symptomatologie is vastgesteld met een in de richtlijn aanbevolen meetinstrument
Noemer 2	Aantal patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 18 weken geleden is gestart, én met wie binnen 18 weken na deze start de respons op de interventie is geëvalueerd
Teller 3	Aantal patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 18 weken geleden is gestart, en met wie binnen 18 weken na deze start de respons op de interventie is geëvalueerd
Noemer 3	Aantal patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 18 weken geleden is gestart, en bij wie binnen 18 weken na deze start de respons op de interventie is geëvalueerd, én waarbij de beslissing over de vervolgbehandeling in het dossier is genoteerd

<sup>17</sup> Deze interventie kan volgens de Multidisciplinaire richtlijn Depressie meerdere keren worden herhaald na evaluatie, met dezelfde interventie of met een andere interventie uit deze groep. Bij elke herhaling wordt de interventie opnieuw binnen 18 weken geëvalueerd.

#### Indicator 4 – Evaluatie Farmacotherapie

Doelgroep	Patiënten die bij de start van de behandeling lichte, matige of ernstige depressie hebben en voor wie farmacotherapie is geïndiceerd
Interventie	Farmacotherapie <sup>18</sup>
Norm 1	Bij 100% van de patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 18 weken geleden is gestart, is binnen 18 weken na deze start de respons op de interventie samen met de patiënt geëvalueerd
Norm 2	Bij 100% van de patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 18 weken geleden is gestart, en met wie binnen 18 weken na deze start de respons op de interventie is geëvalueerd, is de ernst van de symptomatologie bepaald met behulp van een in de richtlijn aanbevolen meetinstrument
Norm 3	Bij 100% van de patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 18 weken geleden is gestart, en bij wie binnen 18 weken na deze start de respons op de interventie is geëvalueerd, is de beslissing over de vervolgbehandeling in het dossier genoteerd
Teller 1	Aantal patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 18 weken geleden is gestart, én met wie binnen 18 weken na deze start de respons op de interventie is geëvalueerd
Noemer 1	Aantal patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 18 weken geleden is gestart
Teller 2	Aantal patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 18 weken geleden is gestart, met wie binnen 18 weken na deze start de respons op de interventie is geëvalueerd, én bij wie de ernst van de symptomatologie is vastgesteld met een in de richtlijn aanbevolen meetinstrument
Noemer 2	Aantal patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 18 weken geleden is gestart, én met wie binnen 18 weken na deze start de respons op de interventie is geëvalueerd
Teller 3	Aantal patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 18 weken geleden is gestart, en met wie binnen 18 weken na deze start de respons op de interventie is geëvalueerd
Noemer 3	Aantal patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 18 weken geleden is gestart, en bij wie binnen 18 weken na deze start de respons op de interventie is geëvalueerd, én waarbij de beslissing over de vervolgbehandeling in het dossier is genoteerd

<sup>18</sup> Deze interventie kan volgens de Multidisciplinaire richtlijn Depressie meerdere keren worden herhaald na evaluatie, met dezelfde interventie of met een andere interventie uit deze groep. Bij elke herhaling wordt de interventie opnieuw binnen 18 weken geëvalueerd.



## Indicator 5 – Evaluatie Combinatiebehandeling

Doelgroep	Patiënten die bij de start van de behandeling een lichte, matige of ernstige depressie hebben en voor wie combinatiebehandeling is geïndiceerd
Interventie	Combinatiebehandeling <sup>19</sup>
Norm 1	Bij 100% van de patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 18 weken geleden is gestart, is binnen 18 weken na deze start de respons op de interventie samen met de patiënt geëvalueerd
Norm 2	Bij 100% van de patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 18 weken geleden is gestart, en met wie binnen 18 weken na deze start de respons op de interventie is geëvalueerd, is de ernst van de symptomatologie bepaald met behulp van een in de richtlijn aanbevolen meetinstrument
Norm 3	Bij 100% van de patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 18 weken geleden is gestart, en bij wie binnen 18 weken na deze start de respons op de interventie is geëvalueerd, is de beslissing over de vervolgbehandeling in het dossier genoteerd
Teller 1	Aantal patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 18 weken geleden is gestart, én met wie binnen 18 weken na deze start de respons op de interventie is geëvalueerd
Noemer 1	Aantal patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 18 weken geleden is gestart
Teller 2	Aantal patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 18 weken geleden is gestart, met wie binnen 18 weken na deze start de respons op de interventie is geëvalueerd, én bij wie de ernst van de symptomatologie is vastgesteld met een in de richtlijn aanbevolen meetinstrument
Noemer 2	Aantal patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 18 weken geleden is gestart, én met wie binnen 18 weken na deze start de respons op de interventie is geëvalueerd
Teller 3	Aantal patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 18 weken geleden is gestart, en met wie binnen 18 weken na deze start de respons op de interventie is geëvalueerd
Noemer 3	Aantal patiënten uit de doelgroep bij wie de interventie langer dan 18 weken geleden is gestart, en bij wie binnen 18 weken na deze start de respons op de interventie is geëvalueerd, én waarbij de beslissing over de vervolgbehandeling in het dossier is genoteerd

<sup>19</sup> Deze interventie kan volgens de Multidisciplinaire richtlijn Depressie meerdere keren worden herhaald na evaluatie, met dezelfde interventie of met een andere interventie uit deze groep. Bij elke herhaling wordt de interventie opnieuw binnen 18 weken geëvalueerd.



## 7 Conclusie: integrale aanpak, meer dan de som

Er is ruime evidentie voorhanden dat er gebieden zijn binnen de zorg voor depressie die effectiever en waarschijnlijk ook kosteneffectiever aangepakt kunnen worden, zoals hiervoor besproken. In dit project zijn daarbij de volgende kritische stappen aan de orde gekomen:

- Meer gezondheidsbehoud door preventie
- Een groter bereik van depressiezorg door vroegtijdige herkenning en ernstmeting van depressie
- Meer gezondheidswinst door zelfmanagement en eHealth
- Meer gezondheidswinst en vergroten van de doorstroom door evidence-based behandelen

Voor elk van deze aangrijpingspunten voor verbetering van de depressiezorg zijn indicatoren ontwikkeld die samen een proefset vormen aan de hand waarvan kan worden beoordeeld of er sprake is van optimale preventie- of zorgprocessen. Een efficiëntere aanpak op deze gebieden zal naar verwachting leiden tot kostenbesparing en een effectievere behandeling.

### *Integrale aanpak*

Van een integrale aanpak in ketentoezicht, waarbij alle besproken aangrijpingspunten integraal worden ingezet, wordt een positief effect verwacht, zowel wat betreft gezondheidswinst als voor het zorgbudget. Er is op dit moment echter geen zicht op het gecombineerde effect van deze integrale aanpak. Ter illustratie: enerzijds wordt er een afname van het aantal mensen in zorg verwacht bij een betere preventie, anderzijds wordt echter een grotere instroom van patiënten verwacht wanneer de herkenning van depressieve symptomen verbeterd. Dit zou kunnen betekenen dat de influx per saldo oploopt. De kosten en baten van investeringen, in termen van gezondheidswinst en budgetimpacts, lijken in aanzet dus veelbelovend, maar het verdient aanbeveling om intuïties hierover eerst aan te scherpen met verdere doorrekeningen op basis van modelleringsstudies. In Australië werd reeds ervaring opgedaan met zo'n aanpak waarbij met een rekenmodel de gezondheidswinst en de budgetimpacts doorgerekend worden van verschillende zorgscenario's, en waarbij diverse belanghebbende groepen per zorgscenario 'filters' aanbrachten om de kwaliteit, acceptatie, toegankelijkheid en kosteneffectiviteit te helpen garanderen (Andrews et al. 2000; 2004; Vos et al. 2004). Een dergelijke studie wordt door het Trimbos-instituut ook voor Nederland voorbereid. De bevindingen hiervan kunnen van pas komen bij het verder toepassen van de hier gevolgde methode van de clinical logic voor depressie in Nederland. Op basis van nieuwe wetenschappelijke evidentie, bijvoorbeeld nieuwe doorrekeningen, dient de clinical logic terzijnertijd te worden geactualiseerd.

### *Disease management*

De in dit project uitgelichte kritische stappen vormen dan ook slechts een onderdeel van de gehele zorgketen. Een geïntegreerde disease management aanpak dient toegankelijk en bruikbaar te zijn voor de patiënt en alle ketenpartners in de betreffende zorgketen. Disease management dient enkele duidelijke doelen, streeft die na, en blijft adaptief reageren op behaalde uitkomsten. Behandelkeuzen die samen met de patiënt worden gemaakt, (ondersteund) zelfmanagement waar dat mogelijk is, eHealth, monitoring van uitkomsten, en algoritmen om tot tijdige en adequate keuzes van optimale zorgtrajecten te komen, zijn daarbij kernelementen. Dit past goed bij het huidige beleid van het Ministerie van VWS (VWS 2007). De te beoordelen zorgscenario's dienen van te voren zoveel mogelijk getoetst te worden door groepen die een rechtstreeks belang hebben bij de zorg voor depressie. Zo dienen zorgaanbieders van te voren zoveel mogelijk te toetsen op behandelkwaliteit, klinische effectiviteit, congruentie met richtlijnen en beschikbare behandelcapaciteit. Verder dient een zorgtraject, bestaande uit een mix van preventieve, curatieve en op

terugvalpreventie gerichte interventies, acceptabel te zijn voor patiënten en geen beletsel te vormen voor de toegankelijkheid van de zorg. Ook dienen zorgverzekeraars en het Ministerie van VWS de betreffende zorgtrajecten als voldoende kosteneffectief te beschouwen. Dit zijn complexe afwegingen met een scala aan uitkomsten waarbij de methode van de clinical logic van nut kan zijn.

*De clinical logic en integraal uitkomstenmanagement*

De methode van de clinical logic sluit aan bij de principes van integraal uitkomstenmanagement, zoals geformuleerd door Walburg (2003, 2005). Hierbij wordt de focus gelegd op klinische uitkomsten, de betrokkenheid van gezaghebbende professionals, en het consequent volgen van de multidisciplinaire richtlijnen. Het gaat hier enerzijds op het verbeteren van klinische uitkomsten, kosten, bedrijfsvoering en patiëntgerichtheid, en anderzijds om de herinrichting van de zorgprocessen (Wennink 2008). Deze integrale aanpak kan worden uitgedrukt in een zogeheten 'uitkomstenkompas' (zie schema 3), bestaande uit vier kwadranten die alle van belang zijn voor de beoordeling van behandeluitkomsten (Wennink & Walburg 2008).

**Schema 3: Het depressie-uitkomstenkompas (Wennink & Walburg 2008)**

**Uitkomstenkompas**

<p><i>Klinische resultaten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ernst op t1, t2...tn: optie 1: IDS optie 2: BDI</li> <li>• Ernst op t1,t2...tn: CGI</li> </ul>	<p><i>Door patiënt ervaren kwaliteit van zorg:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ervaring op tn: optie 1: GGz-thermometer optie 2: CQ-index</li> </ul>
<p><i>Kosten en opbrengsten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Variabele kosten t.o.v. de geopende DBC op tn</li> <li>• Verandering van woon- en leefsituatie op tn</li> <li>• Verandering in deelname arbeidsproces op tn (productieverlies door ziekteverzuim of verminderde arbeidsefficiëntie)</li> </ul>	<p><i>Kwaliteit van leven:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kwaliteit van leven op t1 + tn: optie 1: MANSAs optie 2: Euroquol</li> <li>• Functioneren op t1 + tn: OQ-45</li> </ul>

Deze vier kwadranten zijn niet per se direct met elkaar samenhangend. Een patiënt kan klinisch verbeterd zijn, maar toch ontevreden zijn over zijn kwaliteit van leven. Dit oordeel van de patiënt kan niet worden veronachtzaamd, maar moet worden meegewogen in het eindoordeel over het succes van de behandeling. Het spreekt verder voor zich dat hierbij ook het oordeel van management en financiers van belang is. Wanneer er bij toepassing van een bepaalde behandeling naast een klinische verbetering en een tevreden patiënt er sprake is van een onacceptabele kostenstijging of een onacceptabele afname van het aantal patiënten dat met de behandeling kan worden geholpen, is er sprake van onevenwichtigheid. Het is dan de vraag of deze behandeling moet worden toegepast, ondanks het klinisch succes.

De in de clinical logic toe te passen zorgscenario's zouden volgens dit uitkomstenkwadrant kunnen worden getoetst. Wennink & Walburg (2008) hebben voor een aantal ziektebeelden hiervoor het kompas ingevuld met effectmaten. In het geval van depressie wordt uitgegaan van IDS-scores (selfrating door patiënten) als specifieke maat en de Clinical Global Impression als generieke maat voor klinisch effect. Bij patiëntwaardering wordt vooralsnog uitgegaan van de GGZ Thermometer, bij kwaliteit van leven de MANSA en bij functioneren de OQ-45. Opties voor andere instrumenten worden ook gegeven. Voor het vaststellen van het functioneren bij de start van de behandeling wordt gebruik gemaakt van de GAF-score (in te vullen door de hulpverlener).

### *De patiënt centraal*

Belangrijker nog dan de vraag welke instrumenten moeten worden gebruikt (zie hiervoor ook de aanbevelingen in de richtlijnen) is het noodzakelijke gebruik van meerdere uitkomstdimensies bij de beoordeling van een zorgtraject. Opvallend is hierbij de rol van de patiënt. In twee van de vier kwadranten zijn de meningen en ervaringen van patiënten leidend. Dit is een direct gevolg van de Leidschendamconferentie in 2000, waar de focus van het kwaliteitsbeleid verschoof van het meten en monitoren van processen naar uitkomsten en prestaties, en waarbij expliciet het oordeel en de ervaringen van patiënten als belangrijke uitkomstmaat werden genoemd. Redenen hiervoor waren onder meer (Walburg 2003):

- Medische overwegingen (een goed geïnformeerde patiënt houdt zich beter aan afspraken)
- Efficiency (een tevreden patiënt eist minder aandacht)
- Ervaringsdeskundigheid
- Kwaliteitsverbetering
- Humanistische overwegingen (recht op menselijke dienstverlening)
- Marktwerking.

Deze nadruk op patiëntoordelen en -ervaringen komt ook terug in de Basisset Prestatie-Indicatoren (Zichtbare Zorg 2009, Wennink en Wijngaarden 2006). In de Basisset zijn prestatie-indicatoren gedefinieerd die worden gebruikt voor het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording, door zorgverzekeraars, door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, en door patiëntorganisaties. Deze prestatie-indicatoren zijn verdeeld over de domeinen 'Effectiviteit van zorg', 'Veiligheid' en 'Patiëntgerichtheid'. In totaal zijn 14 van de 32 indicatoren gebaseerd op het oordeel van patiënten. Hiervoor werd in het verleden vooral gebruik gemaakt van de GGZ Thermometer voor patiëntwaardering. De laatste jaren is echter de Consumer Quality Index in opmars. Dit is oorsprong Amerikaanse instrument meet niet de waardering van patiënten met de zorg, maar de ervaringen die zij hebben (gehad). Het gaat hierbij om aspecten als bejegening, inspraak, informatievoorziening, continuïteit van zorg en toegankelijkheid van de zorg (Wijngaarden et al. 2007, 2008; Wijngaarden en Kok 2008). De versie voor kortdurende ambulante ggz en vz wordt op dit moment landelijk ingevoerd en versie voor de langdurende en klinische zorg zijn in ontwikkeling.

Hoewel dit project zich voornamelijk richtte op een aantal kritische stappen in het zorgproces voor depressieve patiënten, de aangrijpingspunten voor kwaliteitsverbetering in de depressiezorg, dient bij de clinical logic niet alleen te worden gekeken naar harde feiten als in- en doorstroom en preventie van depressie, en de financiële gevolgen daarvan, maar ook van aspecten als professioneel oordeel, patiëntervaringen, toegankelijkheid en ervaren kwaliteit van leven. In de beoordeling en doorrekening van het gehele zorgproces zal ook hier een integrale aanpak moeten worden gekozen. Door het mogelijke beloop van de aandoening centraal te stellen in de clinical logic wordt nadruk gelegd op de patiënt en diens problematiek en op de zorgprocessen die voor deze patiënt worden doorlopen.

## *Methodologische overwegingen*

De clinical logic brengt de meest optimale keten van zorg en overgangen daartussen in kaart voor een bepaalde aandoening of ziekte, in dit geval depressie, op basis van beschikbare wetenschappelijke literatuur. De mate van detail van de clinical logic kan gezien het doeleinde variëren. Dit betekent ook dat de de clinical logic niet per se een weergave is van de gebruikelijke zorg, maar ook een weergave van de ideale zorg kan zijn, zoals deze door wetenschappelijke bevindingen wordt voorgehouden. De IGZ houdt toezicht op basis van wet-regelgeving en richtlijnen en normen uit de beroepsgroep. De methodiek van de clinical logic houdt beperkt rekening met de wet-en regelgeving en normen in de beroepspraktijk. Het kan zijn dat er geen beroepsnormen zijn of dat deze verouderd zijn, terwijl de wetenschap al verder is. De IGZ komt hiermee in dilemma: handhaven van beroepsnormen of sturen op verbetering.

De clinical logic is gericht op het in kaart brengen van die kritische punten die de grootste invloed hebben op de overgangskansen tussen zorgcondities en dus belemmerend zijn voor de continuïteit van de rest van de zorgketen. Een beperking van de methode van de clinical logic is dat niet wordt ingegaan op knelpunten die zich voor kunnen doen binnen een bepaalde zorgsituatie. In het geval van de depressieketen blijft bijvoorbeeld de kwaliteit van intramurale zorg aan mensen met depressie grotendeels buiten beschouwing omdat deze zorg op basis van de literatuur niet direct in verband te brengen is met de overgang naar sterfte. Echter, het is de vraag in hoeverre de intramurale zorg voor mensen met depressie voldoet aan de best beschikbare zorg en in welke mate deze zorg gericht is op het optimaliseren van de kwaliteit van leven van de patiënten. Een indicator voor toezicht hierop zou wenselijk zijn maar kan niet worden afgeleid via de clinical logic methodiek. Ook is het de vraag in hoeverre de clinical logic van toepassing is op bepaalde doelgroepen, bijvoorbeeld ouderen of allochtonen.

Omdat het zorgvuldig meten en analyseren van indicatoren en het opzetten van een goed monitor- en registratiesysteem in de praktijk al gauw op praktische barrières stuit, is het van belang dat de zorgprocessen zo expliciet mogelijk de cruciale onderdelen van het primaire proces beschrijven. Wanneer indicatoren zorgvuldig worden gekozen op cruciale en klinisch relevante onderdelen van de zorgstandaard, en indicatoren ook duidelijk gekoppeld kunnen worden aan professionals die ermee gaan werken, is de relatie tussen een toetsingskader en de Zorgstandaard Depressie gelegd: voor het evalueren van kwaliteit en doelmatigheid van de zorg worden uitkomst- en procesindicatoren vastgesteld en gekoppeld aan de primaire zorgprocessen. Bij de keuze van indicatoren die volgt uit een vertaalslag vanuit de clinical logic is een zorgvuldige afweging dan ook van belang, zoals in dit project gedaan door de Werkgroep Depressie. De indicatoren volgen namelijk niet één-op-één uit de clinical logic.

### *Een Zorgstandaard Depressie*

De huidige evidence-based richtlijnen (multidisciplinaire richtlijn en richtlijnen en standaarden van de beroepsgroepen) en beschikbare beslissingsondersteunende praktijkinstrumenten kunnen fungeren als zorgstandaarden. Idealiter is een toetsingskader nauw gerelateerd aan, of onderdeel van, een integrale zorgstandaard voor depressie. Behalve voor diabeteszorg en vasculair risicomangement ontbreekt het in Nederland thans nog aan dergelijke zorgstandaarden. Een Zorgstandaard Depressie kan zorgprofessionals en patiënten ondersteunen bij het besluitvormingsproces over een goed en passend individueel behandelbeleid, kan de kwaliteit en doelmatigheid van het professioneel handelen voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars bevorderen, kan transparantie in de zorgverlening bevorderen en onverantwoorde praktijkvariatie reduceren voor zorgverzekeraars en patiënten. Immers een standaard, als maatstaf en normerend instrument komt tot stand door het integreren van evidence-based kennis uit kwaliteitsdocumenten waarin goede en passende zorg wordt beschreven, zoals in de clinical logic. De terugkoppeling van uitkomsten van monitoring en evaluatie kan resulteren in het beoordelen en verbeteren van

zowel de klinische uitkomsten als van zorgprocessen. Een Zorgstandaard Depressie kan een integrale set indicatoren of normen bieden (lees verder in Meeuwissen et al. 2007).

De clinical logic geeft aan waar de professionele standaard en praktijk afwijkt van de meest recente kennis. Dit biedt de IGZ mogelijkheden om met de beroepsgroepen een discussie aan te gaan over de consequenties hiervan, en over wat zij zien als verantwoorde zorg. Hiermee kan de clinical logic een belangrijke impuls geven aan het bewaken en verbeteren van de kwaliteit van zorg.





## Referenties

- Andrews G, Sanderson K, Corry J & Lapsley HM. Using epidemiological data to model efficiency in reducing the burden of depression. *Journal of Mental Health Policy and Economy* 2000; 3:175-186.
- Andrews G, Issikadis C, Sanderson K, Corry J, Lapsley H. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry* 2004; 184:526-533.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Washington DC: American Psychiatric Association c2008. <http://dsmivtr.org/>.
- Badamgarav E, Weingarten S, Henning J, et al. Effectiveness of disease management programs in depression: a systematic review. *American Journal of Psychiatry* 2003; 160: 2080-2090.
- Bech, P. (1992). Symptoms and assessment of depression. In E.S. Paykel (Red.), *Handbook of affective disorders* Edinburgh: Churchill Livingstone, 3-13.
- Bouman, T.K., & Kok, A.R. (1987). Homogeneity of Beck's Depression Inventory (BDI): applying Rasch analysis in conceptual exploration. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 76, 568-573.
- Bouman, T.K., Luteijn, F., Albersnagel, F.A., e.a. (1985). Enige ervaringen met de Beck Depression Inventory. *Gedrag: tijdschrift voor psychologie*, 13, 13-24.
- Blekman J, Bohlmeier E, Bransen E, Mutsaers K, Smit F, Voordouw, I, Willemse G (2007). Handleiding preventie van depressie in lokaal gezondheidsbeleid. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bockting C. The rhythm of depression (PhD Dissertation). Amsterdam: University of Amsterdam, Faculty of Medicine 2006.
- CBO/Trimbos-instituut. Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. Utrecht: CBO/Trimbos Institute 2005. <http://www.trimbos.nl/Downloads/Producten/Richtlijn%20depressie%20definitief.pdf>
- Chisholm D, Sanderson K, Ayoso-Mateos JL, Saena S. Reducing the global burden of depression: population-level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 world regions. *British Journal of Psychiatry* 2004; 184: 393-403.
- Cuijpers P, Van Straten A, Smit F, Beekman A. Preventing the onset of depressive disorders: A meta-analytic review of psychological interventions. *American Journal of Psychiatry* (in druk).
- Cuijpers P, Smit F, Van Straten A. Psychological treatment of subthreshold depression: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2007 [e-pub ahead of print].
- Cuijpers P, Van Straten A, Smit F. Preventing the incidence of new cases of mental disorders: a meta-analytic review. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2005; 193: 119-125.
- Dijkstra, P. (1974a). Classificatie en statistiek. In: H.M. van Praag & H.G.M. Rooymans (Red.). *Stemming en ontstemming*. Amsterdam: de Erven Bohn, 192-209.

Dijkstra, P. (1974b). De zelfbeoordelingsschaal voor depressie van Zung. In: H.M. van Praag & H.G.M. Rooymans (Red.), *Stemming en ontstemming*. Amsterdam: De Erven Bohn, 98-120.

Franx G, Wetten H van, Duin D van, Henkelman L. Eindrapportage Doorbraakproject Depressie. Utrecht: Trimbos-instituut 2006.

Franx G, Meeuwissen JAC, Sinnema H, Spijker J, Huyser J, Wensing M, Lange J de. Quality improvement in depression care in the Netherlands: the Depression Breakthrough Collaborative. A quality improvement report. *International Journal of Integrated Care* 2009; Vol. 9; 15 June.

Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., e.a. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British medical Journal*, 297, 897-899.

Graaf R de, Bijl RV, Have M ten, Beekman AT, Vollebergh WA. Rapid onset of comorbidity of common mental disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiatr Scand*. 2004 Jan; 109 (1): 55-63.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurological and Neurosurgical Psychiatry*, 23, 56-62.

Hartong, E.G.T.M. & Goekoop, J.G. (1985). De Montgomery-Åsberg beoordelingsschaal voor depressie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 27, 657-668.

Hollander AEM de, Hoeymans N, Melse JM, Oers JAM van, Polder JJ (eds). *Zorg voor gezondheid - Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 2006.

Koning JS de, Smulders AW, Klazinga NS. Appraisal of Indicators through Research and Evaluation (AIRE) Instrument. Amsterdam, AMC 2006.

Maier, W., Philipp, M., Heuser, I., e.a. (1988). Improving depression severity assessment-I. Reliability, internal validity and sensitivity to change of three observer depression scales. *Journal of Psychiatric Research*, 22, 3-2.

Marwijk HWJ, Grundmeijer HGLM, Bijl D, Gelderen MG, Haan M de, Weel-Baumgarten EM van, et al. NHG-standaard Depressieve stoornis (depressie) (eerste herziening) Huisarts en Wetenschap 2003; 46(11):614-23.

Marwijk, H.W.J. van, van der Linde, J., Nolen, W.A., e.a. (1996). De 'Depressieherkenningsschaal': een hulpmiddel bij het diagnosticeren van depressie in de huisartspraktijk. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 140, 2127-2131.

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

Meeuwissen JAC, Donker MCH. Minder is meer. Stepped care in de geestelijke gezondheidszorg. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2004; 59, p. 904-915.

Meeuwissen JAC, Feltz-Cornelis CM van der, Marwijk HWJ van, Rijnders PBM, Donker MCH. A stepped care programme for depression management: an uncontrolled pre-post study in primary and secondary care in The Netherlands. *International Journal of Integrated Care* 2008; Vol. 8; 21 February.

Montgomery, S.A. & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.

Neumeyer-Gromen A, Lampert Th, Stark K, et al. Disease management programs for depression: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Medical Care* 2004; 42: 1211-1221.

Riper H, Smit F, Van der Zanden R, et al. E-mental health: high tech, high touch, high trust. Utrecht: Trimbos-instituut 2007.

Romijn G, Ruiters M, Smit F. Meer effect met depressiepreventie? Strategieën voor publieksvoorlichting, vroegherkenning en terugvalpreventie. (Reeks: Wetenschappelijke Onderbouwing Depressiepreventie). Utrecht: Trimbos-instituut 2008.

Rush, A.J., Giles, D.E., Schlessler, M.A., e.a. (1986). The Inventory for Depressive Symptomatology (IDS): preliminary findings. *Psychiatry Research*, 18, 65-87.

Rush, A.J., Gullion, C.M., Basco, M.R., e.a. (1996). The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): psychometric properties. *Psychological medicine*, 26, 477-486.

Schoevers RA, Smit F, Deeg DJH, et al. Prevention of late-life depression in primary care: do we know where to begin? *American Journal of Psychiatry* 2006; 163, 1611-1621.

Smit F, Cuijpers P, Oostenbrink J, Batelaan N, De Graaf R, Beekman A. Costs of common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 2006; 9: 193-200.

Smit F, Ederveen A, Cuijpers P, Deeg D, Beekman A. Opportunities for cost-effective prevention of late-life depression: an epidemiological approach. *Archives of General Psychiatry* 2006; 63 (3): 290-296.

Smit F, Beekman A, Cuijpers P, et al. Selecting key-variables for depression prevention: Results from a prospective population-based cohort study. *Journal of Affective Disorders* 2004; 81 (3) 241-249.

Smit F, Willemsse G, Koopmanschap M, et al. Cost-effectiveness of preventing depression in primary care patients: randomised trial. *British Journal of Psychiatry* 2006; 188, 330-336.

Spek V, Cuijpers P, Nyklicek I, Riper H, Keyzer J, Pop V. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychol Med.* 2007 Mar; 37 (3): 319-28.

Spijker J. Chronic depression: determinants and consequences of chronic major depression in the general population. Utrecht: University of Utrecht 2002.

Spinoven, P., Ormel, J., Sloekers, P.P.A., e.a. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27, 363-370.

Svanborg, P., & Åsberg, M. (2001). A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). *Journal of Affective Disorders*, 64, 203-216.

Terluin, B. (1994). *Overspanning onderbouw*. (proefschrift). Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht.

Terluin, B. (1996). De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL). Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. *Huisarts en Wetenschap*, 39, 538-547.

Terluin, B. (1998a). De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) in de huisartspraktijk. Psychodiagnostisch gereedschap. *De Psycholoog*, 33, 18-24. (B)

Terluin, B. (1998b). Wat meet de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) in vergelijking met enkele bekende klachtenlijsten. *Tijdschrift Gezondheidswetenschappen*, 76, 435-441. (B)

Tiemens, B.G., Ormel, J., van den Brink, R.H.S., e.a. (1995). Signalering van depressie en gegeneraliseerde angst in de huisartspraktijk. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg*, 73, 520-527.

Veer-Tazelaar P van 't, Marwijk H van, Oppen P van, Hout H van, Horst H van der, Cuijpers P, Smit F, Beekman A. Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry* 2009; 66:297-304.

Vittengl J, Clark L, Dunn T, Jarrett. Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioural therapy's effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2007; 75: 475-488.

Vos T, Haby M, Barendregt J, et al. The burden of major depression avoidable by longer-term treatment strategies. *Archives of General Psychiatry* 2004; 61: 1097-1103.

VWS. Kaderbrief 2007-2011 visie op gezondheid en preventie. Den Haag: Ministerie van VWS 2007.

Walburg JA. Uitkomstenmanagement in de gezondheidszorg; Het opbouwen van lerende teams en zorgorganisaties. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg 2003.

Walburg JA. Uitkomstenmanagement in de GGz. Utrecht: Trimbos-instituut 2005.

Weingarten S, Henning J, Badamgarav E, et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness – which ones work? Meta-analysis of published reports. *British Medical Journal* 2002; 325: 1-8.

Wennink J. Meten en verbeteren van prestaties in de GGz: nieuwe trends in de kwaliteitszorg. In: Havenaar J, Splunteren P van, Wennink HJ (red). *Koersen op kwaliteit in de GGZ*. Assen: Koninklijke Van Gorcum 2008.

Wennink HJ, Walburg J. *Kompassen voor uitkomstenmanagement in de ggz*. Utrecht: Trimbos-instituut 2008.

Wennink HJ, Wijngaarden B van (red.) *Prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke opvang*. Utrecht: Trimbos-instituut 2006.

Wijngaarden B van, Meije D, Kok I. *Het onderscheidend vermogen van een Consumer Quality Index voor kortdurende ambulante geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut 2008.

Wijngaarden B van, Kok I. *Prestatie-indicatoren en meetinstrumenten: prestaties door de ogen van de patiënt*. In: Havenaar J, Splunteren P van, Wennink HJ (red). *Koersen op kwaliteit in de GGZ*. Assen: Koninklijke Van Gorcum 2008.

Wijngaarden B van, Kok I, Meije D, Fotiadis L. *Een Consumer Quality Index voor kortdurende ambulante ggz. De ontwikkeling en psychometrische kwaliteiten van een vragenlijst voor het meten van patiëntervaringen: verslag van een pilotstudie*. Utrecht: Trimbos-instituut 2007.

Zichtbare Zorg: Geestelijke Gezondheidszorg. Basisset Prestatie-Indicatoren 2009-2010. Geestelijke gezondheidszorg en Verslavingszorg. Den Haag: Stuurgroep Zichtbare Zorg 2009.

Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Zung WWK (1974). A selfrating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.



## **Met dank aan**

### **IGZ Werkgroep Depressie**

Dhr. drs. J.K van Wijngaarden  
Mw. drs. W. Tietema  
Mw. dr. C.A.J. Ketelaars  
Mw. drs. S.M. Heus  
Dhr. drs. J. Veerman