

Publieke indicatoren eerstelijns depressiezorg

*Geertje van de Ven
Mirrian Smolders
Hilly Calsbeek
Jozé Braspenning*



Dit project werd mogelijk gemaakt door ZonMw vanuit het programma Kiezen in Zorg.

Dit is een publicatie van het Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), UMC St Radboud.

Auteurs

Geertje van de Ven
Mirrian Smolders
Hilly Calsbeek
Jozé Braspenning

Nijmegen, november 2009

Citeren van delen uit deze uitgave is toegestaan met bronvermelding (Ven G van de, Smolders M, Calsbeek H, Braspenning J. Publieke indicatoren eerstelijns depressiezorg. Deel 5 uit de serie Voorhoedeproject Eerstelijns en Acute zorg – publieke indicatoren voor de eerstelijnszorg. Nijmegen: IQ healthcare, november 2009).

Deze uitgave is te downloaden via www.iqhealthcare.nl

ISBN: 978-90-76316-72-7

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	5
SET INDICATOREN	7
SAMENVATTING.....	11
ABSTRACT	12
INLEIDING	13
METHODE	15
Definiëring van te leveren prestaties	15
Search beschikbare indicatoren	16
Selectie kernset.....	16
Consultatie experts.....	17
Praktijktoets.....	17
RESULTATEN	18
Definitie prestaties.....	18
Beschikbare indicatoren	18
Selectie kernset.....	18
Resultaat na consultatierondes	21
Resultaat praktijktoets	22
DISCUSSIE EN CONCLUSIE.....	24
Discussie	24
Conclusie.....	27
REFERENTIES.....	28
BIJLAGE 1 Selectiecriteria indicatoren	30
BIJLAGE 2 Functionele omschrijving van eerstelijns depressiezorg	32
BIJLAGE 3 Leden projectgroep	35
BIJLAGE 4 Lijst van experts	35

VOORWOORD

Het zichtbaar maken van de variatie in prestaties van zorgverleners is in de eerste plaats een stimulans voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg; zorgaanbieders hebben inzicht in hun eigen presteren en in dat van anderen. Transparantie is daarnaast van wezenlijk belang voor het nieuwe zorgstelsel waarin patiënten en consumenten in staat worden gesteld om geïnformeerd te kiezen, zowel op het niveau van de zorgaanbieder als van de aandoening. Ten slotte is publieke kwaliteitsinformatie van belang voor partijen als zorgverzekeraars en de inspectie voor de gezondheidszorg; het inkopen van zorg, het aangaan van contracten met zorgaanbieders en het monitoren van de kwaliteit van zorg zijn voorbeelden van doelen waarvoor dergelijke informatie gebruikt kan worden.

Betrouwbare en vergelijkbare kwaliteitsinformatie over de prestaties van zorgaanbieders wordt met behulp van kwaliteitsindicatoren gegenereerd. Inmiddels zijn en worden er vele indicatoren ontwikkeld en worden per zorgproduct verschillende (kern)sets van indicatoren gehanteerd om uitspraken te doen over de kwaliteit van zorg. Het Voorhoedeproject Eerstelijnszorg en Acute zorg is uitgezet om op basis van beschikbaarheid vanuit een eerstelijnsbrede insteek publieke indicatoren te identificeren over de kwaliteit van eerstelijnszorg en acute zorg. Het project werd gefinancierd door ZonMw uit het programma Kiezen in Zorg, deelprogramma Consumenteninformatie en Transparantie van zorg.

In het kader van het Voorhoedeproject presenteren wij een reeks van 12 rapporten over de professionele kwaliteit van (a) langdurige zorg in de eerste lijn (negen rapporten), te weten: COPD, diabetes mellitus, hartfalen, cardiovasculair risicomangement, depressie, dementie, zwangerschap en bevalling, specifieke lage-rugpijn en decubitus, (b) acute zorg (twee rapporten): acute zorg verleend door huisartsenposten en spoedeisende hulpafdelingen, en acute GGZ, en (c) zorgmanagement in de eerste lijn (één rapport), met betrekking tot: preventie, voorlichting en advies, aanvullend onderzoek, medicatiebeleid, verwijzbeleid en dossiervoering. Het voorliggende rapport maakt onderdeel uit van deze reeks.

Bij de samenstelling van de sets van indicatoren is uitgegaan van reeds ontwikkelde en beschikbare (inter)nationale indicatoren. Aansluitend bij de selectiecriteria van het Amerikaanse National Quality Measures Clearinghouse (NQMC) is door IQ healthcare een selectieprocedure ontwikkeld aan de hand waarvan per zorgproduct eerste kernsets werden samengesteld. Vervolgens werden experts geconsulteerd ter verdere inhoudelijke validering van de sets. Wij hopen dat de rapporten en indicatoren zullen bijdragen aan een goede meting van de kwaliteit van de zorg aan patiënten in de moderne geïntegreerde eerste lijn.

Aan de ontwikkeling van de sets van indicatoren hebben zeer veel deskundigen op uiteenlopende terreinen van de zorg deelgenomen. Op deze plaats willen wij hen hartelijk danken voor hun constructieve bijdrage aan dit project.

Nijmegen, augustus 2009

Richard Grol

SET INDICATOREN

Diagnostiek	
1	Het percentage patiënten waarvan de gegevens in het medisch dossier aantonen dat zij op het moment van diagnosestelling aan de DSM-IV criteria voldeden.¹
	<p>Toelichting¹: Voor zowel de patiënt, diens naaste omgeving als de zorgverlener(s) is het van belang te weten dat het om depressie gaat en niet om een andere stoornis of klachten. De diagnose heeft invloed op het te volgen beleid en is van belang bij de voorlichting van de patiënt. Het gebruik van DSM-IV criteria wordt algemeen aanbevolen.</p> <p>Afgeleid van¹: ICSI</p>
2	Het percentage patiënten waarbij het suïciderisico wordt ingeschat.
	<p>Toelichting: Hoewel richtlijnen aanbevelen dat bij depressieve patiënten altijd een inschatting van het suïciderisico moet worden gemaakt, blijkt er duidelijk ruimte voor verbetering. Het blijkt dat een aanzienlijk deel van de patiënten van de patiënten waarvan het suïciderisico niet was ingeschat behoort tot de hoogrisicogroepen voor suïcide, zoals mannen en patiënten met gedachten aan de dood of suïcidedgedachten. Het suïciderisico van de patiënt heeft belangrijke implicaties voor het te volgen beleid en de frequentie van vervolcontacten.</p> <p>Afgeleid van: IQ/NHG, NESDA, RAND</p>
3	Het percentage patiënten bij wie is nagegaan of er sprake is van middelengebruik (alcohol, drugs of medicatie).
	<p>Toelichting: Depressie gaat vaak samen met middelengebruik. Het is van belang om het bestaan van comorbiditeit te inventariseren omdat het van invloed is op het te volgen beleid. Zowel de depressie als de verslaving en eventuele gevolgen moeten optimaal worden behandeld.</p> <p>Afgeleid van: RAND, Valenstein et al.</p>
4	Het percentage bekende depressiepatiënten in de praktijkpopulatie.
	<p>Toelichting: Met een prevalentie maat wordt een algemeen beeld verkregen van de omvang van de totale depressiepopulatie in de huisartsenpraktijk. De prevalentie van depressiepatiënten in de huisartsenpraktijk is deels afhankelijk van de opbouw van de praktijkpopulatie, maar kan ook een maat zijn voor de mate waarin de huisarts succesvol is gebleken bij het tijdig diagnosticeren van patiënten met een depressie. Prevalentie van depressiepatiënten in de praktijk wordt daarom een indicator voor de kwaliteit van zorg genoemd.</p> <p>Afgeleid van: IQ/NHG</p>
5	Het percentage patiënten bij wie is nagegaan of er sprake is van psychische of lichamelijke comorbiditeit.
	<p>Toelichting: Depressie komt vaak samen voor met andere somatische, psychiatrische of sociale condities. Het is van belang het bestaan van comorbiditeit te inventariseren omdat het van invloed is op het te volgen beleid.</p> <p>Toegevoegd na consultatie experts</p>

Voorlichting

- 6 Het percentage medicamenteus behandelde patiënten waarvan de gegevens in het medisch dossier aantonen dat zij geïnformeerd zijn over de werking en bijwerking(en) van medicatie.**

Toelichting:

Adequate voorlichting aan de patiënt over de werking en bijwerking(en) van medicatie is van groot belang. Uitgelegd wordt dat het effect op de stemming pas na twee tot vier weken merkbaar is en dat eventuele bijwerkingen voorafgaan aan het beoogde effect. Een goede motivatie van de patiënt is van groot belang om therapietrouw te waarborgen.

Afgeleid van: NESDA, Shield et al.

Begeleiding

- 7 Het percentage patiënten waarvan de gegevens in het medisch dossier aantonen dat zij ter begeleiding ondersteunende contacten, psycho-educatie of counseling aangeboden hebben gekregen.**

Toelichting:

Het doel van het ter begeleiding aanbieden van ondersteunende contacten, psycho-educatie of counseling is dat de patiënt meer zicht heeft op en controle krijgt over zijn huidige toestand en dat mogelijkheden geboden worden voor herstel. Het aanbieden van deze contacten is een indicator voor de kwaliteit van de geboden zorg. Niet alle patiënten echter zullen hierop ingaan.

Afgeleid van: NESDA

Behandeling

- 8 Het percentage patiënten waarvan de gegevens in het medisch dossier aantonen dat zij een effectieve eerstelijns behandeling aangeboden hebben gekregen (voorlichting, begeleiding, medicamenteuze behandeling of een psychologische interventie).**

Toelichting:

Doelstellingen van het beleid bij depressie zijn het verlichten van de klachten en het bevorderen van het herstel naar normaal functioneren. Het beleid is afhankelijk van de aard van de depressieve stoornis en de gevolgen hiervan voor de patiënt en wordt afgestemd op de voorkeuren, wensen en eventueel comorbiditeit van de patiënt.

Afgeleid van: NESDA, RAND

- 9 Het percentage patiënten waarvan de gegevens in het medisch dossier aantonen dat met hen binnen zes weken na voorschrijven antidepressivum een vervolgspraak is gemaakt (in ieder geval voorgesteld).**

Toelichting:

Na vier tot zes weken dient het effect van de medicatie en eventuele bijwerkingen geëvalueerd te worden. Omdat het te volgen beleid afhankelijk is van de respons (voldoende respons, onvoldoende respons, geen respons of onacceptabele bijwerkingen) dient deze na zes weken geëvalueerd te worden.

Afgeleid van: NESDA, RAND

- 10 Het percentage medicamenteus behandelde patiënten waarvan de gegevens in het medisch dossier aantonen dat zij een antidepressivum bij voldoende respons en geen of acceptabele bijwerkingen voor tenminste zes maanden voorgeschreven hebben gekregen.**

Toelichting:

Volgens de NHG-Standaard Depressieve Stoornis wordt bij voldoende respons (afname van depressieve symptomen) en geen of acceptabele bijwerkingen de medicatie in principe zes maanden voortgezet. Het effect op de stemming is pas na twee tot vier weken merkbaar en eventuele bijwerkingen gaan vooraf aan het beoogde effect.

Afgeleid van: IQ/NHG, NESDA, RAND, Hermann et al.

Monitoring

11 Het percentage patiënten waarvan de gegevens in het medisch dossier aantonen dat er duidelijke afspraken zijn gemaakt over de frequentie van de vervolcontacten.

Toelichting:

De frequentie van de contacten is afhankelijk van de mate van lijdensdruk en het disfunctioneren van de patiënt, en van de behoefte van de patiënt en zijn vermogen op tijd hulp in te roepen. In de NHG-Standaard Depressieve Stoornis wordt aangeraden duidelijke afspraken te maken over de frequentie en duur van de contacten.

Afgeleid van: ICSI

Uitkomsten Algemeen

12 Het percentage herstelde patiënten zes maanden na begin van de behandeling.

Toelichting:

De zorgverlening is gericht op herstel van de depressie. Het aantal patiënten dat na zes maanden niet meer aan de criteria voor een depressieve stoornis voldoet, kan worden gezien als indicator voor het succes of falen van de zorg.

Afgeleid van: ICSI

Samenwerking en afstemming

13 Het percentage patiënten met een gecombineerde behandeling waarvan de gegevens in het dossier aantonen dat er afspraken zijn gemaakt tussen de huisarts en andere behandelaars over het te volgen beleid.

Toelichting:

Bij de zorg voor patiënten met een depressie zijn soms meerdere disciplines betrokken. Voor de continuïteit van de zorg is het van belang dat de verschillende behandelaars afspraken maken over het te volgen beleid. Het moet voor zowel de patiënt als deze behandelaars duidelijk zijn wat het te volgen beleid is en wie waar verantwoordelijk voor is.

Afgeleid van: IGZ

14 Het percentage patiënten waarvan de gegevens in het dossier aantonen dat overleg met hen heeft plaatsgevonden over de gekozen interventie.

Toelichting:

De leefomgeving, leefstijl en persoonlijke motivatie van de patiënt zijn van grote invloed op de therapietrouw en het verloop van de depressie. Het is daarom van belang om te investeren in de betrokkenheid van de patiënt bij het vaststellen van het behandelbeleid.

Afgeleid van: IGZ

¹ Voor een nadere specificering van de indicatoren (noemers) en achtergrondinformatie wordt verwezen naar de bijlagen bij dit rapport op de website van IQ healthcare (www.iqhealthcare.nl). De indicatoren hebben betrekking op een periode van de afgelopen 12 maanden. Voor met name uitkomstindicator 12 geldt dat deze slechts correct geïnterpreteerd kan worden als rekening gehouden wordt met contextuele informatie, zoals samenstelling van de populatie (case-mix). Verder zijn de indicatoren 6, 11 en 14 mogelijk ook of beter meetbaar via de patiënt dan via de zorgverlener of een geautomatiseerd registratiesysteem en is indicator 13 vermoedelijk beter uit te vragen op praktijkniveau via een praktijkvertegenwoordiger. Ten slotte is een aantal indicatoren waarschijnlijk lastig uitvoerbaar vanwege de complexiteit (indicatoren 7 en 8) of het ontbreken van een specificering van bepaalde termen (zoals 'middelengebruik' in indicator 3). Voor implementatie behoeven deze indicatoren een nadere operationalisatie.

SAMENVATTING

Doel Identificeren van publieke indicatoren voor de professionele kwaliteit van eerstelijns depressiezorg.

Design Systematische inventarisatie en selectie.

Methode Op basis van (inter)nationale richtlijnen en een functionele omschrijving van eerstelijns depressiezorg zijn te leveren prestaties geformuleerd. Vervolgens werd een search naar (inter)nationaal beschikbare indicatoren uitgevoerd. Deze indicatoren werden onderworpen aan een systematisch selectieproces aan de hand van zes relevantiecriteria welke afgeleid waren van het National Quality Measures Clearinghouse (NQMC). Indicatoren met een positieve waardering op deze criteria dienden bovendien te voldoen aan nationale aanbevelingen (in richtlijnen). Vervolgens werd de voorkeur gegeven aan indicatoren die getest waren op klinimetrische eigenschappen, in een positieve richting geformuleerd en met relatief weinig inspanningen meetbaar. De geselecteerde set van indicatoren is vervolgens in twee schriftelijke ronden voorgelegd aan experts met als doel inhoudsvalidatie. De op deze wijze verkregen basisset is ten slotte getoetst op haalbaarheid en beschikbaarheid van data in bestaande registratiesystemen.

Resultaten Op basis van de functionele zorgomschrijving werden de volgende zorgaspecten onderscheiden: preventie, diagnostiek, voorlichting, begeleiding, behandeling, monitoring en samenwerking en afstemming tussen betrokken zorgverleners. In totaal bleken 56 indicatoren beschikbaar. De meeste indicatoren hadden betrekking op de diagnostiek en behandeling van depressie. Ten aanzien van voorlichting, begeleiding en monitoring bleken relatief weinig indicatoren voorhanden en geen enkele indicator had betrekking op preventie. Systematische selectie leidde tot een eerste kernset van 14 indicatoren welke enigszins werd aangepast op basis van de consultatierondes. Uit de praktijktoets bleek dat voor slechts een beperkt aantal indicatoren gegevens voorhanden waren, echter, niet altijd compleet of systematisch verzameld. Voor de andere indicatoren (n=10) vindt (nog) geen (continue) registratie plaats.

Conclusie Deze studie heeft geresulteerd in een selectie van 14 publieke indicatoren voor de professionele kwaliteit van eerstelijns depressiezorg. Door de systematische aanpak en de betrokkenheid van experts wordt deze set gekenmerkt door een hoge inhoudsvaliditeit en is de set gereed om voorgelegd te worden aan de verschillende betrokken partijen, zoals patiënten en zorgverzekeraars, voor wie de kwaliteitsinformatie is bedoeld. Verschillen in belangen en informatiebehoefte kunnen tot verschillende accenten of subsets leiden. Na vaststelling door de betrokken partijen kan implementatie in de praktijk worden opgestart. Dit vereist eveneens een zorgvuldige en stapsgewijze aanpak. Eén van de stappen is een pilot test in een aantal huisartsenpraktijken om de haalbaarheid van de indicatoren te testen. De praktijktoets in dit project wees uit dat de meeste gegevens (nog) niet (systematisch) worden geregistreerd of verzameld. Goede en volledige registratie is een eerste voorwaarde voor betrouwbare kwaliteitsinformatie.

ABSTRACT

Objective To identify public indicators of professional quality of primary depression care.

Design Systematic search and selection.

Method We formulated the requirements of primary depression care on the basis of national and international guidelines and a functional description of such care. Then we searched for nationally and internationally available performance indicators. We systematically selected indicators with the aid of six criteria of importance, which were taken from the National Quality Measures Clearinghouse. The selected indicators also had to satisfy national agreements (in guidelines). Preference was given to indicators with tested clinimetric characteristics that were set in positive wording and that were measurable with relatively little data collection effort. The selected set of indicators was then submitted to a panel of independent experts in the field of diabetes care for further content validation. The experts were informed about the whole selection process. They adapted, deleted, and added indicators as they saw fit in two consultation rounds recorded in writing. Finally, the core set was field tested with data from existing, continuous, data registers.

Results Performance was divided into six categories, prevention, diagnostics, information, counselling, treatment, and monitoring and care coordination among the care providers involved. In total, 56 indicators were found. Most indicators appeared to be related to the diagnostics and treatment of depression. Relatively few indicators for information, counselling, and monitoring became available. No indicator for prevention was available. Systematic selection resulted in a set of 14 indicators, which were slightly adapted after the experts' consultation. Data appeared to be available for only a few indicators, and these data were not always complete or collected systematically. Ten indicators need more investigation.

Conclusion This study has produced a core set of 14 public indicators of professional quality of primary depression care. The set has a high degree of content validity due to the systematic approach and the experts' consultation. The indicators are ready to be presented to the parties involved in quality information, such as patients and health insurance companies. Differences in interests and information needs can lead to different accents or subsets of indicators. If the parties involved approve, the set can be put to use, but this requires a careful, step-by-step approach. One of these steps is a pilot test in various primary care practices to test the feasibility of using the indicators. The practice test in this study showed that many data have not yet been systematically registered or collected. Reliable quality information starts with complete and professional data registration.

INLEIDING

De depressieve stoornis is een veel voorkomende ziekte met grote maatschappelijke gevolgen, in termen van zowel menselijk leed als financiële lasten. De prevalentie van de door huisartsen geregistreerde depressieve stoornis is 10 tot 15 per 1000 patiënten. Een eerste episode duurt gemiddeld drie tot vier maanden en is meestal binnen een half jaar voorbij. Bij 30 tot 40% van de patiënten treden recidieven op en bij 5 tot 10% is sprake van een min of meer chronische depressieve stemming [1].

Depressie moet niet worden verward met de 'gewone' neerslachtigheid die iedereen weleens heeft. De neerslachtigheid bij depressie is heviger en klaart na een paar dagen niet vanzelf op. Bovendien tast depressie het dagelijks functioneren aan. Mensen met een depressie voelen zich somber en lusteloos. Ze hebben concentratieproblemen, zijn besluiteloos, extreem vermoeid en kampen vaak met gevoelens van waardeloosheid en schuld. Een depressie is een ernstige aandoening die tot zelfdoding kan leiden. Het verloop is wisselend en grillig. Gemiddeld duurt een depressie acht maanden. Maar er zijn grote verschillen: bij de helft van de patiënten duurt de depressie korter dan drie maanden en bij één op de vijf patiënten langer dan twee jaar [2].

Depressie gaat geregeld gepaard met allerlei lichamelijke klachten en ziektes, alsook met andere psychische problemen. Soms is dit toeval, maar vaak is er een verband [3-5]. Bij sommige lichamelijke aandoeningen moet depressie vooral worden gezien als symptoom van de aandoening. Het gaat om ziektes die de huishouding van stoffen (neurotransmitters) in de hersenen beïnvloeden. Voorbeelden zijn multiple sclerose, de ziekte van Parkinson en de ziekte van Pfeiffer. Soms is depressie een bijwerking van voorgeschreven medicijnen. Zo kunnen bloeddrukverlagers (onder meer bètablokkers), bepaalde hormonen en Parkinsonmiddelen (onder meer levodopa) de stoornis veroorzaken. Tenslotte kan een depressie bij chronische lichamelijke ziektes ook een psychologische reactie zijn op de consequenties van de ziekte: pijn, functiebeperkingen, verlies van werk en relaties, of vermindering van de levensverwachting [6, 7]. Bij patiënten met een depressie komt problematisch gebruik van verslavende middelen als tabak, alcohol en drugs vaak voor [8]. Het verband tussen het een en het ander wisselt. Bij sommigen is de depressie het gevolg van langdurig middelengebruik (alcohol, drugs of medicatie), anderen gaan middelen gebruiken in een poging hun depressie het hoofd te bieden [9]. Er is niet één oorzaak voor depressie aan te wijzen. Aangenomen wordt dat het om een samenspel van factoren gaat. Er zijn weliswaar verschillende risicofactoren voor depressie bekend, maar deze zijn ieder op zich niet voldoende om de stoornis te veroorzaken. De extra risico's hebben te maken met geslacht en leeftijd, met individuele kwetsbaarheid, met de omgeving, en met levensgebeurtenissen. Per persoon kunnen de aard, het gewicht en het onderlinge samenspel van de factoren verschillen [10, 11].

Het merendeel van de patiënten met een depressie die hulp zoeken wordt behandeld door de huisarts of een andere eerstelijns hulpverlener, bijvoorbeeld een praktijkondersteuner (POH-GGZ), sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV), maatschappelijk werker, eerstelijns psycholoog, vrijgevestigde psychotherapeut of psychiater. De gemiddelde

prevalentie van depressie in een huisartsenpraktijk is 21,2 per 1000 patiënten [12]. Depressie is dus een belangrijk aandachtsgebied van de eerste lijn. In de huisartsenpraktijk worden patiënten bij wie depressie of depressieve gevoelens worden gediagnosticeerd, meestal alleen door de huisarts behandeld. In 6% van de eerste contacten verwijst de huisarts de patiënt door, meestal naar een vrijgevestigd GGZ-hulpverlener of naar de RIAGG. In volgende contacten wordt nog maar 2% van de patiënten met een depressie verwezen [13].

De zorg voor mensen met een depressie richt zich allereerst op vroegtijdige herkenning van een depressie. Een vroegtijdige herkenning kan ernstiger problemen voorkomen en vergroot de kans op een succesvolle behandeling [14]. Preventie en tijdige interventie kunnen naar verwachting een flink deel van de ziektelast voorkomen. Het is daarom van belang om mensen met depressieve klachten voor te lichten en begeleiding te bieden om te voorkomen dat de klachten verergeren en in een depressie uitmonden. Risicogroepen zijn patiënten met een depressieve stoornis of suïcidepogingen in het verleden of met (eerstegraads) familieleden met een depressieve stoornis of suïcidepogingen, patiënten met een ernstige lichamelijke ziekte, alcohol- of drugsproblemen of angst- en paniekstoornissen [1]. Na diagnosestelling richt de zorgverlening bij depressie zich zowel op het wegnemen dan wel verminderen van de klachten en symptomen als op het voorkomen dat de klachten en symptomen terugkeren of chronisch worden.

De diagnostiek van depressie in de eerstelijns populatie heeft echter enkele valkuilen. Zo dient er aandacht te zijn voor onderdiagnostiek (bijvoorbeeld door schaamte om de klachten te presenteren) en overdiagnostiek (door bijvoorbeeld teveel nadruk te leggen op 'normale' neerslachtigheid). Ook is er bij depressie sprake van veranderlijkheid van het beeld, die een nieuwe beoordeling wenselijk maakt. Daarnaast is psychische comorbiditeit niet altijd eenvoudig herkenbaar door het aspecifieke karakter van veel van de bij een depressie horende klachten. Van de volwassenen met depressie lijden er zes op de tien ook aan een andere psychische stoornis. Vooral de combinatie met angststoornissen en verslaving komt veel voor. Ook kunnen patiënten met een depressieve stoornis hun klachten op uiteenlopende wijzen presenteren [15]. Door deze complexiteit in de diagnostiek en behandeling krijgen veel patiënten niet de zorg die ze zouden moeten krijgen [16, 5].

Ter ondersteuning van het diagnostisch proces en de begeleiding en behandeling van mensen met depressie zijn verschillende richtlijnen beschikbaar. Met kwaliteitsindicatoren kan inzichtelijk worden gemaakt hoe zorgverleners presteren ten opzichte van deze richtlijnen, wat kan bijdragen aan het daadwerkelijk gebruik ervan. Publieke informatie over de kwaliteit van zorg is verder van belang voor beroepsorganisaties, voor patiënten en consumenten (om geïnformeerd te kunnen kiezen), voor verzekeraars en andere inkopers van zorg, voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg en voor de overheid. Momenteel zijn en worden er nationaal en internationaal vele indicatoren ontwikkeld en worden verschillende sets van indicatoren gehanteerd om uitspraken te doen over de kwaliteit van het professionele handelen bij depressie. Het is echter vaak niet duidelijk waar de selectie van indicatoren op is gebaseerd. Het doel van dit onderzoek is om op

basis van beschikbaarheid publieke indicatoren te identificeren die het mogelijk maken om betrouwbare en vergelijkbare informatie te genereren over de geleverde prestaties van zorgaanbieders en professionals ten aanzien van eerstelijns depressiezorg. Leidraad in het project waren de volgende vraagstellingen:

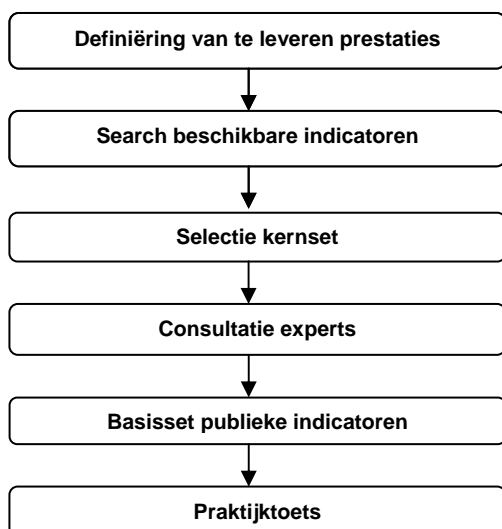
- (1) Hoe ziet het eerstelijns zorgproces eruit en wat zijn de te leveren prestaties bij een depressieve stoornis?
- (2) Welke indicatoren zijn (inter)nationaal beschikbaar om deze prestaties te meten?
- (3) Tot welke set van publieke indicatoren leidt toepassing van vooropgestelde selectiecriteria?
- (4) Hoe ziet de geselecteerde set eruit na consultatierondes onder experts?
- (5) In hoeverre zijn de individuele indicatoren haalbaar en zijn er data beschikbaar?

Wanneer in dit rapport gesproken wordt over depressie of depressieve patiënten verwijzen we in alle gevallen naar volwassen patiënten (>18 jaar) met een depressieve stoornis.

METHODE

Een aantal stappen is gevolgd om tot een onderbouwde selectie van indicatoren te komen. Figuur 1 geeft een schematische weergave hiervan.

Figuur 1: Schematische weergave van de totstandkoming van de basisset van publieke indicatoren:



Hierna worden de stappen verder toegelicht.

Definiëring van te leveren prestaties

De te leveren prestaties worden afgeleid van het zorgproces in de eerste lijn voor mensen met een depressie. De basis hiervoor wordt gevormd door een functionele omschrijving van de zorg. Hiermee wordt bedoeld dat de verschillende zorgtaken rond depressie zijn beschreven en de (professionele) uitvoerders daarvan zijn benoemd. Ten behoeve van de

functionele omschrijving zijn alle beschikbare nationale richtlijnen bestudeerd, aangevuld met een selectie van internationale richtlijnen voor *depression*. Deze selectie is gebaseerd op richtlijnen die op Europees niveau tot stand zijn gekomen of door gerenommeerde instituten zijn ontwikkeld of verspreid.

Bestudeerde nationale richtlijnen zijn afkomstig van Transmuraal Netwerk Midden-Holland [17], LVE/CBO/Trimbos instituut [18], NHG [1] en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde [19]. Daarnaast is de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) [20] voor depressie geraadpleegd.

Bestudeerde internationale richtlijnen zijn: Major depression in adults in primary care van het Institute for Clinical Systems Improvement [21, 22], Management of Depression in Primary and Secondary care van het National Institute for Clinical Excellence [23], The beyondblue guidelines aanbevolen door het National Health and Medical Research Council (NHMRC) for treating depression in primary care [24] en Guidelines for the treatment and management of depression by primary healthcare professionals aanbevolen door de New Zealand Guidelines Group [25].

Met het definiëren van eerstelijns prestaties bij depressie komen bepaalde aspecten van het zorgtraject naar voren die relevant zijn voor publieke informatie, zoals tijdige diagnostiek, behandeling en monitoring. Bij de selectie van indicatoren zal daar rekening mee worden gehouden.

Search beschikbare indicatoren

Bronnen van indicatoren zijn gezocht via de websites van bovengenoemde organisaties die richtlijnen hebben ontwikkeld dan wel verspreid. Daarnaast zijn de Ovid Databases (Medline) en het internet (zoekmachine Google) geraadpleegd met de trefwoorden: indicator(s), depressie, depressieve stoornis/depression, depressive disorder, kwaliteit/quality en zorg/care. Vanwege het multidisciplinaire karakter van de zorg is bovendien gezocht naar indicatoren op het gebied van samenwerking en afstemming tussen zorgverleners (trefwoorden: ketenzorg/care chains, netwerkzorg/shared care, continuïteit van zorg/continuity of care en geïntegreerde zorg/integrated care). Gestreefd werd naar een zo compleet mogelijke nationale dekking terwijl internationale sets als aanvullend werden beschouwd; deze zijn enkel geïnccludeerd wanneer afkomstig van gerenommeerde instituten of wanneer informatie voorhanden was over de inzet van expert panels en de wetenschappelijke waarde van geselecteerde indicatoren. De gevonden indicatoren zijn vervolgens geordend naar de zorgaspecten analoog aan de functionele omschrijving.

Selectie kernset

Zowel aan de totale set als aan de afzonderlijke indicatoren is een aantal eisen gesteld. Zo dient de totale set die zorgaspecten te bestrijken die relevant zijn voor publieke informatie. Deze zorgaspecten vloeien voort uit de te leveren prestaties. Dit betekent dat alleen indicatoren geselecteerd zijn die betrekking hebben op die zorgaspecten, zoals diagnostiek, behandeling en monitoring. Verder is per zorgaspect rekening gehouden met het type indicator: ten aanzien van de structuur of organisatie van de zorg

(structuurindicator), het handelen van de zorgverleners (procesindicator) en uitkomsten van het zorgproces (uitkomstindicator). Bij keuze tussen proces- en uitkomstindicatoren is gestreefd naar een mix van beide; procesindicatoren maken het zorgproces transparant, terwijl uitkomstmaten opgevat kunnen worden als een evaluatie van het zorgproces. Omdat coördinatie en continuïteit van zorg belangrijke aspecten van eerstelijnszorg zijn [26], en bovendien van toepassing bij de zorg voor mensen met een depressie, zijn deze eveneens in kaart gebracht. Hiervoor zijn met name structuurindicatoren geschikt. Een derde voorwaarde is dat met de set van indicatoren een uitspraak gedaan kan worden over de mate van gelijke verdeling van zorg voor verschillende groepen van patiënten, bijvoorbeeld naar leeftijd, of tussen regio's. Ten slotte dient de set uit oogpunt van haalbaarheid en interpretatie uit maximaal 15 tot 20, bij voorkeur op validiteit en betrouwbaarheid geteste, indicatoren te bestaan.

De selectie van afzonderlijke indicatoren heeft plaatsgevonden aan de hand van zes relevantiecriteria, afgeleid van het NQMC [27]: geschiktheid voor het publieke domein, geschiktheid voor de verschillende doelgroepen, impact op de ziekte of de ziektelast, toepasbaarheid op verschillende groepen patiënten, ruimte voor verbetering van de kwaliteit van zorg en beïnvloedbaarheid van de zorg. Indicatoren met een positieve beoordeling op deze criteria zijn daarna beoordeeld op nationale aanbevelingen (zoals omschreven in richtlijnen), klinimetrische eigenschappen, richting en inspanningen voor de gegevensverzameling. Een gedetailleerde beschrijving van deze criteria is opgenomen in bijlage 2. De selectiecriteria zijn door twee leden van de projectgroep onafhankelijk van elkaar toegepast. Bij verschillende beoordelingen zijn de verschillpunten besproken en is gezamenlijk tot overeenstemming gekomen.

Consultatie experts

De geselecteerde set is vervolgens in twee schriftelijke rondes voorgelegd aan experts op het gebied van eerstelijns depressiezorg met als doel inhoudelijke validering. Daarbij is aandacht gevraagd voor de definiëring van prestaties, het overzicht van de beschikbare indicatoren en de voorgestelde set van indicatoren. Ten aanzien van de voorgestelde set is specifiek aandacht gevraagd voor de geschiktheid van de indicator voor het publieke domein en de haalbaarheid in de praktijk.

Praktijktoets

De op deze wijze verkregen basisset is ten slotte getoetst op haalbaarheid en beschikbaarheid van data uit bij voorkeur geautomatiseerde registratiesystemen. Hiertoe zijn zowel de literatuur als het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH) en de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA) geraadpleegd.

Een indicator werd als haalbaar beoordeeld indien 1) data voor de indicator reeds verzameld worden in een bestaande database, of indien 2) de indicator relatief eenvoudig te scoren lijkt, dat wil zeggen dat een deel van de informatie reeds opgeslagen of geregistreerd wordt of dat dit eenvoudig te realiseren zou moeten zijn.

RESULTATEN

Definitie prestaties

Op basis van de functionele omschrijving (zie bijlage 3) kunnen de prestaties van eerstelijnszorg voor patiënten met een depressieve stoornis als volgt gedefinieerd worden: De zorgverlening bij depressie richt zich allereerst op vroegtijdige herkenning van een depressie. Een vroegtijdige herkenning kan ernstiger problemen voorkomen en vergroot de kans op een succesvolle behandeling. Na diagnosestelling richt de zorgverlening bij depressie zich zowel op het wegnemen dan wel verminderen van de klachten en symptomen als op het voorkomen dat de klachten en symptomen terugkeren of chronisch worden. Omdat bij de zorg voor met name mensen met een chronische of recidiverende depressie verschillende zorgverleners betrokken kunnen zijn is het bovendien van belang dat deze zorgverleners, al dan niet direct aan depressiezorg gerelateerd, op de hoogte zijn van elkaars betrokkenheid en hun zorgverlening daarop afstemmen. Hiermee worden in het bijzonder de zorgaspecten diagnostiek, voorlichting, begeleiding, behandeling, monitoring en taken ten aanzien van samenwerking en afstemming tussen zorgverleners als relevant voor publieke informatie beschouwd. Vanwege het belang van preventie is tevens preventie van depressie meegenomen als een apart zorgaspect, ondanks het feit dat preventie niet expliciet in de richtlijnen omschreven is.

Beschikbare indicatoren

In totaal bleken er 56 indicatoren beschikbaar te zijn voor de relevante zorgaspecten, 27 nationale en 29 internationale indicatoren (zie bijlage 4). Nationale indicatoren zijn afkomstig van de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA) [28], het Doorbraakproject Depressie 1 [29], Stuurgroep Transparantie GGZ [30], Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) [31-33] en IQ healthcare/NHG [34].

Internationale indicatoren zijn afkomstig van de RAND [35], het national Quality and Outcomes Framework (QOF) [36], Hermann en collega's [37], Shield en collega's [38], Valenstein en collega's [39] en het Institute for Clinical Systems Improvement [22].

De meeste van de verzamelde indicatoren hebben betrekking op de behandeling van een depressieve stoornis (tabel 1). Ook blijken relatief veel indicatoren beschikbaar op het gebied van samenwerking en afstemming. Ten aanzien van preventie werden geen indicatoren aangetroffen.

Selectie kernset

Toepassing van de relevantiecriteria leidde tot een eerste reductie van bijna de helft van de beschikbare indicatoren (tabel 1). De resterende indicatoren werden vervolgens getoetst op nationale aanbevelingen zoals vastgelegd in de richtlijnen. Dit resulteerde in een verdere reductie van 30 naar 24 indicatoren. Toepassing van de overige selectiecriteria alleen leidde niet meteen tot de uiteindelijke kernset; overwegingen op basis van klinimetrische eigenschappen en meetbaarheid in combinatie met overlap tussen de indicatoren leidde tot de kernset van 14 indicatoren. Bijlage 5 bevat een overzicht van het selectieproces en de overwegingen die hebben geleid tot deze kernset van 14 indicatoren.

Tabel 1: Resultaten selectieproces naar zorgaspect

Zorgaspect	Totaal aantal indicatoren beschikbaar	Selectie na relevantie-criteria	Selectie na criterium 'nationale aanbevelingen'	Selectie na overige criteria	Samenstelling kernset (na overlap)
Preventie	0 (0%)	0	0	0	0 (0%)
Diagnostiek	11 (20%)	7	7	6	4 (29%)
Voorlichting	1 (2%)	1	1	1	1 (7%)
Begeleiding	4 (7%)	3	3	3	1 (7%)
Behandeling	15 (27%)	4	4	4	3 (22%)
Monitoring	5 (9%)	4	2	2	1 (7%)
Uitkomsten algemeen	7 (12%)	5	5	3	2 (14%)
Samenwerking en afstemming	13 (23%)	6	2	2	2 (14%)
Totaal aantal indicatoren	56 (100%)	30	24	21	14 (100%)

Tabel 1 laat zien dat met uitzondering van preventie alle zorgaspecten met ten minste één indicator zijn vertegenwoordigd in de kernset. In de uiteindelijke samenstelling van de kernset hebben relatief veel indicatoren betrekking op de zorgaspecten diagnostiek (29%) en behandeling (22%). Relatief weinig indicatoren betreffen de zorgaspecten voorlichting (7%), begeleiding (7%) en monitoring (7%).

In tabel 2 worden de geselecteerde indicatoren gepresenteerd. Om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de richtlijnen werd een aantal indicatoren enigszins geherformuleerd. Daarnaast zijn alle indicatoren in termen van percentages uitgedrukt, waarvoor in enkele gevallen eveneens een lichte herformulering noodzakelijk was.

Tabel 2: Overzicht van de geselecteerde indicatoren voor de kwaliteit van zorg voor volwassenen met depressie in de eerstelijns GGZ, naar zorgaspect en bron.

	Bron
Diagnostiek	
(1) Het percentage patiënten waarvan de gegevens in het medisch dossier aantonen dat zij op het moment van diagnosestelling aan de DSM-IV criteria voldeden.	ICSI [22] (vertaald naar Nederlands)
(2) Het percentage patiënten waarbij het suïciderisico wordt ingeschat.	IQ/NHG [34], NESDA [28], RAND [35].
(3) Het percentage patiënten bij wie is nagegaan of er sprake is van middelengebruik (alcohol, drugs of medicatie).	Valenstein et al. [39], RAND [35] (vertaald naar Nederlands en herformulering conform NHG-Standaard)
(4) Het percentage bekende depressiepatiënten in de praktijkpopulatie.	IQ/NHG [34]
Voorlichting	
(5) Het percentage medicamenteus behandelde patiënten waarvan de gegevens in het medisch dossier aantonen dat zij geïnformeerd zijn over de werking en bijwerking(en) van medicatie.	NESDA [28], Shield et al. [38]
Begeleiding	
(6) Het percentage patiënten waarvan de gegevens in het medisch dossier aantonen dat zij ter begeleiding ondersteunende contacten, psycho-educatie of counseling aangeboden hebben gekregen.	NESDA [28] (herformulering van drie indicatoren naar één indicator)

	Bron
Behandeling	
(7) Het percentage patiënten waarvan de gegevens in het medisch dossier aantonen dat zij een effectieve eerstelijns behandeling aangeboden hebben gekregen (voorlichting, begeleiding, medicamenteuze behandeling of een psychologische interventie).	RAND [35] (vertaald naar Nederlands en herformulering in percentage en conform NHG-Standaard)
(8) Het percentage patiënten waarvan de gegevens in het medisch dossier aantonen dat met hen binnen 6 weken na voorschrijven antidepressivum een vervolgspraak is gemaakt.	NESDA [28], RAND [35] (herformulering conform NHG-Standaard)
(9) Het percentage medicamenteus behandelde patiënten waarvan de gegevens in het medisch dossier aantonen dat zij een antidepressivum bij voldoende respons en geen of acceptabele bijwerkingen voor tenminste 6 maanden voorgeschreven hebben gekregen.	IQ/NHG [34], NESDA [28], RAND [35], Hermann et al. [37] (herformulering conform NHG-Standaard)
Monitoring	
(10) Het percentage patiënten waarvan de gegevens in het medisch dossier aantonen dat er duidelijke afspraken zijn gemaakt over de frequentie van de vervolgscontacten, over het beloop van de klachten en het behalen van de dagelijkse doelen.	ICSI [22] (vertaald naar Nederlands en herformulering in percentage en volgens NHG-standaard)
Uitkomsten Algemeen	
(11) Het percentage herstelde patiënten 6 maanden na begin van de behandeling.	ICSI [22] (vertaald naar Nederlands en herformulering in percentage)
(12) Het percentage patiënten met een depressieve stoornis dat zelfmoord pleegt tijdens de behandeling met de eerstelijns hulpverlener.	ICSI [22] (vertaald naar Nederlands en herformulering in percentage)
Samenwerking en afstemming	
(13) Het percentage patiënten met een gecombineerde behandeling waarvan de gegevens in het dossier aantonen dat er afspraken zijn gemaakt tussen de verschillende behandelaars over het te volgen beleid.	IGZ [31-33] (herformulering in percentage en conform NGH-Standaard en LESA)
(14) Het percentage patiënten waarvan de gegevens in het dossier aantonen dat overleg met hen heeft plaatsgevonden over de gekozen interventie.	IGZ [31-33] (herformulering in percentage en conform LESA)

Uit tabel 2 blijkt dat uit bijna alle bronnen ten minste één indicator is geselecteerd of afgeleid. De meeste indicatoren, afgeleid van IQ/NHG, NESDA, ICSI, RAND, Hermann et al. en Valenstein et al. kunnen inhoudelijk als valide worden beschouwd (zie bijlage 4). De indicatoren die (deels) gebaseerd zijn op de algemene ketenindicatoren van IGZ (nummers 13 en 14) dienen nog gevalideerd te worden.

Resultaat na consultatierondes

In totaal hebben vier experts met behulp van een schriftelijk antwoordformulier inhoudelijk gereageerd op het rapport en de indicatorenset. Naar aanleiding van de reacties van de experts zijn er vijf wijzigingen in de set indicatoren aangebracht. Het betreft de volgende wijzigingen:

- Een nieuwe indicator over psychische en lichamelijke comorbiditeit is toegevoegd. Verschillende reacties van de experts betroffen het feit dat een bredere kijk op de depressieve klachten gewenst is. Daarnaast staat in de NHG-Standaard Depressieve Stoornis dat de huisarts na dient te gaan of sprake is van comorbiditeit. De toegevoegde indicator is als volgt geformuleerd:
“Het percentage patiënten bij wie is nagegaan of er sprake is van psychische of lichamelijke comorbiditeit”.
- Bij indicator 8 is toegevoegd dat in ieder geval moet zijn voorgesteld om een vervolgspraak te maken. Met deze formulering staat het handelen van de zorgverlener centraal en wordt voorkomen dat een huisarts slecht scoort op deze indicator omdat de patiënt bijvoorbeeld geen vervolgspraak wil. De nieuwe indicator wordt als volgt geformuleerd:
“Het percentage patiënten waarvan de gegevens in het medisch dossier aantonen dat met hen binnen 6 weken na voorschrijven antidepressivum een vervolgspraak is gemaakt (in ieder geval voorgesteld)”.
Deze toevoeging heeft waarschijnlijk consequenties voor de meetbaarheid, aangezien in de regel alleen gemaakte afspraken worden geregistreerd.
- Naar aanleiding van de reacties van de experts is indicator 10 vereenvoudigd. Er bestaat onduidelijkheid over de formulering en het lijkt in deze vooral van belang dat er afspraken zijn gemaakt over de frequentie van de vervolgspraken. De nieuwe indicator is als volgt geformuleerd:
“Het percentage patiënten waarvan de gegevens in het medisch dossier aantonen dat er duidelijke afspraken zijn gemaakt over de frequentie van de vervolgspraken”.
- Hoewel indicator 12 een duidelijke uitkomstmaat zou kunnen zijn, is het percentage suicides op praktijkniveau te laag om als geschikte indicator te dienen. Naar aanleiding van deze feedback uit de consultatieronde is indicator 12 (“het percentage patiënten met een depressieve stoornis dat zelfmoord pleegt tijdens de behandeling met de eerstelijns hulpverlener”) uit de set verwijderd.
- Ten slotte is ervoor gekozen indicator 13 explicieter te formuleren. Omdat de indicatoren gebaseerd zijn op de NHG-Standaard Depressieve Stoornis en de LESA gaat het om afspraken over het te volgen beleid tussen huisarts en andere behandelaars. De nieuwe indicator wordt als volgt geformuleerd:
“Het percentage patiënten met een gecombineerde behandeling waarvan de gegevens in het dossier aantonen dat er afspraken zijn gemaakt tussen de huisarts en andere behandelaars over het te volgen beleid”.

Resultaat praktijktoets

Uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH) en de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA) [28] konden data voor vier indicatoren worden geëxtraheerd. Ook uit de tweede Nationale Studie (NS-2) [42] en een consultregistratiestudie [43] konden enkele (prevalentie)cijfers worden afgeleid. In tabel 3 zijn de resultaten samengevat.

Tabel 3: Beschikbare gegevens voor de geselecteerde indicatoren voor de kwaliteit van eerstelijns depressiezorg

	% en bron	Opmerkingen
Diagnostiek		
(1) Het percentage patiënten waarvan de gegevens in het medisch dossier aantonen dat zij op het moment van diagnosestelling aan de DSM-IV criteria voldeden.	-	e
(2) Het percentage patiënten waarbij het suïciderisico wordt ingeschat.	77% ⁴	
(3) Het percentage patiënten bij wie is nagegaan of er sprake is van middelengebruik (alcohol, drugs of medicatie).	-	e
(4) Het percentage bekende depressiepatiënten in de praktijkpopulatie.	5,4%(depressie ICPC P76) ¹ 10,8% (depressie P76 en/of depressieve klachten ICPC P03) ² 2,12% (depressie P76) ³ 0,57% (depressieve klachten P03) ³	b a
(5) Het percentage patiënten bij wie is nagegaan of er sprake is van psychische of lichamelijke comorbiditeit.	-	e
Voorlichting		
(6) Het percentage medicamenteus behandelde patiënten waarvan de gegevens in het medisch dossier aantonen dat zij geïnformeerd zijn over de werking en bijwerking(en) van medicatie.	-	e
Begeleiding		
(7) Het percentage patiënten waarvan de gegevens in het medisch dossier aantonen dat zij ter begeleiding ondersteunende contacten, psycho-educatie of counseling aangeboden hebben gekregen.		e
Behandeling		
(8) Het percentage patiënten waarvan de gegevens in het medisch dossier aantonen dat zij een effectieve eerstelijns behandeling aangeboden hebben gekregen (voorlichting, begeleiding, medicamenteuze behandeling of een psychologische interventie).	41,9% ²	a, c
(9) Het percentage patiënten waarvan de gegevens in het medisch dossier aantonen dat met hen binnen 6 weken na voorschrijven antidepressivum een vervolgspraak is gemaakt (in ieder geval voorgesteld).	83,3% ²	a, d
(10) Het percentage medicamenteus behandelde patiënten waarvan de gegevens in het medisch dossier aantonen dat zij een antidepressivum bij voldoende respons en geen of acceptabele bijwerkingen voor tenminste 6 maanden voorgeschreven hebben gekregen.	-	e

	% en bron	Opmerkingen
Monitoring		
(11) Het percentage patiënten waarvan de gegevens in het medisch dossier aantonen dat er duidelijke afspraken zijn gemaakt over de frequentie van de vervolgcontacten.	-	^e
Uitkomsten Algemeen		
(12) Het percentage herstelde patiënten 6 maanden na begin van de behandeling.	-	^e
Samenwerking en afstemming		
(13) Het percentage patiënten met een gecombineerde behandeling waarvan de gegevens in het dossier aantonen dat er afspraken zijn gemaakt tussen de huisarts en andere behandelaars over het te volgen beleid.	-	^e
(14) Het percentage patiënten waarvan de gegevens in het dossier aantonen dat overleg met hen heeft plaatsgevonden over de gekozen interventie.	-	^e

¹ Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH). Het prevalentiecijfer is gebaseerd op 20 huisartsenpraktijken met in totaal 79.581 patiënten.

² Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA). In totaal zijn 1610 patiënten geworven via huisartsenpraktijken in Nederland. Hiervan voldeden 1610 patiënten aan de Composite International Diagnostic (CIDI)-criteria voor een current (6 maands) depressieve stoornis (zonder comorbide angststoornis). Genoemde cijfers uit de NESDA-studie hebben betrekking op deze 148 patiënten.

³ Tweede Nationale Studie (NS-2)

⁴ Consultregistratiestudie onder 74 huisartsen en 253 patiënten met (DSM-IV) gediagnosticeerde depressie. [43]

^a Het prevalentiecijfer (indicator 4) op basis van NESDA-gegevens dient als volgt geïnterpreteerd te worden: percentage patiënten met een CIDI diagnose current depressieve stoornis waarbij de diagnose depressieve stoornis in het elektronisch medisch dossier vermeld staat (genoemde ICPC-codes). De gehanteerde methodiek van berekening van dit prevalentiecijfer wijkt aldus af van gebruikelijke methodiek om prevalentiecijfer in gehele praktijkpopulatie te berekenen.

^b Percentage kan een overschatting zijn omdat afsluiting van een episode depressie niet betrouwbaar wordt geregistreerd.

^c Percentage heeft betrekking op patiënten behandeld in overeenstemming met de richtlijn (begeleiding, counseling, medicamenteuze behandeling of verwijzing naar GGZ professional of GGZ instelling). Hierbij is het aanbod van counseling niet uit het elektronisch medisch dossier geëxtraheerd, de overige behandelvormen wel.

^d Percentage betreft patiënten waarbij de vervolgspraak daadwerkelijk heeft plaatsgevonden.

^e Gegevens niet beschikbaar.

Geconcludeerd kan worden dat een beperkt aantal indicatoren (n=4) wat betreft de gegevensverzameling in principe haalbaar is, met de kanttekening dat ook bij deze indicatoren de benodigde gegevens niet altijd systematisch (elektronisch) of onvoldoende betrouwbaar geregistreerd worden. Publieke informatie over de kwaliteit van eerstelijns depressiezorg vereist echter een continue (regionale) dataregistratie. In principe geldt voor alle indicatoren dat systematische registratie en dataverzameling nog (verder) ontwikkeld moeten worden. Daarbij zijn de indicatoren 6, 11 en 14 mogelijk ook of beter meetbaar via de patiënt dan via de zorgverlener of een geautomatiseerd registratiesysteem en is indicator 13 vermoedelijk beter uit te vragen op praktijkniveau via een praktijkvertegenwoordiger (afgezien van de zinsneden “waarvan de gegevens in het dossier aantonen”).

DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Discussie

Op het gebied van (eerstelijns) depressiezorg zijn verscheidene indicatoren beschikbaar. Raadpleging van verscheidene bronnen resulteerde in 56 indicatoren met betrekking tot de zorgaspecten die relevant werden geacht voor publieke informatie: preventie, diagnostiek, voorlichting, begeleiding, behandeling, monitoring en samenwerking en afstemming. In dit aantal is rekening gehouden met overlap tussen indicatoren. De meeste indicatoren bleken betrekking te hebben op diagnostiek en (uitkomsten van) de behandeling van depressie. Ten aanzien van voorlichting, begeleiding en monitoring bleken relatief weinig indicatoren beschikbaar. Voor preventie van depressie was geen enkele indicator beschikbaar, waarschijnlijk omdat preventie weinig belicht worden in de (beroepsgebonden) richtlijnen. Aangevoerd is in verschillende bronnen is echter dat met het ingrijpen met een minimale interventie in een vroeg stadium bij depressieve klachten voorkomen kan worden dat de klachten uitmonden in een depressieve stoornis [14]. Gezien het belang van preventie is het dus opvallend dat er geen indicatoren zijn gevonden. Deze bevinding werd gedeeld door de geraadpleegde experts die eveneens pleiten voor een bredere insteek, rekening houdend met de context waarin depressieve stoornissen ontstaan, namelijk stress en psychische problemen in het algemeen.

Daarnaast bleek er in de beschikbare sets van indicatoren weinig aandacht voor comorbiditeit en differentiaal diagnostiek van de depressieve stoornis. Het is gemakkelijk depressieve klachten te verwarren met bijvoorbeeld angstklachten of dementie en wanneer dit gebeurt, heeft dit belangrijke implicaties voor het te volgen beleid [1]. Hoewel de hier voorliggende set geen indicatoren bevat op dit vlak, houdt goede depressiezorg ook in dat er aandacht is voor (patronen) van klachten die lijken op depressie of vaak samengaan met depressie.

Vanwege de eerstelijnsbrede insteek van het Voorhoedeproject is naast het zorginhoudelijk, patiëntgebonden handelen expliciet aandacht besteed aan continuïteit van zorg. Bij depressiezorg kunnen verschillende disciplines betrokken zijn en initiatieven op het gebied van ketenzorg of zorggroepen worden ontplooid. Daarom werden algemene ketenindicatoren meegenomen in dit project. Systematische selectie in combinatie met inhoudelijke overlap tussen de indicatoren, leidde uiteindelijk tot identificatie van 14 indicatoren voor de kernset. Na consultatie van experts werd een indicator toegevoegd, een indicator verwijderd en werd bij drie indicatoren de formulering aangepast.

Bij de selectie van de indicatoren kan een aantal kanttekeningen worden geplaatst. Zo zijn de relevantiecriteria met betrekking tot geschiktheid voor publieke informatie en voor de verschillende doelgroepen subjectief van aard. Dit probleem werd zo veel mogelijk ondervangen door de indicatoren door twee personen onafhankelijk van elkaar te laten scoren. Toch is het mogelijk dat hierdoor een aantal indicatoren onterecht is afgevalen of doorgesluist naar de volgende criteria. Het is echter de vraag in hoeverre dit van invloed is geweest op de uiteindelijke samenstelling van de set.

Een tweede kanttekening betreft de relatief zware rol die tijdens de selectie aan nationale richtlijnen is toegekend. Hier is voor gekozen omdat publieke informatie onder andere opgevat kan worden als verantwoordingsinformatie. Dergelijke informatie dient gebaseerd te zijn op (evidence-based) aanbevelingen en afspraken die professionals zelf verwoorden in 'eigen' richtlijnen. Bovendien komt de toepassing van richtlijnen de inhoudsvaliditeit van de set ten goede. Een beperking echter die het gebruik van richtlijnen met zich meebrengt is de selectie van zorgtaken; in richtlijnen ligt de nadruk op het (para)medisch handelen rondom een bepaalde aandoening, zoals depressie. Zoals eerder aangegeven is er minder aandacht voor zorgtaken op het gebied van preventie en comorbiditeit. Daarnaast wordt niet of slechts heel summier ingegaan op het omgaan met de (behandeling van) depressie of kwaliteit van leven, patiëntinbreng of –betrokkenheid en praktijkmanagement. Een aantal zaken dat in de richtlijn niet expliciet genoemd worden (zoals herstel en werkhervatting) zijn hierdoor onderbelicht gebleven. Ten slotte zijn richtlijnen onderhevig aan veroudering, wat de noodzaak van regelmatig onderhoud en updaten van de hier gepresenteerde set onderstreept.

Een derde kanttekening betreft (het scoren van) de klinimetrische eigenschappen; dit criterium is steeds coulant beoordeeld; wanneer slechts informatie voorhanden was over de inhoudsvaliditeit of over de gevolgde procedure van ontwikkelen waardoor de betreffende indicator als inhoudsvalide kon worden beschouwd, werd het criterium positief gescoord. Andere klinimetrische eigenschappen, zoals de betrouwbaarheid en discriminante validiteit, zullen in de praktijk getest moeten worden. De praktijktoets in dit project diende in de eerste plaats de beschikbaarheid en haalbaarheid van gegevens. Ten slotte kan bij de selectie van indicatoren als mogelijke beperking worden aangevoerd dat uitgegaan is van reeds bestaande en beschikbare indicatoren. Zoals eerder aangegeven zijn er geen of nauwelijks indicatoren voorhanden die uitdrukking geven aan preventie, comorbiditeit, omgaan met de (behandeling van) depressie of kwaliteit van leven, patiëntinbreng of –betrokkenheid en praktijkmanagement. Verder zijn de huidige beschikbare indicatoren vooral gericht op het handelen van de huisarts of de huisartsvoorziening, inclusief de assistente en de mogelijk aanwezige praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige. Hiermee is er nauwelijks zicht op de kwaliteit van het handelen van de eerstelijnspsycholoog of maatschappelijk werker. Het is echter aannemelijk dat met de hier gepresenteerde selectie uit de huidige beschikbare indicatoren (aangevuld met algemene ketenindicatoren), een inhoudelijk valide indicatie gegeven kan worden van de kwaliteit van eerstelijns depressiezorg.

De hier gepresenteerde set kan aldus beschouwd worden als een inhoudelijk valide set van indicatoren voor publieke informatie; middels de gehanteerde selectiemethodiek, waarbij zwaar geleund is op nationale aanbevelingen in de diverse richtlijnen, in combinatie met de consultatie van experts, is gestreefd naar een zo hoog mogelijke inhoudsvaliditeit van de set. De set is nu gereed om voorgelegd te worden aan de betrokken partijen voor wie de kwaliteitsinformatie is bedoeld. Verschillen in belangen en informatiebehoefte van de betrokken partijen kunnen tot verschillende accenten of subsets leiden. Wanneer hierover consensus is bereikt en de set eenmaal is vastgesteld, kan implementatie worden opgestart. Dit vereist eveneens een zorgvuldige en stapsgewijze

aanpak. Onderdeel hiervan is een pilot test in een aantal huisartsenpraktijken om de haalbaarheid van de indicatoren te testen. De haalbaarheid heeft dan zowel betrekking op de beschikbaarheid van de gegevens als (voldoen)de aantallen patiënten voor betrouwbare informatie. Beperkingen in de haalbaarheid kunnen immers eveneens gevolgen hebben voor de samenstelling van de set. Op basis van de praktijktoets in dit project kan geconcludeerd worden dat op het gebied van haalbaarheid nog veel registratiewinst te behalen valt; voor slechts een beperkt aantal indicatoren zijn wel gegevens voorhanden, maar deze zijn niet altijd compleet of systematisch verzameld. De meetbaarheid is dus een groot probleem. In principe geldt voor alle indicatoren dat systematische registratie en dataverzameling nog (verder) ontwikkeld moeten worden. Daarbij is een deel van de indicatoren mogelijk beter uitvraagbaar via de patiënt of mantelzorger of op praktijkniveau via een praktijkvertegenwoordiger dan via een (geautomatiseerd) registratiesysteem. De qua meetbaarheid meer complexe indicatoren (7 en 8 over respectievelijk begeleiding en behandeling) zijn vanuit inhoudelijke overwegingen in de set gehandhaafd; voor implementatie behoeven deze echter een nadere specificering. Overigens is ook na vaststelling en implementatie van de set regelmatig onderhoud vereist; zodra er nieuwe aanbevelingen worden gedaan of nieuwe richtlijnen worden ontwikkeld, dienen indicatoren te worden aangepast, geschrapt of toegevoegd.

Om praktische redenen hebben de hier geselecteerde indicatoren betrekking op huisartsenpraktijken. Het is echter denkbaar dat gezien de ontwikkelingen op het gebied van DBC's (betreft vooralsnog niet de ambulante GGZ), waarbij één prijs berekend wordt voor de totale (depressie)zorg, de noemers betrekking zullen hebben op zorgketens voor depressie. Indien dergelijke ketens uit meerdere praktijken en patiëntpopulaties bestaan, zullen de indicatoren betrekking hebben op grotere aantallen patiënten, wat de betrouwbaarheid van de kwaliteitsinformatie ten goede komt. In dat geval zijn ook distalere uitkomstmaten, zoals het percentage patiënten met een depressie dat zelfmoord pleegt tijdens de behandeling in de eerste lijn, relevant. Deze indicator werd in dit project geëxcludeerd vanwege de lage aantallen op praktijkniveau.

De 'ruwe' indicatorpercentages, ten slotte, zouden niet zonder beschouwing van andere factoren geïnterpreteerd moeten worden als maat voor goede zorg. Bij onderlinge vergelijking dient rekening te worden gehouden met verschillen in case-mix. Dit is met name van belang bij uitkomstmaten omdat bijvoorbeeld patiëntkenmerken, leefstijl of therapietrouw de resultaten beïnvloeden. Zo zal bij vergelijking van uitkomsten van indicator 12 (herstel na depressie) rekening gehouden moeten worden met verschillen in bijvoorbeeld het geslacht, omdat depressie ongeveer tweemaal zoveel voorkomt bij vrouwen als bij mannen [44].

In deze studie werd gefocust op de directe patiëntenzorg en de continuïteit ervan. Voor informatie over de kwaliteit van zorgmanagement in de eerste lijn, onder andere ten aanzien van aanvullend onderzoek, verwijzbeleid, medicatiebeleid en dossiervoering, wordt verwezen naar het afzonderlijke rapport dat in dezelfde reeks als dit rapport is verschenen. Behalve de professionele kwaliteit van het zorginhoudelijk handelen en de

organisatie daarvan, kan de kwaliteit van zorg afgemeten worden aan de hand van ervaringen van patiënten. Vanwege mogelijke overlap met het traject van de Consumer Quality Index (CQ-index), waarmee de ervaringen van patiënten met de gezondheidszorg worden gemeten, zijn deze hier verder buiten beschouwing gelaten. Nieuwe ontwikkelingen op het gebied van *patient reported outcomes* (zoals maatschappelijk functioneren) kunnen echter een zinvolle aanvulling zijn binnen het totale concept van de kwaliteit van zorg.

Conclusie

Op basis van systematische selectie en consultatie van experts konden 14 indicatoren worden geïdentificeerd die de kwaliteit van het eerstelijns zorgproces voor mensen met depressie in beeld brengen. De meeste indicatoren kunnen als inhoudsvalide worden beschouwd; in hoeverre voldaan wordt aan andere klinimetrische eisen, zoals de betrouwbaarheid en discriminante validiteit, moet nader worden onderzocht. De kwaliteitsinformatie die met deze indicatoren gegenereerd wordt, is bedoeld voor zowel de zorgaanbieders zelf, als consumenten en patiënten, zorgverzekeraars en andere inkopers van zorg, beroepsorganisaties en de inspectie voor de gezondheidszorg. Eventuele verschillen in belangen en informatiebehoefte van de betrokken partijen kunnen tot verschillende accenten of subsets leiden. Ook een pilot test ten behoeve van de haalbaarheid van de indicatoren kan gevolgen hebben voor de samenstelling van de set; de praktijktest in dit project wees uit dat voor slechts een beperkt aantal indicatoren wel gegevens voorhanden zijn, maar niet altijd compleet of systematisch verzameld, terwijl voor de meeste indicatoren (nog) geen (continue) registratie plaatsvindt. Goede en volledige registratie is een eerste voorwaarde voor betrouwbare kwaliteitsinformatie.

REFERENTIES

1. Marwijk HJW van, Grundmeijer HGLM, Bijl D, Van Gelderen MC, De Haan M, Van Weel-Baumgarten EM, Burgers JS, Boukes FS, Romeijnders ACM. NHG-Standaard Depressieve stoornis (depressie) (eerste herziening). Huisarts Wet 2003;46(11):614-23.
2. Netherlands Institute of Mental Health and Addiction. Trimbos Instituut. www.trimbos.nl
3. Mast RC van der, Hengeveld MW, Bannink M. Depressies bij somatische zieke patiënten. Ned Tijdschr Geneesk 1989; 133:713-16.
4. Neeleman J, Ormel J, Bijl RV. The distribution of psychiatric and somatic ill health: associations with personality and socioeconomic status. Psychosom Med 2001;63:239-47.
5. Nuijen J. Depression and comorbidity: general practice-based studies on occurrence and health care consequences. Amsterdam/Utrecht: NIVEL; 2009.
6. Ede L van, Yzermans CJ, Brouwer HJ. Prevalence of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. Thorax 1999; 54: 688-693.
7. Dickens C, McGowan L, Clark-Carter D, Creed F. Depression in rheumatoid arthritis: a systematic review of the literature with meta-analysis. Psychosom.Med 2002; 64:52-60.
8. Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, Walters EE, Swendsen JD, Aguilar-Gaziola S, Bijl R, Borges G, Caraveo-Anduaga JJ, DeWit DJ, Kolody B, Vega WA, Wittchen HU, Kessler RC. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Addict Behav 1998; 23:893-907.
9. Hasin D, Liu X, Nunes E, McCloud S, Samet S, Endicott J. Effects of major depression on remission and relapse of substance dependence. Arch Gen Psychiatry 2002; 59:375-80.
10. Ormel J. Depressie. De rol van levensgebeurtenissen, persoonlijkheid en erfelijkheid. In: den Boer JA, Ormel J, van Praag HM, Westenberg HGM, D'haenen H (red.). Handboek stemmingsstoornissen, Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom; 1999.
11. Kendler KS, Thomson LM, Gardner CO. Genetic risk, number of previous depressive episodes, and stressful life events in predicting onset of major depression. Am J Psychiatry 2001; 158:582-86.
12. Braspenning J, Schellevis, F, Grol R. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK; 2004.
13. Cardol M, Van Dijk L, De Jong JD, de Bakker DH, Westert GP. Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter? Utrecht: NIVEL; 2004.
14. Montano CB. Recognition and treatment of depression in a primary care setting. J Clin Psychiat 1994, 55: 18-34.
15. Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen. Regeling verzekeringsgeneeskundige protocollen arbeidsongeschiktheidswetten. Verzekeringsgeneeskundig protocol depressieve stoornis. www.st-ab.nl, geraadpleegd 14-01-2009.
16. Baker R, Reddish S, Robertson N, Hearnshaw H, Jones B. Randomised controlled trial of tailored strategies to implement guidelines for the management of patients with depression in general practice. Br J Gen Pract 2001;51:737-41.
17. Transmuraal Netwerk Midden-Holland. Transmurale Richtlijn Depressie, 2007.
18. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie. Utrecht: Trimbos Instituut; 2005.
19. NVAB (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde). Module depressie en arbeid (aanvulling op multidisciplinaire richtlijn). Eindhoven: NVAB; januari 2005.
20. Romeijnders ACM, Lamers ETT, Vriezen JA, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Depressieve Stoornis. Huisarts Wet 2006; (49): 209-12.
21. Institute for Clinical System Improvement (ICSI), personal communication from Gordon Mosser.
22. Institute for Clinical Systems Improvement. Major depression in adults in primary care. Bloomington: Institute for Clinical Systems Improvement; 2008.
23. National Institute for Clinical Excellence. Depression: management of depression in primary and secondary care. Clinical practice guideline No 23. London: NICE; 2004. www.nice.org.uk.
24. Ellis PM, Smith DAR. Treating depression: the beyondblue guidelines for treating depression in primary care. Med J Aust 2002; 176 Suppl May 20: S77-S83.
25. National Health Committee, National Advisory Committee on Health and Disability. Guidelines for the treatment and management of depression by primary healthcare professionals, 1996.
26. VWS. Intentieverklaring Versterking eerstelijnsgezondheidszorg. Den Haag: Ministerie VWS; 2004.
27. National Quality Measures Clearinghouse (NQMC). Desirable measure attributes. www.qualitymeasures.ahrq.gov, geraadpleegd 25 juni 2008.

28. Nederlandse Studie naar Depressie en Angst. The infrastructure for the NESDA study (www.nesda.nl) is funded through the Geestkracht program of the Netherlands Organisation for Health Research and Development (Zon-Mw, grant number 10-000-1002) and is supported by participating universities and mental health care organizations (VU University Medical Center, GGZ inGeest, Arkin, Leiden University Medical Center, GGZ Rivierduinen, University Medical Center Groningen, Lentis, GGZ Friesland, GGZ Drenthe, Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL) and Netherlands Institute of Mental Health and Addiction (Trimbos).
29. Franx G, Spijker J, Huijser J, de Doelder P. Daling in depressie. Doorbraakmethode brengt afname in overbehandeling teweeg. *Medisch contact* 2006; 61:1592-95.
30. Stuurgroep Transparantie GGZ. Prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Basisset 2007-2008. Utrecht: december 2007.
31. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Zichtbare kwaliteit, Zorgbrede Transparantie (folder). Utrecht: IGZ, september 2007.
32. Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Werkverslag naar aanleiding van de Invitational Conference ketenzorg en toezicht op 5 juni 2007. Utrecht: IGZ, juni 2007.
33. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de gezondheidszorg 2003. Ketenzorg bij chronisch zieken. Den Haag: IGZ, 2003.
34. Lin NGCB van, Laurant MGH, Pijnenborg L. Geestelijke Gezondheidszorg. In: Braspenning JCC, Pijnenborg L, in 't Veld CJ, Grol RPTM. Werken aan kwaliteit in de huisartsenpraktijk (pp 86-95). Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005.
35. National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester RAND. Measuring General Practice: A demonstration project to develop and test a set of primary care clinical quality indicators. London: The Nuffield Trust, 2003.
36. Quality and Outcomes Framework (QOF). Zie: <http://www.ic.nhs.uk/our-services/improving-patient-care/the-quality-and-outcomes-framework-qof-2006/07/qof-2006-07-frequently-asked-questions-faqs>. Geraadpleegd 23 januari 2008.
37. Hermann R, Mattke S, Somekh D, Silfverhielm H, Goldner E, Glover G, Pirkis J, Mainz J, Chan J. Quality indicators for international benchmarking of mental health care. *Int J Qual Health Care* 2006; 18: 31-38.
38. Shield T, Campbell S, Rogers A, Worrall A, Chew-Graham C, Gask L. Quality indicators for primary care mental health services. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 100-106.
39. Valenstein M, Mitchinson A, Ronis D, Alexander J, Duffy S, Craig T, Barry K. Quality indicators and monitoring of mental health services: what do frontline providers think? *Am J Psychiatry* 2004; 161: 146-153.
40. Dingemans PM, Nolen WA. Instrumentarium voor het meten van depressie. In: Nolen WA, Hoogduin CAL (red.). *Behandelingsstrategieën bij depressie*, pp. 13-24. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 1998.
41. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders [DSM-IV]. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
42. Van der Linden M, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven, NIVEL/RIVM; 2004.
43. Smolders M, Laurant M, Akkermans R, Wensing M, Grol R. GP's assessment of suicide risk in depressed patients. *Primary Care and Community Psychiatry* 2008;3:138-140.
44. Schoemaker C, Poos MJJC, Spijker J. Depressie. Omvang van het probleem. Hoe vaak komt depressie voor? *Nationaal Kompas Volksgezondheid*, januari 2008.

BIJLAGE 1 Selectiecriteria indicatoren

Ten aanzien van elk zorgaspect heeft systematische selectie plaatsgevonden aan de hand van onderstaande selectiecriteria. Deze zijn in de genoemde volgorde toegepast en beoordeeld met “ja”, “nee”, “?” of “niet van toepassing”:

(1) Relevantie (afgeleid van NQMC) [27]

- Doel: inschatting dat de informatie geschikt is voor het publieke domein (de indicator is niet te gedetailleerd - bijvoorbeeld verschillende typen medicatie - wel op hoofdlijnen/geaggregeerd, maar ook weer niet te algemeen - niet alleen public health/algemene bevolking, wel patiëntenpopulatie van huisartsenpraktijk, zorggroep, of thuiszorgorganisatie);
- Doelgroep: inschatting dat de informatie relevant is voor patiënten en consumenten, zorgverzekeraars en inspectie, en voor professionals zelf;
- Impact op de gezondheid: het onderwerp waar de indicator uitdrukking aan geeft is klinisch relevant, bijvoorbeeld in termen van een hoge prevalentie of incidentie, en heeft effect op de ziektelast, zoals mortaliteit en morbiditeit;
- Toepasbaarheid op verschillende groepen van patiënten binnen de totale doelgroep: de indicator is stratificeerbaar; met de indicator kan de mate van (gelijke) verdeling van zorg voor verschillende groepen van patiënten gemeten worden;
- Ruimte voor verbetering van de kwaliteit van zorg: het is in zijn algemeenheid bekend dat de kwaliteit van zorg zoals uitgedrukt met de indicator laag is of dat er variatie is tussen professionals of organisaties;
- Beïnvloedbaarheid van de zorg: de resultaten van de indicator kunnen omgezet worden in acties of interventies in de eerste lijn om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Op de relevant bevonden indicatoren - een indicator dient daarbij aan alle genoemde criteria voor relevantie te voldoen, met hooguit twee keer een “?” - vindt verdere selectie plaats:

(2) Nationale afspraken

Bij keuze tussen verschillende indicatoren geven nationale afspraken de doorslag. Indien alleen indicatoren beschikbaar zijn die afwijken van Nederlandse richtlijnen, wordt gekeken of deze aangepast kunnen worden. Dit selectie criterium is niet van toepassing op incidentie- en prevalentie-indicatoren.

De indicatoren die betrekking (kunnen) hebben op nationale afspraken of waarbij dit criterium niet van toepassing is (bijvoorbeeld prevalentie), komen in aanmerking voor verdere selectie:

(3) Getest op validiteit en betrouwbaarheid

Bij keuze tussen indicatoren waarbij informatie voorhanden is over goede validiteit en betrouwbaarheid en indicatoren die nog in ontwikkeling zijn of waarbij dergelijke informatie ontbreekt, wordt gekozen voor eerstgenoemde indicator(en).

In geval er alleen indicatoren beschikbaar zijn die nog in ontwikkeling zijn of waarvan informatie over psychometrische kenmerken ontbreekt, volstaan deze indicatoren en worden de volgende criteria toegepast:

(4) Richting van de indicator

Bij keuze tussen positieve of negatieve informatie is gekozen voor een positieve richting omdat op deze manier de nadruk wordt gelegd op de geleverde prestaties. Dit criterium geldt voor structuur- en procesindicatoren.

In geval er alleen in negatieve richting geformuleerde structuur- of procesindicatoren beschikbaar zijn, passen wij zo mogelijk de richting aan.

(5) Meetbaarheid en inspanningen voor de gegevensverzameling

Nagaan of de indicator meetbaar is. Bij keuze tussen indicatoren die verder ook aan bovenstaande criteria voldoen wordt gekozen voor indicatoren met de minste inspanningsvereisten voor de gegevensverzameling.

BIJLAGE 2 Functionele omschrijving van eerstelijns depressiezorg

Met een functionele omschrijving wordt bedoeld dat de verschillende zorgtaken zijn beschreven en de mogelijke uitvoerders daarvan zijn benoemd. Op basis van de bovengenoemde richtlijnen en standaarden kunnen de primaire zorgtaken voor mensen met een depressieve stoornis ingedeeld worden naar diagnostiek, voorlichting, begeleiding, behandeling, monitoring en taken ten aanzien van samenwerking en afstemming tussen zorgverleners. Preventie van een depressie wordt in bestaande richtlijnen niet teruggevonden als aparte zorgtaak. Wel is het bij sommige mensen met beginnende klachten mogelijk om met psycho-educatie, waarbij verschillende vaardigheden worden aangeleerd, de klachten te verminderen. Dit is ook mogelijk bij ouderen in een verzorgingshuis. Preventie in een vroeg stadium kan op deze wijze verhinderen dat de klachten zich ontwikkelen tot depressie [2]. Ondanks dat preventie van depressie niet expliciet in de richtlijnen vernoemd wordt, wordt preventie gezien het belang ervan toch meegenomen als aparte zorgtaak. Omdat er geen indicatoren zijn gevonden omtrent de zorgtaak preventie en om te voorkomen dat mensen met depressieve klachten die niet aan de diagnose depressie voldoen buiten de boot vallen, is deze doelgroep tevens meegenomen bij de zorgtaken voorlichting en begeleiding.

Het stellen van de diagnose depressie kent globaal drie fasen [40]:

- (1) Het begint meestal met een vermoeden van depressie. Dit vermoeden kan ontstaan bij de behandelaar door een opmerking van de depressieve persoon, of een globale indruk. Voor deze fase van de diagnostiek bestaan ook hulpmiddelen: zogenaamde screeningsinstrumenten.
- (2) Dit vermoeden van depressie wordt vervolgens getoetst door de klachten uit te vragen en te classificeren volgens een diagnostisch systeem (meestal de DSM [41]). Hiervoor bestaan ook gestandaardiseerde diagnostische interviews. In deze fase vindt ook de differentiële diagnostiek plaats en worden bijkomende stoornissen nagevraagd.
- (3) Wanneer de diagnose depressie eenmaal is gesteld, kan vervolgens nog worden gekeken naar de ernst van de depressie. Ook voor deze derde fase staan de hulpverlener verschillende hulpmiddelen -interviews, observatieschalen en vragenlijsten- ter beschikking.

Voor de beschrijving van de diagnostiek is dit onderscheid in fasen verhelderend. In de dagelijkse praktijk lopen deze fasen vaak door elkaar. Ook wordt er wel eens een onderdeel overgeslagen. Zo hanteren behandelaars de uitkomst van een screeningsinstrument af en toe als een diagnose en gaan zij bij het monitoren van de ernst van de symptomen nogal eens af op hun eigen klinische oordeel. Dit is echter minder betrouwbaar.

Wie voor welke zorgtaak de uitvoering in handen heeft kan tussen patiënten verschillen. Het uitgangspunt van dit project is dat de depressiezorg optimaal wordt uitgevoerd; wie de taak uitvoert is daaraan ondergeschikt. Volgens de LESA [20] Depressieve Stoornis wordt

de zorg voor mensen met een depressie vooral gegeven door huisartsen en andere eerstelijns hulpverleners, zoals Praktijkondersteuners Huisartsenzorg GGZ (POH-GGZ), sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV), maatschappelijk werkers (AMW) en eerstelijns psychologen. Daarbij is voor een aantal zorgtaken mogelijk sprake van overlap. Het is van belang dat de zorg onderling goed is afgestemd. Concreet kan daarbij gedacht worden aan het werken met (dezelfde) inhoudelijke protocollen of richtlijnen ten behoeve van eenduidige depressiezorg (dit betreffen primaire zorgtaken). Ook kan gedacht worden aan een ketenprotocol of een andere samenwerkingsafspraken, ten behoeve van de verdeling van taken en verantwoordelijkheden in de zorgverlening. Zo wordt in de LESA Depressieve Stoornis aanbevolen om op regionaal niveau afspraken te maken over de zorgcoördinatie. En tenslotte kan gedacht worden aan een patiëntgebonden zorgplan of zorgdossier ten behoeve van de onderlinge communicatie.

Alles overziend kunnen de (zorg)taken rondom depressie zoals in tabel 2.1 schematisch worden samengevat. Omdat taken op het gebied van samenwerking en afstemming niet het primaire proces betreffen (geen patiëntgebonden handelingen) en meestal niet ziektespecifiek zijn, is onderscheid gemaakt tussen primaire zorgtaken enerzijds en samenwerking en afstemming tussen zorgverleners anderzijds:

Tabel 2.1: Overzicht van zorgtaken rondom depressie

PRIMAIRE ZORGTAKEN	DOELGROEP VAN PATIËNTEN	DOOR BETROKKEN ZORGVERLENER
Preventie		
Vroegsignalering	Patiënten met depressieve klachten	Huisarts of andere eerstelijns GGZ-zorgverlener ¹
Advisering	Patiënten met depressieve klachten	Huisarts of andere eerstelijns GGZ-zorgverlener
Ondersteuning	Patiënten met depressieve klachten	Huisarts of andere eerstelijns GGZ-zorgverlener
Diagnostiek		
Afnemen van een anamnese	Patiënten met depressieve klachten	Huisarts of andere eerstelijns GGZ-zorgverlener
Stellen van diagnose depressieve klachten / depressief syndroom	Patiënten met depressieve klachten	Huisarts of andere eerstelijns GGZ-zorgverlener
Beoordelen van de ernst van de depressieve klachten	Patiënten met depressieve klachten	Huisarts of andere eerstelijns GGZ-zorgverlener
Beoordelen van het suïciderisico	Patiënten met depressieve klachten	Huisarts of andere eerstelijns GGZ-zorgverlener
Verrichten van differentiële diagnostiek	Patiënten met depressieve klachten	Huisarts of andere eerstelijns GGZ-zorgverlener
Navragen van overige (somatische) stoornissen	Patiënten met depressieve klachten	Huisarts of andere eerstelijns GGZ-zorgverlener
Voorlichting		
Informatie verstrekken over het ziektebeeld	Patiënten met depressieve klachten en patiënten met een gediagnosticeerde depressie	Huisarts of andere GGZ-zorgverlener

¹ Andere eerstelijns GGZ-zorgverleners zijn: POH-GGZ, SPV, AMW, eerstelijns psychologen, vrijgevestigde psychotherapeuten en psychiaters. Maatschappelijk werkers zullen zich vooral met voorlichting en begeleiding bezighouden.

PRIMAIRE ZORGTAKEN	DOELGROEP VAN PATIËNTEN	DOOR BETROKKEN ZORGVERLENER
Informatie verstrekken over de behandel mogelijkheden	Patiënten met depressieve klachten en patiënten met een gediagnosticeerde depressie	Huisarts of andere GGZ-zorgverlener
Informatie verstrekken over de werking en eventuele bijwerking(en) van medicatie	Patiënten met een gediagnosticeerde depressie met medicatie of medicamenteuze behandelindicatie	Huisarts of andere GGZ-zorgverlener
Begeleiding		
Adviseren van patiënt om sleutelfiguren in te lichten	Patiënten met depressieve klachten en patiënten met een gediagnosticeerde depressie	Huisarts of andere GGZ-zorgverlener
Aandacht besteden aan teleurstelling verdriet, krenking of woede en uitlokkende factoren	Patiënten met depressieve klachten en patiënten met een gediagnosticeerde depressie	Huisarts of andere GGZ-zorgverlener
Haalbare doelen stellen en patiënt aanmoedigen te doen waar nog wél plezier aan beleefd wordt	Patiënten met depressieve klachten en patiënten met een gediagnosticeerde depressie	Huisarts of andere GGZ-zorgverlener
Behandeling		
Inzetten van een medicamenteuze behandeling	Patiënten met een gediagnosticeerde depressie en een medicamenteuze behandelindicatie	Huisarts of vrijgevestigd psychiater
Inzetten van een psychologische / psychotherapeutische behandeling	Patiënten met een gediagnosticeerde depressie	Huisarts of andere GGZ-zorgverlener
Verwijzen naar andere eerste-/tweedelijns GGZ hulpverlener	Patiënten met een gediagnosticeerde depressie en een behandelindicatie voor eerste-/tweedelijns GGZ	Huisarts of andere GGZ-zorgverlener
Monitoring		
Evalueren van het beloop van de depressie of depressieve klachten met een bepaalde frequentie (frequentie in samenspraak met de patiënt en diens naasten(n))	Patiënten met depressieve klachten en patiënten met een gediagnosticeerde depressie	Huisarts of andere GGZ-zorgverlener
Samenwerking en afstemming		
Afspraken over een eenduidige inhoudelijke zorgverlening (bijvoorbeeld werken met dezelfde richtlijn of standaard).	Patiënten met een gediagnosticeerde depressie	Betrokken hulpverleners
Afspraken over taken, verantwoordelijkheden en coördinatie of regie.	Patiënten met een gediagnosticeerde depressie	Betrokken hulpverleners
Communicatie via een patiënt-gebonden zorgplan of zorgdossier.	Patiënten met een gediagnosticeerde depressie	Betrokken hulpverleners

BIJLAGE 3 Leden projectgroep

Mevr. Dr. J. Braspenning, coördinator Monitoring en toetsing, sectie Kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg, IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen;

Mevr. Dr. H. Calsbeek, onderzoeker, sectie Kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg, IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen;

Prof. Dr. R. Grol, afdelingshoofd IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen;

Mevr. Dr. M. Smolders, onderzoeker, sectie Kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg, IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen;

Mevr. Drs. G. van de Ven, onderzoeksassistent, sectie Kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg, IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen;

Dr. M. Wensing, coördinator Verbetering van zorg en sectiehoofd Kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg, IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen.

BIJLAGE 4 Lijst van experts²

Mevr. Dr. M. Laurant, senior onderzoeker sectie Kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg, IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen;

Mevr. Dr. E. Licht-Strunk, huisarts, epidemioloog, Afdeling Huisartsgeneeskunde, EMGO-Instituut voor onderzoek naar gezondheid en zorg, VU medisch centrum, Amsterdam;

Dr. H. W. J. van Marwijk, huisarts, senior onderzoeker afdeling Huisartsgeneeskunde, Vrije Universiteit, Amsterdam;

Dr. B. Terluin, huisarts, VUMC, Amsterdam;

Dhr. M. Vrolijk, Lid vakcommissie categorale zorg V&VN Praktijkverpleegkundigen & Praktijkondersteuners, Utrecht.

² Naamsvermelding betekent niet dat iedere referent het rapport inhoudelijk op elk detail onderschrijft.

Gerelateerde projecten en publicaties

Projecten

Binnen de afdeling zijn en worden veel nationale en internationale projecten uitgevoerd naar kwaliteitsindicatoren en -systemen in de eerste lijnszorg. Dit werk heeft onder andere geleid tot:

- de ontwikkeling van het Visitatie Instrument Accreditering (VIA) voor de NHG-Praktijkaccreditering®;
- een *Pay-for-performance* (P4P) programma voor de huisartsenzorg;
- een kwaliteitssysteem voor de huisartsenposten;
- een set diabetesindicatoren;
- een database met internationale gegevens over de praktijkvoering in diverse Europese landen;
- een Europese set van kwaliteitsindicatoren t.b.v. cardiovasculair risicomangement;
- een set van prestatie indicatoren voor de huisartsenzorg;
- een set prestatie indicatoren voor de fysiotherapie.

Enkele gerelateerde publicaties IQ healthcare

1. Martirosyan L, Voorham J, Haaijer-Ruskamp FM, Braspenning J, Wolffenbuttel BHR, Denig P. A Systematic Literature Review: Prescribing Quality Indicators for Type 2 Diabetes Mellitus and Cardiovascular Risk Management. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009; accepted.
2. Nijkraake MJ, Keus, SHJ, Ewalds H, Overeem S, Braspenning JCC, Oostendorp RAB, Hendriks EJM, Bloem BR, Munneke M. Quality indicators for physiotherapy in Parkinson's disease. *Eur J Phys Rehabil Med* 2009; 45(2):239-45.
3. Braspenning J, Kirschner K, Batenburg J, van de Rijdt D, Grol R. Pay-for-performance in de huisartsenzorg: eerste experiment in Nederland. *Medisch Contact* 2008; 63(24):1042-45.
4. Campbell SM, Ludt S, Van Lieshout J, Boffin N, Wensing M, Petek D, Grol R, Roland MO. Quality indicators for the prevention and management of cardiovascular disease in primary care in nine European countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2008; 15(5): 509-15.
5. Giesen P, Willekens M, Mokkink H, Braspenning J, van den Bosch W, Grol R. Out-of-hours primary care: development of indicators for prescribing and referring. *Int J Qual Health Care* 2007; 19(5): 289-95.
6. Van Roosmalen MS, Braspenning JCC, de Smet PAGM, Grol RPTM. Antibiotic prescribing in primary care. First choice and restrictive prescribing are two different traits. *Qual Saf Health Care* 2007; 16: 105-9.
7. Dijkstra RF, Niessen LW, Braspenning JCC, Adang E, Grol RPTM. Patient-centred and professional-directed implementation strategies for diabetes guidelines: a cluster-randomized trial-based cost-effectiveness analysis. *Diabetic Med* 2006; 23(2): 164-70.
8. Braspenning JCC, Pijnenborg L, In 't Veld CJ, Grol RPTM (eds). *Werken aan kwaliteit in de huisartsenpraktijk. Indicatoren gebaseerd op de NHG-Standaarden*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2005.
9. Tacken MAJB, Braspenning JCC, Berende A, Hak E, de Bakker DE, Groenewegen PP, Grol RPTM. Vaccination of high-risk patients against influenza: impact on primary care contact rates during epidemics. Analysis of routinely collected data. *Vaccine* 2004; 22: 2985-92.
10. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research on methods of developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ* 2003; 326: 816-9.