



Zorgprogramma Depressie GEZ Aalsmeer-Dorp

Inhoud

Inleiding.....	2
1.0 Prevalentie en incidentie in Aalsmeer	3
2.0 Huidige werkwijze en de rollen van de verschillende zorgverleners/zorgorganisaties in Aalsmeer	5
2.1. Eerste Lijn	5
2.2 Tweede lijn	6
3.0 Doelen	7
3.1 Uitwerking doelen	7
4.0 Verwijsbeleid binnen de 1 ^e lijn.....	10
5.0 KIS/GEZ module.....	12
6.0 Prestatie-Indicatoren.....	13
7.0 Organisatie van het zorgprogramma Depressie	14
8.0 Stepped Care	15
9. Diagnostiek door huisarts en/of POH	19
10. Behandeling.....	22
10.1 Medicamenteuze behandeling.....	23
11. Behandeling in de huisartsenpraktijk	24
11.1 Rol huisarts.....	24
11.2 Rol POH GGZ.....	24
11.3 Rol Generalistische Basis GGZ , eerstelijnspsycholoog	25
11.5 Rol fysiotherapeut.....	26
11.6 Rol SGGZ.....	26
12. MDO	27
Bijlagen.....	28

Inleiding

Achtergrond

Uit het Nemesis-onderzoek blijkt dat 6% van de volwassen Nederlandse bevolking tot 65 jaar lijdt aan depressie in engere zin of daar pas geleden mee te kampen heeft gehad. Bij jongeren is dat 2-3% en bij ouderen ongeveer 2%. In totaal zijn dat ongeveer 750.000 inwoners van Nederland. Van de volwassen Nederlandse bevolking krijgt één op de 7 ooit een depressie. Dit betekent dat van elke 1000 volwassen Nederlanders tot 65 jaar er 27 mensen dit jaar voor het eerst of opnieuw een depressieve episode krijgen. Onder volwassenen en ouderen komt depressie ongeveer tweemaal **zoveel** voor bij vrouwen als bij mannen; bij jongeren tussen 13 en 17 jaar is dat driemaal. Er bestaat niet één oorzaak van depressie. Het is niet te voorspellen wie uiteindelijk een depressie zal krijgen. Wel zijn extra risico's bekend, die hebben te maken met geslacht en leeftijd, individuele kwetsbaarheid, de omgeving, en met levensgebeurtenissen.

Terugval en chronisch beloop

De periode waarin iemand voldoet aan de criteria voor depressie wordt een depressieve episode genoemd. Een episode duurt gemiddeld acht maanden, ook zonder behandeling. De helft van de episodes is korter dan drie maanden, terwijl één op de vijf episodes langer duurt dan twee jaar. Wanneer gedurende de voorafgaande twee jaar voortdurend is voldaan aan de symptomen van depressie is er sprake van een chronisch beloop. Een chronisch beloop treedt op in circa 10% van de gevallen. Gemiddeld heeft iemand die eenmaal een depressieve episode heeft gehad vier of vijf episodes gedurende het leven; in 10-20% van de gevallen is de depressieve episode eenmalig. De kans op terugval is groot: bij 40% van de mensen met depressie keert de stoornis binnen twee jaar terug.

Ernst van de aandoening

Depressies hebben afhankelijk van ernst en duur van de problematiek gevolgen voor het algemeen functioneren. Bij de diagnostiek van depressie dient te worden beoordeeld in welke mate het functioneren de verschillende sociale rollen (werk, relaties, sociale contacten, zelfverzorging etc.) heeft aangetast. De ernst van de depressie wordt bepaald door de mate waarin de symptomen lijden veroorzaken, de beperkingen in het algemeen, sociaal en maatschappelijk functioneren, het aantal symptomen, de aard van de symptomen (psychotische kenmerken, suïcidaliteit), eventuele co morbiditeit en het beloop van de depressie. Bij ouderen is het verloop vaak ernstiger.

Gebruikte standaarden en richtlijnen Depressie

- Zorgstandaard Depressie van het Trimbos Instituut 2011
- Multidisciplinair richtlijn depressie 2010
- NHG-standaard Depressieve stoornis 2012
- LESA Depressieve stoornis

1.0 Prevalentie en incidentie in Aalsmeer

Een depressieve stoornis is een veelvoorkomende aandoening. Het merendeel van de patiënten wordt door de huisarts of andere eerstelijns hulpverleners behandeld. 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 depressie.

Hieronder worden cijfers gepresenteerd over de incidentie, prevalentie en verwachte groei/afname in aantal mensen met een depressie. De cijfers zijn niet optimaal te vergelijken omdat zij op verschillende maten zijn gebaseerd. Landelijk zijn er cijfers over depressie en depressieve gevoelens (National Kompas Volksgezondheid), Regionaal over psychisch welbevinden (VAAM) en uit de huisartsenpraktijken over gebruikers van antidepressiva.

Uit alle registraties lijkt dat depressies of psychische problemen veel voorkomen. Niet alle depressies worden gediagnosticeerd en niet alle worden conform het stepped care model behandeld.

Aalsmeer-Dorp

Uit de gegevens van VAAM blijkt dat in Aalsmeer Dorp het percentage inwoners met psychisch onwel bevinden iets lager ligt dan gemiddeld in Nederland. De toekomstraming ligt echter ver boven het landelijk gemiddelde.

Percentage inwoners met psychische problemen 2010

	Psychisch onwelbevinden	Psychiatrische stoornis	Stemmingsstoornis	Angststoornis	Alcoholafhankelijkheid
Gemeente					
Aalsmeer Dorp	29,8 %	18,0 %	5,0 %	9,5 %	3,3 %
Nederland	30,6%	21,2%	6,8%	11,3%	5,3%

Tabel 1. Geschatte percentage inwoners met psychische problemen in het/de door u geselecteerde gebied(en) en Nederland (NB: met uitzondering van het percentage voor psychisch onwelbevinden is hier geen rekening gehouden met het percentage allochtonen)

De schatting van het percentage inwoners met psychische problemen is gebaseerd op verouderde data van NEMESIS 1996-1999. Er zijn nieuwe data beschikbaar van het jaar 2007-2009. Uit deze cijfers blijkt dat de psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking weinig veranderd is in vergelijking met de cijfers voor 1996-1999. Zie het rapport: NEMESIS-2, De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking' voor de meest recente cijfers op nationaal niveau.

Toekomstraming: inwoners met psychische problemen 2010-2015

	Psychisch onwelbevinden	Psychiatrische stoornis	Stemmingsstoornis	Angststoornis	Alcoholafhankelijkheid
Gemeente					
Aalsmeer Dorp	+15,8 %	+16,6 %	+16,7 %	+16,9 %	+17,5 %
Nederland	+1,1%	+1,7%	+1,4%	+1,8%	+3,1%

Tabel 2. Geschatte procentuele ontwikkeling van het aantal inwoners met psychische problemen in het/de door u geselecteerde gebied(en) en Nederland voor 2015 (NB: met uitzondering van het percentage voor psychisch onwelbevinden is hier geen rekening gehouden met het percentage allochtonen)

In de tabel toekomstramingen 2010-2015 wordt de geschatte procentuele ontwikkeling weergegeven voor de zorgvraag van 2015. De procentuele ontwikkeling wordt weergegeven met plussen en minnen om aan te geven dat het een ontwikkeling is ten opzichte van 2010. Grote procentuele stijgingen of dalingen moeten geïnterpreteerd worden op basis van de absolute cijfers voor 2010.

Psychosociale gezondheid uit “zo gezond is Aalsmeer”

Hoe staat het met de psychosociale gezondheid in Aalsmeer: hoeveel inwoners voelen zich eenzaam of hebben te maken met depressie of angst?

Preventie en behandeling van depressie zijn speerpunten van landelijk en gemeentelijk gezondheidsbeleid. Andere thema's die samenhangen met psychosociale gezondheid zijn huiselijk geweld en het geven van mantelzorg. De gemeente heeft vanuit de Wmo een taak op deze thema's. Wat blijkt? Psychosociale problemen komen in Aalsmeer even vaak voor als in de andere regiogemeenten. De samenhang van de psychosociale gezondheid met opleidingsniveau en burgerlijke staat wordt beschreven voor de hele regio. Ter vergelijking worden de bevindingen voor aangrenzende GGD-regio's gepresenteerd.

Eén op de twintig inwoners ernstig eenzaam

Eenzaamheid gaat samen met een slechtere (psychische) gezondheid en een lagere kwaliteit van leven. Eenzaamheid hangt sterk samen met burgerlijke staat. Van de inwoners van Aalsmeer is 5 % ernstig eenzaam en 22 % matig eenzaam (tabel 3). Matige eenzaamheid komt in Aalsmeer minder vaak voor dan in de andere regiogemeenten, maar het aandeel zeer eenzamen is gelijk. Het vóórkomen van eenzaamheid verschilt niet tussen mannen en vrouwen.

Tabel 3 Psychosociale gezondheid (%)

	regio Amstel- land/ Diemen	Aalsmeer					19-34	35-49	50-64	65-74	75+
		totaal	m	v							
eenzaamheid											
matig eenzaam	27	22 *	21	23	18	20	24	26	33		
ernstig eenzaam	6	5	6	4	5	3	6	7	9		
depressie- of angstklachten											
milde klachten	28	25	22	28	28	19	28	27	31		
ernstige klachten	4	3	2	4	3	4	3	3	1		
huiselijk geweld											
ooit	8	6	3	9 *	3	7	9	3	0,6 *		
afgelopen jaar	1	-	-	-	-	-	-	-	-		
mantelzorg geven, afgelopen jaar	17	19	11	27 *	11	19	30	19	13 *		

2.0 Huidige werkwijze en de rollen van de verschillende zorgverleners/zorgorganisaties in Aalsmeer

2.1. Eerste Lijn

- **Huisartsen**

De huisartsen nemen bij verdenking op depressie of depressieve klachten een uitgebreide anamnese bij de patiënten af. De diagnose wordt in de regel met behulp van de standaard "Depressie" van het NHG gesteld. De huisartsen maken weinig systematisch gebruik van screeningslijsten. Veel patiënten worden door de huisarts zelf begeleid (ondersteunende gesprekken en ook antidepressieve medicatie) en een deel van de patiënten wordt verwezen naar AMW, GZ-Psycholoog en tweede lijn (afhankelijk van o.a. ernst en oorzakelijke factoren van de depressie).

- **POH-GGZ**

Vanaf 2006 werkt een praktijk met de POH GGZ en nog een praktijk vanaf 2011. Doelstelling is dat alle praktijken per 1 april 2014 met een POH-GGZ gaan werken en dat de POH-GGZ dan de rol van casemanager krijgt en verantwoordelijk is voor de triage binnen de GGZ patiënten, dit met oog op de nieuwe structuur in 2014.

De rol van de huisarts zal dan ook veranderen en zal over het algemeen de POH-GGZ de uitgebreide anamnese afnemen.

De POH-GGZ verricht diagnostiek (onder andere afname BDI en GDS) en kortdurende behandeling. De meeste patiënten worden bij verdenking op depressie voor diagnostiek en eventueel kortdurende behandeling naar de POH-GGZ (eerstelijns psycholoog of SVP-er) gestuurd.

Verwijzing naar eerstelijnspsychologen of naar de tweede lijn vindt altijd in overleg met de huisarts plaats.

- **Eerstelijnspsychologen (ELP)**

De ELP werken allen zoveel mogelijk op basis van de bestaande LESA Depressieve Stoornis en de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (Trimbos-instituut, 2010). Ze gebruiken verschillende meetinstrumenten voor diagnostiek en behandeling. De behandeling vindt plaats vanuit verschillende referentiekaders waarvan de cognitieve gedragstherapie (CGT) wetenschappelijk het meest onderbouwd is. Een behandelaar kan eigen specifieke vaardigheden hebben binnen andere referentiekaders zoals oplossingsgerichte therapie, interpersoonlijke therapie, EMDR, kortdurende psychodynamische therapie, groepstherapie (o.a. autonomie), runningtherapie, faalangstraining, relatietherapie.

- **Apotheek**

De apotheker heeft een signalerende functie bij toediening, gebruik en monitoring van het medicijngebruik. De apotheker geeft voorlichting over het geneesmiddel bij de start van de medicatie. De apotheker signaleert over en ondergebruik en wijst de patiënt op het belang van therapietrouw en koppelt zo nodig terug aan de huisarts. De apotheek signaleert het gebruik van een antidepressivum langer dan 6 maanden en geeft dit aan bij de huisartsen. De apotheek controleert of de medicatie in combinatie met andere gebruikte middelen kunnen en signaleert of de patiënt comediatie nodig heeft bij zijn antidepressivum.

- **Het algemeen maatschappelijk werk (AMW)**

Het AMW behandelt momenteel vooral reactieve depressies/depressieve klachten die gerelateerd zijn aan sociale problematiek. Het AMW Vita is geïnformeerd over het zorgprogramma.

- **Fysiotherapie**

Vanuit de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (2011) wordt geconcludeerd dat fysieke duurtraining en running therapie een positief effect hebben op de afname en herstel bij verschillende vormen van een depressieve stoornis. Het gaat hierbij vooral om het trainen van de uithoudingsvermogen/ herstel van belastbaarheid. Onderzoeken tonen aan dat fysieke training een significante verbetering geeft in de afname van de depressieve stoornis, afname van de aanwezigheid van stresshormonen en toename van de fysiologische fitheid van de proefpersonen.

Fysiotherapie wordt ingeschakeld als tweede interventie bij beweegtherapie.

Een meerwaarde van het zorgprogramma depressie is de samenwerking met de fysio tussen huisarts en POH.

2.2 Tweede lijn

- **GGZ Ingeest**

GGZ inGeest biedt middels Amstelmere (regionale locatie) psychiatrische zorg aan jongeren, volwassenen en ouderen. Hulp bij milde klachten is ondergebracht bij Prezens.

De polikliniek Amstelmere biedt diagnostiek, advies en behandeling voor cliënten met psychische en/of psychiatrische problemen. Diagnostiek vindt plaats aan de hand van een verkort psychologisch onderzoek, een intakegesprek en een psychiatrisch consult. Behandelingen vinden plaats volgens actuele wetenschappelijke inzichten, vertaald naar behandelprogramma's. Gestreefd wordt naar een kortdurende behandeling. De polikliniek biedt psychotherapeutische behandelingen en psychosociale begeleiding, vaak in combinatie met farmacotherapie, individueel en in groepsverband.

De polikliniek Amstelland behandelt volwassen cliënten van 21 tot 60 jaar. Cliënten kunnen onder andere terecht voor behandeling van stemmingsstoornissen, angst- en dwangklachten, persoonlijkheidsproblematiek, psychoses, ADHD en autisme.

Daarnaast biedt Amstelmere de mogelijkheid gebruik te maken van een psychiatrisch consult.

- **Prezens**

Het hulpaanbod van GGZ inGeest bij milde klachten is ondergebracht bij Prezens. Zo bieden zij de preventieve cursus "In de put, uit de put".

Behandelingsaanbod: Acceptance Commitment Therapy(ACT), Individuele Cognitieve Gedragstherapie(ICG), Interpersoonlijke Therapie(IPT) , Lichttherapie, Mindfulness, Wandel en hardlooptherapie.

- **Het Sinaïcentrum**

Het Sinai Centrum is een Joodse instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Sinai Centrum is gespecialiseerd in de behandeling van psychotrauma ten gevolge van oorlog, geweld en verlies. Van oudsher staat de Joodse identiteit van ons centrum centraal. Deze uit zich in waarden als zorg voor elkaar, saamhorigheid en laagdrempeligheid. Onze zorg is er voor iedereen, ongeacht achtergrond of religie. Het Sinai Centrum is het enige Joodse centrum voor psychotrauma expertise en geestelijke gezondheidszorg in Europa.

Vooral patiënten met depressieve klachten ten gevolge van chronische PTSS worden geholpen in het Sinaicentrum.

- **Zelfstandig gevestigde psychiaters**

In de regio werken verschillende zelfstandig gevestigde psychiaters. Incidenteel wordt met hen samengewerkt.

3.0 Doelen

Depressie komt naar schatting bij 10% van de patiënten die de huisarts ziet voor. Vaak gaat dit samen met lichamelijke klachten en met psychosociale problemen. Met dit programma wordt bekeken of deze groep betere zorg kan worden geboden en bekeken of deze zorg in de eerste lijn kan blijven met gebruik van de expertise uit de tweede lijn. De samenwerking tussen de verschillende disciplines draagt bij tot een beter afgestemd zorgaanbod. Dit heeft geresulteerd in de volgende doelen:

- Case finding verbeteren
- Verbeteren van diagnostiek
- Voorkomen dat de patiënt wordt over behandeld of onder behandeld:
- Streven naar behandeling in de eerste lijn door samenwerking van huisarts, POH GGZ, fysiotherapeut, apotheek, MW en GZ-psycholoog met een persoonlijk behandelplan.
- Actieve leefstijl aanleren d.m.v. bewegen bij depressie
- Volgens nieuwe richtlijnen GGZ 2014 werken

3.1 Uitwerking doelen

Case finding:

Alert zijn op symptomen van depressie (zie Trimbos): door huisarts en fysiotherapeut.

Bij de volgende patiënten categorieën en steeds terugkomende patiënten met vage somatische klachten (case finding)

- ❖ Chronisch zieken
- ❖ Eerder doorgemaakte depressieve perioden
- ❖ Somatische klachten met een afwijkend beloop
- ❖ Familiaire belasting
- ❖ Mensen met een (te) lange rouwperiode
- ❖ Alarmering door familie/buren/bekenden serieus nemen

Verbeteren diagnostiek

Bij patiënten met verdenking depressieve klachten goede diagnostiek doen met behulp van de NHG en de Beck Depression Inventory (BDI) via POH GGZ (zie bijlage 1) en bij patiënten met een afwijkend beloop bij somatische klachten de 4DKL

- ❖ Huisarts/POH-GGZ: beoordelen stemming patiënt, diagnosticeren volgens richtlijnen NHG-standaard, uitsluiten complicaties, bijkomende somatische pathologie. POH-GGZ doet nadere diagnostiek, geeft advies voor verdere behandeling en wordt procesbegeleider voor de cliënt.

- ❖ Fysiotherapeut: Bij patiënten die wegens somatische klachten in behandeling zijn maar bij wie een depressie een rol lijkt te spelen 4DKL afnemen. Bij hoge score voor depressie ook BDI. En verwijzen naar huisarts.
- ❖ POH-GGZ: Bij patiënten die voor andere diagnoses in behandeling zijn (vb, angst of rouw of relatieprobleem) alert zijn op evt depressie en bij verdenking 4DKL afnemen. Gevolgd door BDI.

POHGGZ doet voorstel voor verdere behandeling: zelf behandelen in de Basiszorg door POH GGZ en/of huisarts(medicatie), of verwijzen naar Generalistische Basis GGZ(GBGGZ) in de vorm van de eerstelijnspsycholoog of doorverwijzen naar de Specialistische GGZ(SGGZ). Conform de nieuwe opzet moet in de GBGGZ een inschatting worden gemaakt betreffende de zorgvraag zwaarte: kort, middel, intensief of chronisch. Tevens wordt bekeken in hoeverre een beweegprogramma betrokken moet worden bij de behandeling.

Voorkomen overbehandeling

- ❖ Zorgen dat patiënt niet te veel of te lang wordt behandeld.
- ❖ Zorgen dat overbodige behandeling m.b.t. medicatie en onnodige doorverwijzingen naar de 2^e lijn niet plaats vinden.
- ❖ Dus Behandeling op maat: in samenspraak met de patiënt een persoonlijk behandelplan opstellen.
- ❖ Tijdig MDO (Multidisciplinair Overleg) bij afwijkend verloop.

Voorkomen overbehandeling met medicatie van bekende patiënten

- Casefinding apotheek (zie protocol apotheek)
- Controle patiënten die langdurig medicatie gebruiken (herhaalreceptuur!)
- Oproepen patiënten met langdurig antidepressieve medicatie via search in AIS op medicatie en codering en via Search protocol van apotheek. Dit wordt gedaan door de apotheker
- De betreffende patiënten worden vervolgens opgeroepen voor een gesprek met POH GGZ voor het inventariseren van de reden/oorzaak (na papieren beoordeling door huisarts i.o.m. POH-GGZ;

Behandeling en Samenwerking 1^e lijn

- Samenwerking

Na het in kaart brengen van de patiënt wordt de behandeling afgestemd met de patiënt (ook apotheek, fysiotherapeut, BGGZ en POH). In het Multi Disciplinaire Overleg (MDO) worden besproken: nieuwe patiënten, patiënten waarbij de behandeling niet aanslaat of complicaties geeft, patiënten met de diagnose ernstige depressie.

Toespitsen van de zorg waarbij de patiënt centraal staat, betekent letten op:

- Karakter en wensen patiënt
- Wensen ten aanzien van medicamenteus/niet-medicamenteus behandelen
- Eventueel betrekken naasten
- Afspraken en wensen vermelden in het persoonlijk behandelplan

Actieve leefstijl aanleren d.m.v. bewegen bij depressie

Met de ernst van depressie nemen negatief affect en psychosomatische klachten zoals moeheid en laag energieniveau toe en neemt positief affect af. Het negatieve effect van depressieve symptomen op de motivatie om fysiek actief te zijn wordt binnen de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (2011) onderkend: personen met depressieve symptomen meer aansporing nodig hebben om fysieke inspanning te verrichten, dan personen zonder deze symptomen.

Bij depressie is fysieke inspanning ofwel deelname aan een beweegprogramma, één van de eerste-stap interventies die wordt aangeraden, wat gezien kan worden als een vorm van gedragsactivatie.

De huidige evidence (Cochrane review; Exercise for depression, 2012) geeft aan:

- Fysieke inspanning als behandeling van depressie is effectiever dan geen behandeling en even effectief als cognitieve therapie en antidepressiva
- De combinatie van aerobe training en krachttraining is effectiever dan aerobe training
- Hoog intensieve training is effectiever dan laag intensieve training (wandelen)
- Het kost veel moeite patiënten aan het bewegen te krijgen

Doelstellingen:

- Aanleren van actieve bewegstijl
- Na beweegprogramma personen actief plaatsen in sociale bewegkaart in Aalsmeer

4.0 Verwijsbeleid binnen de 1^e lijn

	huisarts	POH-GGZ	Fysio	Apotheek	1 ^e lijn psychologen	AMW	2 ^e lijn
Huisarts		<p>Criteria: (vermoeden van) depressie of depressieve klachten</p> <p>Benodigde info: Relevante co-morbiditeit</p>	<p>Criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Depressie met lichamelijke klachten - Depressie-klachten en niet voldoen aan NNGB, ondanks voorafgaand beweegadvies <p>Benodigde info:</p> <ul style="list-style-type: none"> - verwijzing belastingbeperking, co-morbiditeit 	<p>Criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - medicatie behoefte <p>info:</p> <ul style="list-style-type: none"> - co-morbiditeit 	<p>Criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - depressie met onvoldoende effect initiële beleid of ernstig soc.disf/ co-morbiditeit <p>Info:</p> <ul style="list-style-type: none"> - BDI, al ingezette behandeling 	<p>Criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sociale problematiek <p>Info:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 	<p>Criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ernstige depressie/suicidaliteit <p>Info:</p> <ul style="list-style-type: none"> - BDI, co-morbiditeit
POH-GGZ	<ul style="list-style-type: none"> - Start medicatie 		<p>Criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Depressie met lichamelijke klachten - Depressie-klachten en niet voldoen aan NNGB, ondanks beweegadvies <p>Benodigde info:</p> <ul style="list-style-type: none"> - verwijzing belastingbeperking, co-morbiditeit 	<ul style="list-style-type: none"> - Eerste uitgifte medicatie 	<p>Criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - depressie met onvoldoende effect initiële beleid of ernstig soc.disf/ co-morbiditeit <p>Info:</p> <ul style="list-style-type: none"> - BDI, al ingezette behandeling 	<p>Criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sociale problematiek <p>Info:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 	<p>Criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ernstige depressie/suicidaliteit <p>Info:</p> <ul style="list-style-type: none"> - BDI, co-morbiditeit
Fysio	<p>Criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2^e interventie bij beweegprogramma <p>Info:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gevonden symptomen - vragenlijsten 	<p>Criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bij stagnatie behandeling 					

Apotheek	- problemen medicatiegebruik/compliance						
1^e lijn psychologen		- geen resultaat behandeling - uitbehandeld					
AMW	- geen resultaten op behandeling						
2^e Lijn	- geen resultaat behandeling - Uitbehandeld - Stabiele stoornissen						

5.0 KIS/GEZ module

Het streven is om in 2014 jaar voor Depressie een programma te maken in het KIS GEZ. In dit programma kunnen alle 1^e lijn zorgverleners die betrokken zijn bij de keten werken in het KIS. Patiënten die in aanmerking komen voor het zorgprogramma Depressie zullen in dit KIS geïncorporeerd worden. Binnen het programma zal een ieder een eigen onderzoek/consult kunnen uitvoeren. De huisarts en POH-GGZ kunnen binnen dit KIS ook verwijzingen sturen naar b.v. de fysiotherapie en 1^e lijn psychologen.

Met behulp van het KIS zal er een transparante informatie overdracht zijn.

De werkgroep zal moeten besluiten welke vragenlijsten, onderzoeken en risicoprofielen er moeten worden geïmplementeerd in het KIS.

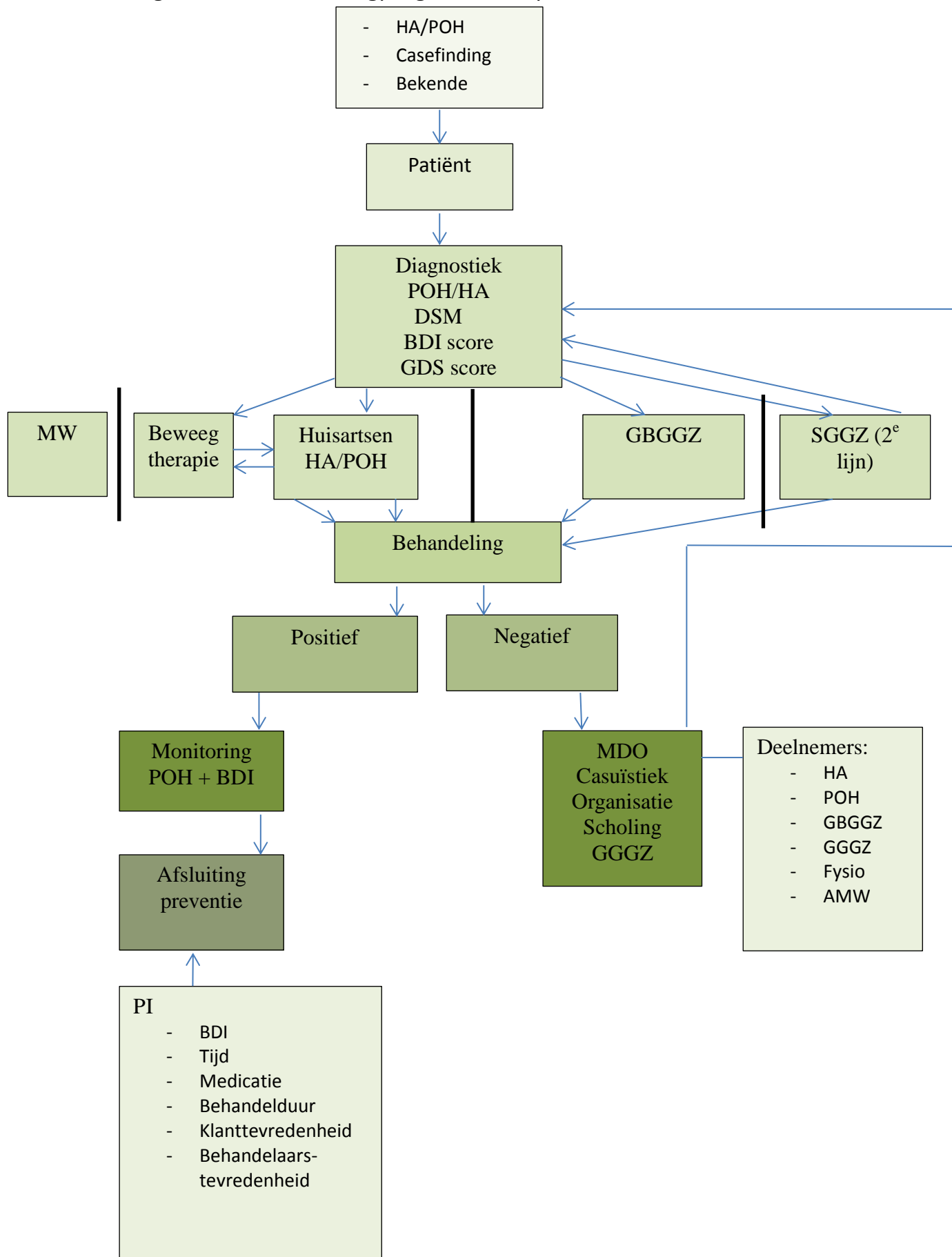
Welke informatie willen wij in het KIS kunnen noteren en terugvinden

- Hoeveel patiënten doen er mee en typering daarvan.
 - 1) Aantal nieuwe patiënten/ recidivisten
 - 2) Aantal oude patiënten die we aan de hand van medicatie gebruik opsporen en doorlichten
 - 3) Aantal patiënten vanuit 2^e lijn terugverwezen.
- BDI
Uitsplitsing in score BDI
- Flow instroom uitstroom
- Medicatie: wat gebeurt er met het gebruik (wordt het conform voorschrift gebruikt ?) wordt het afgebouwd, beëindigd of gecontinueerd ?
 - 1) Slaapmedicatie
 - 2) Sedativa
 - 3) Antidepressiva
- Controle verwijzing: Bij verwijzing komt er bevestiging in KIS van behandelaar. Behandelaar geeft aan wat deze gaat behandelen en hoe. Eens in de 3 maanden geeft behandelaar aan wat stand van zaken is. (Behandeling loopt nog, is afgerond etc.)
- Bijhouden hoeveel mensen afzien van verdere behandeling vanwege kosten (bij psycholoog, fysiotherapeut)
- Het percentage doorverwijzingen naar de tweede lijn (SGGZ).
- Suicide-risico bijhouden.
- Co-morbiditeit met o.a. angst en paniek, chronische ziekten, sociale omstandigheden
- Resultaat meten. Via afname BDI bijvoorbeeld iedere 6 weken. En bijvoorbeeld na afloop van het traject een enquête.
- Klanttevredenheid.

6.0 Prestatie-Indicatoren

<i>Indicator</i>	<i>Toelichting</i>
Het percentage patiënten waarvan de gegevens in het medisch dossier aantonen dat zij op het moment van diagnosestelling aan de DSM-IV criteria voldeden	
Het percentage patiënten waarbij het suïciderisico wordt ingeschat	
Het percentage patiënten bij wie is nagegaan of er sprake is van middelengebruik (alcohol, drugs, of medicatie)	
Het percentage bekende depressie patiënten in de praktijkpopulatie	
Het percentage patiënten bij wie is nagegaan of er sprake is van psychische of lichamelijke comorbiditeit	
Het percentage medicamenteus behandelde patiënten waarvan de gegevens in het medisch dossier aantonen dat zij geïnformeerd zijn over de werking en bijwerkingen van de medicatie	
Het percentage patiënten waarvan de gegevens in het medisch dossier aantonen dat zij ter begeleiding ondersteunende contacten, psycho-educatie of counseling aangeboden hebben gekregen	
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)	
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)	
Het percentage patiënten waarvan de gegevens in het medisch dossier aantonen dat er duidelijke afspraken zijn gemaakt voer de frequentie van de vervolgcontracten	
Het percentage herstelde patiënten zes maanden na begin van de behandeling	
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 volgend beleid	
Het percentage patiënten waarvan de gegevens in het dossier aantonen dat overleg met hen heeft plaatsgevonden over de gekozen interventie	

7.0 Organisatie van het zorgprogramma Depressie



8.0 Stepped Care

Behandeling per diagnose

Diagnose (klacht/stoornis)	Initiële beleid	Vervolgbeleid bij onvoldoende effect
Depressieve klachten (P03) (alleen indien PST of CGT is geïndiceerd en door de POH aangegeven wordt)	Voorlichting, eventueel uitleg over dagstructurering en activiteitenplanning	Dagstructurering en activiteitenplanning Kortdurende psychologische behandeling
Depressie (P76)Dysthymie	Voorlichting Dagstructurering en activiteitenplanning Kortdurende psychologische behandeling	Psychotherapie of antidepressivum
Depressie met ernstig sociaal disfunctioneren, grote lijdensdruk of met ernstige psychische comorbiditeit (P76)	Voorlichting Dagstructurering en activiteitenplanning Psychotherapie of antidepressivum	Combinatie psychotherapie en antidepressivum of ander antidepressivum
Postpartumdepressie (P76)	Voorlichting Praktische ondersteuning Dagstructurering en activiteitenplanning Kortdurende psychologische behandeling Bij psychose: spoedverwijzing	Psychotherapie of verwijzen
Winterdepressie (P76)	Voorlichting Dagstructurering en activiteitenplanning Kortdurende psychologische behandeling	Psychotherapie of antidepressivum of verwijzen voor lichttherapie

Wat	Wie	Waarom	Wanneer/Criteria
Depressie basis interventies.			
Basisgegevens, co-morbiditeit, voorgeschiedenis.	Huisartspraktijk	Monitoring.	Eerste contact.
Diagnose depressie, ernst en co morbiditeit.	Huisarts en POH GGZ	Behandel mogelijkheden. Inzicht in ziekte geschiedenis en ziekte last.	In de eerste contacten. DSM IV criteria.
Eerste interventie en psycho educatie: voorlichting, begeleiding, dag structurering, bewegadvies, activerende begeleiding, psychosociale interventie.	POH GGZ	Is vaak effectief en krijgt te weinig aandacht, aan geboden bij alle vormen van depressie, keuze iom patiënt.	Tijdens en direct na de diagnostische fase.
Tweede interventie beweginginterventie	Fysiotherapeut	Bewegadvies, ondersteuning.	Bij onvoldoende mogelijkheid om te bewegen, beweegangst.
Terugval preventie	POH GGZ	Effectieve interventie.	Na afloop episode. 3 Maanden na afloop laatste contact.
Monitoring	POH GGZ	Opsporen uitval.	2 Wekelijks.
Depressieve episode licht < 3 maanden.			
Stap 1: Basis interventies	POH GGZ	Is vaak effectief en krijgt te weinig aandacht.	Tijdens en direct na de diagnostische fase. Indien effectief: terugval preventie re-integratie.
Verwijzing eerstelijnspsycholoog.	Huisarts	Bij onvoldoende effect stap 1 na 3 maanden.	Bij onvoldoende effect, DSM IV criteria nog aanwezig. Naar stap 2.
Depressieve episode licht > 3 maanden of recidief.			
Stap 2: Behandeling eerstelijns psycholoog. (PST, KDB.)	Eerstelijns psycholoog.	Onvoldoende effect stap 1.	Indien effectief: terugval preventie re-integratie.
Stap 3 Andere psychotherapie (CGT, GT, IPT, KPT.)	Eerstelijns psycholoog.	Indien resultaat na 6 of 16 weken onvoldoende.	Indien effectief: terugval preventie re-integratie.
Stap 3. Of farmacotherapie met ondersteunende gesprekken.	Huisarts, Eerstelijns psycholoog.	Indien resultaat na 6 of 16 weken onvoldoende.	Indien effectief: terugval preventie re-integratie.
Stap 4 Keuze uit combinatie farmacotherapie met ondersteunende gesprekken.	Huisarts, Eerstelijns psycholoog.	Indien resultaat na 4 maanden stap 3 onvoldoende.	Indien effectief: terugval preventie re-integratie. Indien resultaat na 4 maanden onvoldoende verder met stap 4 matig ernstige episode.
Stap 4a CGT	1 ^e 2 ^e lijns psycholoog.	Bij partiële respons na 4 maanden en CGT niet eerder geprobeerd.	Indien effectief: terugval preventie re-integratie. Continueer behandeling tot stabiele remissie is bereikt.
Depressieve episode matig ernstig eerste episode.			

Stap 1: Basis interventies	POH GGZ	Depressie matig ernstig.	Tijdens en direct na de diagnostische fase.
Keuze uit combinatie stap 3b farmacotherapie met gesprekstherapie of stap 3a andere psychotherapie (CGT, GT, IPT, KPT.)	Huisarts, Eerstelijns psycholoog.	Depressie matig ernstig.	Evaluatie na 4 maanden Indien effectief: terugval preventie re-integratie.
Stap 3a2 CGT	Eerstelijns psycholoog.	Bij partiële respons na 4 maanden en CGT niet eerder geprobeerd.	Indien effectief: terugval preventie re-integratie. Continueer behandeling tot stabiele remissie is bereikt.
Stap 3b Keuze uit combinatie farmacotherapie met ondersteunende gesprekken of andere psychotherapie (CGT, GT, CGT)	Huisarts, Eerstelijns psycholoog.	Indien resultaat na 4 maanden onvoldoende.	Evaluatie na 4 maanden Indien effectief: terugval preventie re-integratie.
	1 ^e 2 ^e lijns psycholoog.	Bij partieel herstel na 4 maanden	Indien effectief: terugval preventie re-integratie. Continueer behandeling tot stabiele remissie is bereikt.
Stap 4, keuze uit: Andere psychotherapie, Andere farmacotherapie, Andere combinatie therapie	Huisarts, 1 ^e 2 ^e lijns psycholoog.	Bij onvoldoende herstel na 4 maanden	Indien effectief: terugval preventie re-integratie. Continueer behandeling tot stabiele remissie is bereikt.
Stap 5. Overweeg intensivering behandeling, EST tweede lijn, handicap model.	Huisarts, Eerstelijns psycholoog Psychiater.	Patiënt heeft diverse interventies gehad en reageert al > 1 jaar niet.	Indien effectief: terugval preventie re-integratie. Continueer behandeling tot stabiele remissie is bereikt
Depressieve episode recidiverend (matig) ernstig.			
Stap 1: Basis interventies	POH GGZ	Depressie recidiverend (matig) ernstig.	Tijdens en direct na de diagnostische fase.
Keuze uit stap 4 combinatie farmacotherapie met gesprekstherapie of stap 3a andere psychotherapie (CGT, GT, IPT, KPT.)	Huisarts, Eerstelijns psycholoog.	Depressie recidiverend (matig) ernstig.	Evaluatie na 4 maanden. Doorgaan tot stabiele remissie is bereikt. Indien effectief: terugval preventie re-integratie
Stap 3a2 CGT	Eerstelijns psycholoog.	Bij partiële respons na 4 maanden en CGT niet eerder geprobeerd.	Indien effectief: terugval preventie re-integratie. Continueer behandeling tot stabiele remissie is bereikt.
Keuze uit: Stap 3b Andere	Huisarts, 1 ^e 2 ^e	Bij onvoldoende herstel na 4 maanden.	Indien effectief: terugval preventie re-integratie.

psychotherapie, of Stap 4 andere psychotherapie (CGT, GT, IPT, KPT.)	psycholoog.		Continueer behandeling tot stabiele remissie is bereikt.
Stap 4, keuze uit: Andere psychotherapie, Andere farmacotherapie, Andere combinatie therapie	Huisarts, 1 ^e 2 ^e lijns psycholoog.	Bij onvoldoende herstel na 4 maanden	Indien effectief: terugval preventie re-integratie. Continueer behandeling tot stabiele remissie is bereikt
Stap 5. Overweeg intensivering behandeling, EST, handicap model.	Huisarts, Eerstelijns psycholoog Psychiater.	Patiënt heeft diverse interventies gehad en reageert al > 1 jaar niet.	Indien effectief: terugval preventie re-integratie. Continueer behandeling tot stabiele remissie is bereikt.

9. Diagnostiek door huisarts en/of POH

Richtlijnen diagnostiek

De huisarts overweegt een depressieve stoornis als de patiënt klaagt over een sombere stemming of een sombere indruk maakt door weinig oogcontact, monotone spraak en trage motoriek.

Vaak komt een patiënt met een depressieve stoornis met andere klachten, zoals:

- ✚ wisselende klachten bij frequent spreekuurbezoek
- ✚ aanhoudende moeheid of klachten zonder lichamelijke oorzaak
- ✚ chronische pijn
- ✚ nervositeit, slapeloosheid of verzoek om slaap- of kalmerende middelen.
- ✚ Vermagering bij ouderen
- ✚ Na een bevalling: moeheid, klachten over veel huilen van het kind en veel vragen over de zorg voor het kind.

In deze gevallen overweegt de huisarts of er sprake is van een depressieve stoornis.

Bij de volgende patiënten is de kans op de aanwezigheid van een depressieve stoornis vergroot en moet de huisarts eerder een depressieve stoornis overwegen:

- ✚ bij patiënten met een depressieve stoornis of suïcidepogingen in de voorgeschiedenis
- ✚ bij patiënten met eerstegraads familieleden met een depressieve stoornis of suïcidepogingen
- ✚ bij patiënten met een ernstige lichamelijke ziekte
- ✚ bij patiënten met angst- of paniekstoornissen
- ✚ bij patiënten met alcohol- of drugsproblemen
- ✚ bij patiënten met coronaire ziektebeeld

Lichamelijk en aanvullend onderzoek door huisarts

Voor het stellen van de diagnose depressieve stoornis is lichamelijk en aanvullend onderzoek niet nodig. Alleen bij aanwijzingen in de anamnese voor andere aandoeningen wordt gericht lichamelijk of aanvullend onderzoek gedaan. Screenend laboratoriumonderzoek op bijvoorbeeld schildklierfunctiestoornissen wordt niet aanbevolen. Daarentegen moet bij ouderen in geval van twijfel eerder lichamelijk en aanvullend onderzoek worden uitgevoerd omdat de differentiële diagnose lastig kan zijn en de vooraf kans op een somatische aandoening groter is. (Volledig bloedbeeld, Na, K, calc., gluc, leverf., TSH, vit. B12 en foliumzuur). Tevens kan het bij ouderen zinnig zijn het cognitief functioneren te onderzoeken volgens de NHG standaard dementie.

Bij patiënten met afwijkend belooft moet aanvullend onderzoek opnieuw worden overwogen.

Anamnese of diagnostisch gesprek door POHGGZ

Bij patiënten met klachten of bij signalen van de patiënt of zijn omgeving gaat de huisarts na of er een depressieve stoornis (volgens de NHG) bestaat en of de patiënt hier hulp voor zou willen hebben. Vervolgens wordt de klacht verder geëxploreerd: aanleiding, voorgeschiedenis, familie-anamnese, gevoelens van patiënt over de situatie, het meest belastende voor de patiënt en hoe hij/zij de situatie hanteert.

Daarnaast wordt een inschatting van de ernst gemaakt aan de hand van het aantal DSM-IV symptomen,

lijdensdruk en sociaal disfunctioneren, psychische co-morbiditeit, psychotische kenmerken, manische fasen in VG, suïcidaliteit.

Voor het exploreren van de klachten en het bespreken van de ernst wordt gebruik gemaakt van een vragenlijst (BDI of GDS).

Tenslotte is het van belang somatische comorbiditeit te inventariseren en na te gaan of er aanwijzingen zijn voor aandoeningen met op depressie gelijkende symptomen.

De diagnose

Verwijzing vindt plaats op basis (vermoeden) van DSM-IV classificatie of diagnose volgens de NHG standaard Depressie. Dit kan plaatsvinden door middel van het klinisch oordeel op basis van diagnostisch onderzoek, waarbij ook beoordeeld moet worden in hoeverre er sprake is van somatische aandoeningen. Voor een optimale betrouwbaarheid en validiteit zijn meerdere bronnen van informatie, en het volgen van de psychische toestand van de patiënt over de tijd, nodig. Na de diagnostische fase wordt de indicatie gesteld en deze wordt besproken met de patiënt. Het is van belang de patiënt expliciet bij de uiteindelijke verwijzing of indicatie te betrekken, omdat anders het risico bestaat dat de patiënt het advies niet of slechts deels opvolgt.

De DSM-IV classificatie of diagnose volgens de NHG standaard Depressie kan plaatsvinden door middel van het klinisch oordeel op basis van diagnostisch onderzoek, waarbij ook beoordeeld moet worden in hoeverre er sprake is van somatische aandoeningen. Voor een optimale betrouwbaarheid en validiteit zijn meerdere bronnen van informatie, en het volgen van de psychische toestand van de patiënt over de tijd, nodig. Na de diagnostische fase wordt de indicatie gesteld en deze wordt besproken met de patiënt. Het is van belang de patiënt expliciet bij de uiteindelijke verwijzing of indicatie te betrekken, omdat anders het risico bestaat dat de patiënt het advies niet of slechts deels opvolgt. **De DSM-IV bevat een negental symptomen, waarvan de eerste twee de kernsymptomen van een depressieve stoornis zijn:**

- *depressieve stemming* gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag
- *duidelijke vermindering van interesse of plezier* in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag
- duidelijke gewichtsvermindering of gewichtstoename
- slapeloosheid of overmatig slapen, bijna elke dag
- psychomotorische agitatie of remming, bijna elke dag
- moeheid of verlies van energie, bijna elke dag
- gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens, bijna elke dag
- verminderd vermogen tot nadenken of concentratie of besluiteloosheid, bijna elke dag
- terugkerende gedachten aan de dood, terugkerende suïcidegedachten zonder dat er specifieke plannen zijn gemaakt, of een suïcidepoging of een specifiek plan om suïcide te plegen

Voor de onderstaande diagnoses gelden de volgende criteria:

- *depressieve stoornis*: vijf symptomen, waaronder ten minste één van de kernsymptomen, gedurende ten minste twee weken
- *dysthymie*: depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, meer dagen wel dan niet, gedurende ten minste twee jaar en met ten minste twee extra symptomen
- *chronische depressie*: er is gedurende ten minste de voorgaande twee jaar voortdurend aan de criteria voor een depressieve stoornis voldaan

10. Behandeling

Behandel mogelijkheden: huisartsenzorg(huisarts en POHGGZ), GBGGZ en GGGZ.

In de multidisciplinaire richtlijn Depressie zijn de volgende *evidence based* behandelalternatieven opgenomen:

- Eerste-stap interventies bestaande uit: bibliotherapie; zelfhulp of **zelfmanagement** (al dan niet via e-health interventies aangeboden); activerende begeleiding, fysieke inspanning/lichamelijke activiteit of running therapie; counseling; of psychosociale interventies. Deze interventies worden op deze plaats geadviseerd omdat de behandelwijze aansluit bij de eerstelijns behandelpraktijk.
- Psychologische en psychotherapeutische interventies bestaande uit: probleemoplossende therapie (PST), kortdurende behandeling (KDB), cognitieve gedragtherapie (CGT), gedragstherapie (GT), interpersoonlijke therapie (IPT), kortdurende psychodynamische therapie, oplossinggerichte therapie.
- Farmacotherapie bestaande uit: SSRI's, SNRI's, TCA's, Mirtazapine, bupropion, augmentatie met lithium, en MAO remmers. De farmacotherapie-stappenvolgorde is gekozen op basis van verwachte bijwerkingen op korte en lange termijn.
- Combinatiebehandeling van psychotherapie en farmacotherapie.
- Terugvalpreventie, hoe na geslaagde psychologische behandeling of na een geslaagde behandeling met farmacotherapie aandacht te besteden aan het voorkómen van terugval ?

10.1 Medicamenteuze behandeling

Medicamenteus minimaal 6 maanden behandelen. Op basis van bijwerkingenprofiel is er een lichte voorkeur voor SSRI's in standaard dosering:

Overweeg eerder medicamenteuze behandeling bij patiënten met tevens een ernstige angststoornis.

SSRI's (in alfabetische volgorde):

Citalopram 1 dd 20 mg en sertraline 1 dd 50 mg. Eventueel fluoxetine 1 dd 20, paroxetine 1 dd 20 mg (NB fluvoxamine is uit NHGstandaard verdwenen vanwege de bijwerkingen) Ophogen tot boven de SSRI standaarddosering is niet zinvol. Bij ouderen genieten Citalopram en Sertraline de voorkeur

Geef een TCA of combineer een SSRI met een maagbeschermend geneesmiddel, een PPI, bij patiënten met een verhoogd risico op gastrointestinale bloedingen door gebruik van NSAID, anticoagulantia, acetylsalicylzuur of oraal corticosteroïd (zie NHG-Standaard Maagklachten).

Bepaal bij patiënten die een diureticum gebruiken 5-7 dagen na de start van SSRI het natriumgehalte. Huisarts en/of apotheek controleert of bij herhaling de Natriumspiegel is bepaald.

TCA's :

amitriptyline (50-100 mg), imipramine (50-150 mg) en bij ouderen bij voorkeur nortriptyline (75 mg). Start TCA's met 25 mg (ouderen 10 mg) voor de nacht en hoog per 2-3 dagen op met 25 mg tot de standaard dosering.

Contra-indicatie: Recent hartinfarct. Terughoudendheid bij: urineretentie, lever- en nierfunctiestoornis, glaucoom, epilepsie en cardiovasculaire aandoeningen. Overweeg een ECG van te voren.

✚ Bij angst of agitatie zo nodig benzodiazepinen voorschrijven, maximaal vier weken.

Schakel bij onvoldoende verbetering met een SSRI na vier tot zes weken over naar een ander SSRI of een TCA. Bijwerkingen bij de ene SSRI hoeven bij het omschakelen naar een ander SSRI niet op te treden.

Schakel bij onvoldoende verbetering met een TCA over op een SSRI.

Bij een partiële respons kan ervoor gekozen worden om de behandelperiode te verlengen tot maximaal tien weken. Het ophogen van SSRI's boven de standaarddosering is niet zinvol; TCA's kunnen opgehoogd worden tot de maximale dosering. Een standaarddagdosering van het ene middel kan van de ene dag op de andere vervangen worden door een standaarddagdosering van een ander middel.

✚ Bij recidiverende of chronische depressie: overweeg een onderhoudsbehandeling.

Informatie bij medicatie

Leg uit dat het effect op de stemming pas na twee tot vier weken merkbaar is en dat in het begin bijwerkingen kunnen optreden. Bij de keuze voor een TCA of SSRI spelen naast contra-indicaties de potentiële bijwerkingen en eerdere ervaringen een rol.

Waarschuwing voor: raptus melangolicus/suiciderisico

Bij start medicatie: lage stemming/toenemende activiteit (suiciderisico).

11. Behandeling in de huisartsenpraktijk

11.1 Rol huisarts

Initiëring diagnostiek, doorverwijzing naar POH-GGZ. Als patiënt dat niet wil aanbieden van zelfzorgprogramma's en zelf contact houden met patiënt. Zo nodig medicamenteuze behandeling starten en controleren.

11.2 Rol POH GGZ

Het doel van de behandeling door de POH GGZ is het functioneren van cliënt(systeem) te verbeteren en de klachten te doen verminderen, of de bestaande toestand te stabiliseren en een terugval te voorkomen. De POH GGZ richt zich op het vergroten en accepteren van de handelingscompetentie van cliënt(systeem). Centraal in het werk van de POH GGZ staat: triage (doorverwijzing MW, POH-GGZ, BGGZ, SGGZ), normaliseren, versterken van eigen probleemoplossend vermogen en herstel of voortgang van maatschappelijke participatie.

De taken die de POH GGZ uitvoert om dit te bereiken zijn:

- Consultatiefunctie / ondersteuning van een huisarts
- Begeleiding/monitoring van patiënten onder behandeling van de huisarts (eventueel in toekomst in combinatie met E-Health)
- Vraagverduidelijkingsgesprekken
- Triage-gesprek
- Doorverwijzen
- Coördineert de zorg indien de patiënt dit zelf niet kan
- Kortdurende behandeling en langer durende begeleiding
- Bevordering van zelfmanagement (zie bijlage)
- Evaluatie (BDI)

De POH bespreekt in de eerste consulten de volgende onderwerpen afgestemd op de individuele behoefte van de cliënt:

- ✚ Fysiologie van Depressie
- ✚ Symptoom verergerende factoren
- ✚ Medicatie mogelijkheden indien van toepassing (medicatie voorschrijven wordt gedaan door de huisarts)
- ✚ Ademhalingstechnieken en ontspanningstechnieken
- ✚ Stressmanagement
- ✚ Gezonde levensstijl: zoals niet roken, gezond gewicht en bewegen

Na de eerste fase volgt de begeleidende fase waarin de POH de cliënt blijft stimuleren om de streefdoelen te bereiken en de gedragsverandering te handhaven (empowerment). Aan de hand van een individueel zorgplan en zelfmanagement is de patiënt in staat verergering van de depressieve klachten tijdig te herkennen en hierop te anticiperen (recidief management).

Indien de patiënt enigszins uit zijn depressie is, stelt hij een terugvalpreventieplan op onder begeleiding van de POH.

Eventuele therapeutische stagnaties kunnen zo tijdig worden gesignaleerd en bijgesteld of er kan tot herziening van de indicatiestelling of zorgtoewijzing worden besloten.

Bekostiging 2014

In 2014 is er een uitbreiding van het tarief, dit tarief mag binnen de eerste lijn gebruikt worden voor screening, E-Health en consultatie. De invulling van deze uitbreiding zal in 2014 verder uitgewerkt worden binnen Aalsmeer.

Na verwijzing:

11.3 Rol Generalistische Basis GGZ , eerstelijnspsycholoog

De eerstelijnspsycholoog begint met een of twee intakegesprekken, waarin naast een inventarisatie van klachten, biografie en sociale situatie, aandacht is voor de eigen visie van de patiënt op het ontstaan (en de instandhouding) van de klachten alsmede voor de hulpvraag. Eventueel kan specifieke diagnostiek gedaan worden middels het gebruik van psychologische tests.

Zo is er aandacht voor een aantal persoonskenmerken zoals copingstijl, sociale vaardigheden, zelfgevoel, introspectief vermogen en draagkracht.

De behandeling vindt plaats vanuit verschillende referentiekaders waarvan de cognitieve gedragstherapie (CGT) wetenschappelijk het meest onderbouwd is. Een behandelaar kan eigen specifieke vaardigheden hebben binnen andere referentiekaders zoals oplossingsgerichte therapie, interpersoonlijke therapie, EMDR, kortdurende psychodynamische therapie.

De behandeling wordt soms ondersteund met schriftelijk materiaal of middels internet. In een tussentijdse evaluatie wordt bepaald of de ingezette behandeling tot een vermindering van de depressieve klachten leidt. Omdat de behandeling niet altijd wekelijks plaatsvindt, is de duur van een psychologische behandeling minimaal drie maanden.

Vooruitlopend op de invoering van de Generalistische Basis GGZ moet een inschatting van de zorgzwaartevraag worden gemaakt. Dit gebeurt aan de hand van 5 criteria:

1. DSM stoornis ?
2. Ernst problematiek ?
3. Risico ?
4. Complexiteit ?
5. Beloop klachten ?

11.4 Rol Apotheek

De apotheker heeft een signalerende functie bij toediening, gebruik en evaluatie van het medicijngebruik. De apotheker geeft voorlichting over het geneesmiddel bij de start van de medicatie. De apotheker signaleert over en ondergebruik en wijst de patiënt op het belang van therapietrouw en koppelt zo nodig terug aan de huisarts. De apotheek signaleert het gebruik van een antidepressivum langer dan 6 maanden en geeft dit aan bij de huisartsen. De apotheek controleert of de medicatie in combinatie met andere gebruikte middelen kunnen en signaleert of de patiënt comediatie nodig heeft bij zijn antidepressivum.

11.5 Rol fysiotherapeut

Depressie

Vanuit de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (2011) wordt geconcludeerd dat fysieke duurtraining en running therapie een positief effect hebben op de afname en herstel bij verschillende vormen van een depressieve stoornis. Het gaat hierbij vooral om het trainen van de uithoudingsvermogen/ herstel van belastbaarheid. Onderzoeken tonen aan dat fysieke training een significante verbetering geeft in de afname van de depressieve stoornis, afname van de aanwezigheid van stresshormonen en toename van de fysiologische fitheid van de proefpersonen.

Personen met depressieve symptomen hebben meer aansporing nodig om fysieke inspanning te verrichten, dan personen zonder deze symptomen. In de empirische literatuur over depressie en fysieke inspanning worden, naast andere factoren, hoofdzakelijk de ernst van de depressie en eigen-effectiviteitsverwachtingen in verband gebracht met de motivatie om fysieke inspanning te verrichten. Ondanks de positieve effecten van fysieke inspanning op depressie, lijken personen met depressieve symptomen het moeilijk te vinden om fysiek actief te zijn. Personen met depressieve symptomen zijn minder vaak fysiek actief dan personen zonder deze symptomen.

Depressie met lichamelijke klachten

Voor patiënten die lijden aan depressie met bijkomende lichamelijke klachten is psychosomatische fysiotherapie een goede interventie. Fysiotherapeuten met deze specialisatie zijn specifiek opgeleid om lichamelijke klachten in een psychosociale context te behandelen. De fysiotherapeut richt zich naast de fysieke gezondheid ook op de betekenisgeving en functie van de klacht met als doel de patiënt zijn/haar interne locus of control terug te geven.

Binnen het collaborative care model lijkt het concept – PST (problemsolving therapy) als er geen ernstige lichamelijke klachten zijn en psychosomatische fysiotherapie als dit wel zo - zeer veel belovend. Huijbregts, 2011 en Dinas, Koutedakis & Flouris, 2011 trekken de conclusie dat op basis van de huidige evidentie er bij de behandeling van depressie behoefte is aan een bewegingsspecialist om het team van huisarts/POH en psycholoog te completeren.

11.6 Rol SGGZ

Verwijzing naar meer gespecialiseerde tweedelijns zorg vindt plaats op basis van:

- Risico inventarisatie en sociale achteruitgang

Verwijzing o.a. voor:

- langdurende behandeling naar de 2^e lijn
- Bij persoonlijkheidsstoornissen

Tevens wordt er ook verwezen op basis van de volgende criteria:

- Ernst problematiek
- Risico
- Complexiteit
- Beloop klachten

Naar een psychiater

- bij ernstig sociaal disfunctioneren, ondanks begeleiding en ingestelde behandeling
- bij een sterk verhoogd suïciderisico
- bij een bipolaire of psychotische depressie

12. MDO

In het Multidisciplinaire Overleg worden nieuwe patiënten besproken en patiënten bij wie de ingestelde behandeling niet naar wens verloopt .

Bij het MDO zijn aanwezig:

- procesbegeleider patiënt
- alle behandelaars die actief betrokken zijn bij patiënt
- op uitnodiging zo nodig ook zorgverleners van andere instanties.
- Frequentie: 4 x per jaar

Bij positief resultaat wordt behandeling afgesloten, informatie gegeven over signalering recidive en patiënten gevraagd op tijd weer terug komen wanneer er klachten terug komen.

Bijlagen

1. Zelfmanagement

De POH maakt voor het bevorderen van zelfmanagement gebruik van de PIH Lijst (zie bijlage).
Naar aanleiding van deze vragenlijst

- ✚ Geeft de POH-GGZ voorlichting en informatie en verwijst zij naar de site www.zelfmanagement.com en thuisarts.nl. Hier is een overzicht te vinden van de zelfmanagement-interventies c.q. tools op het gebied van depressie die het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement (LAZ) in kaart heeft gebracht.
- ✚ Maakt de POH met de patiënt samen een individueel zorgplan met persoonlijke streefdoelen. De streefdoelen op korte termijn zijn goed meetbaar met de BDI.
- ✚ Maakt de POH samen met de patiënt een crisiskaart waarop staat hoe te handelen in geval van nood en wie er gebeld kan worden. (nog te ontwikkelen door huisarts en POH GGZ)

Een verwijzing naar de mogelijkheid van een cursus 'In de put uit de put' die via Amstelmere wordt georganiseerd.

2. Bijlage fysiotherapie

Doel van de fysiotherapeutische interventie

Als er gekozen wordt voor een niet medicamenteuze behandeling kan de fysiotherapeut een rol spelen. Over het algemeen is het doel van de fysiotherapeutische interventie: het verbeteren van de kwaliteit van leven.

Bij een depressieve stoornis is de balans tussen de algemene belasting en algemene belastbaarheid verstoord. Het herstel van een depressieve stoornis kan worden bevorderd van de balans tussen belasting en belastbaarheid. De patiënt stelt in overleg met de therapeut zijn eigen doelen.

Na verwijzing door huisarts of POH-GGZ:

Gegevensverzameling; dit vindt plaats in nauw overleg met alle andere betrokken disciplines, ten dele verzameld door fysiotherapeut en ten dele aangeleverd door de arts. Middels het KIS systeem zullen gegevens gedeeld worden waardoor er een afstemming plaats vind wie wat doet zodat we kunnen voorkomen dat meerdere zorgverleners dezelfde vragen gaan stellen aan de patiënt.

- De intake: verhelderen doelstellingen en motivatie van de deelnemer
- verzamelen van alle elementen
- individueel gesprek
- anamnese en toestemming patiënt
- afname NNGB vragenlijst
- afspraken rond het afnemen van tests
- bepalen of deelnemer kandidaat is voor beweegprogramma
- uitleg geven over activiteitenmeting
- tests om te bepalen of de deelnemer kandidaat is voor een beweegprogramma:
- Afname fysiofitheidsca
- spierkrachttesten
- vragentest naar Kwaliteit van Leven Rand 36
- Beweegprogramma opstellen;

In overleg met patiënt de individuele behandeldoelen vaststellen.

Beweegprogramma

De opbouw van het beweegprogramma: van inspanningstraining naar gedragsverandering

Voor de beweegprogramma's worden primair 2 groepen onderscheiden:

1. patiënten onvoldoende lichamelijk actief zijn maar nog geen al te complex ziektebeeld hebben ontwikkeld.
2. patiënten die na een revalidatieprogramma een onderhoudsprogramma aangeboden krijgen.

Als de drempels om te bewegen zijn weggenomen kan de belasting worden opgevoerd:

Nazorg

Sociale beweegkaart of regulier sportcircuit;

Terugkoppeling naar POH

Middels het KIS systeem kan de huisarts en POH-GGZ zien welke trainingsresultaten zijn bewerkstelligd bij de patiënt.

Rol (Fysiotherapeut) bij behandeling voor depressie

✚ Door middel van observatie:

- Bepalen of de fysieke mogelijkheden bij de patiënt aanwezig zijn om van start te gaan met de behandeling.
- Bepalen of de patiënt ervoor openstaat, het begrijpt, het wil, het kan, het vervolgens ook doet en blijft doen.
- Bepalen of er factoren zijn die een belemmering voor herstel kunnen vormen.

✚ Door middel van advisering:

- Advies en uitleg geven over de wederkerige beïnvloedbaarheid van lichaam en psyche.
- Advies en uitleg geven over de begrippen 'belasting' en 'belastbaarheid'.
- Advies en uitleg geven over waarom fysieke training een positieve bijdrage levert aan het herstel.
- Advies en uitleg geven over waarom deze rol wordt ingevuld door de fysiotherapeut.
- Vragen van de patiënt duidelijk kunnen beantwoorden.

✚ Door middel van behandeling:

- Bepalen van de grenzen van de belasting en belastbaarheid en deze communiceren naar en met de patiënt.
- Het remmen of juist stimuleren van bewegen en deze redenen ook communiceren naar en met de patiënt.
- Het verhogen van de algemene belastbaarheid/ het verlagen van de belasting (afhankelijk van de patiënt)
- Het verbeteren van de intrinsieke motivatie van de patiënt

Opzet bewegingstherapie projectgroep depressie Aalsmeer

Doelgroep:

Patiënten worden verwezen via de huisarts naar het beweegprogramma. Deze patiënten voldoen niet aan de gezond bewegen norm en hebben geen lichamelijke beperkingen ten aanzien van de fysieke belastbaarheid.

Intake:

- Algemene informatie, naw gegevens
- Verzamelen alle relevante gegevens
- Anamnese en toestemming patiënt
- Afnemen\ uitleg van vragenlijsten, PAR-Q, PSK, TAMPA, SES
- Lichamelijk onderzoek
- Inspanningstest/rusttest
- Uitleg beweegprogramma

Programma:

Algemeen: Het totale programma (12 weken) bestaat uit drie blokken van 4 weken.

Blok 1:

De eerste 4 weken zijn bedoeld om patiënten te laten wennen aan de lichamelijke inspanningen en kunnen gezien worden als warming up en verkenningsfase voor de patiënt. De activiteiten zullen voornamelijk plaats vinden in de trainingszaal omdat daar de mogelijkheid is om de inspanningen goed te doseren en te reguleren. Er wordt in principe geoefend in groepsverband, maar wel met individuele aanpassing aan het programma. Patiënten worden vertrouwd gemaakt met het trainen met de hartslagmeter. Elke training wordt begeleid door een instructeur/fysiotherapeut. Binnen het programma wordt gebruik gemaakt van motivational interviewing om de patiënt te ondersteunen bij het vinden van een interne locus of control bij het stellen van zijn of haar doelen.

Parameters: Duur training en frequentie 1 á 1,5 uur 3 x per week, intensiteit 60-65 % aerobe capaciteit, hartslag 60-85 % max HF, KUV 60-75% 1 RM , conditie circuittraining. Eén training dienen zij zelfstandig uit te voeren.

Test: Inspanningsfietstest.

Evaluatie eerste periode: Gesprek in groepsverband. Uitleg vervolg programma.

Blok 2:

In dit blok wordt de intensiteit langzaam verder opgevoerd. De duurtrainingen worden vooral in omvang verder uitgebreid. De krachttraining wordt ingezet op de hypertrofie methode en de circuittraining bestaat uit conditie- en krachtcircuittrainingen. Patiënten worden twee keer begeleid door de instructeur/fysiotherapeut. Eén training dienen zij zelfstandig uit te voeren.

Parameters: Duur en frequentie 1 á 1,5 uur 3 x per week, intensiteit 65-75 % aerobe capaciteit , hartslag 75-85 % HF max, conditie- en krachtcircuittrainingen.

Test: Inspanningstest.

Evaluatie periode 2: Gesprek in groepsverband. Uitleg vervolg programma.

Blok 3:

In Patiënten worden twee keer begeleid door de instructeur/fysiotherapeut. Eén training dienen zij zelfstandig uit te voeren. In dit blok proberen we de transfer te maken naar een eigen invulling van de lichamelijke activiteiten die het best passen bij de patiënt. We zullen in samenspraak met de patiënt kijken welke vorm van bewegen het meest past en het meest aansluit bij de wensen van de patiënt. PACA heeft diverse contacten met bewegend en sportend Aalsmeer en kan daarbij van dienst zijn naar de patiënt. In dit blok zullen we de trainingen meer aanpassen in het licht van de richting die de patiënt in zijn of haar vervolgtraject gaat kiezen.

Parameters: Duur training en frequentie 1 á 1,5 uur 3 x per week, intensiteit 60-65 % aerobe capaciteit, hartslag 60-85 % max HF, KUV 60-75% 1 RM , conditie- en kracht circuittraining.

Test: Inspanningstest.

Evaluatie periode 3: Gesprek individueel en hulp bij het uitzetten van het vervolgtraject. Nogmaals invullen van de vragenlijsten

Eindevaluatie :

Ter continuering van het behaalde resultaat (terugvalpreventie) zal in week 26 en 52 een follow-evaluatie plaatsvinden om de persoon te ankeren in een actieve leefstijl en de sociale beweegkaart. Hierbij wordt gebruik gemaakt van motivational interviewing.

Terugkoppeling POH:

Alle benodigde gegevens worden teruggekoppeld naar de POH volgens het protocol. Dat betekent dat alle test resultaten en vragenlijsten die aan het begin en eind van het programma zijn ingevuld worden overgedragen

Testen:

De inspanningstest gaat al volgt. De patiënt fietst met een constant e RPM= 60-70. Begin weerstand is 30 watt. Gedurende iedere twee minuten wordt de weerstand met 30 Watt verhoogd. Opdracht naar de patiënt is om de RPM te handhaven. Zodra de patiënt voor de tweede keer onder de grens van 60 RPM geraakt stopt de test. Gedurende de test wordt de hartslag gemonitord. De hartslag wordt na één minuut en twee minuten na afloop van de test gemeten.

PWC inspanningstest

Zadelhoogte _____ HF rust _____ HFstart _____ HFmax _____

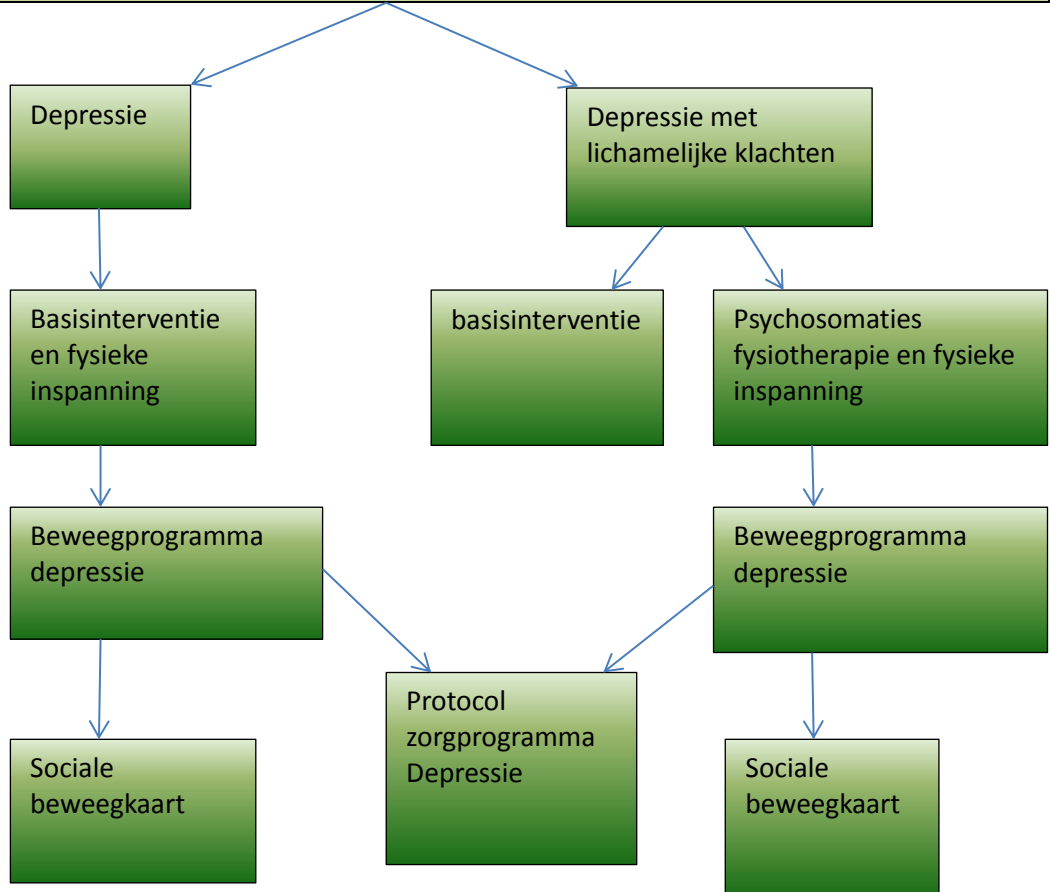
TIJD	WEERSTAND	HARTSLAG
0 - 2		
2 - 4		
4 - 6		
6 - 8		
8 - 10		
10 - 12		
12 - 14		
14 - 16		
16 - 18		
18 - 20		

Herstel 1 min _____

Herstel 2 min _____

Procedure beweegadvies

Triage huisarts-POH GGZ	
✓	codering P03/P76
✓	Beoordelen ernst
	Mogelijk m.b.v.:
○	GDS - Geriatric depression Scale
○	BDI – Beck Depression Inventory
○	LKV – Lichamelijke klachten vragenlijst
✓	Toewijzen
✓	casefinding



3. Bijlage apotheek

Protocol eerste uitgifte bij depressie

Intake	
Voor wie is het recept?	
Breng het recept in	
Halen/wachten	Bezorgen of halen door derden
Afleveren	Geef schriftelijke informatie mee: GIF mee
Wat is reeds bekend over het geneesmiddel?	
Waarvoor krijgt u dit geneesmiddel?	
Is depressie de indicatie waarvoor u dit geneesmiddel krijgt?	
Uitleggen	
Hoe werkt het middel	
Wanneer moet het middel ingenomen worden	
Wanneer wordt het effect merkbaar en wat is de werkingsduur van het geneesmiddel	
Wellicht (=bijwerkingen). Mogelijk bijwerkingen van het medicijn vermelden	
Waarmee (=interacties) De antidepressiva kunnen de werking van andere middelen beïnvloeden. (let op het medicatiebewakingssignaal van de computer)	
Geeft de patiëntenbrief en GIF mee	
Was mijn uitleg duidelijk voor u?	
Heeft u nog vragen?	

Werking antidepressiva

Algemeen: De neurotransmitters serotonine en noradrenaline verzorgen de communicatie tussen zenuwcellen in de hersenen. Als er veel serotonine en noradrenaline tussen de hersencellen aanwezig en actief is, voelen we ons blijer en vrolijker. Tijdens een depressie worden deze twee stoffen te snel weer opgenomen door de cellen. Hierdoor kunnen ze hun werk niet goed doen

Geneesmiddelgroep	Werking
Tricyclische antidepressiva	Tricyclische antidepressiva regelen in de hersenen de hoeveelheid serotonine en noradrenaline. Ze remmen de heropname van noradrenaline en serotonine. Hierdoor vermindert de depressie en verbetert de stemming.
Amitriptyline (Sarotex® Tryptizol®)	
Clomipramine (Anafranil®)	
Imipramine (Tofranil®)	
Nortriptyline (Nortrilen®)	
Serotonine receptor heropname remmer	Serotonine heropnameremmers, ook wel SSRI's genoemd,

(SSRI)	regelen in de hersenen de hoeveelheid serotonine. Ze remmen de heropname van serotonine.
Citalopram (Cipramil®)	Hierdoor vermindert de depressie en verbetert de stemming.
Escitalopram (Lexapro®)	
Fluoxetine (Prozac®)	
Paroxetine (Seroxat®)	
Serotonine-Noradrenaline heropnameremmers (SNRI's)	Ze regelen in de hersenen de hoeveelheid serotonine en noradrenaline. Ze remmen de heropname van noradrenaline en serotonine.
Duloxetine (Cymbalta®)	Hierdoor vermindert de depressie en verbetert de stemming.
Venlafaxine (Efexor®)	
Noradrenerg Specifiek Serotonerg Antidepressivum	Ze regelen in de hersenen de hoeveelheid serotonine en noradrenaline. Mirtazepine blokkeert en stimuleert serotonine receptoren, wat leidt tot het vrijkomen van meer serotonine. Hierdoor vermindert de depressie en verbetert de stemming.
Mirtazepine (Remeron®)	

Inname adviezen antidepressiva

Geneesmiddelgroep	Inname advies
Tricyclische antidepressiva	Als de cliënt veel last heeft van de versuffende werking, dan deze geneesmiddelen 's avonds voor het slapen gaan innemen anders kan het op elk tijdstip. Bij meerdere doses deze zo goed mogelijk over de dag verdelen.
Serotonine receptor heropname remmer (SSRI)	Het maakt niet uit op welk tijdstip van de dag deze geneesmiddelen worden ingenomen. Als de cliënt veel last heeft van de versuffende werking, dan deze geneesmiddelen 's avonds voor het slapengaan innemen. Bij onrust en slecht slapen is het advies: 's ochtends innemen.
Serotonine-Noradrenaline	Bij meerdere doses deze zo goed mogelijk over de dag verdelen. Bij inname één keer per dag de dosis 's avonds bij

heropnameremmers (SNRI's)	het eten innemen, vanwege de minste kans op bijwerkingen op de maag en het minst last van de sufheid.
Noradrenerg Specifiek Serotonerg Antidepressivum	Bij voorkeur de totale dagdosis in een keer 's avonds voor het slapengaan innemen. Bij meerdere doses deze zo goed mogelijk over de dag verdelen.

Hoe lang gebruiken?

Het effect van het geneesmiddel is pas na twee tot vier weken merkbaar. Als het geneesmiddel na zes weken geen effect heeft, moet de cliënt overleggen met zijn arts. Ook indien de cliënt denkt dat hij/zij niet goed of onvoldoende op het geneesmiddel reageert, is verwijzing naar de arts noodzakelijk.

Na verbetering van de klachten moet het meestal zes tot negen maanden of langer gebruikt worden.

Stoppen alleen in overleg met de huisarts. Antidepressiva moeten soms worden afgebouwd.

Bijwerkingen antidepressiva

Geneesmiddelgroep	Bijwerkingen
Tricyclische antidepressiva	droge mond, misselijkheid, tremor sufheid, duizeligheid, hartkloppingen, lage bloeddruk, gejaagdheid, verstopping, minder of meer zin in vrijen, misselijkheid, trillen, moeilijk kunnen plassen, overmatig zweten, overgevoeligheid, convulsies, gewichtstoename, borstvorming, lever- en bloedafwijkingen.
Serotonine receptor heropnameremmer (SSRI)	Maag-darmklachten (misselijkheid, diarree, krampen), slapeloosheid, hoofdpijn, agitatie, angst, verwardheid, zweten, trillen, seksuele stoornissen, droge mond, sufheid, wazig zien, bloedingen, gewichtstoename, overgevoeligheid, rusteloosheid, hyponatriëmie, oorsuizen.
Serotonine-Noradrenaline heropnameremmers (SNRI's)	Maag-darmklachten (misselijkheid, diarree, krampen), slapeloosheid, hoofdpijn, angst, verwardheid, zweten, trillen, seksuele stoornissen, droge mond, sufheid, wazig zien, bloedingen, moeilijk kunnen plassen, gewichtsveranderingen (afvallen en/of dikker worden), overgevoeligheid en rusteloosheid.
Noradrenerg Specifiek Serotonerg Antidepressivum	Sufheid, slaperigheid, hoofdpijn, droge mond, toename van eetlust en gewicht, duizeligheid, misselijkheid, diarree, abnormale dromen, verwardheid, beven

Opmerking:

Bijwerkingen komen eerder dan het effect op de stemming en verdwijnen vaak na ongeveer twee weken. Ze zijn dus van tijdelijke aard

Antidepressiva leiden niet tot verslaving.

Interacties antidepressiva

Geneesmiddelgroep	Interacties
Tricyclische antidepressiva	<p>Terbinafine, SSRI's en cimetidine blijken de plasmaconcentraties van TCA's te kunnen verhogen.</p> <p>De werking van alcohol en andere middelen die het reactievermogen verminderen kan worden versterkt.</p> <p>evenals die van anti-aritmica, para-sympathicolytica en sympathicomimetica zoals adrenaline en noradrenaline.</p>
Serotonine receptor heropname remmer (SSRI)	<p>Afhankelijk van de individuele stof omdat ze verschillende enzymen remmen. Dus zie bijsluiter.</p> <p>SSRI's kunnen het (maag-darm) bloedingsrisico van NSAID's vergroten. Met plasmiddelen kan een tekort aan natrium de eerste 2 weken optreden.</p>
Met borstvoeding	<p>Binnen de SSRI's gaat de voorkeur uit naar paroxetine of sertraline.</p> <p>* Het middel gaat in kleine hoeveelheden over in de moedermelk.</p> <p>* Bij gebruik van het middel kunnen, net als bij andere SSRI's, centrale effecten, zoals rusteloosheid en slapeloosheid, bij de zuigeling optreden.</p> <p>* Binnen de TCA's gaat de voorkeur uit naar amitriptyline, clomipramine, dosulepine, imipramine of nortriptyline.</p> <p>* Het middel en zijn werkzame metabooliet gaan in kleine hoeveelheden over in de moedermelk, maar het is op basis van beperkte gegevens niet waarschijnlijk dat een effect op de zuigeling zal optreden.</p> <p>* Het middel zou de hoeveelheid borstvoeding kunnen verhogen.</p>

4. Bijlage Sites m.b.t. depressie

<http://www.psychischegezondheid.nl/depressiecentrum>

U vindt uitleg over verschillende [soorten depressie](#) en over bijvoorbeeld [behandeling](#). Voelt u zich wel eens depressief? De [depressietest](#) helpt u om in te schatten wat de ernst van uw gevoelens is.

<http://www.nodea.nl/> Nieuws over depressie en angst

<http://www.adfstichting.nl/> landelijke patiëntenvereniging die zich inzet voor mensen met angst- en dwangklachten.

Online hulp:

<http://www.kleurjeleven.nl/> zelfhulpprogramma

<https://www.depressievrij.nl/> DepressieVRIJ is een internettraining voor mensen die eens of vaker een depressie hebben meegemaakt

Ehealth programma's via de verzekeraars:

<http://beatingtheblues.nl/nl-NL>

Jongeren:

<http://www.gripopjedip.nl/nl/Home/>

Een website voor jongeren die al een tijdje niet zo lekker in hun vel zitten of soms net even iets teveel hebben meegemaakt.

<http://www.zwaarweer.nl/home.php>

<https://www.pratenonline.nl/jongeren>

<http://www.depri-en-dan.nl/>

5 Bijlage depressieherkenningschaal

1: Depressieherkenningschaal

DEPRESSIEHERKENNINGSSCHAAL (DHS) 1

(in te vullen door behandelaar/onderzoeker)

Naam:

Datum: - -

Ingevuld door:

Screeningsvragen:

1. Bent u (de laatste maand) futloos geweest?
2. Heeft u (de laatste maand) minder belangstelling voor dingen?
3. Heeft u (de laatste maand) het vertrouwen in uzelf verloren?
4. Heeft u (de laatste maand) de hoop verloren?

Indien "ja" op tenminste 1 van bovenstaande vragen: ga door met de volgende vragen

5. Heeft u er (de laatste maand) moeite mee u te concentreren?
6. Bent u (de laatste maand) afgevallen door slechte eetlust?
7. Wordt u (de laatste maand) 's morgens te vroeg wakker?
8. Heeft u (de laatste maand) het gevoel dat u trager bent?
9. Lijkt het er (de laatste maand) op dat u zich 's morgens slechter voelt dan 's avonds?

Indien "ja" op tenminste 2 van de bovenstaande vragen: 50% kans op een depressieve episode

6 Bijlage BDI-II-NL vragenlijst

Deze vragenlijst bestaat uit een aantal uitspraken die in groepen bij elkaar staan (A t/m U). Lees iedere groep aandachtig door. Kies dan bij elke groep die uitspraak die het best weergeeft hoe u zich de afgelopen week tot en met vandaag heeft gevoeld. Let erop dat u alle uitspraken van een bepaalde groep leest, voordat u een keuze maakt.

Naam: *

Geboortedatum: *

A. *

- 0. ik voel me niet verdrietig.
- 1. ik voel me verdrietig.
- 2. ik ben voortdurend verdrietig en ik kan het niet van me afzetten.
- 3. ik ben zo verdrietig of ongelukkig dat ik het niet meer kan verdragen.

B. *

- 0. ik ben niet bijzonder moedeloos over de toekomst.
- 1. ik ben moedeloos over de toekomst.
- 2. ik heb het gevoel dat ik niets heb om naar uit te zien.
- 3. ik heb het gevoel dat de toekomst hopeloos is en dat er geen kans op verbetering is.

C. *

- 0. ik voel me geen mislukking.
- 1. ik heb het gevoel dat ik vaker iets verkeerd heb gedaan dan een gemiddeld iemand.
- 2. als ik op mijn leven terug kijk, zie ik alleen maar een hoop mislukkingen.
- 3. ik heb het gevoel dat ik als mens een volledige mislukking ben.

D. *

- 0. ik beleef overal net zoveel plezier aan als vroeger.
- 1. ik geniet niet meer zoals vroeger.
- 2. ik vind nergens nog echte bevrediging in.
- 3. ik heb nergens meer voldoening van.

E. *

- 0. ik voel me niet bijzonder schuldig.
- 1. ik voel me vaak schuldig.
- 2. ik voel me meestal schuldig.
- 3. ik voel me voortdurend schuldig.

F. *

- 0. ik heb niet het gevoel dat ik ergens voor gestraft word.

- 1. ik heb het gevoel dat ik nog wel eens gestraft zal worden.
- 2. ik verwacht dat ik gestraft zal worden.
- 3. ik heb het gevoel dat ik nu gestraft word.

G. *

- 0. ik voel me niet teleurgesteld in mezelf.
- 1. ik ben teleurgesteld in mezelf.
- 2. ik walg van mezelf.
- 3. ik haat mezelf.

H.

- 0. ik heb niet het gevoel dat ik slechter ben dan iemand anders.
- 1. ik heb kritiek op mezelf vanwege mijn zwakheden of fouten.
- 2. ik geef mezelf steeds de schuld van mijn gebreken.
- 3. ik geef mezelf de schuld van al het slechte dat er gebeurt.

I. *

- 0. ik overweeg absoluut niet om een eind aan mijn leven te maken.
- 1. ik overweeg wel eens om een eind aan mijn leven te maken, maar ik zou dat nooit doen.
- 2. ik zou een eind aan mijn leven maken.
- 3. ik zou een eind aan mijn leven maken als ik de kans krijg.

J. *

- 0. ik huil niet meer dan normaal.
- 1. ik huil nu meer dan vroeger.
- 2. ik huil nu voortdurend.
- 3. ik kon vroeger wel huilen, maar nu kan ik het niet meer, ook al wil ik het wel.

K. *

- 0. ik erger me niet meer dan anders.
- 1. ik raak sneller geërgerd of geprikkeld dan vroeger.
- 2. ik erger me tegenwoordig voortdurend.
- 3. ik erger me helemaal niet meer aan dingen waaraan ik mij vroeger ergerde.

L. *

- 0. ik heb mijn belangstelling voor andere mensen niet verloren.
- 1. ik heb nu minder belangstelling voor andere mensen dan vroeger.
- 2. ik heb mijn belangstelling voor andere mensen grotendeels verloren.
- 3. ik heb mijn belangstelling voor andere mensen helemaal verloren.

M. *

- 0. ik neem nu nog net zo gemakkelijk beslissingen als vroeger.
- 1. ik stel het nemen van beslissingen meer uit dan vroeger.

- 2. ik heb meer moeite met het nemen van beslissingen.
- 3. ik kan helemaal geen beslissingen meer nemen.

N. *

- 0. ik heb niet het gevoel dat ik er minder goed uitzie dan vroeger.
- 1. ik maak me zorgen over dat ik er oud en onaantrekkelijk uitzie.
- 2. ik heb het gevoel dat mijn uiterlijk blijvend veranderd is, waardoor ik er onaantrekkelijk uitzie.
- 3. ik geloof dat ik er lelijk uitzie.

O. *

- 0. ik kan mijn werk ongeveer even goed doen als vroeger.
- 1. het kost me extra inspanning om ergens aan te beginnen.
- 2. ik moet mezelf er echt toe dwingen om iets te doen.
- 3. ik ben helemaal tot niets meer in staat.

P. *

- 0. ik slaap even goed als vroeger.
- 1. ik slaap niet zo goed als vroeger.
- 2. ik word 's morgens één tot twee uur eerder wakker dan gewoonlijk en kan moeilijk weer in slaap komen.
- 3. ik word uren eerder wakker dan vroeger en kan dan niet meer in slaap komen.

Q. *

- 0. ik wordt niet sneller moe dan anders.
- 1. ik word eerder moe dan anders.
- 2. ik word moe van bijna alles wat ik doe.
- 3. ik ben te moe om ook maar iets te doen.

R. *

- 0. ik heb niet minder eetlust dan anders.
- 1. ik heb minder eetlust dan vroeger.
- 2. ik heb veel minder eetlust dan vroeger.
- 3. ik heb helemaal geen eetlust meer.

S. *

- 0. ik ben zo goed als niets afgevallen de laatste tijd.
- 1. ik ben meer dan 2 kilo afgevallen.
- 2. ik ben meer dan 4 kilo afgevallen.
- 3. ik ben meer dan 6 kilo afgevallen.

T. *

- 0. ik maak me niet meer zorgen over mijn gezondheid dan anders.
- 1. ik maak me zorgen over lichamelijke problemen, bv als ik ergens pijn voel, als mijn maag van streek is, als ik last heb van verstopping.

- 2. ik maak me veel zorgen over mijn lichamelijke problemen en het valt niet mee om aan iets anders te denken.
- 3. ik maak me zoveel zorgen over mijn lichamelijke problemen dat ik aan niets anders meer kan denken.

U. *

- 0. ik ben me niet bewust dat er de laatste tijd iets is veranderd aan mijn belangstelling voor seks.
- 1. ik heb minder belangstelling voor seks dan vroeger.
- 2. ik heb tegenwoordig veel minder belangstelling voor seks.
- 3. ik heb mijn belangstelling voor seks verloren.

De scores

- 0-9: geen of minimale depressie
- 10-14: rand
- 15-20: licht
- 21-30: matig
- 31-40: diepe
- 41-63: zeer ernstig

BDI-II-NL Scoringsformulier: Uitleg

De Beck Depression Inventory (BDI-II) geeft een eindscore voor de mogelijke aanwezigheid van depressie, oftewel een schatting van de ernst van depressie. Ook wordt een score gegeven op drie dimensies van depressie: Affectief, Cognitief en Somatisch. De dimensies zijn hoog onderling gecorreleerd.

Instructie en aandachtspunten bij interpretatie

1. Elk item wordt gescoord op een 4-puntsschaal en de score is het nummer dat omcirkeld is. Deze scores worden opgeteld. Indien de cliënt twee antwoorden omcirkeld heeft, wordt de hoogste in de eindscore gebruikt. De hoogste eindscore is 63.
2. De score op de drie dimensies van depressie wordt weergegeven in percentielscores voor de normale populatie en een psychiatrische populatie. In vergelijking met die populatie geeft de percentielscore weer waar de betreffende persoon neergezet wordt. Bijvoorbeeld, een persoon met een percentielscore van 100 in de normale populatie en een score van 40 in de psychiatrische populatie heeft in de eerste groep 100 % die lager scoren en in de tweede groep 60% die hoger scoren.
3. Item 16 (Verandering van slaappatroon) en item 18 (Verandering van eetlust) vragen aandacht om diagnostische redenen. Bij een score groter dan 1 wordt aangegeven of het gaat om de aanwezigheid van een toename of afname in het symptoom.
4. Het is klinisch belangrijk om aandacht te geven aan de specifieke iteminhoud, zoals item 9 (Suïcidale gedachten of wensen) en item 2 (Pessimisme), wanneer de score boven de 1 is.

Gebruiksdoelen

Opsporen van psychosociale problemen in het kader van een tweesporenbeleid

Vooraf bij patiënten met 'lichamelijk onverklaarde klachten' kan de 4DKL GZ-psychologen psychosociale problemen bespreekbaar te maken. Dergelijke patiënten zijn vaak erg ongerust over hun lichamelijke klachten en verlangen van hun huisarts dat hij hen serieus neemt en een mogelijke lichamelijke oorzaak onderzoekt. Zij zijn zich vaak wel enigszins bewust van de rol van 'spanningen' maar zij kunnen dat pas onder ogen zien en met de huisarts bespreken als zij het vertrouwen hebben dat de huisarts de somatische kant serieus benadert. De huisarts kan hen daarin geruststellen door bijvoorbeeld het volgende te zeggen.

Praktische zaken

Vorbereitung

Men moet een patiënt niet zonder meer vragen een BDI in te vullen. Het is van belang eerst het doel van de vragenlijst toe te lichten. De patiënt moet hebben begrepen dat psychische factoren een rol zouden kunnen spelen bij de gepresenteerde klachten. Presenteert de patiënt lichamelijke klachten waarvan de huisarts vermoedt dat ze mogelijk met psychosociale factoren samenhangen, dan is het van belang dat de huisarts die mogelijkheid ergens in het consult expliciet aan de patiënt voorlegt. Veel meer dan een aarzelende erkenning dat dat 'misschien wel mogelijk zou zijn' heeft de huisarts niet nodig om de patiënt voor te stellen om ook daar dan goed naar te kijken.

Invullen

Er is iets voor te zeggen om het ijzer te smeden als het heet is en de patiënt te vragen direct na het consult, nog voor hij de praktijk verlaat, de BDI in te vullen. Als de patiënt de ingevulde lijst bij de assistente inlevert, kan deze meteen een afspraak maken om het resultaat te bespreken. Geeft de patiënt er de voorkeur aan de lijst op een later tijdstip thuis in te vullen, al dan niet met hulp van anderen, dan is daar geen bezwaar tegen.

7 Bijlage fysiotherapie

Depressie Overdrachtformulier naar fysiotherapie eerste lijn

Patiëntgegevens			
Naam			
Adres			
Postcode/Woonplaats			
Telefoonnummer			
Geboortedatum			
Huisarts			
Aanmelding voor:	Beweegprogramma Depressie		
	Onderhoudsprogramma		
Anamnese			
Diagnose			
Beperkingen t.a.v. fysieke belastbaarheid:			
Lengte cm			
Gewicht Kg			
BMI			
Motivatie:			
Relevante geschiedenis:			
Relevante medicatie:			

8 Bijlage Terugkoppeling trainingsresultaten naar POH over Depressie

TERUGKOPPELING TRAININGSRESULTATEN NAAR POH

Naam patiënt:	Huisarts:
Tel. nummer:	POH:
Geb. datum:	Fysiotherapiepraktijk:
BSN nummer	

Bovenstaande patiënt heeft gevolgd:

Beweegprogramma Depressie Onderhoudsprogramma

Begindatum Einddatum.....

Doelstelling bij aanvang:

Doelstelling behaalt?

	Begindatum	Einddatum	Klinisch relevant?
RAND 36			Ja / Nee
Fysiofitheidsca			Ja / Nee

Bijzonderheden:

9 Bijlage : Samenwerken aan gezondheid (PIH-NL)

Naam patiënt:

ID:

Datum van invullen: ...-...-....

Datum bespreking: ...-...-....

Het doel van deze vragenlijst is om ervoor te zorgen dat u de zorg krijgt die goed bij u past. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Het gaat om uw oordeel: wat kan en doe ik zelf en wat niet.

Hieronder staan een aantal uitspraken die iets zeggen over hoe u omgaat met uw aandoening en de behandeling daarvan. Bij elke uitspraak hoort een schaalverdeling waarbij de uitersten van de schaal zijn weergegeven door woorden. U kunt uw oordeel aangeven door het nummer te omcirkelen dat het beste bij uw situatie past. Nadat u de lijst heeft ingevuld, kunt u uw antwoorden bespreken met uw zorgverlener(s). Bijvoorbeeld omdat u wel wat meer zelf zou willen en kunnen doen of misschien juist even wat minder!

Omcirkel het nummer dat het beste past bij uw situatie.

1. In het algemeen weet ik van mijn aandoening(en):

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Heel weinig Een beetje Veel

2. In het algemeen weet ik over de behandeling en de medicijnen voor mijn aandoening(en):

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Heel weinig Een beetje Veel

3. Ik gebruik de medicijnen en voer de behandelingen uit die mijn arts of zorgverlener heeft voorgesteld:

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Nooit Soms Altijd

4. Beslissingen over (de behandeling van) mijn aandoening(en) neem ik samen met mijn arts of zorgverlener:

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Nooit Soms Altijd

(Waar 'aandoening' staat, kan ook worden gelezen 'risico om een aandoening te krijgen')

5. Ik ben in staat om met mijn zorgverlener te regelen, dat ik de zorg krijg die ik nodig heb en die past bij mijn cultuur, waarden en opvattingen:

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Nooit Soms Altijd

6. Ik regel de (vervolg)afspraken die mijn arts of zorgverlener voorstelt en ga er ook naar toe:

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Nooit Soms Altijd

7. Ik houd zelf symptomen en signalen van mijn lichaam in de gaten (zoals bloedsuikerwaarden, peak

flow, gewicht, kortademigheid, pijn, slaapproblemen, stemming):

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Nooit Soms Altijd

8. Ik grijp zelf in als mijn lichaam signalen afgeeft en symptomen erger worden:

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Nooit Soms Altijd

9. Ik kan omgaan met het effect van mijn aandoening(en) op mijn lichamelijke activiteiten (zoals wandelen, huishoudelijk werk):

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Niet zo goed Redelijk Heel goed

10. Ik kan omgaan met het effect van mijn aandoening(en) op hoe ik mij voel (dat wil zeggen mijn emoties en geestelijk welbevinden):

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Niet zo goed Redelijk Heel goed

11. Ik kan omgaan met de gevolgen van mijn aandoening(en) voor mijn sociale contacten (dat wil zeggen de omgang met andere mensen):

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Niet zo goed Redelijk Heel goed

12. In het algemeen lukt het mij om gezond te leven (bijv. niet roken, matig alcoholgebruik, gezond eten, regelmatig bewegen, omgaan met stress):

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Niet zo goed Redelijk Heel goed

Als u een toelichting wilt geven bij bovenstaande antwoorden of andere opmerkingen heeft over deze vragenlijst, dan kunt u die hieronder opschrijven.

Verder wil ik dit nog kwijt:

.....

.....

.....

.....

.....

Toelichting bij deze vragenlijst (op website)

Deze vragenlijst 'Samenwerken aan gezondheid (PIH-NL)' is geïnspireerd op de 'Partners in Health Scale'. Deze van oorsprong Australische vragenlijst wordt gebruikt in het 'Flinders Programm of Chronic Care Self Management' (CCSM) van de Flinders Human Behaviour & Health Research Unit². Dit programma bevat een set van generieke tools om zorgverleners en patiënten te ondersteunen bij het in gang zetten en

uitvoeren van zelfmanagement.

Het eerste instrument betreft het in kaart brengen hoe iemand tegen zelfmanagement aankijkt. Daarna volgen instrumenten die helpen bij o.a. gezamenlijke doelen stellen, persoonlijke actieplannen, etc.

Deze vragenlijst is vertaald en aangepast aan de Nederlandse situatie door medewerkers van het CBO en Vilans binnen het Landelijk Actieprogramma

Zelfmanagement NPCF-CBO (LAZ). Vanuit het LAZ wordt contact gelegd met het Flinders programma met als doel ervaringen uit te wisselen en gebruik van instrumenten wederzijds af te stemmen. Ook zal worden verkend wat de criteria zijn om deze concept vragenlijst te laten erkennen als officiële Nederlandse versie van de PIH Scale.

Voor meer info zie : <http://www.flinders.edu.au/medicine/sites/fhbhru/self-management.cf>

[1] Uit: Nationaal Kompas Volksgezondheid

[2] Depressieherkenningschaal (DHS). De DHS is eveneens een interview dat gebaseerd is op het Goldbergscreeningsinstrument. Wanneer op 1 van de eerste 4 vragen een ja-antwoord wordt gegeven, worden ook de 5 volgende vragen gesteld. Bij een afkappunt van 4 is de PVW 54% en de NVW 100%.

[3] De MINI is ontwikkeld als een beknopt gestructureerd interview voor de belangrijkste psychiatrische aandoeningen op as-I volgens de DSM-IV en op de ICD-10. De MINI kan in 15 - 30 minuten worden afgenomen. De MINI Plus is een meer gedetailleerde versie van de MINI. Er is van de MINI (Plus) een Nederlandse versie beschikbaar.

[4] Beck Depression Inventory (zie bijlage)

[5] Op basis van de NHG standaard Depressie

10 Bijlage inventarisatievragen depressie

Rusteloosheid kan duiden op agitatie, een trage motoriek en vertraagde spraak op remming. Het is van belang voldoende tijd te nemen, de patiënt niet te interrumpen en vaker een stilte te accepteren. De huisarts houdt er rekening mee dat een dergelijk gesprek meestal langer duurt dan een normaal consult. De huisarts gaat eerst na of er een sombere stemming of verlies van interesse of plezier bestaat. De twee kernvragen zijn:

Bent u de laatste tijd somber, voelt u zich depressief of vinden anderen u de laatste tijd zwaar op de hand? (sombere stemming);

Beleeft u de laatste weken nog plezier aan, of bent u nog geïnteresseerd in de dingen waaraan u normaal gesproken plezier beleeft in uw leven? (verlies van interesse of plezier).

Bij een ontkennend antwoord op beide vragen is er (nog) geen sprake van een depressieve stoornis. Het uitvragen van andere symptomen is dan niet nodig.

Bij een bevestigend antwoord op één van bovengenoemde vragen informeert de huisarts naar de duur, het beloop (dagelijks optreden) en andere symptomen. De huisarts kan op de volgende manier vragen naar andere symptomen:

Kunt u moeilijker beslissingen nemen of knopen doorhakken? (besluiteloosheid);

Heeft u meer moeite om u te concentreren? (concentratieproblemen);

Voelt u zich waardeloos of overbodig? (gevoelens van waardeloosheid);

Voelt u zich schuldig? (schuldgevoelens);

Bent u snel geïrriteerd? Voelt u zich opgejaagd of rusteloos? Kunt u moeilijk stilzitten? (agitatie);

Heeft u het gevoel dat alles trager verloopt, dat het denken langzamer gaat? (remming);

Bent u de laatste tijd erg moe of futloos? (moeheid of energieverlies);

Heeft u last van slapeloosheid of slaapt u juist meer dan anders? (slaapproblemen);

Hoe is de eetlust? Bent u aangekomen of afgefallen? (verandering van eetlust of gewicht);

Bent u de laatste tijd wel eens zo ten einde raad dat u denkt: 'ik wou dat ik niet meer leefde of op een ochtend niet meer wakker werd'? (gedachten aan de dood);

Denkt u wel eens: 'ik maak er een eind aan'? (suïcidedachten).

Bij een bevestigend antwoord op de laatste twee vragen probeert de huisarts het suïciderisico te beoordelen door:

na te gaan hoe sterk de doodswens is,
hoe dwingend de suïcidedachten zijn,
of er een uitgewerkt suïcideplan bestaat,
of er suïcidepogingen in de familie voorkomen en
of er door de patiënt in het verleden reeds suïcidepogingen zijn gedaan.

Naarmate een poging recenter heeft plaatsgevonden, neemt de kans op een nieuwe poging toe. Het suïciderisico wordt medebepaald door de ernst en oplosbaarheid van de eventuele psychosociale problematiek.

De huisarts vraagt naar ingrijpende gebeurtenissen ('life events') in het verleden. Ook informeert hij naar de levens- en werkomstandigheden en eventuele problemen of veranderingen daarin (relatie- of werkproblemen, verminderde zelf- of mantelzorg, stoppen van activiteiten, vermindering van sociale contacten, ziekmelding).

Verder gaat de huisarts na of er sprake is (geweest) van:

hallucinaties of wanen (depressieve stoornis met psychotische kenmerken);

hypomane of manische periodes waarin de patiënt veel drukker is (was) dan anders (bipolaire depressie);

angst of paniek: zie de NHG-Standaard Angststoornissen;

alcohol- of drugsproblemen: zie de NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik;

relevante lichamelijke comorbiditeit en aandoeningen als hypothyreoïdie, dementie en de ziekte van

Parkinson: zie onder andere de NHG-Standaard Functiestoornissen van de schildklier en de NHG-Standaard Dementie.