

Implementatie Atelier van 18 mei 2017, richtlijn Depressie

Vragen die besproken zijn met de richtlijn ontwikkelaar Henny Sinnema van het Trimbos Instituut aangevuld met opmerkingen van deelnemers aan het Implementatie Atelier.

1. V: Zou de JGZ-risicofactoren voor depressie moeten vastleggen?

A: Ja, staat als aanbeveling in de richtlijn → maar hoe? Dit is een terugkerende vraag bij het implementeren van nieuwe richtlijnen. Elke richtlijn levert weer een rijtje risicofactoren waarvan sommige makkelijk in het DDJGZ genoteerd kunnen worden omdat het tot de ouderkenmerken of erfelijke factoren hoort. Andere factoren komen minder zichtbaar als risicofactoren in het dossier omdat dit historische of achtergrondgegevens zijn. Voorbeelden zijn: bijzonderheden in de zwangerschap, het land van herkomst, geslacht, opleidingsniveau van de ouder e.d.
Er is niet één onderdeel in het DDJGZ dat al deze factoren in één keer toont. De betekenis van verschillende factoren kan ook anders wegen per richtlijn.
Als professional zal je je dus zelf een totaalbeeld van risicofactoren moeten vormen.

Samenhang aanbrengen tussen verschillende risicofactoren en de onderwerpen door technische ondersteuning zou een te ontwikkelen functionaliteit van een dossier kunnen zijn. Een verzamelplek, in het dossier, van de verschillende factoren en de vertaling daarvan naar richtlijnen toe.
Zou dit bijvoorbeeld onderdeel van een beslisondersteuning in een DDJGZ kunnen zijn?

2. V: Zou de JGZ-risicogroepen moeten vastleggen in het dossier?

A: Lastig te beantwoorden. Risicogroepen moeten vooral in de hoofden van professionals zitten en dit moet vooral bij scholingen benoemd worden, niet als zodanig registreren, maar bewustzijn ervan en gericht vragen stellen bij de risicogroepen. Idealiter zou het systeem wel moeten ondersteunen.

3. V: Risicofactor bij kind zou sportblessure zijn (expert opinion)? Hoe groot moet dan de impact zijn om hier rekening mee te houden?

A: Het kan al spelen wanneer er geen alternatief voor beweging is bijvoorbeeld, als het een uitlaatklep was, een structurele bezigheid en voldoening ondervinden aan beweging.
Breed zien, uit balans raken van een gewoonte die goed voelt.

Inbreng in het atelier:

Tijdens het atelier is ook nog het endorfine effect benoemd door veel sporten. Ook het wegvallen daarvan kan meespelen.

Maar eigenlijk kunnen alle veranderingen die de balans in het leven verstoren bijdragen aan het ontstaan van een depressie. Niet alleen het wegvallen van sporten maar ook mogelijk het wegvallen van hobby's die bijdragen aan ontspanning heeft volgens de deelnemers mogelijk een effect.

4. V: Wat zijn concrete handvatten voor de JGZ-professional om beschermende en risicofactoren goed af te kunnen wegen?

A: Als voorbeeld wordt genoemd het in de JGZ veel toegepaste Balansmodel van Bakker, maar daarnaast vooral het gezonde verstand blijven gebruiken en de klinische blik. Er is op dit moment geen methode beschikbaar die dit objectief afweegt of de professional daarin ondersteunt.

5. V: Hoe hebben we de beschikking over de CDI (in de praktijktest maar door één team getest) en de CES-D?

A: Organisaties kunnen zelf kiezen voor de inzet van een instrument. Een vragenlijst gebruiken is niet verplicht. Klinische blik brengt je een heel eind.

Bij niet pluis bijvoorbeeld verwijzen. Ook afhankelijk van de insteek van je organisatie? In hoeverre wil de organisatie al in de pre-diagnostiek een rol spelen. Kan een hulpmiddel zijn. De kosten zijn te vinden op de Nji-website.
Eventueel train-de-trainer scholingen mogelijk vanuit Trimbos.

Wat zijn de kosten?

Hoeveel scholing is er nodig voor het gebruik van deze vragenlijsten?

Hoeveel ervaring heb je nodig om de vragenlijsten verantwoord toe te passen?

Waar kan je de vragenlijst en de [handleiding](#) downloaden: er is alleen toestemming om de vragenlijst voor onderzoek te gebruiken, niet voor diagnostiek waar de invuller voor moet betalen.

Inbreng van het Atelier

Het belang van een goede anamnese wordt eigenlijk het meest onderstreept.

6. V: Brede anamnese: hoe is deze in de praktijk het best toe te passen? Keuze onderdeel in het dossier? Hoe kwam dat uit de praktijktest?

A: De professional moet vooral zelf een keuze maken uit de vragen. Hoe stel je de vragen goed?

Vragen moeten ook bij je manier van gespreksvoering passen. Hier zijn scholingen op te volgen. Onder de vragen zijn geen vragen die beter signaleren of specifieker signaleren dan andere? Onderzoek op zich waard.

Tips: Jezelf trainen in het stellen van een beperkt aantal vragen. Je merkt vanzelf welke vragen het meest opleveren en welke niet. Probeer af en toe weer nieuwe vragen uit.

7. V: Is er een concreet hulpmiddel te bedenken voor het bepalen van de ernst van de klachten? Ondersteuning door beslismodel? Terminologie is niet heel concreet.

A: Belangrijke vragen die je bij het inschatten van ernst stelt zijn: hoe lang, wanneer en wat is de invloed op dagelijks functioneren?

Enkele → hooguit 2 signalen.

Duur → vaker of ernstig

Impact → hoe sterk is dagelijks leven beperkt/beïnvloed?

Multidisciplinaire richtlijn volwassenen: wel een indeling licht, matig ernstig.

De professional moet vooral inschatten hoe ernstig de impact is van de klachten → niet een diagnose stellen, maar verwijzen

8. V: Concreet uitwerken van psycho-educatie: wat moet er minimaal ter sprake komen?

A: Welke sites vinden we het best passen bij de klanten. Professional moet zich daar zelf ook wel oriënteren op wat er is. De websites in de richtlijn geven een indruk en de professional moet leren wie je naar welke website verwijst.

9. V: Besliahulp voor het toepassen van interventies? Blijft voor de JGZ-professional wel zoeken als ze zelf moeten beslissen welke interventie geïndiceerd is. Welke partij zou hier meer sturend/adviserend kunnen optreden? Trimbos zelf, Nji?

A: Een mogelijkheid is om met een aandachtsfunctionaris te werken die de sociale kaart bijhoudt op het gebied van de interventies. Deze zou door collega's bevestigd kunnen worden. **Inbreng van het Atelier:** zie verderop in de uitwerking.

10. Vraag van een van de implementatiefunctionarissen.

Vraag: Ik heb mijn twijfels over depressie bij jonge kinderen: zeldzaam, moeilijk te diagnosticeren, weinig over bekend.

Hoe motiveer ik dan de medewerkers die alleen met deze doelgroep werken om zich hierin te verdiepen? En hoe belangrijk is dat, aangezien we ons wel bezighouden met veelvoorkomende problemen als slaap- en eetproblemen, die een uiting van depressie kunnen zijn, maar dat meestal niet zijn. In welke gevallen moeten we dan aan depressie denken?

Antwoord

De JGZ moet vooral de ontwikkeling monitoren en niet denken vanuit aparte richtlijnen. Het doel van de richtlijn is niet om depressie op te sporen. Belangrijk is vooral om in te gaan op de problemen die er zijn, kijken naar het kind in de context, je hoeft niet een depressie eruit te halen.

Ga uit van hoe het met het kind gaat en onderneem actie ondernemen, wanneer je denkt aan depressieve klachten.

Overige opmerkingen

- **Tijd** zal een knelpunt zijn en blijven. Samen met het probleem van beperkte beschikbaarheid en kosten van specifieke vragenlijsten zal dit in de praktijk ertoe leiden dat kinderen met signalen van psychische problematiek al snel verwezen worden. Dit zou een onderwerp van gesprek met de gemeente kunnen zijn: als de randvoorwaarden worden geregeld (bekostigd) kan de JGZ meer doen dan nu, wat kostenbesparend zou kunnen zijn.
- De preventie van depressie vind ik nog onderbelicht. Hoe kunnen we beschermende factoren versterken? Psycho-educatie, normale werk doen, versterken van eigen kracht/zelfbeeld.
- Ik zie het nut nog niet zo van kennis hebben van screeningsinstrumenten die de GGZ gebruikt. Antwoord: hoeft ook niet.
- Het monitoren van verwijzingen wordt helaas niet bekostigd, wat natuurlijk voor alle verwijzingen geldt. Antwoord: kiezen voor het hoognodige. Maatwerk t.o.v. de ouder en kind die je voor je hebt.
- Suicidepreventie en zelfbeschadiging weinig benoemd in de richtlijn. Hierover is veel discussie in werkgroep geweest. De conclusie is dat deze thema's veel meer dan depressie omvatten en er daarom een aparte richtlijn of product voor moet komen.

Een aantal punten zijn in het implementatie atelier verder bediscussieerd en uitgewerkt.

- A. Wat betekent het voor dossiervoering/wat missen we of moet er over afgesproken worden? Samenvattend twee thema's: (vooral) uniformisering van registratie en ondersteuning van de professional door het DDJGZ-systeem.
- Verschillende dossiers
 - Te maken met overdracht en wat komt er digitaal mee over bij de overdracht.
 - Wat zijn afspraken: alleen invullen bij bijzonderheden? Niets invullen kan betekenen, niet gevraagd of geen bijzonderheden.
 - Per individu een persoonlijke werkwijze / voorkeur t.a.v. het invullen van conclusie. Sommigen hele samenvattingen, andere enkele regels, andere weer alleen afspraken. Uniformiteit is een uitdaging.
 - CDI zou je kunnen aanvullen in de lijst? Maar hoe zit het dan met andere vragenlijsten zoals voor adhd, ass etc.
 - Gebruik van BDS elementen op de juiste wijze. Dan komt bij overdracht de informatie ook op

de juiste plek in het dossier.

- (BDS-protocol Nu staat bij verwijzen alleen richting de GGZ. Maar zeker in de 0-4 is een verwijzing richting huisarts of evt. kinderarts veel logischer. Juist omdat de "klachten" nog weinig specifiek zijn.
- Het systeem ondersteunt niet bij risicosignalering. Je moet zelf je signalen op verschillende vlakken bij elkaar zoeken. Je krijgt geen signaal van het systeem (zie ook eerder in dit document).

B. Vragenlijsten gebruiken/ welke dan? Signaleren van depressie.

Algemeen inzetten: vragenlijsten zijn erg risicogericht. JGZ wil ook normaliseren, dat mist nog in vragenlijsten. Ga je een vragenlijst neerleggen bij elk kind of elk school? Als kind krijg je al een hele batterij aan vragenlijsten voorgeschoteld door de GGZ. Met oplossingsgericht en eigen kracht strategie zou je voor een andere route kunnen kiezen.

Je zou vragenlijsten wel mee kunnen nemen in thema werken van scholen, dan heb je collectieve preventie ook deels gedekt.

Daarnaast kijken welke andere zaken al leven (zelftestjes, ander initiatieven op school bijv). Kijken hoe je hierom als JGZ aan kan sluiten.

Belang van gericht inzetten

- Voor dit onderwerp wel *gericht* vragenlijsten gebruiken: jongeren met deze klachten merk je niet op, deze jongeren vullen deze vragenlijst vaak serieus in, jongeren vullen deze lijsten tegelijk in, 9% van deze kinderen vullen deze vragenlijsten vrijwel klinisch in. SDQ is 25 vragen: je mist ongeveer 25-33%. Een aantal van de kinderen vallen anders niet op. Afgelopen 3 jaar slechts 2 ouders die dit niet willen.

Ouders en kinderen al voorbereiden op de aandacht voor psychosociale problemen:

- 2 promovendi zijn hiermee bezig (daar wordt in HvB ook onderzoek naar gedaan).
Brief: GGD besteedt meer aandacht aan de psychosociale ontwikkeling van kinderen.
- Zou ook kunnen passen in een themawEEK (week van geluk?)
- Jongeren krijgen dan een interventie aangeboden.
 - Dit onderzoek afwachten is de teneur (in deze subgroep. Nu nog 3 jaar onderzoek)
 - Met SDQ haal je er te weinig uit, ook niet op indicatie.
 - Wellicht op indicatie een aantal vragen doornemen. Ook in andere klassen.
 - Maatschappelijke relevantie?
 - Er wordt altijd contact opgenomen met ouders. Jongeren worden binnen 48 uur opgeroepen en wordt di of woensdag nazorg geboden. Lijst wordt digitaal gescand. Half dagdeel scholing verpleegkundigen vanuit GGZ.
 - Er wordt een app ontwikkeld voor psycho-educatie
 - Alternatief: gieten in de week van "geluk" aanbieden aan alle kinderen.
 - Gebruik maken van kennis en jeugdcentrum Psychiatrie/ postpartum depressie.
 - Hoe ouders in hun kracht zetten om dit gesprek aan te gaan, of mentoren scholen.
 - Hindoestaanse meisjes komt veel voor.
 - Hoe kunnen we minder risicogericht werken en meer gericht zijn op versterken eigen kracht??
 - Hoe normaliseren? Family factory hierbij betrekken? Hebben een mooi boekje over echtscheiding met een check.

C. Suggesties materialen implementatie richtlijn depressie

- Behapbare en bruikbare samenvatting; wat heb je nodig in de praktijk?
- Activerende werkvormen
- E-learning voor uniforme implementatie
- Handreiking voor scholen; collectieve preventie.
- Omschrijven van activiteiten als psycho-educatie, preventie suïcide.
- Afnemen brede anamnese; wat betekent dat precies? Als je dat weet, kun je het beter en gericht registreren.
- Sociale kaart maken, wie kun je inschakelen als je signaleert?
- Discussie over welke tools je je eigen gaat maken, om geen bodemloze put van instrumenten te gaan verzamelen.

D. Psycho-educatie: Wat hoort er in de psycho-educatie thuis? Waaraan is gedacht?

- website openen waar ouder en jongeren bijzitten
- 2e contactmoment, kan ook via andere medium
- kleine en simpele adviezen geven, niet teveel tegelijk: ritme en regelmaat en veel bewegen. Inschatten of ze dit daadwerkelijk gaan doen, ook op terugkomen.
- eigen kracht versterken, positief labelen
- noodplan; bespreken wat te doen als het echt misgaat.

E. Hoe moet de scholing voor verschillende disciplines eruit zien? Welke discipline moet welke kennis hebben?

Verpleegkundigen, artsen en pedagogen hebben scholing nodig. Bijvoorbeeld beginnen met een thema-ochtend, dan kan je ook andere psychosociale richtlijnen meenemen. Zorgpad herkennen adhv casuïstiekbespreking.

Daarna aanbieden in scholingscarroussels om ook nieuwe medewerkers te betrekken en borging al deels op te pakken.

Werkwijze voor veel deelfacetten blijven hetzelfde. Je zou dus ook in groepen kunnen opfrissen en afstemmen wat bij wie hoort. Als een extra jas aan de kapstok.

Keuze hiervoor hangt af van hoe ver je in de organisatie al bezig bent met implementatie van andere richtlijnen op psychosociaal gebied.

F. Werken met een aandachtsfunctionaris? Wie kent de interventies?

Wanneer alle professionals zelf interventies gaan opzoeken en eigen maken is kostbaar en niet voldoende effectief. Een aandachtsfunctionaris kan hierin advies geven een coördinatie op zich nemen. Dit geldt natuurlijk voor alle richtlijnen. Aandachtsfunctionarissen kunnen ook meer ruimte geven aan de implementatie functionaris.

In de groepssessie: twee meningen; ja en nee.

Nee: kennis van deze richtlijn is een basis van iedereen, je maakt het te gemakkelijk en je ontslaat je collega's van hun verantwoordelijkheid.

Ja: stimuleert betrokkenheid, olievlek effect, laagdrempelig, continuïteit, maar er is wel wat nodig om tot stand te laten komen.

Nut en noodzaak is afhankelijk van de soort organisatie waar je in zit.

G. Thema's gemist:

- a. wat doe je / waar is de grens als het proces stagneert (bijv. weerstand bij overgewicht of depressie). Kunnen richtlijnen hier handvatten in bieden? Dit is heel lastig objectief vast te stellen. Dit thema is aan veel richtlijnen te koppelen en komt neer op de vaardigheid van motiverende gespreksvoering.
- b. Wat valt precies onder een vpk en wat onder de arts?