

ZORG VOOR DEPRESSIE

Zorgaanbodplan Depressie in de eerste lijn

*Multidisciplinaire behandeling door huisarts, eerstelijnspsycholoog,
eerstelijns fysiotherapeut en apotheker*



Auteurs:

Mariska Bergervoet, Greetje Bosma-Winters, Martijn Doorn, Wim Douma, Fokje Jensma,
Mariëlle van Wieren-Kampen

Versie juli 2011

Inhoudsopgave

1. Inleiding
2. Stepped Care
 1. Omschrijving
 2. Doelstelling
 3. Onderdelen
3. Achtergrond
4. Procedure
 1. Doelgroepen
 2. Interventies
 - 1.Huisarts
 - 2.Eerstelijns fysiotherapeut
 - 3.Eerstelijnspsycholoog
 - 4.Apotheker
5. Evaluatie
 1. Monitoring/prestatie-indicatoren
 2. Herstel
6. Vergoedingen/kosten
7. Literatuur
8. Bijlagen
9. In ontwikkeling

1. Inleiding

Het zorgaanbodplan depressie is bedoeld voor patiënten met kenmerken van een depressie. Doel is een gestructureerd en transparant multidisciplinair behandelaanbod in de eerste lijn voor patiënten met depressieve klachten of een depressieve stoornis.

Gesproken wordt van een depressie indien er sprake is van een sombere stemming en/of duidelijk vermindering van interesse of plezier indien dit gedurende ten minste twee weken bijna dagelijks optreedt. Daarnaast moeten er nog een aantal andere symptomen aanwezig zijn volgens DSMIV (zie paragraaf 4.2).

Bij deze groep patiënten is het *Stepped Care model*, waarbij wordt geprobeerd met zo weinig mogelijk interventies en middelen een zo optimaal mogelijk behandelresultaat te halen, effectief.

2. Stepped care

2.1. Omschrijving

'Stepped care' betekent dat patiënten en hulpverleners in eerste instantie de minst intensieve manier van hulp kiezen waarvan effect wordt verwacht. Bij niet-ernstige depressieve klachten is een milde interventie geïndiceerd en bij een ernstige depressie is een uitgebreidere interventie geïndiceerd. Dit heeft tot doel het voorkomen van zowel over- als onderbehandeling. Doel is (en blijft): klachtenvermindering.

2.2. Doelstelling

1. Patiënten met een depressie beter herkennen (betere diagnostiek), eventueel zelfs actief opsporen (risicogroepen), beter begeleiden en ondersteunen (o.a. informeren, keuzefolder), monitoren (BDI), met als doel dat zij zich sneller beter voelen, hierdoor meer activiteiten ontwikkelen en ze sneller herstellen en terugkeren in de maatschappij.
2. Dit alles met zo min mogelijk interventies (meer eerste stap interventies). Daarnaast actief proberen een terugval te voorkomen. Hierdoor zal de medische consumptie en het arbeidsverzuim afnemen.
3. In geval van medicatie in de vorm van antidepressiva een eenduidig voorschrijfbeleid en goede voorlichting, waardoor een betere compliantie en vermindering van een (verkeerd) gebruik van antidepressiva.

2.3 Onderdelen

Patiënten melden zich met klachten bij de huisarts of de huisarts komt door andere signalen op het spoor van een depressie. De huisarts stelt d.m.v. anamnese de diagnose depressie.

Depressieve patiënten krijgen door de huisarts afhankelijk van de ernst van hun depressie in meer of mindere mate een multidisciplinaire aanpak aangeboden (stepped care), waarbij het

doel is met zo min mogelijk middelen en interventies een zo optimaal mogelijk behandelresultaat te bereiken. Een aantal onderdelen behoort tot het basisprogramma.

Rode draad in het gehele behandeltraject is de monitoring van de patiënt door middel van de Beck Depression Inventory (BDI-I). Dit is een vragenlijst met 21 items. Per vraag wordt gescoord op een schaal van 0 tot 3. De maximale totaalscore is 63 punten.

0-10	pnt	geen depressie
10-18	pnt	milde depressie
19-29	pnt	mild tot matig ernstige depressie
> 30	pnt	ernstige depressie

Indien door de patiënt en huisarts hiervoor gekozen wordt zal de behandeling ondersteund worden door andere eerstelijns hulpverleners, te weten de eerstelijns fysiotherapeut en/of de eerstelijnspsycholoog. Beide zullen op hun vakgebied een intake verrichten waarna voor de patiënt een zo optimaal mogelijk behandelprogramma wordt aangeboden.

Bij elke patiënt binnen het zorgaanbodplan zal geregeld (om de 6 weken) een BDI worden afgenomen zodat de ernst van de depressie gevolgd kan worden en de behandeling eventueel kan worden bijgesteld. De huisarts blijft echter de hoofdbehandelaar.

3. Achtergrond

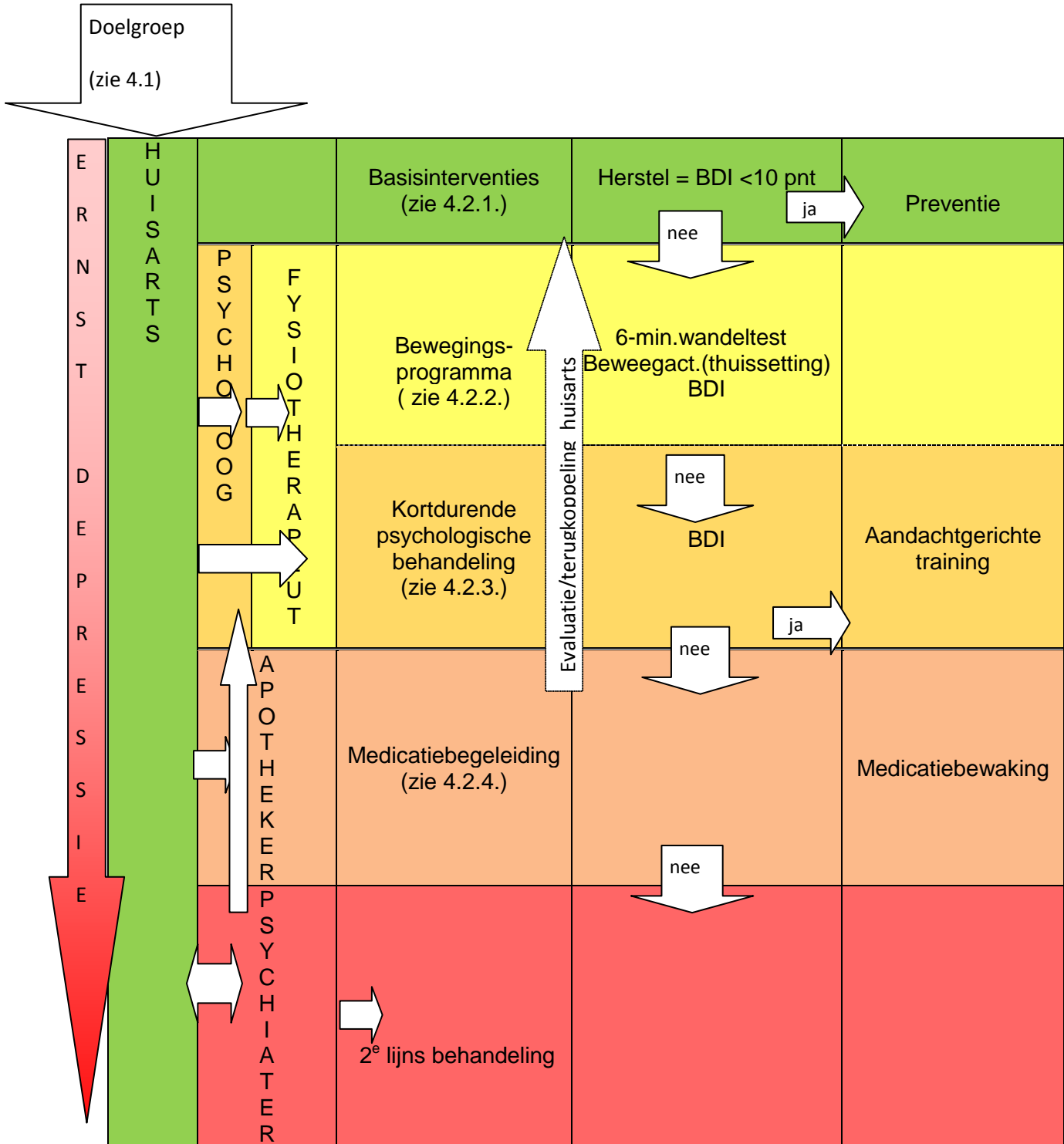
De afgelopen jaren werden aan aantal problemen in de depressiezorg geconstateerd (ROS Friesland):

- Bij 68% van de mensen met een depressie in de eerste lijn wordt antidepressiva voorgeschreven (overbehandeling).
- Weinig therapietrouw wat betreft medicatiegebruik. 25-30% van de mensen die in de acute fase starten met medicatie stoppen binnen 4 weken op eigen initiatief. Binnen 3 maanden is dit 40-50%.
- Problemen in de vroege herkenning, het diagnosticeren, van de depressie.
- Te weinig evidence-based interventies toegepast.
- Er zit te weinig tempo in de behandeling door logistieke problemen en door het gebrek aan monitoring.
- Ouderen worden waarschijnlijk onderbehandeld.

Hierop is een aantal initiatieven ontwikkeld die tot doel hadden en hebben deze problemen zoveel mogelijk het hoofd te bieden. Deze zijn samengevat in o.a. Multidisciplinaire richtlijn depressie (eerste revisie) en Landelijk basisprogramma Depressie.

Met de huidige inzichten wordt in de depressiezorg gekozen voor het zogeheten Stepped Care model.

4. Procedure



4.1 Doelgroepen

De doelgroep van het Zorgaanbodplan Depressie van ELZ Kollum is:

Patiënten met (kenmerken van) een depressieve stoornis, die gediagnosticeerd wordt als mild tot matig ernstig (BDI score 10-29). Patiënten met ernstig depressieve klachten kunnen eventueel worden behandeld in samenwerking met of door tweedelijns behandelaren.

Er wordt een stepped care programma ingezet, waarbij getracht wordt met zo min mogelijk interventies en middelen een zo optimaal mogelijk behandelresultaat te behalen.

Er is speciale aandacht voor de volgende groepen:

- Zwangeren met antidepressiva (verloskundige, huisarts, apotheker)
- Somatiserende patiënten (fysiotherapeut, huisarts)
- Patiënten, die al gedurende langere tijd antidepressiva gebruiken (huisarts, apotheker)

De huisarts heeft aandacht voor de patiënten in de volgende risicogroepen:

- Recent (12-24 maanden) verweduwd
- Invaliderende lichamelijke aandoeningen (CVA/M. Parkinson/Reuma)
- Onverklaarde lichamelijke klachten
- Chronische pijn
- Alcoholmisbruik
- Klachten over slaap
- Angstklachten
- Klachten over vergeetachtigheid

Patiënten kunnen ook verwezen worden door een huisarts buiten Kollum, mits deze instemt te werken volgens de lijnen van het Zorgaanbodplan.

Depressie incidentie en prevalentie NIVEL 2009 bij Huisarts

Depressie prevalentie CBS 2009 algemeen

	NIVEL		CBS
	Incidentie	Prevalentie	Depressie per 1000 inwoners
15-24	4,4	8,4	15
25-44	8,3	22,1	ca 21
45-64	7,7	30,3	ca 30
65-74	6,3	25,7	ca 26
75+	8,2	35,3	35
Totaal	6.1	20.9	19

In Kollum zijn er naar verwachting 170 patiënten (8520 ingeschreven patiënten) met de diagnose depressie (ICPC P76) en circa 50 nieuwe gevallen per jaar. Naar schatting 50 % hiervan zal binnen het zorgaanbodplan, naast interventies door de huisarts, mede behandeld worden door de eerstelijnspsycholoog, fysiotherapeut en/of apotheker.

4.2. Interventies

4.2.1. Huisarts

Diagnostiek

- De huisarts neemt bij verdenking op een depressie een anamnese af volgens de NHG-standaard Depressie. Ook neemt de huisarts een BDI af. Bij twijfel over de diagnose kan eventueel een screeningsinstrument gebruikt worden; bij twijfel over eventuele comorbiditeit als angststoornis of somatisatie kan de **4DKL** gebruikt worden.
(onderbouwing: Het wordt niet wenselijk geacht bij alle patiënten in de eerste lijn een screener te gebruiken. Het gebruik van dergelijk instrument is mogelijk zinvol bij onverklaarde somatische klachten of onduidelijke symptomatologie; dan kan een screener een indicatie geven van een psychiatrische stoornis. De DHS en de INSTEL zijn korte interviews die in de eerste lijnspraktijk kunnen helpen om een snelle indicatie te krijgen of er sprake zou kunnen zijn van een depressieve stoornis, al dan niet in combinatie met (gegeneraliseerde) angst. De zelfinvulvragenlijst 4 DKL kan vooral een rol spelen bij het maken van een onderscheid tussen 'echte' surmenageklachten en uitgebreidere, meer psychiatrische symptomatologie. uit samenvatting multidisciplinaire richtlijn depressie)
- De diagnose depressie wordt gesteld volgens de gebruikelijke werkwijze in de huisartspraktijk en waarbij de huisarts terugvalt op de NHG Standaard M44 Depressieve stoornis (versie oktober 2003), ICPC-code P03 of P76:
 - Tijdens de anamnese wordt gevraagd naar een sombere stemming, depressieve gevoelens of zwaar op de hand zijn en daarnaast naar interesseverlies, niet meer kunnen genieten. Bij een bevestigend antwoord wordt de anamnese uitgebreid.
 - Alleen op indicatie wordt lichamelijk onderzoek verricht.
 - De diagnose depressie wordt gesteld bij (volgens DSM IV) gedurende ten minste 2 weken bijna dagelijks optreden van:
 - o Depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag *en/of*
 - o Duidelijke vermindering van interesse of plezier in bijna alle activiteitenDaarnaast 5 of meer van de volgende symptomen:
 - Duidelijke gewichtsvermindering of gewichtstoename
 - Slapeloosheid of overmatig slapen
 - Psychomotore agitatie of remming
 - Moeheid of verlies van energie
 - Gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens
 - Concentratieproblemen of besluiteloosheid
 - Gedachten aan de dood, suïcidegedachten of –plannen

- Een depressie wordt als ernstig gediagnosticeerd indien (BDI >30):
 - o Klachten langer dan 6 maanden bestaan of
 - o Er sprake is van suïcidaliteit of
 - o Er is sprake van psychotische kenmerken of
 - o Er sprake is van ernstig sociaal (en maatschappelijk) disfunctioneren of
 - o De depressie na minimaal 6 weken en maximaal 3 maanden niet of onvoldoende reageert op een eerstestapsinterventie

- De huisarts is met name alert op het voorkomen van een depressie bij bepaalde hoogrisicogroepen. Hieronder vallen patiënten met:
 - o Een depressieve stoornis of suïcidepogingen in het verleden of met (eerstegraads) familieleden met een depressieve stoornis of suïcidepogingen
 - o Ernstige lichamelijke ziekte
 - o Alcohol- of drugsproblemen
 - o Angststoornissen
 - o Recent (12-24 maanden) verweduwd
 - o Invaliderende lichamelijke aandoeningen (CVA/Parkinson/Reuma)

- Daarnaast kan via een andere weg de vraag komen of een patiënt een depressie heeft. Zo komt het regelmatig voor dat mensen zich bij de fysiotherapeut melden met bepaalde klachten die mogelijk terug te leiden zijn tot een depressieve stoornis. De fysiotherapeut zal in die voorkomende gevallen met toestemming van de patiënt contact opnemen met de huisarts, dan wel de patiënt terugverwijzen naar de huisarts.

- Ook verloskundigen worden regelmatig geconfronteerd met zwangeren die antidepressiva gebruiken. Gezien de mogelijke consequenties voor een eventuele (al bestaande) zwangerschap is het wenselijk dat de huisarts deze patiëntengroep goed voorlicht over de consequenties van medicatiegebruik.

Behandeling

Na het stellen van de diagnose komt het behandelproces, waarin samen met de patiënt moet worden gekeken hoe hij/zij het beste geholpen kan worden om weer zo spoedig mogelijk te herstellen. Bij een milde depressie zal hierbij een ander behandeltraject gekozen worden dan bij een ernstige depressie. Uitgangspunt moet echter altijd zijn dat met zo weinig mogelijk interventie een zo optimaal mogelijk resultaat moet worden behaald.

Hieronder volgt een opsomming van een aantal basisinterventies, waarvan we verwachten dat deze minimaal aan bod komen tijdens de gesprekken met de huisarts.

1. Alert volgen
2. Psycho-educatie
3. Dagstructurering/activering

Wenselijk is dat de patiënt zowel mondeling als schriftelijk uitleg krijgt over de aandoening depressie en de mogelijke behandelinterventies (o.a. door middel van een patiëntfolder).

Ad 1) Alert volgen (Watchful waiting)

- Bij relatief milde depressieve klachten of indien de patiënt “het zelf wil proberen” of spontane verbetering verwacht, kan de huisarts ervoor kiezen om een patiënt nauwlettend te volgen, maar (vooralsnog) geen therapie te starten; indien er

symptomen of signalen veranderen of verschijnen kan alsnog therapie worden gestart.

- De gemiddelde duur van een depressieve episode is 3 maanden, 50% van de depressieve patiënten herstelt binnen 3 maanden tijd, 63% van de depressieve patiënten herstelt in 6 maanden, en ongeveer 80% van de depressieve patiënten is na 12 maanden tijd hersteld. Van belang is het beloop te volgen, waar gaat het naartoe?
- Binnen het Zorgaanbodplan Depressie is gekozen voor de Beck Depression Inventory (BDI-I) als monitoring instrument. De BDI wordt eens per 6 weken afgenomen.
- Binnen het Zorgaanbodplan Depressie is gekozen om maximaal 3 maanden alert te volgen.

Ad 2) Psycho-educatie

De patiënt (en evt. naasten van de patiënt) krijgt mondeling en schriftelijk informatie aangeboden over depressie (de aard van de klachten, het beloop, behandelmogelijkheden etc.). Hierdoor kan de patiënt beter overwegen welke aanpak hij nodig vindt voor zijn klachten. Er wordt gebruik gemaakt van een patiëntfolder.

Daarnaast zal de patiënt een advies krijgen voor eventueel aanvullende literatuur (Leven met een depressieve stoornis, Joke Kragten).

Ad 3) Dagstructurering/activering

De patiënt krijgt individuele adviezen om zijn dagelijkse activiteiten op een goede manier in te delen. Daarbij wordt de patiënt gemotiveerd om actiever te zijn, bijvoorbeeld door meer fysieke inspanning te leveren, meer de deur uit te gaan, meer positieve en sociale activiteiten te ondernemen en een meer gezonde leefstijl op te pakken.

Mocht dit onvoldoende zijn en de BDI-score zakt niet of onvoldoende, kan gekozen worden voor de volgende stap in het Stepped Care programma te weten de eerstestapsinterventies. Hieronder vallen:

1. Fysieke inspanning (fysiotherapeut), zie 4.2.2.
2. Kortdurende gespreksbehandeling (eerstelijnspsycholoog), zie 4.2.3.
3. Medicatiegebruik (huisarts, apotheek), zie 4.2.4.

4.2.2. Fysieke inspanning onder begeleiding van de eerstelijns fysiotherapeut

Bewegen heeft effect op de ernst van depressies (Rot, aan het, et al, 2009). Daarnaast beschrijven Aan het Rot et al in dezelfde review dat bewegen ook nog eens van invloed is op de symptoomreductie bij MDD's (major depressive disorders). Er is tevens aangetoond dat patiënten met een lagere fysieke activiteit een grotere kans hebben om in een depressie te geraken dan mensen met een normale fysieke activiteit (Iversen, 2004). Bij de behandeling van depressies is het effect van bewegen te vergelijken met de effecten van psychotherapie en medicatie. Een combinatie heeft overigens het grootste effect. Rot et al (2009) beschrijven dat aan de hand van meerdere artikelen. Stammes et al (2009) geven hierbij aan dat fysieke training een zinvol onderdeel is van Stepped Care bij mensen met lichte tot ernstige depressies.

Vanuit de literatuur wordt aangegeven dat bij het bewegen goede begeleiding van belang is. Bewegen in een gestructureerd programma met deskundige supervisie zorgt bij mensen met een depressie namelijk voor een grotere fysieke activiteit en VO₂max (Oeland, 2010). Hierbij wordt gebruik gemaakt van een programma waarin krachttraining en cardiotraining zijn gecombineerd. De duur van het antidepressief effect is ook nog eens groter bij langdurige beweegprogramma's (Rot, aan het, et al, 2009).

De 6-minutenwandelttest is een gestandaardiseerde functionele inspanningstest, die een goed beeld geeft van de hoeveelheid ADL-activiteiten van patiënten. Dit is aangetoond bij uiteenlopende patiëntenpopulaties met een chronische aandoening. De resultaten van de 6-minutenwandelttest hebben bij meerdere van deze chronische aandoeningen een correlatie aangetoond met de VO₂max. Voor die aandoeningen waarbij dit niet het geval is, blijft de 6-minuten wandelttest een functionele inspanningstest. Voordelen zijn de zelfgekozen loopsnelheid, het weinige instrumentarium en de grote overeenkomst met wandelen in het dagelijks leven (Takken, 2005).

Het is dus een breed inzetbaar instrument om het functionele inspanningsvermogen van een patiënt in kaart te brengen. Dus is het ook een zeer geschikte test om de fysieke activiteit van patiënten met een depressie te meten.

Het bewegingsprogramma bij de fysiotherapie is gericht op het verbeteren van de algehele belastbaarheid en toename van beweegactiviteiten in de thuissituatie, met als gevolg een toename van het algemeen welbevinden en een afname van de depressieve klachten. De behandeling zal plaatsvinden in een twaalf weken durend trainingsprogramma met de volgende structuur en inhoud:

Intake

- 6-minutenwandelttest
- In kaart brengen beweegactiviteiten in de thuissituatie

Training

- 2x per week trainen onder begeleiding van de fysiotherapeut, met de volgende opzet:
 - Aerobische training
 - Krachttraining
 - Werkwijze: tijdscontingent, bij aanvang op 70% van de maximale inspanningsmogelijkheid
- minimaal 1x p/w een eigen invulling van bewegen in de thuissituatie

Evaluaties

- Gepland in week 6 en week 12
- 6-minutenwandelttest
- In kaart brengen beweegactiviteiten in de thuissituatie

De metingen die gedurende het programma plaatsvinden zijn gericht op het vaststellen van de algehele belastbaarheid en de beweegactiviteiten in de thuissituatie. Er zal hierbij gebruik worden gemaakt van de 6-minutenwandelttest (een functionele en submaximale inspanningstest) en een meting die betrekking heeft op de beweegactiviteiten in de thuissituatie.

Daarnaast is er, indien gewenst, nog de mogelijkheid voor een vervolg van het beweegprogramma middels een natraject (met iedere zes weken een evaluatie).

4.2.3. Kortdurende psychologische behandeling door een eerstelijns psycholoog

Kortdurende psychologische behandeling is geïndiceerd bij niet-ernstige depressies. De eerstelijns psycholoog zal de patiënt behandelen indien:

- de basisinterventies geen of onvoldoende verbetering opleveren
- de patiënt gemotiveerd is voor psychologische behandeling
- de patiënt in staat is om naar zijn eigen functioneren te kijken

De eerstelijnspsycholoog behandelt de patiënt met depressieve klachten door middel van cognitieve gedragstherapie.

Doelen van behandeling:

- verminderen/verdwijnen van symptomen
- bevorderen van inzicht in ontstaan en instandhouding van de depressieve klachten
- activering
- verbeteren van coping
- herstructureren van cognities

De effectiviteit van de behandeling wordt geëvalueerd d.m.v. afname van de BDI.

Fasen van behandeling (*behandelduur 22-32 weken*):

Intake en diagnostische fase: 1-2 sessies

Uitvragen klachten, inventarisatie relevante gegevens m.b.t. de sociale situatie, levensgebeurtenissen (life events) en levensloop. Eventueel aanvullend psycho-diagnostisch onderzoek. Hulpvraag en doelen worden geconcretiseerd en een behandelplan wordt opgesteld.

Behandelfase: +/- 10 sessies

3 modules (afhankelijk van doelen en hulpvraag zullen in het behandelplan 1 of meer modules aan bod komen):

- psycho-educatie
- gedrag: activering, activiteitenplanning, slaaphygiëne, re-integratie, omgaan met emoties
- cognities: herstructureren van gedachtepatronen

Afrondingsfase: 1 sessie (na 2 maand)
Evaluatie en aandacht voor terugvalpreventie

Aanvullend zal bij patiënten met recidiverende depressieve klachten een aandachtgericht groepsbehandelprogramma worden aangeboden.

Ongeacht voor welke interventie gekozen wordt, zal de huisarts zorg dragen dat de patiënt elke 6 weken een BDI invult om zo het effect van de behandeling te evalueren. Indien onvoldoende herstel optreedt (herstel = BDI score <10), wordt in overleg met de andere behandelaars eventueel gekozen voor het bijstellen van de behandeling. Dit kan betekenen dat er over wordt gegaan tot een tweedestapsinterventie. Dit betekent dan wel het voorschrijven van antidepressiva, danwel het doorverwijzen naar de tweede lijn.

Antidepressiva

De huisarts is vrij in zijn keuze van antidepressiva, waarbij echter wel rekening dient te worden gehouden met bepaalde patiëntkenmerken.

Een groep die speciale aandacht vraagt, is de groep jonge vrouwen met een op korte termijn bestaande zwangerschapswens.

Daarnaast dient de patiënt goede informatie te ontvangen over de werking van het geneesmiddel en eventuele bijwerkingen conform de NHG Standaard Depressieve stoornis. Dit betekent dat het effect regelmatig geëvalueerd zal worden.

De huisarts wordt hierin ondersteund door de apotheker.

4.2.4. Medicatiebegeleiding door de apotheker

Als de depressie behandeld gaat worden met antidepressiva biedt de apotheek bij een eerste en tweede uitgifte van deze middelen de patiënt extra begeleiding aan.

Bij aflevering van antidepressiva wordt er actie ondernomen mocht er sprake zijn van een interactie of contra-indicatie.

- Bij een eerste uitgifte van antidepressiva worden besproken
 - o Werking
 - o Wanneer treedt werking in
 - o Bijwerkingen
 - o Reactievermogen en advies over deelnemen aan het verkeer

- Bij een tweede uitgifte
 - o Benadrukken langdurig gebruik
 - o Informeren naar bijwerkingen

Elk kwartaal maakt de apotheek een overzicht van alle antidepressivagebruikers met als doel de therapietrouw te inventariseren. Met patiënten die vroegtijdig zijn gestopt wordt telefonisch contact opgenomen.

Op verzoek van huisarts en/of patiënt kan de apotheek advies geven hoe te stoppen met de antidepressiva.

Elk jaar ontvangen de huisartsen een overzicht van alle patiënten die langdurig (1 jaar of langer) antidepressiva gebruiken.

Omdat verschillende antidepressiva ook voor andere indicaties worden gebruikt wordt door de huisartsen de indicatie op het recept vermeld.

5. Evaluatie

5.1. Monitoring/Prestatie-indicatoren

- M.b.v. de BDI-I (Beck Depression Inventory) wordt monitoring toegepast. De BDI is een vragenlijst met 21 items, die elke 6 weken afgenomen wordt. De eerste keer is tijdens het eerste consult of als de diagnose depressie gesteld is.
- Als de BDI onder de 10 gekomen is, kan de behandeling in principe worden afgerond. Daarnaast is de cliënttevredenheid en de mate van beantwoording van hulpvraag een eindmeting.
- De vervolg-BDI's worden van tevoren, thuis of in de wachtkamer ingevuld.
- Alle zorgverleners vermelden waarde en datum van de afgenomen BDI's in hun rapportage
- De huisarts draagt er zorg voor dat de eventuele andere zorgverleners op de hoogte worden gebracht van de waarde van de BDI en verzoekt de hulpverlener naar wie verwezen wordt, om deze BDI na 6 en 12 weken te herhalen en hem na afloop van de behandeling te berichten.
- Met behulp van de 6-minutenwandelttest wordt het functionele en submaximale inspanningsvermogen gemeten door de fysiotherapeut. Dat zal gebeuren bij de intake en iedere evaluatie (week 6, week 12 en bij een natraject om de zes week)
- Eens per 6 weken vindt Multidisciplinair Overleg plaats om patiënten in het zorgaanbodplan te bespreken.

5.2. Herstel

Na herstel wordt aandacht besteed aan terugvalpreventie.

Bij patiënten met recidiverende depressieve klachten (driemaal depressieve episode meegemaakt) kan de module 'aandachtgerichte training' worden aangeboden; een groepsprogramma gericht op terugvalpreventie. Dit groepsprogramma wordt begeleid door de eerstelijnspsycholoog en fysiotherapeut.

Zoals eerder besproken is er daarnaast bij de fysiotherapeut met betrekking tot het fysieke beweegprogramma de mogelijkheid tot een natraject.

6. Vergoedingen/kosten

- Huisarts
 - o Direct patiënt-gebonden taken:
 - te declareren op de basisverzekering
 - o Indirecte taken:
 - bijdrage multidisciplinaire overleg:
 - 1 x €77,50 = €77,50
 - 20 minuten overleg per patiënt, minimaal 3 keer. Totaal dus per patiënt per behandeltraject één uur MDO = éénmaal €77,50
- Kortdurende psychologische behandeling
 - o Direct patiënt-gebonden taken:
 - te declareren op de basisverzekering: 8 gesprekken worden vergoed vanuit de basisverzekering, waarbij eigen bijdrage van 10 euro per sessie (in 2011)
 - te declareren op de aanvullende verzekering (In sommige aanvullende pakketten worden extra sessies vergoed tot maximaal 4 keer, bij De Friesland Zorgverzekeraar 'optimaal pakket') De eerstelijns psychologische zorg valt onder het eigen risico
 - o Indirecte taken:
 - bijdrage multidisciplinaire overleg:
 - 1 x €77,50 = €77,50
 - 20 minuten overleg per patiënt, minimaal 3 keer. Totaal dus per patiënt per behandeltraject één uur MDO = éénmaal €77,50
- Fysieke inspanning bij fysiotherapeut
 - o Direct patiënt-gebonden taken:
 - te declareren op de aanvullende verzekering (Mbt De Friesland Zorgverzekeraar: vanuit de basisverzekering wordt geen fysiotherapie vergoed. In aanvullende pakketten worden extra sessies vergoed: 'standaard' = 9, 'extra' = 20, 'zorg' = onbeperkt (indien medisch noodzakelijk) en 'optimaal' = onbeperkt (indien medisch noodzakelijk)) De zorg van de eerstelijns fysiotherapie valt onder het eigen risico
 - o Indirecte taken:
 - bijdrage multidisciplinaire overleg:
 - 1 x €77,50 = €77,50
 - 20 minuten overleg per patiënt minimaal 3 keer. Totaal dus per patiënt per behandeltraject één uur MDO = éénmaal €77,50
- Apotheek
 - o Direct patiënt-gebonden taken:
 - medicatie en extra begeleiding bij een eerste en tweede uitgifte en medicatiebewaking worden vergoed uit de basisverzekering.
 - terugkoppeling prescriptiecijfers 8 uur / jaar 8x €77,50 = €620,00

7. Literatuur

Huisarts

NHG standaard M44 Depressie

LESA Depressie

Richtlijnherziening van de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (eerste revisie)

Psycholoog

Aandachtgerichte cognitieve therapie bij depressie. Segal e.a. 2006. *Uitgeverij Nieuwezijds*.

Informatie Doorbraak Depressie (ROS, Doorbraakteam Friesland 2008)

Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Depressie (NHG/LVE 2006)

Leven met een depressieve stoornis. Joke Kragten, 2004. *Houten: Bohn Stafleu van Loghum*.

Mindfulness en bevrijding van depressie, voorbij chronische ongelukkigheid. J.M.G. Williams e.a. (2007). *Uitgeverij Nieuwezijds*.

Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (herzien 2010)

Protocollaire behandeling van depressieve patiënten: Cognitieve gedragstherapie. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg (pp. 154-182)*. *Houten: Bohn Stafleu Van Loghum*.

Richtlijn Intake en Indicatiestelling voor eerstelijnspsychologen (Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen, Amsterdam 2005)

Fysiotherapeut

Iverson G.L. Objective Assessment of Psychomotor Retardation in Primary Care Patients with Depression. *J. of Behav. Med: Volume 27, Number 1, 31-37(7), 2004*.

Oeland A.-M., Laessoe U., Olesen A., van, Munk-Jorgensen P.. Impact of exercise on patients with depression and anxiety. *Nord J.Psychiatry: earley online 1-8, 2010*.

Rot M., aan het, Collins K.A., Fitterling H.L.. Physical exercise en depression. *Mount S.J. of Med: 76: 204-214, 2009*.

Stammes R., Spijker J. Fysieke training bij depressie; een overzicht. *Tijdschrift voor psychiatrie 51 (11), 2009*.

Takken T. De 6-minutenwandelttest: bruikbaar meetinstrument. *Stimulus (24): 244-258, 2005*.

Apotheker

Commentaren medicatiebewaking 2011/2012 St Health Base

NHG standaard M44 Depressie

LESA Depressie

Sites:

www.ggzrichtlijnen.nl

www.trimbos.nl

www.rivm.nl

www.rosfriesland.nl

www.ggdkennisnet.nl

nhg.artsennet.nl

8. Bijlagen

BDI

4DKL

Patiëntfolder

9. In ontwikkeling:

Beslisboom diagnostisch proces huisarts

Patiëntformulier

Toestemmingsverklaring patiënt tot informatie-uitwisseling

Aanbod aandachtsgerichte groepsbehandeling