

Ketenzorgprogramma GGZ Angst- en stemmingsproblematiek

Zuid-Holland Noord

Door: Knooppunt Ketenzorg Zuid-Holland Noord, werkgroep *

Contactpersoon: Dhr. A. Timmers, voorzitter werkgroep Angst,- en stemmingsproblematiek

Werkgroep: mw. A. de Koning, kaderhuisarts GGZ
mw D. Zweekhorst, psychosomatisch fysiotherapeut
mw. E. Schuil-Vlassak, apotheker
mw. F. Gieles, POH-GGZ
Dhr. E. van der Put, vrijgevestigd psycholoog, voorzitter Psyalite
Dhr. T. Fuchsbergen, psychiater Rivierduinen
Judith Ruijs, adviseur Reos, jruijs@reos.nl

Versie:

Laatst aangepast: 13 juli 2016

Status: definitief

In mei 2017 geredigeerd door de Werkgroep GGZ van de Zorggroep Katwijk om het programma passend te maken voor deze werkomgeving.

Inhoudsopgave

<i>Disclaimer ketenzorgprogramma's Knooppunt Ketenzorg</i>	3
1. Inleiding	6
1.1. Doelgroep	6
1.2. Doelstellingen	6
1.3. Betrokkenen	6
1.4. GBGGZ en SGGZ	7
1.5. Epidemiologie	8
1.6. Bronnen	8
2. Ziekte specifieke Zorg	10
2.1. Signalering	11
2.2. Probleemverheldering en triage	11
2.3. Behandelplan	17
2.4. Psycho-educatie, interventies en behandeling	17
2.5. Farmacotherapie	19
2.6. Consultatie	19
2.7. Verwijzing	20
2.8. Terugrapportage na consultatie, intake, jaarlijks en bij afsluiten behandeling	20
2.9. Terugvalpreventie	22
3. Organisatie van het zorgprogramma	23
3.1. Beheerder zorgprogramma versus beheer door Knooppunt Ketenzorg	23
3.2. Eindverantwoordelijke	23
3.3. Zorgcoördinator	23
3.4. Individueel zorgplan	23
3.5. Gedeeld informatiesysteem	23
3.6. Organisatie multidisciplinair overleg	24
3.7. Communicatie en bereikbaarheid	24
4. Kwaliteit	25
4.1. Kwaliteitsindicatoren	25
4.2. Identificatie en registratie patiënten	25
4.3. Informed consent	25
4.4. Scholing	25
5. Implementatie	26
6. Bijlagen	27

Disclaimer ketenzorgprogramma's Knooppunt Ketenzorg

- *Dit ketenzorgprogramma van Knooppunt Ketenzorg is opgesteld en geactualiseerd op basis van de geldende professionele richtlijnen en zorgstandaarden en aangepast aan de regionale situatie in Zuid-Holland Noord.*
- *Dit ketenzorgprogramma is opgesteld en mag gebruikt worden door deelnemers van Knooppunt Ketenzorg, de betrokken zorgpartners en Zorg en Zekerheid.*
- *Deelnemers van Knooppunt Ketenzorg:*
- *mogen dit ketenzorgprogramma implementeren binnen hun GEZ of zorggroep met de betrokken zorgpartners en Zorg en Zekerheid;*
 - *behouden het logo van of de verwijzing naar Knooppunt Ketenzorg bij de schriftelijke lokale vertaling van dit ketenzorgprogramma en de implementatie ervan.*
- *Dit ketenzorgprogramma is opgesteld als handvat voor zorgprofessionals. Patiënten en zorgorganisaties kunnen op geen enkele wijze rechten ontlenen aan de inhoud van dit ketenzorgprogramma.*

Voorwoord

Knooppunt Ketenzorg

Knooppunt Ketenzorg stelt zorgverleners in Zuid-Holland Noord in staat om gezamenlijk de beste en blijvend betaalbare zorg aan de patiënten te leveren. Vanuit het motto: 'sterke zorg regel je samen met de patiënten, samen met zorgverleners' doet het knooppunt dit door:

- Het realiseren van een eenduidig ketenzorgaanbod
- Het verbeteren van de kwaliteit van ketenzorg
- Actief bijdragen aan het betaalbaar houden van de zorg.

Hiermee draagt Knooppunt Ketenzorg actief bij aan het (continu) verbeteren van de kwaliteit van zorg.

De visie van het Knooppunt Ketenzorg is een sterke ketensamenwerking tussen de lijnen te realiseren, die haar verantwoordelijkheid neemt voor het multidisciplinair en doelmatig organiseren en aanbieden van kwalitatief goede zorg aan patiënten in Zuid-Holland Noord.

Samenwerking binnen Knooppunt Ketenzorg maakt het voor u mogelijk om:

- Kwalitatief goede zorgprogramma's te gebruiken. De in de regio beschikbare (gespecialiseerde) kennis is hierbij optimaal ingezet. De zorg is multidisciplinair opgesteld, waarbij het direct duidelijk is wie wat wanneer doet.
- Doelmatig te werken en dus niet steeds 'het wiel opnieuw uit te vinden'. U bespaart veel tijd door deze kant-en-klare ketenzorgprogramma's te gebruiken, die periodiek door het Knooppunt Ketenzorg worden geüpdatet. U kunt zich daardoor focussen op uw kerntaak: optimale zorg voor uw patiënten.
- Met uniforme Transmurale Afspraken goede samenwerking met de tweede lijn te ontwikkelen.

Dit ketenzorgprogramma is ontwikkeld door de werkgroep Angst- en stemmingsproblematiek van het Knooppunt Ketenzorg. De werkgroep is tot stand gekomen in samenwerking met Netwerk Next.

Wat kunt u met dit document?

Een eerstelijns samenwerkingsverband kan dit programma gebruiken als basis voor het maken van lokale samenwerkingsafspraken rond dit onderwerp.

Netwerk Next

Netwerk Next is een netwerkorganisatie: een samenwerkingsverband van personen en instellingen werkzaam in de GGZ-keten. Het doel van de samenwerking betreft het creëren van een samenhangend aanbod voor patiënten met psychische klachten en stoornissen in de huisartspraktijk en zorgaanbieders in de eerste lijn, Generalistische Basis Geestelijke Gezondheidszorg (GBGGZ) en Specialistische Geestelijke Gezondheidszorg (SGGZ) in de regio Zuid-Holland Noord. Dit doen zij door middel van monitoring van externe GGZ-ontwikkelingen, stimuleren van *best practices*, faciliteren van zorgaanbieders en het maken van samenwerkingsafspraken tussen zorgaanbieders.

Dit zorgprogramma van Knooppunt Ketenzorg beoogt een goede implementatie van de samenwerkingsafspraken. Voor de regionale implementatie zal Knooppunt Ketenzorg hierin optrekken met Netwerk Next. Bent u een lokaal samenwerkingsverband in Zuid-Holland Noord en deelnemer aan het Knooppunt Ketenzorg, dan kunt u dit regionale ketenzorgprogramma Angst- en Stemningsproblematiek lokaal implementeren. Wel vraagt het document aanvulling wegens lokale afspraken in uw werkgebied.

Hoofdstuk 1 tot en met 6 laten zien wat er verstaan wordt onder Angst- en stemmingsproblematiek, wie hierbij betrokken zijn, en hoe de zorg multidisciplinair georganiseerd is. Daarna vindt u bijlagen die voor de specifieke beroepsgroepen interessant zijn, zoals werkprotocollen, informatie over antidepressiva en ziekte specifieke informatie.

Als in het document gesproken wordt over de patiënt wordt daarnaar verwezen door "hij" en "zijn" te gebruiken. Uiteraard wordt hier ook "zij" en "haar" bedoeld.

Definities

De werkgroep Angst- en stemmingsproblematiek van Knooppunt Ketenzorg heeft op basis van de richtlijnen gekozen voor de volgende definities in dit zorgprogramma:

Problematiek:

In dit zorgprogramma spreken we over angst- en stemmingsproblematiek. Met problematiek bedoelen we zowel klachten als stoornissen zoals beschreven in de DSM-IV.

Angstproblematiek:

"Normale" angstklachten: klachten waarbij reële angst een rol speelt en die gerelateerd zijn aan als dreigend ervaren problemen.

Abnormale angst: een heftige of langdurige oninvoelbare angst, die ontstaat na een (minimale) prikkel en niet passend is bij de situatie.

Angststoornis: stoornis met abnormale angst en aanhoudend subjectief lijden of belemmering van het sociaal functioneren; paniekstoornis, specifieke fobie, sociale fobie, obsessieve-compulsieve stoornis, gegeneraliseerde angststoornis en posttraumatische stressstoornis. (volgens DSM-IV)

Stemmingsproblematiek:

Depressieve klachten: sombere stemming, waar de patiënt hinder van ondervindt, maar waarbij niet wordt voldaan aan het aantal criteria voor depressie of een andere stemmingsstoornis.

Stemmingsstoornis: depressie¹, bipolaire stoornis, dysthyme stoornis, stemmingsstoornis door een somatische aandoening of middel. (volgens DSM-IV)

¹ In de rest van het document noemen we depressieve stoornis een depressie.

1. Inleiding

1.1. Doelgroep

De doelgroep van dit zorgprogramma is:

- patiënten vanaf 18 jaar met stemmings- en/of angstproblematiek EN
- ingeschreven bij een huisarts die aangesloten is bij een zorggroep die deelneemt aan Knooppunt Ketenzorg
- begeleid worden voor deze problematiek door één of meerdere van de in dit zorgprogramma beschreven zorgverleners.

1.2. Doelstellingen

Dit ketenzorgprogramma beoogt bij te dragen aan:

- het geven van de juiste, kwalitatief goede zorg aan de patiënt met angst- en/of stemmingsproblematiek
- gebaseerd op de gestelde richtlijnen (zie paragraaf 1.6);
- op het juiste moment
- door de juiste zorgverlener
- vastgelegd in een behandelplan
- met behoud van continuïteit van zorg en
- afgestemd op de voorkeuren van de patiënt.

Dit vereist een effectieve en efficiënte samenwerking tussen alle betrokken zorgverleners en organisaties. Onderstaande punten komen aan bod in het zorgprogramma:

- Er is duidelijkheid en afstemming over welke zorgverlener betrokken wordt bij de patiënt, op welk moment en wie regiebehandelaar is.
- De betrokken zorgverleners zijn op de hoogte van en houden rekening met de onderlinge verschillen in taken en verantwoordelijkheden.
- Er is duidelijkheid en afstemming over de gegeven voorlichting/informatie van de betrokken zorgverleners aan de patiënt.
- Er is duidelijkheid en afstemming over de informatie-uitwisseling tussen de verschillende betrokken zorgverleners en volgt regionale en landelijke samenwerkingsafspraken.
- Het zorgprogramma geeft aanvullende medisch inhoudelijke informatie en adviezen, waar de werkgroep van mening is dat de gestelde richtlijnen te summier zijn of te weinig richting geven.

1.3. Betrokkenen

De betrokkenen bij dit ketenzorgprogramma zijn:

Alle in het samenwerkingsverband aanwezige patiënten met angst- en/of stemmingsproblematiek.

De betrokken disciplines staan hieronder genoemd. Ieders taken en verantwoordelijkheden worden in hoofdstuk 2 en/of in de werkprotocollen beschreven.

- Huisartsenzorg: huisarts en POH-GGZ, huisartsenpost
- Apotheken: apotheker en apothekersassistenten
- Generalistische Basis GGZ (GBGGZ): zowel in GGZ-instellingen als vrijgevestigd.

- Specialistische GGZ (SGGZ): zowel in GGZ-instellingen als vrijgevestigd
- Psychosomatisch fysiotherapeut
- Diëtist
- Sociaal Team met in het bijzonder het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW): in de volgende versie van het ketenzorgprogramma zal de werkgroep hier aandacht aan besteden.

1.4. GBGGZ en SGGZ

Wie werken er en wat zijn de kerntaken van de echelons:

Binnen de GBGGZ zijn vaak vrijgevestigde (eerstelijns) GZ-psychologen werkzaam, maar ook psychotherapeuten, sociaalpsychiatrische verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten GGZ en klinisch psychologen. In de GBGGZ wordt generalistisch, eclecticisch en vanuit de herstelvisie gewerkt. De kerntaken zijn diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van matige tot ernstige problematiek van geen tot geringe complexiteit. Er is brede kennis van het hele veld van psychische problemen.

In de SGGZ zijn psychiaters, gerieters, verslavingsartsen KNMG, (klinisch, neuro- en GZ-) psychologen, (sociaalpsychiatrische) verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten GGZ, (psycho)therapeuten, vaktherapeuten, ervaringsdeskundigen, agogen en activiteitenbegeleiders werkzaam. De meeste beroepsgroepen zijn werkzaam in een GGZ-instelling, maar er zijn ook vrijgevestigde klinisch psychologen, psychotherapeuten en psychiaters, die veelal ingebed zijn in een professioneel netwerk met andere disciplines. De kerntaken zijn diagnostiek, indicatiestelling, begeleiding en behandeling van ernstige en complexe psychische problematiek. Binnen de SGGZ kan deze zorg zowel mono- als multidisciplinair worden aangeboden.

Opgemerkt dient te worden dat crisisgevoelige patiënten behandeld dienen te worden in een GGZ-instelling en niet in de vrijgevestigde praktijk in verband met onvoldoende kunnen borgen van crisiszorg.

Wie kunnen regiebehandelaar zijn binnen de echelons:

Binnen de GBGGZ en SGGZ is er een zogenoemde regiebehandelaar eindverantwoordelijk voor de zorg voor de patiënt. Eisen aan de regiebehandelaar zijn: academisch niveau of daarmee vergelijkbaar niveau, BIG-registratie, relevante inhoudelijke kennis en werkervaring en deelname aan een vorm van intervisie en intercollegiale toetsing. De besluitvorming met betrekking tot de in te stellen zorg gaat naar consensus met eindbeslissing bij regiebehandelaar. Zorginhoudelijke verantwoordelijkheid voor eigen aandeel ligt bij elk van de zorgaanbieders.

Als regiebehandelaar kunnen in de vrijgevestigde vestiging optreden:

GBGGZ

- GZ-psycholoog
- Psychotherapeut
- Klinisch psycholoog
- Klinisch neuropsycholoog

SGGZ

- Psychotherapeut
- Klinisch psycholoog
- Klinisch neuropsycholoog
- Psychiater

Voor ggz-instellingen geldt de volgende mogelijke inzet van regiebehandelaren in de GBGGZ:

- GZ psycholoog
- Klinisch Psycholoog /Klinisch neuropsycholoog
- Psychotherapeut
- Verpleegkundig specialist GGZ
- Indien dementie de hoofddiagnose is: de specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater
- Indien de hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek betreft: de verslavingsarts.

Voor alle categorieën patiënten in de SGGZ geldt dat daarvoor de psychiater en de klinisch psycholoog altijd als regiebehandelaar kunnen fungeren. Voor een aantal patiënten/behandeltrajecten in de SGGZ kan de inzet van een ander type regiebehandelaar (zie lijstje hierboven) worden overwogen. De SGGZ-aanbieder maakt hierin eigen keuzes, mede afhankelijk van de aanwezigheid van zorgverleners binnen de organisatie of binnen het netwerk (Bron: model kwaliteitsstatuut GGZ).

1.5. Epidemiologie

Er zijn twee grote databases met gegevens over incidentie en prevalentie van angst- en stemmingsproblematiek in Nederland. De eerste is van het NIVEL en is gebaseerd op huisartsenregistraties. De tweede database is de NEMESIS-2-studie, een longitudinale studie naar psychische aandoeningen in de volwassen bevolking in Nederland. Deze laatste bevat veel hogere incidenties en prevalenties aangezien lang niet iedereen met klachten professionele hulp zoekt. Een deel van de mensen met depressie- of angstproblematiek gaat niet naar de huisarts of wordt niet als zodanig door de huisarts herkend.

Link naar [NIVEL-gegevens](#)

Link naar gegeven [NEMESIS-studie op nationaalkompas.nl](#)

Op basis van het bevolkingsonderzoek hadden in 2011 naar schatting 49 per 1000 mannen en 74 per 1000 vrouwen van 18 tot 65 jaar een stemmingsstoornis in Nederland. Op basis van huisartsenregistraties was in 2007 de prevalentie van depressie 15 per 1000 mannen en 31 per 1000 vrouwen per jaar. De incidentie is onder mannen 5 per 1000 per jaar en onder vrouwen 8 per 1000 per jaar. De prevalentie van depressieve klachten (depressief gevoel) of depressie is 22 per 1000 mannen en 45 per 1000 vrouwen per jaar. De incidentie van een depressie in het jaar na een bevalling is 2% (NHG standaard depressie).

De prevalentie van angststoornissen in de bevolking in 2011 was 77 per 1000 mannen en 125 per 1000 vrouwen. De prevalentie van angststoornissen in de huisartsenpraktijk is net als van depressie lager, ongeveer 7 per 1000 mannen en 14 per 1000 vrouwen. De incidentie is bij mannen 2 per 1000 per jaar en bij vrouwen 4 per 1000 per jaar. De prevalentie van 'angststoornissen en/of angstgevoelens' in de huisartsenregistratiesystemen is bij mannen 19 en bij vrouwen 38 per 1000. Het is aannemelijk dat hieronder de angstklachten vallen.

1.6. Bronnen

- [Landelijke GGZ Samenwerkingsafspraken](#)
- Balkom ALJM van, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Bockting CLH, Spijker J, Hermens MLM, Meeuwissen JAC *namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie* (2013). Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Hermens MLM, Balkom ALJM van *namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie* (2013). Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressie. Utrecht: Trimbos-instituut.
- NHG standaard Angst (2012)
- NHG standaard Depressie (2012)
- Link naar [NIVEL-gegevens](#)
- Link naar gegeven [NEMESIS-studie op nationaalkompas.nl](#)
- zorgprogramma Angst en Depressie, Alphen op 1 Lijn, 2015
- Zorgprogramma GGZ Stemmingsstoornissen, M.J.E. de Haas, gezondheidscentrum Wantveld, versie 0.10, 29 september 2015
- Generalistische Basis GGZ: verwijfsmodel en productbeschrijvingen, Bureau HHM (2013)
- P. Bakker en P. Jansen, *Generalistische Basis GGZ: verwijfsmodel en productbeschrijvingen*, Bureau hhm Onderzoek en Advies, 2013

LET OP: Voor vergoeding gelden de reguliere polisvoorwaarden. Niet alle zorg die in dit ketenzorgprogramma is beschreven wordt door de verzekeraar vergoed.

2. Ziekte specifieke Zorg

In dit hoofdstuk wordt in grote lijnen de signalering, diagnostiek en behandeling van angst- en stemmingsproblematiek in de keten beschreven. Iedere zorgverlener en ieder echelon beschikt weer over eigen richtlijnen en protocollen (zie hoofdstuk 1.6), die hier verder niet uitgebreid besproken worden. In de bijlagen bevinden zich per zorgverlener en echelon een kort werkprotocol met daarin relevante informatie ten behoeve van de samenwerking binnen dit zorgprogramma.

In paragraaf 2.6 geeft de werkgroep adviezen over het voorschrijven van psychofarmaca. In Nederland slikken meer dan 1 miljoen mensen antidepressiva en ongeveer 80% daarvan wordt door huisartsen voorgeschreven. Het voorschrijfgedrag van antidepressiva door huisartsen komt regelmatig in het nieuws op een meestal negatieve manier. We zijn van mening dat de NHG-standaarden Angst en Depressie te weinig ondersteuning bieden bij het voorschrijven van antidepressiva. In deze NHG-standaarden worden zoveel mogelijk wetenschappelijk onderbouwde adviezen gegeven over het voorschrijven, wat helaas vrij algemene adviezen oplevert. In deze paragraaf wordt ook de ervaring uit de praktijk meegenomen, wat meer handvatten geeft.

Aparte aandacht is er in paragraaf 2.11 voor de winterdepressie, depressie met begin in de zwangerschap of post-partum en bipolaire stoornis, aangezien zij vrij minimaal in de NHG-standaarden vermeld worden en wel met enige regelmaat voorkomen in de huisartsenpraktijk en een andere aanpak behoeven.

Iedere zorgverlener/echelon heeft een aantal taken in signalering, diagnostiek en behandeling van angst- en depressieproblematiek, zie het schema hieronder.

Taken van de verschillende zorgverleners en echelons:

	HA	POH-GGZ	BGGZ	SGGZ	AMW	Fysio	Apotheek	Diëtist
Hoofdbehandelaar	x		x	x				
Signaleren	x	x	(x)	(x)	x	x		
Probleemverheldering	x	x	x	x	x	x		
Diagnose en triage	x	x	x	x				
Farmacotherapie	x			x			x	
Dieetbegeleiding								x
E-health	x	x	x	x				
Psycho-educatie	x	x	x	x	x	x		
Behandelinterventies	x	x	x	x		x		
Terugvalpreventie	x	x	x	x				

2.1. Signalering

Signalering gaat over het (vroeg)tijdig herkennen van signalen die kunnen wijzen op angst- en/of stemmingsproblematiek. Door deze signalen te onderkennen en aan te pakken, kan het ontstaan van ernstigere problematiek mogelijk voorkomen worden. Daarnaast zijn er patiënten die al langer ernstige problemen hebben, maar deze op een andere wijze uiten. Ook hierbij is adequate signalering van belang.

De huisarts is vaak zelf degene die signaleert, maar ook de POH-somatiek, maatschappelijk werk, thuiszorg, sociaal wijkteam en paramedici kunnen signalen van angst- en/of stemmingsproblematiek opvangen en de patiënt verwijzen naar de huisarts voor verdere analyse. Deze zorgverleners kunnen (na toestemming van de patiënt) ook zelf contact opnemen met de huisarts.

2.2. Probleemverheldering en triage

Bij vermoeden van angst- en/of stemmingsproblematiek zal de huisarts in samenwerking met de POH-GGZ deze problematiek verhelderen om vervolgens de gepaste zorg te bepalen (matched care) en zo nodig een behandelplan op te stellen. In iedere praktijk zal de verdeling van de taken tussen huisarts en POH-GGZ in deze verheldering anders zijn. Aangeraden wordt om in ieder geval

goede afspraken te maken over wie wat doet en in gezamenlijk overleg het behandelplan op te stellen.

Probleemverheldering:

Veel POH's-GGZ gebruiken het KOP-model (Klachten-Omstandigheden-Persoonlijke stijl) van Paul Rijnders tijdens de intake om de problematiek helder te ordenen voor zowel de patiënt als de POH zelf. Tijdens de intake vormt de huisarts/POH-GGZ een beeld van klachten, oorzaken van de klachten, zelfredzaamheid, sociale steun en omstandigheden en hulpvraag en wensen van de patiënt. Hierna wordt een voorlopige diagnose (zowel op niveau van klachten als stoornis) gesteld. Deze voorlopige diagnose wordt in combinatie met de verwijscriteria (zie hieronder), informatie uit eventueel afgenomen screeningslijst(en), de hulpvraag en wensen van de patiënt en de professionele inschatting van de huisarts/POH-GGZ, gebruikt om een gepast behandeladvies te geven.



De figuur geeft de [verwijscriteria](#) weer die in 2013 zijn opgesteld door [bureau HHM in opdracht van het Ministerie voor VWS](#).

ICPC-codes en DSM-diagnoses:

Hieronder worden alle ICPC-codes en DSM-diagnoses die van toepassing zijn op dit zorgprogramma weergegeven. Bij de stoornissen wordt achter elke stoornis de bijpassende ICPC-codering genoemd.

Stoornissen:

DSM V diagnose	ICPC	ICPC omschrijving
Stemmingsstoornissen		
Bipolaire stoornis	P73.02	Bipolaire stoornis
Depressieve stoornis	P76	Depressie
Persisterende depressieve stoornis (dysthymie)	P76	Depressie
Angststoornissen		
Specifieke fobie	P79.01	Fobie
Sociale angststoornis (sociale fobie)	P74	Angststoornis/angsttoestand
Paniekstoornis	P74.01	Paniek aanvallen/stoornis
Agorafobie	P79.01	Fobie
Gegeneraliseerde angststoornis	P74.02	Gegeneraliseerde angststoornis
Obsessieve-compulsieve stoornis (dwangstoornis)	P79.02	Dwangneurose
Acute stressstoornis	P02	Crisis/voorbijgaande stressreactie
Posttraumatische stress-stoornis	P02.01	Post-traumatische stress-stoornis
Aanpassingsstoornis	P01	Angstig/nervus/gespannen gevoel
Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen		
Somatisch-symptoomstoornis	P75	Hysterie/hypochondrie

Klachten

ICPC	ICPC omschrijving
P01	Angstig/nervus/gespannen gevoel
P03	Down/depressief gevoel

Ernst van de problematiek

De ernst van de problematiek inschatten wordt hieronder apart besproken, aangezien dit in de richtlijnen vrij summier beschreven staat.

De inschatting van de ernst van de problematiek bestaat uit de volgende onderdelen:

- bij depressie: het aantal DSM-symptomen (dit onderscheid wordt binnen de divisie angststoornissen niet expliciet gemaakt):
 - subklinische depressie (2-4 symptomen)
 - lichte depressie (5 symptomen)
 - matige depressie (6-7 symptomen)
 - ernstige depressie (8-9 symptomen).
- het algemeen sociaal en maatschappelijk functioneren en beperkingen daarin
- de mate waarin symptomen significant (subjectief) lijden veroorzaken (de lijdensdruk).

Om het algemeen sociaal en maatschappelijk functioneren te bepalen worden in de GGZ en de

bedrijfsgeneeskunde de GAF-score (Global Assessment of Functioning scale) en de FML (functionele mogelijkhedenlijst) gebruikt.

Onderdelen waaruit het sociaal en maatschappelijk functioneren in grote lijnen bestaat zijn: zelfredzaamheid, interpersoonlijke interacties en relaties hebben en kunnen onderhouden, zelfzorg, beroepsmatig functioneren, functioneren op school en bijvoorbeeld het in aanraking zijn met justitie/ politie.

De vragenlijst Vier Dimensionale Klachtenlijst (4-DKL) kan ook een indicatie geven van de lijdensdruk van de patiënt. Hoe hoger het onderdeel distress, hoe hoger de lijdensdruk van de patiënt over het algemeen is. De Beck Depression Inventory II (BDI-II) kan gebruikt worden om een beeld te krijgen van de ernst van een depressie. Zowel de 4-DKL als de BDI-II kunnen ook als hulpmiddel gebruikt worden om de klachten in de loop van de tijd te monitoren.

De ernst van het disfunctioneren en de lijdensdruk zijn voor een belangrijk deel afhankelijk van de mate van coping en copingstijl van een persoon. Voor het inschatten van de copingstijl kan eventueel de Utrechtse Copinglijst (UCL) gebruikt worden.

Screenings- en triage-instrumenten:

In de landelijke samenwerkingsafspraken staat het volgende vermeld over het gebruik van screenings- en triage-instrumenten:

“Verschillende instanties hebben instrumenten (triage-, screening- of verwijstools) ontwikkeld om behulpzaam te zijn bij het bepalen van de diagnose en het echelon waar de patiënt naar toe verwezen kan worden. De uitkomst van deze ondersteunende instrumenten is nooit beslissend. Het zijn slechts hulpmiddelen die ingezet kunnen worden als de huisarts of de patiënt behoefte hebben aan meer informatie. Het gebruik van een instrument, dan wel het daadwerkelijk opvolgen van het advies kan in geen geval verplicht worden gesteld.”

In de huisartsenpraktijk kan de 4-DKL ten behoeven van screening worden afgenomen en op indicatie kan de BDI-II (gericht op depressie) gebruikt worden.

In een deel van de regio wordt de door Transparant Next geproduceerde beslisondersteuner gebruikt. Deze geeft een uitslag over het mogelijk wel of niet bestaan van een DSM-stoornis en geeft een echelon-advies. De opbouw van de screener van Transparant Next is ‘bottom up’ ontwikkeld door een werkgroep van Netwerk Next, als start van de diagnostieklijn in de keten. Het ligt in de bedoeling dat in de GBGGZ en SGGZ hierop aangesloten kan worden, bij verwijzing als start van de routine outcome monitoring (ROM) metingen en zo nodig met verdiepende diagnostiek. Doel van Netwerk Next is de patiënt te vrijwaren van onnodige dubbelingen in afname van vragenlijsten.

Landelijk zijn er meerdere screeners beschikbaar, bijvoorbeeld de Mirro-screener en Telepsy. Alle screeningsinstrumenten zijn tot op heden beperkt gevalideerd als diagnostisch- of verwijsinstrument en moeten uitsluitend als hulpmiddel bij het stellen van de diagnose en de triage ingezet worden.

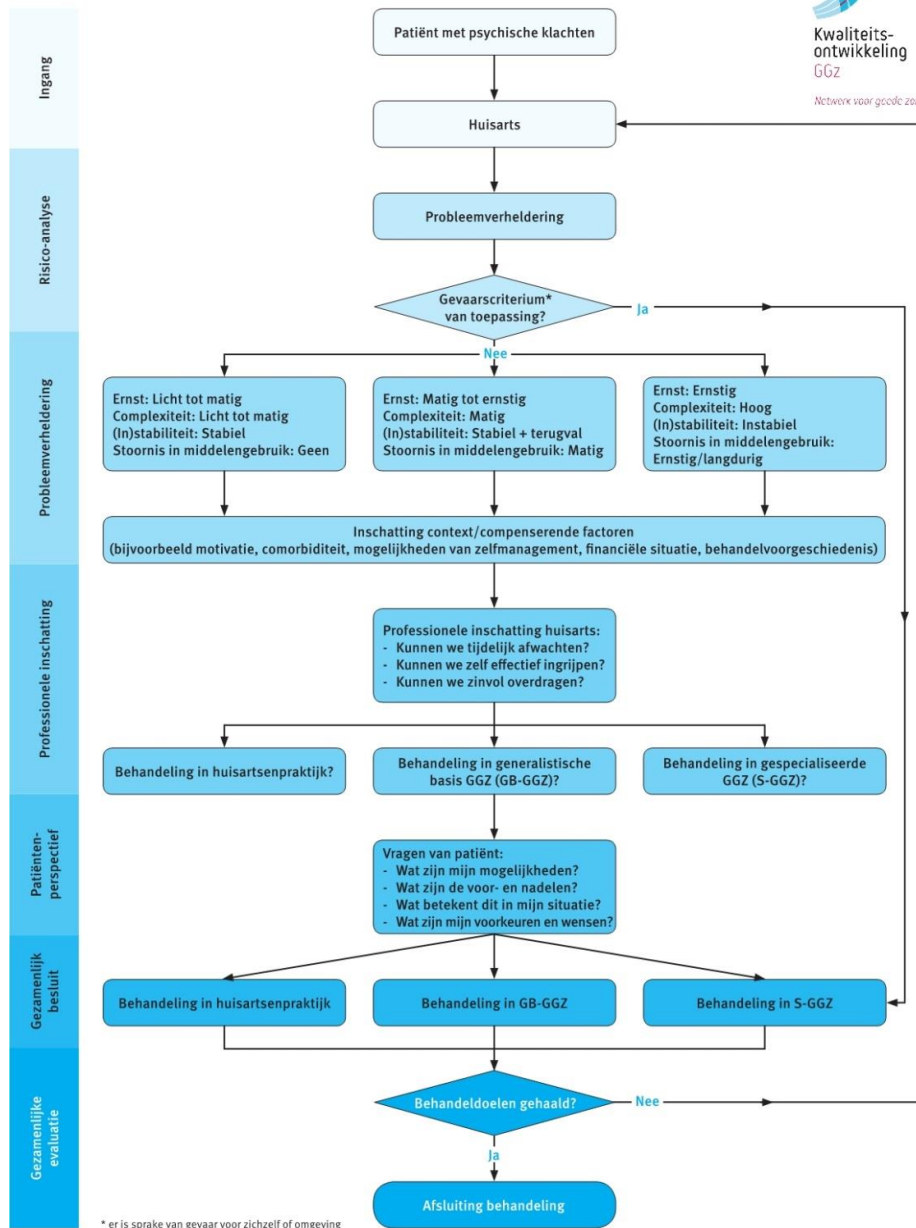
Triage:

Zoals in onderstaand stroomdiagram te zien is, is op basis van alleen de klachten en verwijscriteria, zoals beschreven bij probleemverheldering, niet standaard te bepalen in welk echelon een patiënt behandeld moet worden. De professionele inschatting van de huisarts/POH-GGZ en de inbreng van de patiënt en zijn omgeving spelen hierbij een belangrijke rol. Andere

belangrijke factoren zijn behandelvoorgeschiedenis, beschikbaarheid en toegankelijkheid, en contextuele factoren van de patiënt (bijvoorbeeld motivatie, co morbiditeit, mogelijkheden van zelfmanagement, financiële situatie). Wel is hier in het algemeen richting aan te geven, zie de

onderverdeling per echelon. Algemeen maatschappelijk werk, diëetiek en de psychosomatisch fysiotherapeut worden niet als verwijsoptie genoemd in het stroomschema. Verderop in deze paragraaf zal besproken worden welke patiënten hier naar toe verwezen kunnen worden.

STROOMSCHEMA VOOR VOLWASSEN PATIËNTEN MET PSYCHISCHE KLACHTEN



* er is sprake van gevaar voor zichzelf of omgeving

In de Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, GBGGZ en SGGZ worden de volgende adviezen gegeven over in welke echelon een patiënt behandeld kan worden.

Patiënten die begeleid kunnen worden in de huisartsenpraktijk zijn patiënten met:

- angst- en/of stemmingsproblematiek, al dan niet DSM-geclassificeerd:
 - met lichte tot matige lijdensdruk en disfunctioneren EN
 - relatief korte ziekte duur
- stabiele chronische angst- en/of stemmingsproblematiek die niet crisisgevoelig is en met een laag risico op terugval
- de noodzaak voor geïndiceerde of zorggerelateerde preventie (bijvoorbeeld bij mensen die kwetsbaar zijn voor terugval in een depressie)
- een eigen voorkeur voor begeleiding in de huisartsenpraktijk en bij wie motiveren voor behandeling in de GGZ vooralsnog niet succesvol is, mits er geen ernstig gevaar criterium aanwezig is.

Verwijzing van patiënten naar de GBGGZ bij:

- angst- en/of stemmingsproblematiek met een (vermoeden van een) DSM-classificatie met:
 - matig tot ernstige lijdensdruk en disfunctioneren OF
 - (somatische) co morbiditeit en/of problemen in persoonlijk of psychosociaal functioneren die NIET met de behandeling van de hoofddiagnose interfereren OF
 - een zekere mate van gevaarsrisico, maar er zijn beschermende factoren aanwezig: adequate coping, werk of structurele daginvulling en dagelijks steunsysteem;
- uitblijven van verbetering bij de behandeling in de huisartsenvoorziening (indicatief na twee maanden)
- stabiele chronische problematiek waarbij sprake is van een hoger risico op terugval (bijvoorbeeld depressie of angststoornis in combinatie met persoonlijkheidsstoornissen).

Verwijzing van patiënten naar de SGGZ bij:

- angst- en/of stemmingsproblematiek met (vermoeden van een) DSM-classificatie met:
 - ernstige lijdensdruk en disfunctioneren OF
 - recidiverende ernstige problematiek OF
 - (somatische) co morbiditeit en/of problemen in persoonlijkheid of psychosociaal functioneren die met de behandeling van de hoofddiagnose interfereren OF
 - complexe problematiek die om behandeling in een multidisciplinair samengesteld professioneel netwerk vraagt OF
 - hoog risico op (zelf)verwaarlozing, (huiselijk) geweld, suïcide of automutilatie, of (kinder)mishandeling.
- ernstige of langdurige stoornis in het gebruik van middelen in combinatie met een angst- of stemmingsstoornis, inzet medicatie voor terugvalpreventie
- indicatie voor bemoeizorg uitblijven van verbetering bij de behandeling in GBGGZ (indicatief drie tot vier maanden)
- uitblijven van verbetering bij de behandeling in de huisartsenvoorziening (indicatief twee maanden), waarbij de ernst en complexiteit behandeling in GBGGZ niet geschikt maakt;
- instabiele chronische problematiek;
- bij wie onvrijwillige behandeling noodzakelijk is

Spoedverwijzing naar de GGZ bij aanwezigheid van acuut (dreigend) gevaar voortvloeiend uit psychiatrische problematiek

Dit acuut (dreigende) gevaar kan bestaan uit:

- dreigende suïcidaliteit
- psychotische kenmerken
- postpartumdepressie met ernstig inadequate verzorging van het kind/postpartumpsychose
- ernstige manische kenmerken
- ernstige zelfverwaarlozing
- geweld
- kindermishandeling
- verwaarlozing van naasten en/of overbelasting van naasten

Het inschatten en bepalen in welk echelon een patiënt het beste behandeld kan worden, is dus gebaseerd op meerdere factoren en hierdoor voor velen best complex. Stichting GGZ Friesland heeft een [GGZ-verwijshulp](#) ontwikkeld, waarin de verwijscriteria verwerkt zitten. Ook voor deze verwijshulp geldt dat het als een hulpmiddel ingezet kan worden.

Verwijzen naar psychosomatisch fysiotherapeut:

Overwegen bij patiënten met een hulpvraag op het gebied van bewegend functioneren, veroorzaakt door de lichamelijke uitingen van angst en/of stemmingsproblematiek. Denk bijvoorbeeld aan spierspanning, snel vermoeid zijn, hartkloppingen en ademnood. Zie voor uitgebreidere info het werkprotocol in bijlage 3.

Verwijzen naar diëtist:

Patiënten met angst- en/of stemmingsproblematiek kunnen een verandering in de eetlust hebben en hierdoor veranderingen in de voedselinname hebben en in het gewicht. Tevens kunnen psychofarmaca invloed hebben op eetlust en gewicht. Zie werkprotocol dieetadvisering in bijlage 4. voor uitgebreidere informatie.

2.3. Behandelplan

In de huisartsenpraktijk wordt geen behandelplan opgesteld, maar een volledige en duidelijke SOEP gemaakt in het HIS.

2.4. Psycho-educatie, interventies en behandeling

Inleiding:

Iedere zorgverlener/specialisme heeft eigen interventies en behandelingen, waarvan de belangrijkste worden genoemd in de bijlagen met werkprotocollen.

Aanbevolen wordt om de interventies/behandelingen goed op elkaar aan te laten sluiten, waardoor patiënten niet na verwijzing voor een belangrijk deel weer dezelfde behandeling krijgen. Vooral bij het gebruik van E-health is het van belang goede afspraken te maken over wie welk programma inzet bij een patiënt met angst- en/of stemmingsproblematiek. Een aantal programma's is zowel beschikbaar en geschikt als interventie in de huisartsenpraktijk als de GBGGZ.

Verder wordt aanbevolen om in de samenwerkingsverbanden een goed overzicht te hebben over welke vormen van hulp er beschikbaar zijn en voor welke patiënten.

Ondersteuning van zelfmanagement bij angst- en stemmingsklachten

In de literatuur (Mok en Wenning, 2016), wordt zelfmanagement beschreven als een interventie waarmee de patiënt leert rekening te houden met zijn mogelijkheden en beperkingen, zelf oplossingen leert bedenken, het effect daarvan kan monitoren en de werking van hulpbronnen kan onderzoeken en uitproberen. Zelfmanagement wordt genoemd als belangrijke vaardigheid voor de patiënt om de eigen identiteit op te bouwen of te hervinden en voor het heroveren van de regie op over het eigen bestaan. Anders gezegd: zoeken naar een balans tussen wat de klachten of ziekte van de patiënt vraagt en hoe hij zijn leven wil leiden.

Er zijn diverse manieren waarop patiënten hun zelfmanagement gestimuleerd kan worden. In bijlage 12 zit een voorbeeld van een zelfmanagementkaart voor patiënten met een depressie, waarin informatie aan de patiënte gegeven wordt over hoe zijn zelfmanagement te vergroten. Als hulpverlener kun je hier de patiënt bij ondersteunen door bijvoorbeeld goede informatie te geven, te attenderen op onbegeleide zelfhulp of starten met begeleide zelfhulp. Verder zijn er diverse manieren om de klachten door de tijd te monitoren, waarvoor al diverse Apps ontwikkeld zijn.

Advies van de werkgroep is om een keuze te maken voor specifieke zelfhulpprogramma's, informatiemateriaal en eventueel ook apps.

Psycho-educatie/interventies/behandelvormen

1. Psycho-educatie en advisering:

Alle zorgverleners geven psycho-educatie. Dit kan gaan om het geven van mondelinge of schriftelijke informatie over:

- De aandoening, de mogelijke oorzaken en te verwachten beloop
- De behandelingsmogelijkheden
- Het behandelplan
- Situaties of moment waarop de patiënt contact op moet nemen met een zorgverlener

Thuisarts.nl is een goed programma om binnen de huisartsenpraktijk te gebruiken.

Advisering houdt met name advies geven over dagstructuur en leefstijl in, zoals beschreven in de richtlijnen.

Aanbevolen wordt om in de keten elkaar op de hoogte te stellen over welke informatie aan een patiënt gegeven wordt en om de informatie op elkaar aan te laten sluiten. Dit is goed mogelijk via het KIS.

2. Onbegeleide zelfhulp:

Dit wordt een actieve hulpvorm genoemd omdat van de hulpvrager een actieve inzet wordt verwacht. Voorbeelden zijn zelfhulpboeken, zelftests, inzichtinstrumenten en online zelfhulpprogramma's. Dit is echter geen deel van de keten.

3. Begeleide zelfhulp:

Begeleide zelfhulp bestaat onder andere uit E-mental health programma's, bibliotherapie, een online cursus of groepscursus, allen onder begeleiding van een professional. De POH GGZ werken nu met het blended E-health programma, Therapieland.

4. E-mental health:

In de huisartsenpraktijk kan een huisarts individueel een E-healthprogramma inkopen of in groter verband. Het Trimbos heeft de [Toolkit E-mental health](#) ontwikkeld welke als hulpmiddel gebruikt

kan worden bij het maken van een keuze voor een programma of aanbieder. Vergoeding voor E-mental health kan aangevraagd worden bij de zorgverzekeraar.

De blended-vorm van E-mental health, geeft in de onderzoeken de beste resultaten. Hierbij worden onlinebehandeling gecombineerd met face-to-face gesprekken. E-mental health moet vooral ter ondersteuning van de behandeling ingezet worden en niet als vervanging.

5. Groeps cursussen:

Verschillende huisartsenpraktijken bieden groeps cursussen aan, vaak preventie cursussen genoemd. Voorbeelden hiervan zijn een mindfulness-cursus, In de Put, Uit de Put, Voluit Leven, Geen Paniek en Omgaan met Stress. Via Maatschappelijk Werk zijn er ook allerlei cursussen te volgen.

6. Kortdurende behandeling door POH-GGZ:

De meest gangbare behandelmodellen, zoals Problem Solving Treatment, cognitief gedragstherapeutische technieken, motiverende gespreksvoering, oplossingsgericht werken, systeemtherapeutische technieken, worden door POH-GGZ ingezet in de kortdurende behandeling.

7. Psychotherapie in GBGGZ en SGGZ :

De technieken gebruikt door de POH-GGZ worden grotendeels ook ingezet in de GBGGZ en SGGZ. Veel gebruikte technieken zijn cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke therapie (IPT). Mocht tijdens behandeling geconcludeerd worden dat klachtgerichte technieken niet tot verbetering leiden, omdat de klachten vooral voortkomen uit persoonlijkheidsproblematiek, dan kan van zorgprogramma veranderd worden. Therapieën die gericht zijn op persoonlijkheidsstoornissen zijn: mentaliseren bevorderende therapie (MBT), schemagerichte psychotherapie en dialectische gedragstherapie (DGT), bij voorkeur in groepsverband.

2.5. Farmacotherapie

In de NHG-standaarden Angst en Depressie wordt geen uitspraak gedaan over een voorkeur voor een specifiek antidepressivum, omdat er in onderzoek vergelijkbare resultaten zijn gevonden tussen TCA's en SSRI's en binnen de SSRI's als groep. Enkel voor sociale fobie wordt een voorkeur voor SSRI's genoemd.

In de praktijk blijkt echter dat er wel degelijk een voorkeur is voor het gebruik van specifieke middelen. De gebruikte keuzecriteria bevatten effectiviteit, bijwerkingenprofiel, gebruiksgemak, veiligheid bij langdurig gebruik en zwangerschap. In bijlage 11 worden specifiekere adviezen omtrent het voorschrijven van antidepressiva gegeven, gebaseerd op de Richtlijnen Psychofarmaca van Parnassia van 2014. En in bijlage 2 wordt het werkprotocol van de apotheek beschreven.

De werkgroep adviseert om deze informatie af te stemmen middels een Farmacotherapeutisch Overleg (FTO).

2.6. Consultatie

Met consultatie wordt bedoeld dat de huisarts of POH-GGZ ter ondersteuning bij de zorg aan een patiënt met angst- en/of stemmingsproblematiek advies kan vragen van een zorgverlener in de GBGGZ of SGGZ. Deze adviesvragen kunnen gaan over twijfel over diagnose, diagnostiek en/of behandeling, omgang met patiënt of ten aanzien van terugvalpreventie en medicatie-advies.

In het kader van de beleidsregel innovatie van de Nza is vanaf februari 2014 gedurende 2 jaar een consultatieproject gerealiseerd door Zorg en Zekerheid met als uitvoerder Transparant Next.

Er werd consultatie geboden door een (ouderen)psychiater of verslavingsarts middels telefonisch overleg over de patiënt of face to face contact met de patiënt (maximaal 3 consulten) na een gerichte vraag van de huisarts en of POH-GGZ. Het project is positief afgesloten en wordt voortgezet.

Binnen de module POH-GGZ, bestaat de 3+ regeling. Hieruit kunnen in overleg met de verzekeraar E-mental health, consultatie en een screeningsinstrument gefinancierd worden. De gelden ten behoeve van consultatie kunnen ingezet worden om met diverse mogelijke consultatiegevers (GZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, psychiater, orthopedagoog, verslavingsarts en kinder- en jeugdpsycholoog), zowel instellingsgebonden als vrijgevestigd.

Tevens kan de mogelijkheid onderzocht worden om voor consultatie bijvoorbeeld een psychiater of psycholoog bij een multidisciplinair overleg en casuïstiekbespreking (niveau samenwerkingsverband) te financieren vanuit deze gelden.

2.7. Verwijzing

Indien mogelijk vindt verwijzing via Zorgdomein plaats, zowel naar instellingsgebonden zorgverleners als vrij gevestigden. Hierin staat de benodigde informatie geformuleerd. De zorgverlener waarnaar verwezen wordt toont in Zorgdomein hoe lang de wachttijden zijn en kan diverse verwijsopties aanbieden.

Bij verwijzing van de huisartsenpraktijk naar de GBGGZ of SGGZ formuleert de huisarts een verwijsbrief voor de behandelaar. Het format voor de verwijsbrief van de huisarts bevindt zich in bijlage 7.

Een groot aantal huisartspraktijken in de regio maakt gebruik van een Keten Informatie Systeem. Verwijzingen kunnen ook vanuit het KIS naar bij het samenwerkingsverband aangesloten psychologen gestuurd worden met daarbij de mogelijkheid tot inzage in de gebruikte vragenlijsten (na informed consent).

In onze regio wordt er in de praktijk voornamelijk verwezen via Zorgdomein of met een maskerbrief. In een pilot wordt nu verwezen via het KIS. Streven is om alle verwijzingen via het KIS te laten lopen.

2.8. Terugrapportage na consultatie, intake, jaarlijks en bij afsluiten behandeling

De zorgverlener maakt een rapportage voor de huisarts na een consultatie, na de intake en bij afsluiten van de behandeling, mits de patiënt hier toestemming voor geeft. De zorgverlener legt het belang van het informeren en het betrekken van de huisarts uit. Bij een korte behandeling (maximaal vier contacten) is alleen een ontslagdocument voldoende. Bij beëindigen van de

behandeling geeft de zorgverlener hiervan, met toestemming van de patiënt, direct kort melding (schriftelijk, telefonisch) bij de huisarts. Als de patiënt er behoefte aan heeft, ontvangt hij ook het ontslagdocument. Soms is een schriftelijke terugrapportage onvoldoende en moet deze mondeling worden toegelicht.

Deze informatie staat beschreven in de Landelijke Samenwerkingsafspraken tussen huisarts, GBGGZ en SGGZ maar is in dit zorgprogramma ook van toepassing op de overige disciplines. Communicatie gebeurt bij voorkeur via Medicom of via het KIS.

De rapportage na de intake bevat:

- problematiek en (voorlopige) diagnose

- (beknopt) behandelingsplan
- regiebehandelaar en contactgegevens.

Het ontslagdocument bevat de volgende gegevens:

- problematiek, diagnose en beloop tot nu toe
- behandelgeschiedenis: soorten therapieën, medicatie (indien van toepassing) en resultaat;
- eventueel controlebeleid door GGZ en/of huisartsenpraktijk
- eventueel medicatie-advies en bijbehorende controle, laatste laboratoriumuitslagen en beleid
- eventueel advies voor doorverwijzing voor vervolgbehandeling en het bedoelde echelon: huisartsenpraktijk, GBGGZ of SGGZ;
- plan bij terugval/crisisplan (bijvoorbeeld crisiskaart)
- persoonlijke wensen en doelen van de patiënt
- wat besproken is met patiënt en naastbetrokkene(n), de visie van de patiënt en naastbetrokkene(n) en of er sprake was van gedeelde besluitvorming
- regiebehandelaar en contactgegevens.

Bij patiënten die langer dan een half jaar in zorg bij de GGZ zijn ontvangt de huisarts, mits de patiënt hiervoor toestemming geeft, minimaal elk jaar een voortgangsverslag met:

- beloop
- (gewijzigde) medicatie
- (gewijzigd) controlebeleid door GGZ en/of huisartsenpraktijk; eventueel crisisplan
- aanspreekpunt en contactgegevens GGZ.

Bij een terugverwijzing van een chronische stabiele patiënt heeft een telefonische of persoonlijke 'warme' overdracht sterk de voorkeur. In de correspondentie worden de volgende gegevens extra toegevoegd:

- gegevens over persoonlijk herstel (persoonlijke wensen en doelen)
- gegevens over maatschappelijk herstel (sociaal netwerk: omgeving, werk, bezigheden, instanties: dagbesteding; Wmo-aanvraag geregeld?)
- signalerings- en crisisplan: symptomen die aangeven dat het niet goed gaat, welke acties kunnen de patiënt en zijn omgeving ondernemen om de situatie weer te stabiliseren, omschrijving van een crisis (wat zijn lichte, matige en ernstige symptomen van ontregeling?). Zorg dat de patiënt, zijn omgeving en de huisarts een exemplaar van het signalerings- en crisisplan krijgen.

Wat ons betreft in de SGGZ een bericht bij aanvang behandeling en na afsluiting van de behandeling. Liefst zo snel mogelijk bericht. Buiten SGGZ alleen bericht bij afronding behandeling, maar ook dan liefst zo snel mogelijk.

2.9. Terugvalpreventie

Zoals hierboven al beschreven bij terugverwijzing, wordt van de GBGGZ en SGGZ verwacht dat zij, indien van toepassing, vooral bij patiënten met crisisgevoelige problematiek, een plan bij terugval, signalerings- en/of crisisplan opstellen en aan de huisarts sturen. Advies aan de huisarts is om deze documenten tot zijn beschikking te hebben in de praktijk.

De huisarts/POH-GGZ kan patiënten met risico op terugval laagfrequent volgen om terugval tijdig op het spoor te komen. Regionaal dienen afspraken gemaakt te worden over de termijn dat een patiënt met recidief klachten, die is ontslagen in de GBGGZ of SGGZ, zonder verwijzing weer gezien kan worden.

Wat ons betreft dient een patiënt na ontslag uit de GGZ, die binnen 1 jaar recidief klachten krijgt, op korte termijn weer gezien te worden binnen de GGZ. Het liefst met voorrang en zonder de gehele intakefase.

3. Organisatie van het zorgprogramma

Een ketenzorgprogramma is een dynamisch werkmodel dat regelmatig aanpassing vraagt op basis van ervaringen van de patiënt en de betrokken professionals en landelijke, professionele en politiek/maatschappelijke ontwikkelingen. Een ketenzorgprogramma vraagt daarmee om heldere afspraken over de organisatie van het samenwerkingsverband en het beheer.

3.1 Beheerder zorgprogramma versus beheer door Knooppunt Ketenzorg

De werkgroepen van het Knooppunt Ketenzorg ontwikkelen de ketenzorgprogramma's, evalueren deze onder de deelnemers van het Knooppunt Ketenzorg en actualiseren ze op basis van de gegeven feedback en nieuwe richtlijnen en zorgstandaarden. Ook maakt het Knooppunt Ketenzorg de regionale transmurale afspraken met de ziekenhuizen en evalueert deze periodiek. Hiervoor is een verbetercyclus ingericht. De samenwerkingsverbanden zijn verantwoordelijk voor het beheer van het eigen programma en voor goede implementatie van de regionale eerstelijns- en transmurale afspraken.

Binnen het samenwerkingsverband is één huisarts verantwoordelijk voor het beheer van het ketenzorgprogramma. Deze beheerder zorgt ervoor dat:

- *Het samenwerkingsverband werkt volgens de laatste versie van het ketenzorgprogramma.*
- *De adviezen van het Knooppunt Ketenzorg verwerkt zijn in de werkafspraken van het samenwerkingsverband.*
- *Intern geconstateerde verbeterpunten en bijvoorbeeld resultaten uit een klanttevredenheidsonderzoek verwerkt worden indien deze van toepassing zijn op het ketenzorgprogramma.*
- *Beheerder: Werkgroep GGZ*

3.2 Eindverantwoordelijke

De behandelend arts heeft de medische eindverantwoordelijkheid. Dit omvat de totale multidisciplinaire zorg in het ketenzorgprogramma. Daarbij heeft iedere zorgverlener de verantwoordelijkheid over dat deel van de zorg die hij/zij aan de patiënt levert.

3.3 Zorgcoördinator

De huisarts treedt op als eerste aanspreekpunt voor de patiënt. Op indicatie is er overleg tussen huisarts en POH-GGZ naar aanleiding van onverwachte ontwikkelingen (voor de overlegmomenten zie bijlage 1, werkprotocol huisarts en POH).

Afspraken over vervanging van de huisarts bij ziekte en vakantie zijn vastgelegd op lokaal niveau door het desbetreffende samenwerkingsverband. Er wordt gestreefd naar continuïteit van de zorg.

3.4 Individueel zorgplan

De taken van de POH GGZ zijn vraagverheldering, diagnostiek en kort-of langerdurende ondersteuning.

3.5 Gedeeld informatiesysteem

Voor goede ketenzorg is het noodzakelijk op gestructureerde manier informatie te delen. Een samenwerkingsverband moet hierover afspraken hebben. Een gedeeld informatiesysteem, bijvoorbeeld een KIS, is hiervoor zeer wenselijk. Ook een patiënten portal is van toegevoegde waarde. Als deze er nog niet zijn dan spreekt het samenwerkingsverband een alternatief af. Er kan gedacht worden aan een papieren zorgplan dat door de patiënt meegenomen wordt naar de consulten. Er kan ook gebruik gemaakt worden van beveiligde e-mail.

In het lokaal ketenzorgprogramma wordt hier beschreven welke keuze wordt gemaakt:
Zorgdomein, maskerbrieven en KIS pilot.

3.6 Organisatie multidisciplinair samenwerking

We streven naar multidisciplinaire samenwerking, maar leggen niet vast hoe dit lokaal geregeld wordt.

3.7 Communicatie en bereikbaarheid

Communicatie en bereikbaarheid lopen nu grotendeels via de Zorgcoöperatie en dit is voor nu voldoende.

4. Kwaliteit

Het meten van de kwaliteit van zorg gebeurt met behulp van kwaliteitsindicatoren. Ook is (na)scholing nodig en een gedegen aanpak bij de implementatie om tot een goede kwaliteit van zorg te komen. Alleen implementeren is echter niet toereikend. Na implementatie is voortdurend verbetering nodig om tot een goede kwaliteit van zorg te komen. Dit wordt ook wel een kwaliteitsmanagementsysteem genoemd. Meer informatie hierover vindt u in de implementatiehandleiding van het Knooppunt Ketenzorg.

4.1 Kwaliteitsindicatoren

We streven eerst naar borging en verbetering van kwaliteit.

4.2 Identificatie en registratie patiënten

Voor dit jaar willen we nog geen indicatoren meten.

4.3 Informed consent

De betrokkenheid van patiënten op individueel niveau is vastgelegd in de WGBO (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst). Deze wet bepaalt dat een zorgverlener een patiënt moet informeren over de behandelmogelijkheden en risico's of bijwerkingen. Op basis hiervan stemt de patiënt al dan niet in met de behandeling. De zorgverlener zorgt ervoor dat de patiënt de verkregen informatie begrepen heeft en legt de verkregen informed consent vast in het medisch dossier.

De wijze waarop u als samenwerkingsverband informed consent met de patiënt vastlegt, spreekt u op lokaal niveau met elkaar af. Binnen de huisartsenpraktijk is de huisarts de aangewezen persoon hiervoor. Dit kan schriftelijk met een handtekening, middels een vinkje in het HIS of op andere wijze. Dit geldt naast de Opt In regeling waarin akkoord wordt gevraagd voor gegevensuitwisseling tussen de betrokken zorgverleners.

4.4 Scholing

Er wordt van uitgegaan dat de huisarts, POH- GGZ, Algemeen Maatschappelijk Werker, psychiater, psycholoog, apotheker, diëtist en fysiotherapeut door hun respectievelijke opleidingen voldoende gekwalificeerd zijn voor deze vorm van ketenzorg.

5. Implementatie

De werkgroep GGZ van de Zorggroep Katwijk heeft dit programma geredigeerd.

Bijlagen

Ziektespecifieke zorg

1. Werkprotocol huisarts en POH-GGZ
2. Werkprotocol apotheek
3. Werkprotocol psychosomatisch fysiotherapeut
4. Werkprotocol Dieetadvisering
5. Werkprotocol BGGZ
6. Werkprotocol SGGZ
7. Format verwijfsbrief
8. Depressie postpartum of tijdens de zwangerschap
9. Bipolaire stoornis
10. Winterdepressie
11. Antidepressiva
12. Zelfmanagement bij depressie

Bijlage 1: Werkprotocol huisarts en POH

Verwijsindicatie

De huisarts verwijst patiënten die zich bij hem of haar melden met klachten die doen denken aan angst- of stemmingsproblematiek door naar de POH-GGZ. Te denken valt aan klachten van somberheid, hyperventilatie, opvallende verslechtering in sociaal of beroepsmatig functioneren, frequent spreekuurbezoek met wisselende klachten zonder somatische oorzaak, verzoek om slaapmiddelen of kalmerende middelen en vermagering bij ouderen.

Risicogroepen voor het ontwikkelen van angst- of stemmingsproblematiek zijn patiënten met psychische problematiek in de voorgeschiedenis of vaker voorkomend binnen de familie, langdurige spanningen, beperkte sociale steun, jongeren, chronisch zieken en mantelzorgers. Acute problematiek (psychotische toestand, hoog suïciderisico) wordt direct verwezen naar de SGGZ. Zie voor een overzicht van verwijscriteria de [landelijke GGZ samenwerkingsafspraken](#).

Werkwijze

De taken van de POH-GGZ zijn vraagverheldering, diagnostiek en kort- of langerdurende ondersteuning. De doelgroep is patiënten die kampen met psychische, psychiatrische, psychosociale of psychosomatische klachten. Tijdens de intakeprocedure beoordeelt de POH-GGZ op basis van de klachteninventarisatie en eventueel middels een screeningsinstrument (4DKL/BDI/uitgebreidere screener) of er sprake is van een (vermoeden) van een DSM-benoemde stoornis en maakt deze een inschatting qua complexiteit, ernst, risico en beloop op basis waarvan hij/ zij met de huisarts overlegt over een eventuele doorverwijzing. Het kan dan gaan om een verwijzing naar de BGGZ of SGGZ, maar de patiënt kan ook doorverwezen worden naar (psychosomatische) fysiotherapie of het algemeen maatschappelijk werk. De POH-GGZ overlegt met de huisarts of een medicamenteuze ondersteunende interventie geschikt is.

De begeleiding van de POH-GGZ heeft als uitgangspunt het versterken van de coping van de patiënt. Tijdens de gesprekken en bij het meegeven van opdrachten kan de POH-GGZ, afhankelijk van diens kennis van en ervaring met, gebruikmaken van technieken uit bijvoorbeeld de probleemoplossende therapie (PST), kortdurende behandeling (KDB), cognitieve gedragstherapie (CGT) of interpersoonlijke therapie (IPT). De POH-GGZ besteedt tot slot aandacht aan terugvalpreventie.

Voorlichting, informatie en educatie

De huisarts of POH-GGZ voorziet de patiënt van meer kennis over en inzicht in het ontstaan en ontwikkelen van de klachten middels psycho-educatie. Dit kan aangevuld worden met E-mental health. De informatie die de POH-GGZ meegeeft is onder andere gericht op het aanbrengen of aanhouden van structuur zoals het besteden van aandacht aan een evenwichtig dag-/nachtritme, een gezond eetpatroon, het inbouwen van voldoende buitenlucht/ beweging en het stimuleren van het investeren in betekenisvolle contacten.

Veel informatie is terug te vinden op www.thuisarts.nl.

Criteria voor overleg

De POH-GGZ overlegt met de huisarts als uit het intakegesprek blijkt dat een doorverwijzing zinvol lijkt, hij/zij denkt aan een medicamenteuze interventie en/of een consultatie bij een psychiater nuttig acht. Ook wordt er overgegaan tot overleg bij bijzonderheden (verergering klachten of het uitblijven van vooruitgang).

Bijlage 2: Werkprotocol apotheek

Werkwijze

Op het moment dat de patiënt zich in de apotheek meldt met een eerste recept voor een antidepressivum wordt de patiënt opgenomen in het apotheek gedeelte van het zorgprogramma. In het apotheekstelsel wordt de patiënt gelabeld als deelnemer aan het zorgprogramma depressie of angst, naar gelang de (werk)diagnose. Indien sprake van depressie, wordt deze als contra-indicatie (CI) vastgelegd in het dossier. Deze wordt geregistreerd met een einddatum na 18 maanden. De CI Depressie is relevant voor het medicatie-overzicht en daarnaast ook voor de medicatiebewaking. De apotheek controleert of het geneesmiddel is voorgeschreven conform de gemaakte afspraken in het zorgprogramma. De apotheek voert medicatiebewaking uit, controleert de dosering, controleert interacties en contra-indicaties, en houdt tevens rekening met verminderde nierfunctie. De apotheek maakt het geneesmiddel gereed en stelt het geneesmiddel ter hand en beheert het medicatiedossier.

Start behandelfase met medicijnen

De eerste uitgifte van het medicijn

Middels Eerste Uitgifte Begeleiding (EUB) wordt de begeleiding aan de patiënt gegeven. Bij de begeleiding van de patiënt in de apotheek wordt gebruik gemaakt van patiënt gerichte communicatie en motiverende gespreksvoering. Bij de Eerste Uitgifte begeleiding overlegt de apotheekmedewerker met de patiënt over de individueel benodigde en gewenste zorg en wordt de overeengekomen zorg vast gelegd in het patiëntendossier. In het eerste uitgifte gesprek komt onder andere aan bod informatie over de werking en bijwerkingen van het geneesmiddel, innamenadviezen en effect op de rijvaardigheid en de te verwachte effecten. De arts is leidend en geeft aan als er behoefte is aan extra begeleiding door de apotheker.

De tweede uitgifte van het medicijn

Bij de tweede uitgifte van het medicijn aan de patiënt komt meer de beleving van de patiënt ten aanzien van zijn of haar medicatie aan de orde. Daarnaast is aandacht voor het inpassen van het medicatiegebruik in het dagelijks leven van de patiënt. Het effect en eventuele bijwerkingen van het geneesmiddel worden besproken.

De chronische behandelfase

Vervolgiftes

Bij vervolgiftes is het belangrijk het goed gebruik te beoordelen en belemmeringen bij de patiënt daarbij te signaleren. Hierbij is er ook aandacht voor therapietrouw. Indien er problemen gesignaleerd worden, probeert de medewerker te achterhalen waar die door ontstaan en eventueel wordt een voorstel richting arts geformuleerd voor een ander geneesmiddel of een andere innamefrequentie.

Identificeren langgebruikers van hypnotica

Van benzodiazepinen is bekend dat patiënten vaak te lang doorgaan met slikken van deze medicatie. Het risico op afhankelijkheid is groot en bij hogere leeftijd neemt het valrisico toe. De apotheek kan patiëntlijsten aanleveren, vanuit SFK (Stichting Farmaceutische Kengetallen). Afhankelijk van de focus van het samenwerkingsverband, kan gekozen worden om periodiek te bespreken:

- Langdurig gebruikers 65+
- Langdurig gebruikers 65-
- Langdurig gebruikers, alle leeftijden
- Nieuwe gebruikers
- Veelgebruikers 65+

Switchen van antidepressiva

Indien geswitcht wordt, kan de huisarts in overleg treden met de apotheker om een switch-schema op te stellen. Dit kan ook, indien gewenst, met de patiënt zelf. Hiervoor wordt als bron de website van psychiatrienet gebruikt.

Afbouwen antidepressiva

Bij een goede respons wordt de behandeling met antidepressiva gedurende 6 maanden ingezet. Na (minimaal) deze 6 maanden wordt geadviseerd om het geneesmiddel geleidelijk te stoppen d.m.v. een afbouwschema. De apotheker kan periodiek een lijst uitdraaien van patiënten die

antidepressiva >6 maanden gebruiken. De huisarts beoordeelt of deze patiënten kunnen stoppen. Indien de geneesmiddelen gestopt kunnen worden, wordt de patiënt doorverwezen voor een consult met de apotheker om het afbouwschema te bespreken. Gekozen wordt voor afbouwschema's die 'practised based' zijn.

Binnen de Zorggroep Katwijk gaan we eerst starten om de groep langdurige antidepressiva gebruikers te motiveren en te begeleiden om de medicatie af te bouwen tot stoppen.

Genotype en metabolisering:

Het is bekend dat het genotype van invloed kan zijn op de metabolisering van sommige SSRI's. De apotheker geeft advies aan de huisarts voor bepalen van een genotypering bij patiënten waar dit de oorzaak kan zijn van verminderd effect van de therapie of bijwerkingen.

Controle op therapietrouw en medicijncheck

Farmaco-epidemiologische searches op populatie niveau bij de depressie patiënten, waarbij er gekeken wordt naar therapie trouw en polyfarmacie. Indien nodig worden er interventies op het gebied van therapietrouw samen met de arts uitgevoerd. Indien nodig wordt de patiënt uitgenodigd voor een medicijncheck, in samenspraak met de arts.

Werkwijze medicijncheck

Bij de patiënt wordt een farmaceutische anamnese afgenomen door de apotheker. Tijdens dit gesprek worden de verwachtingen, effecten en het gebruik van de medicatie besproken. Met deze informatie, de medische voorgeschiedenis en de medische gegevens stelt de apotheker een concept farmacotherapeutisch behandelplan (FBP) op. De apotheker en de arts bespreken dit concept FBP samen, leggen mogelijke acties vast en verdelen de taken. Gezamenlijk komen zij tot de conclusie of de medicatie van de patiënt wel of niet moet worden aangepast. Wijzigingen in de medicatie worden doorgesproken met de patiënt, en de apotheker en de arts voeren de acties uit. De voortgang wordt gevolgd.

Voorlichting, informatie en educatie

Geneesmiddelinformatiefolder (op papier en/of via email, op verzoek van patiënt)

Criteria voor overleg of terugverwijzing

Bij problemen of vermoeden van therapie-ontrouw wordt de huisarts door de apotheker geïnformeerd. Daarnaast zal overleg gevoerd worden bij relevante interactie en bij verminderde nierfunctie.

Terugrapportages naar de verwijzer

Bij problemen of vermoeden van therapie-ontrouw wordt de huisarts door de apotheker geïnformeerd.

Bijlage 3: Werkprotocol psychosomatisch fysiotherapeut

Verwijsindicatie

Patiënten met een hulpvraag op het gebied van bewegend functioneren, veroorzaakt door de lichamelijke uitingen van angst en/of stemmingsproblematiek.

Veelvoorkomende lichamelijke klachten bij angstproblematiek zijn: hartkloppingen, transpireren, trillen of beven, ademnood, pijn op de borst, misselijk of buikklachten, derealisatie, verdoofde of tintelende gevoelens, opvliegers of koude rillingen, constant gevoel van onrust en spanning, snel vermoeid, moeite met concentreren, spierspanning, verstoorde slaap en duizeligheid. De lichamelijke uitingen bij stemmingsproblematiek kunnen zijn: slaapproblemen, een geagiteerd en rusteloos of juist geremd gevoel, vermoeid en verlies van energie.

Werkwijze

De Psychosomatisch Fysiotherapeut brengt, op basis van een anamnese en diagnostische verrichtingen, oorzakelijke en herstel bevorderende psychosociale factoren in kaart, die zijn gerelateerd aan het bewegend functioneren van de patiënt (1). Daarna wordt er een interventie- of preventieplan opgesteld. Dit plan is gebaseerd op de voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt, de klinische expertise van de therapeut en het best beschikbare en wetenschappelijk onderbouwde bewijs. De patiënt leert door de behandeling de lichamelijke uitingen van angst en/of stemmingsproblematiek adequaat te hanteren waardoor zij minder moeite hebben met het uitvoeren van activiteit(en) op het gebied van bewegend functioneren

De methodieken die daarbij gebruikt worden zijn:

- Lichaamsbewustwordingstraining gericht op houding, adem en beweging
- Spanningsregulatie door middel van ontspanningsoefeningen, adem oefeningen en massage.
- Psycho-educatie
- Cognitieve (gedragsmatige) interventies gericht op klachthantering, gedragsveranderingen en het aanleren van alternatieve strategieën
- Oefentherapie bestaande uit graded activity, graded exposure, ADL gerichte training, activeren en conditietraining (3).

Voorlichting, informatie en educatie Angstproblematiek

De psycho-educatie is gericht op voorlichting over de vicieuze cirkel van 'angst-(lichamelijke) stressreactie-vermijdingsgedrag-negatieve cognities-toename van angst-stress reacties' te geven. Vervolgens hoe deze cirkel door psychosomatische methodieken kan worden doorbroken. Hierbij wordt informatie gegeven over: angstklachten en/of angststoornissen, levensstijl, stressbronnen, oefeningen, gedachten en angst.

Stemmingsproblematiek

De psycho-educatie streeft na dat de patiënt op de hoogte is van de symptomen behorende bij het ziektebeeld, de complexiteit en het wisselende beloop van depressie. Daarnaast is inzicht in de behandel mogelijkheden en het belang van therapietrouw bij de behandeling en de risico's op terugval of herhaling van depressieve episode ook van belang (6) (7).

De patiënt wordt geadviseerd een plan op te stellen voor dagstructurering: vaste tijden van opstaan, naar bed gaan en maaltijden, inclusief een plan voor andere activiteiten (6) (7).

Criteria voor overleg

Er vindt overleg plaats bij:

- Behoeftte aan aanvullende informatie.
- Geen of onvoldoende resultaat. De termijn waarop bepaald wordt of er sprake is van geen of onvoldoende resultaat is afhankelijk van het karakter van de klachten en de duur van de ingezette interventies. Aan de hand hiervan worden er afspraken gemaakt met de patiënt over het moment van tussentijdse evaluaties in relatie tot de gestelde behandel doelen.
- Sterke toename van de angst- of stemmingsklachten.
- Kenmerken suïcidale gedachten of neigingen

Informatie terugrapportage

De terugrapportages vinden plaats volgens de richtlijn Informatie- uitwisseling huisarts en fysiotherapeut en bevat minimaal de volgende rubrieken (8):

- Vraagstelling, reden verwijzing/contact
- Conclusie/fysiotherapeutische diagnose
- Behandelverloop/resultaat
- Aanbevelingen vervolg huisarts
- Resultaat overleg met patiënt.

Bijlage 4 – Werkprotocol diëtist

Algemene inleiding

Een slechte voedingstoestand belemmert fysiek én psychisch herstel. De diëtist speelt met zijn/haar deskundigheid een belangrijke rol bij het verbeteren hiervan.

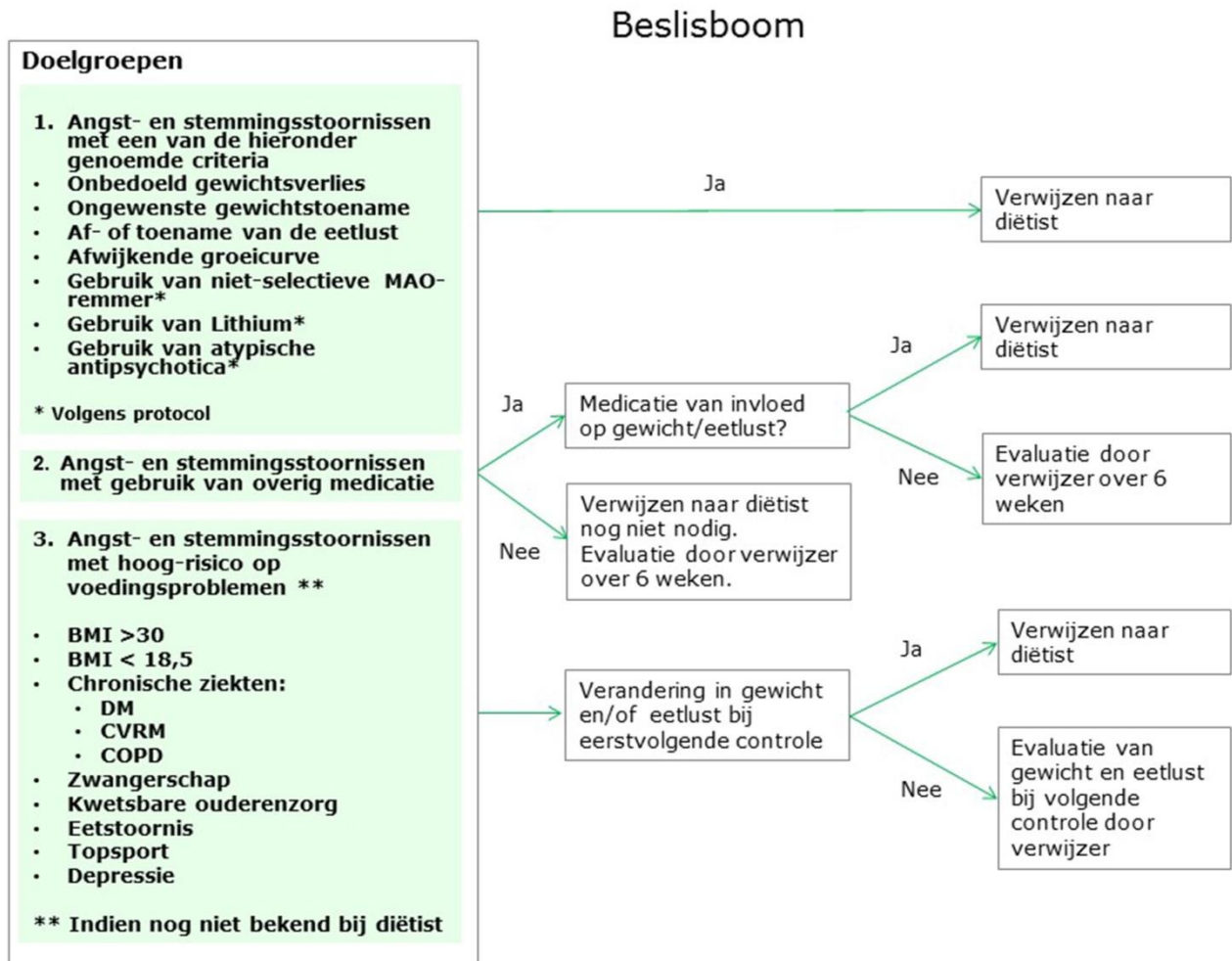
Het doel van de dieetbehandeling is het bevorderen en in stand houden van de gezondheid en kwaliteit van leven van de patiënt met behulp van volwaardige voeding. De diëtist houdt rekening met de individuele behoeften en bespreekt de mogelijkheden van de patiënt, waarna een behandelplan wordt opgesteld.

Dieetadvisering wordt vergoed voor 3 uur per jaar uit de basisverzekering en eventueel extra uit aanvullend pakket, afhankelijk van de zorgverzekering. Eigen risico is van toepassing voor de basisverzekering.

1. Verwijsindicatie

- Patiënt met angst- en/of stemmingsproblematiek met een negatieve invloed hebben op de eetlust, de voedselinname en het gewicht
- Bij gebruik van psychofarmaca die de voedselinname en de opname van voedingsstoffen in negatieve zin (kunnen) beïnvloeden.

Hieronder staat de beslisboom, opgesteld door het diëtistennetwerk ZHN. Het is een overzicht in welke situaties verwijzing naar de diëtist voorgesteld kan worden aan de patiënt.



Relevante gegevens voor de diëtist bij verwijzing:

- Diagnose en eventuele comorbiditeit
- Bloeddruk
- Labwaarden van afgelopen jaar:
 - Nierfunctie
 - schildklierwaarden
 - leverfunctie
 - bloedglucose/HbA1c
 - bloedlipiden
 - vitamine D bij Lithium en bij gebruik van meer dan 5 verschillende medicijnen
 - vitamine B6 bij Fenelzine,
- Medicatie betreffende angst- en stemmingsproblematiek
- Relevante pathologie (denk aan de hoog risico doelgroepen)
- Thuisituatie en eventuele belemmerende dan wel ondersteunende factoren

2. Werkwijze

Tijdens een van de eerste consulten neemt de diëtist een voedingsanamnese af en stelt de diëtistische diagnose op. De diëtist bespreekt op welke manier de voeding invloed kan hebben op de psychische problematiek en eventuele medicatie en omgekeerd.

Aan de hand van een persoonlijk dieetadvies en andere samen opgestelde adviezen ter verbetering van het welzijn, gaat de patiënt aan de slag met de behandeldoelen. De diëtist voorziet de patiënt van schriftelijke en/of digitale informatie (zoals dieetadviezen en praktische aan eetgedrag gerelateerde tips en zelfmanagement- /zelfcontroletechnieken).

Vervolgconsulten worden in overleg met de patiënt afgesproken. De diëtist besteedt hierin aandacht aan de vragen of problemen die de patiënt heeft ervaren bij het opvolgen van de adviezen. Zo nodig worden de (dieet-)adviezen bijgesteld en in overleg met de patiënt gecommuniceerd met andere betrokken zorgverleners, zoals de huisarts of POH-GGZ. De diëtist kan de patiënt tijdens de consulten door middel van motiverende gesprekstechnieken leren om inzicht te krijgen in zijn/haar eetgedrag en motivatie om tot gedragsverandering te komen en leren om barrières voor een goede compliance op te heffen.

3. Voorlichting, informatie en educatie aan patiënt

- De diëtist voorziet de patiënt van voorlichtingsmaterialen
- De diëtist kan een bijdrage leveren aan cursussen, presentaties en overleg omtrent voeding en angst- en stemmingsproblematiek

4. Redenen voor overleg met de huisarts en verwijzers

- Bij verandering van eetlust, gewicht of relevante medicatie
- Indien chronische aandoeningen ontstaan zoals diabetes, CVRM of COPD

5. Informatie terugrapportage aan de huisarts

De diëtist stuurt de huisarts en overige verwijzers een rapportage van de bevindingen bij de intake, zo nodig tussentijds en bij afsluiting van de dieetbegeleiding.

Bijlage 5 Werkprotocol GBGGZ

1. Verwijsindicatie:

- angst- en/of stemmingsproblematiek met een (vermoeden van een) DSM-classificatie met:
 - matig tot ernstige lijdensdruk en disfunctioneren OF
 - (somatische) co morbiditeit en/of problemen in persoonlijk of psychosociaal functioneren die NIET met de behandeling van de hoofddiagnose interfereren OF
 - een zekere mate van gevaarsrisico, maar er zijn beschermende factoren aanwezig: adequate coping, werk of structurele daginvulling en dagelijks steunsysteem;
- uitblijven van verbetering bij de behandeling in de huisartsenvoorziening (indicatief na twee maanden);
- stabiele chronische angst- en/of stemmingsproblematiek waarbij sprake is van een hoger risico op terugval (bijvoorbeeld depressie of angststoornis in combinatie met persoonlijkheidsstoornis).

2. Werkwijze

In de GBGGZ is de werkwijze kortdurend en generalistisch en voornamelijk contextueel gericht. De focus van de behandeling kan liggen op aandacht, gedachten, herinneringen, verbeeldingen, motieven, lichamelijke gevoelens, emoties, gedragingen, impulsen en neurologische processen. Aanbiedingsvormen: individueel, relatie, groep, ambulante, vrijgevestigd, instelling gebonden.

Stappen in het werkproces:

1. Aanmelding via telefoon, email of website. Verwijsbrief van huisarts, bedrijfsarts of psychiater is voorwaarde voor verzekerde zorg. Naast een verwijsbrief moet de patiënt een ID meenemen. Informatie voor de patiënt en verwijzer, inclusief actuele wachttijden tot intake en behandeling staan op de website van de zorgaanbieder.
2. Intake duurt in principe 1 tot 3 zittingen. Het maximale aantal zittingen in de GBGGZ loopt van 5-12 afhankelijk van de zorgvraagzwaarte (ZVZ). Na een terugverwijzing naar de huisarts kan een tweede serie gesprekken van maximaal 5-12 zittingen worden opgestart. Aan de hand van een indicatieprotocol worden DSM-classificatie, verklarende diagnose, ZVZ en behandelplan bepaald. Dit wordt getoetst aan en geaccordeerd door de patiënt. Wanneer het DSM-profiel, het ZVZ profiel en de interpersoonlijke behoeften en verwachtingen van patiënt en zorgaanbieder voldoende bij elkaar passen wordt er doorgeslagen naar de behandelphase. Anders wordt er (eventueel na een second opinion) verwezen. Een toestemmingsformulier voor uitwisselen van informatie met mede-behandelaren wordt getekend en de routine outcome monitoring (ROM) wordt gestart. Voor crisissituaties wordt overlegd met de huisarts en zo nodig verwezen naar de crisisdienst van de GGZ.
3. Behandeling. Uitvoeren behandelplan. Waar dit kan en de patiënt dit wil, gebeurt dit blended, dat wil zeggen in combinatie met E-mental health. Vorderingen en de therapeutische relatie worden gemonitord. Dit gebeurt, waar kan, middels een ROM-instrument met tenminste een begin en een eindmeting en in principe elke zitting mondeling tussen patiënt (en diens steunsysteem) en zorgaanbieder. De ROM-gegevens gaan i.v.m. wettelijke plicht naar Stichting Benchmark GGZ. Bij twijfel over de vorderingen wordt eventueel een second opinion ingeroepen. Het behandelplan wordt bijgesteld aan de hand van de resultaten van de evaluatie.
4. Afsluiting en nazorg. Terugvalpreventie wordt besproken. De patiënt wordt terug naar de huisarts verwezen als:
 - de zorgvraagzwaarte te licht of te zwaar voor de GBGGZ blijkt te zijn;
 - de behandeling afgesloten is met positief resultaat
 - bij beëindiging van het geopende GBGGZ product naar oordeel van patiënt of behandelaar er onvoldoende vorderingen zijn en een tweede serie gesprekken gewenst lijkt

- de deskundigheid of de relatie met de zorgaanbieder niet naar tevredenheid van patiënt is.

De patiënttevredenheid wordt na de behandeling geïnventariseerd middels afname van de CQI t.b.v. de sterkte-zwakke analyse van de zorgaanbieder.

3. Voorlichting aan patiënt:

De psychologische behandeling van angst en stemmingsproblematiek gaat uit van het doorbreken van de vicieuze cirkel van stressvolle omstandigheden, vegetatieve reacties, aandachttrichtingen, cognities, gedragingen en psychische en relationele bekrachtigers die de klachten (mede) veroorzaken en/of in stand houden. De meest onderbouwde interventies bij angstklachten zijn: accepteren eigen kwetsbaarheid; (zelf-) motivering; afleiding/ taakfocus; aanvechten niet helpende persoon en emotie gebonden gedachten; exposure aan triggers en vegetatieve responsen; adem- en ontspanningstraining; assertiviteit en communicatieve vaardigheden bij verbeteren van belangrijke relaties en regulatie van stressvolle omstandigheden; versterken focus op eigen kracht en beschermende factoren in steunsysteem.

De meest onderbouwde interventies bij stemmingsproblematiek (niet zijnde bipolaire stoornis) zijn: accepteren eigen kwetsbaarheid; activatie (motiveren, dag structuur inclusief dag-nacht ritme, leuke dingen doen, afwisseling); aanvechten niet helpende persoon en stemming gebonden gedachten; assertiviteit en communicatieve vaardigheden bij verbeteren van belangrijke relaties en reguleren stressbronnen; versterken focus op eigen kracht en beschermende factoren in steunsysteem.

4. Criteria voor overleg met huisarts:

Bij een mogelijke indicatie voor medicatie of psychiatrische en psychologische consultatie wordt contact met de huisarts opgenomen. Ook bij verschillen of wijziging van inzicht met betrekking tot de diagnose en de zorgvraagzwaarte (ZVZ) wordt contact opgenomen. Wanneer er een vervolgproduct in de GGZ gewenst is volgt er een terugverwijzing naar de huisarts met verzoek om een second opinion en een nieuwe verwijsbrief.

5. Informatie m.b.t. terugrapportage aan de huisarts:

Er wordt vanuit de GBGGZ een intake- en afsluitverslag aan de huisarts gestuurd. In deze terugrapportages staan tenminste vermeld: de DSM-assen, de ZVZ, het behandelplan en -in geval van afsluitrapportage- de behandelresultaten en eventueel advies en terugvalpreventieplan.

Bijlage 6 Werkprotocol SGGZ (Transmurale Afspraken)

Transmurale afspraken moeten nog verder geconcretiseerd worden. Het gaat hierbij onder andere om randvoorwaarden voor consultatie en termijnen waarbinnen de patiënt gezien kan worden. Het advies van de werkgroep aan Knooppunt Ketenzorg, respectievelijk de zorggroepen in de regio is om de consultatiecapaciteit van Transparant Next en Ksyos te onderzoeken en desgewenst andere zorgaanbieders te stimuleren en ook consultatiemogelijkheden verder uit te breiden, bijvoorbeeld op het niveau van de eigen zorggroep.

1. Verwijsindicatie:

- angst- en/of stemmingsproblematiek met (vermoeden van een) DSM-classificatie met:
 - ernstige lijdensdruk en disfunctioneren OF
 - recidiverende ernstige problematiek OF
 - (somatische) co morbiditeit en/of problemen in persoonlijkheid of psychosociaal functioneren die met de behandeling van de hoofddiagnose interfereren OF
 - complexe problematiek die om behandeling in een multidisciplinair samengesteld professioneel netwerk vraagt OF
 - hoog risico op (zelf)verwaarlozing, (huiselijk) geweld, suïcide of automutilatie, of (kinder)mishandeling;
- ernstige of langdurige stoornis in het gebruik van middelen in combinatie met een angst- of stemmingsstoornis, inzet medicatie voor terugvalpreventie
- indicatie voor bemoeizorg
- uitblijven van verbetering bij de behandeling in GBGGZ (indicatief drie tot vier maanden)
- uitblijven van verbetering bij de behandeling in de huisartsenvoorziening (indicatief twee maanden), waarbij de ernst en complexiteit behandeling in GBGGZ niet geschikt maakt
- instabiele chronische problematiek
- bij wie onvrijwillige behandeling noodzakelijk is

Verwijsinformatie:

- Bij acuut risico: acute beoordeling door inschakelen crisisdienst (rechtstreeks telefonisch contact via telefoonteam Rivierduinen)
- Bij urgentie omtrent risico's: inplannen spoedintake, aanmelden via zorgdomein, eventueel eerst overleg met aanmeldcoördinator
- Zonder urgentie aanmelding via zorgdomein.

2. Werkwijze

In de SGGZ is de werkwijze multidisciplinair en afhankelijk van de ernst, eventueel crisis en het risicoprofiel:

Poliklinische behandelingen:

- Modules farmacotherapie
- Modules psychotherapie – individueel en in groepsverband (CGT/IPT), EMDR, MBCT
- Modules runningtherapie eventueel aanvullend
- Module lichttherapie

Bij acute risico's/crisissituaties:

- Psychosociale interventies en crisissignaleringsplan door SPV
- Klinische Opnamemogelijkheid eventueel binnen gedwongen kader bij acute risicosituatie
- Optie dagklinische behandelingen: ADB
- Acute beoordeling door crisisdienst, crisisinterventies
- Optie Intensief Home Treatment (IHT): intensieve behandeling thuis, eventueel dagelijks ook in het weekeinde

Bij therapieresistente:

- Eventueel verdere diagnostiek naar persoonlijkheidsstoornis, autismespectrumstoornis of ADHD als onderhoudende factor voor angst/depressieve stoornis en toeleiden naar ander zorgprogramma.
- Bij therapieresistentie eventueel vervolgstap ECT in het LUMC

Stappen in het werkproces:

1. Aanmelding: via zorgdomein. Een verwijfsbrief van huisarts, bedrijfsarts of psychiater is voorwaarde voor verzekerde zorg. Naast een verwijfsbrief moet de patiënt een ID meenemen. Informatie voor patiënt en verwijzder inclusief actuele wachttijden tot intake en behandeling staan op de website van de zorgaanbieder. Bij acute crisis/acuut gevaar kan de huisarts direct de crisisdienst inschakelen en acute zorg wordt dan opgestart.
2. Intake duurt in principe 90 minuten waarbij patiënt door intaker en een hoofdbehandelaar (psychiater of klinisch psycholoog) gezien wordt. In een multidisciplinair overleg wordt het beleid bepaald en vervolgens worden behandelafspraken met de patiënt gemaakt en wordt de behandelfase opgestart. Routine outcome monitoring (ROM) wordt bij intake uitgevoerd. In het geval dat acute hulpverlening nodig is, kan onmiddellijk spoedzorg gestart worden, direct bij de intake.
3. Behandeling. Uitvoeren behandelplan. Het beloop van de behandeling wordt gemonitord in een multidisciplinair overleg. Dit gebeurt, waar kan, middels een ROM-instrument met tenminste een begin en een eindmeting. De ROM-gegevens gaan i.v.m. wettelijke plicht naar Stichting Benchmark GGZ. Bij twijfel over de vorderingen of bij verandering van zorgprogramma wordt dit opnieuw multidisciplinair overlegd. Eventueel kan een second opinion ingeroepen worden.
4. Afsluiting en nazorg. Terugvalpreventie wordt besproken. De patiënt wordt terug naar de huisarts verwezen als: de zorgvraagzwaarte te licht voor de SGGZ blijkt te zijn; de behandeling afgesloten is met positief resultaat en patiënt terug kan naar de huisarts.

3. Voorlichting aan patiënt:

De patiënt wordt via een informatiefolder bij intake geïnformeerd over procedure en voorwaarden van aanmelding, vergoedingsmogelijkheden, klachtprocedure, privacy m.b.t. rapportage en dossiervorming, intake- en behandelmogelijkheden, crisissituatiemanagement, afsluiting en nazorg.

4. Criteria voor overleg met huisarts:

- Bij somatische problemen en somatische comorbiditeit
- Bij interactie psychiatrische medicatie met somatische medicatie
- In proces aanvraag rechterlijke machtiging

5. Informatie m.b.t. terugrapportage aan de huisarts:

Er wordt vanuit de SGGZ aan de huisarts de volgende correspondentie gestuurd:

- een bevestiging geplande intake
- een intake- en afsluitverslag
- een mededeling over een opname
- een ontslagbrief na opname
- een brief over contact met en interventie door de crisisdienst
- een brief bij verlenging DBC jaar een tussentijdsbericht.

Bij indicatie voor verdere behandeling binnen de GBGGZ, zowel curatief als chronisch, wordt patiënt terugverwezen naar huisarts.

In deze terugrapportages staan tenminste vermeld:

- de DSM-assen
- een samenvattende conclusie
- het behandelplan
- in geval van afsluitrapportage/ontslagbrief: de behandelresultaten
- medicatieoverdracht
- eventueel somatische aandachtspunten en eventueel advies
- terugvalpreventieplan
- eventuele risico's

Bijlage 7: Format verwijsbrief GGZ

Verwijzingen gaan via Zorgdomein, maskerbrief (GGZ2014) en in de pilot via het KIS.

Door onderstaande elementen <.....> in te vullen per patiënt, stelt u een verwijsbrief op voor nadere diagnostiek en behandeling.

<Adresgegevens huisartsenpraktijk>

Betreft: Verwijzing huisarts voor GGZ

Datum: <invullen*>

Geachte <heer/mevrouw> <naam>/collega>,

Er is sprake van een (vermoeden van een) DSM benoemde psychische stoornis bij één van mijn patiënten. Met deze verwijsbrief wil ik u graag verzoeken nadere diagnostiek en behandeling in gang te zetten.

Persoonsgegevens patiënt

<Naam>

<Geboortedatum>

<Adres>

<Postcode> <Woonplaats>

<BSN>

<Verzekering>

De verwijzing betreft: <kruis aan>

- Generalistische basis GGZ

Toelichting: patiënten met lichte tot matige problematiek.

- Gespecialiseerde GGZ

Toelichting: patiënten met hoog risico en/of complexe aandoeningen.

Vraagstelling, reden verwijzing

1. Klacht of hulpvraag van de patiënt:

<In korte bewoordingen, in context van deze consultatie.>

2. (Vermoeden van) DSM benoemde psychische stoornis:

<Omschrijving van (het vermoeden van) een psychische stoornis.**>

3. Anamnese:

<Aard, ontstaan, duur, beloop van de klacht, recente behandeling en effect, in chronologische volgorde. Psychosociale omstandigheden. Geef aan of het een heteroanamnese betreft.>

4. Psychiatrische voorgeschiedenis, familieanamnese, psychosociale omstandigheden: (staat in de bijlage)

<Vermeld indien van toepassing.>

5. Relevante comorbiditeit:

<Vermeld de somatische problematiek.>

6. Suïcidaliteit:

<Vermeld ook eventuele suïcidaliteit in het verleden.>

7. Risicovol gedrag:

<Indien bekend vermelden. Beschrijf uw bevindingen. Vermeld ook verslavingsgedrag zoals gokken.>

Patiëntgegevens

8. Beleid:

<Vermeld de door u ingestelde (of gestaakte) behandeling of medicatie op het moment van versturen van het bericht en de door u uit te voeren controles.>

9. Allergie, intolerantie:

<Vermelden indien van toepassing.>

10. Besproken met de patiënt:

<Beschrijf hoe uw handelen is besproken met patiënt. Ook eventueel de eerdere adviezen die u heeft gegeven en/of voorber eiding van de POH-GGZ. Vermeld zo letterlijk mogelijk wat is besproken met de patiënt en of een informatiefolder (thuisarts.nl) over een aandoening of therapie is verstrekt.>

11. Ook bekend bij:

<Zorgverleners invullen bij wie de patiënt in behandeling is of was>

Procedurevoorstel

<Voorstel voor samenwerking: geef aan hoe u betrokken wilt blijven.>

Met vriendelijke groet,

<Naam en functie verwijzer***>

<AGB-code verwijzer>

<Handtekening verwijzer en/of praktijkstempel>

Toelichting elementen verwijsbrief

* Deze mag maximaal een half jaar voor de eerste behandeldatum liggen.

** De NHG standaarden en richtlijnen zijn hierbij leidend. De huisarts hoeft de stoornis niet DSM te classificeren, dat is een taak van de generalistische basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ. Omschrijving van de (vermoede) stoornis is dus voldoende. Wat betreft de vergoeding geldt dat alleen patiënten waarbij sprake is van een (vermoeden van een) DSM-stoornis, zoals bijvoorbeeld een depressie, een angststoornis of psychose, kunnen worden behandeld in de verzekerde GGZ. Uitzondering hierop is een aanpassingsstoornis, als DSM-stoornis wordt dit niet vergoed in de GGZ. Patiënten zonder (vermoeden van) een DSM-stoornis, zoals bijvoorbeeld relatieproblemen, kunnen in de huisartsenpraktijk worden behandeld of op eigen kosten in de GGZ.

*** De POH-GGZ bereidt de verwijzing voor en verwijst namens de huisarts.

Bijlage 8: Depressie postpartum of tijdens de zwangerschap

Ongeveer 10 tot 20% van de vrouwen heeft depressieve klachten tijdens de zwangerschap of in de eerste 3 maanden na de bevalling. De kans om voor het eerst of opnieuw depressief te worden is wel het grootst in het kraambed. Ook vrouwen die een miskraam of abortus hebben gehad kunnen daarna depressief worden.

De klachten en verschijnselen van een depressie tijdens de zwangerschap en na de bevalling verschillen niet veel van een 'gewone' depressie.

Controleer vrouwen met een depressie tijdens de zwangerschap of postpartum intensief, afhankelijk van de ernst; wees alert op het welzijn van het kind en op het ontstaan van een psychose van de moeder. Controleer vrouwen die eerder een postpartum depressie doormaakten extra na de bevalling, vanwege de hoge kans op herhaling (50%).

Een aantal kenmerken van een postpartum depressie zijn:

- Duidelijk minder plezier in dingen die eerst wel leuk waren (bijvoorbeeld niet meer kunnen uitkijken naar het krijgen van een kind of niet kunnen genieten van de baby als die er is)
- Zich voortdurend verdrietig of leeg voelen zonder daarin getroost te kunnen worden (geen band voelen met de baby hoort hier ook bij)
- Piekeren en malen (ook over de gevoelens voor de baby)
- Geen trek hebben in eten zonder misselijk te zijn
- Slecht slapen (ook als de baby op dat moment zelf goed slaapt) of juist heel veel slapen
- Een gevoel van rusteloosheid of vertraagdheid
- Gevoelens van waardeloosheid en buitensporige schuldgevoelens zonder daarin gerust gesteld te kunnen worden (een veel voorkomend voorbeeld hierbij is het gevoel geen goede moeder te zijn terwijl anderen zeggen dat het wel zo is)
- Een verminderde concentratie, waardoor het bijvoorbeeld niet lukt om een boek te lezen of een film te volgen
- Angstig of gespannen zijn zonder duidelijke reden
- Onredelijk reageren, prikkelbaar zijn (bijvoorbeeld er helemaal niet tegen kunnen als de baby huult)
- Terugkerende gedachten aan de dood of denken aan zelfmoord (ook het iets aan willen doen van de baby hoort hierbij)² (Landelijk kenniscentrum Psychiatrie en Zwangerschap, www.lkpz.nl)

Screening op psychosociale problematiek bij zwangeren gebeurt bij de verloskundige of gynaecoloog. Hiervoor zijn meerdere (vroeg)signaleringslijsten beschikbaar. Lokaal kunnen afspraken gemaakt worden over hoe en wanneer overleg met de huisarts van de zwangere plaatsvindt.

De NHG-standaard depressie geeft weinig houvast over wanneer te verwijzen bij een depressie tijdens de zwangerschap of een postpartum. Advies van de NHG-standaard is om vrouwen intensief te controleren en alert te zijn op het ontstaan van psychotische kenmerken en postpartum op het welzijn van het kind. Verder is de recidiefkans op een depressie postpartum of tijdens de zwangerschap 50%, en vraagt dus alertheid bij een eventuele volgende zwangerschap. Advies van de werkgroep is om laagdrempelig consultatie aan te vragen of te verwijzen en bij verwijzing telefonisch contact op te nemen met de GGZ-instelling om patiënte snel in zorg te krijgen.

² <http://www.lkpz.nl/patienten-depressie.php>

Bijlage 9: Bipolaire stoornis

De life-timeprevalentie van de bipolaire stoornis in de bevolking (18 tot 64 jaar) is bij mannen 1,2% en bij vrouwen 1,4%. Men schat dat 10% van de patiënten met de diagnose 'unipolaire depressie' na kortere of langere tijd een eerste manie of hypomanie doormaakt en de diagnose verandert in 'bipolaire stoornis'. Bij iedere patiënt met een depressie moet men dus bedacht zijn op het mogelijk ontwikkelen van een (hypo)manische episode.

Diagnostiek en behandeling van een bipolaire stoornis dienen in eerste instantie te gebeuren binnen de SGGZ. De patiënt die wordt behandeld in de specialistische ggz, wordt minstens eenmaal per jaar gezien en onderzocht door een psychiater. Er dient minimaal jaarlijks overleg/berichtgeving aan de huisarts te zijn over de voortgang van de behandeling. De laatste jaren echter, gebeurt het geregeld dat een patiënt die al jaren stabiel is, terugverwezen wordt naar de huisarts. Landelijk is hierover veel discussie en in de regio zijn hier nog geen afspraken over gemaakt. In principe blijven voorlopig ook stabiele patiënten in de SGGZ behandeld worden.

Indien wordt overwogen om de behandeling aan de huisarts (en de POH-GGZ) of de generalistische basis-ggz over te dragen, dient men de volgende factoren bij deze overweging te betrekken:

- De stemming is minimaal twee jaar stabiel (de patiënt heeft geen manische, hypomanische of depressieve episode doorgemaakt en er is geen aan de stoornis gerelateerde progressieve verslechtering van het psychosociale of cognitieve functioneren)
- Om dit te bereiken zijn in deze periode geen belangrijke interventies nodig geweest zoals een significante verandering van de onderhoudsmedicatie, het toevoegen van acute medicatie vanwege een dreigende episode, het starten van een op de stoornis gerichte psychotherapie, of het intensiveren van de verpleegkundige begeleiding
- Halfjaarlijkse onderhoudscontacten zijn in het afgelopen jaar voldoende gebleken om de toestand van de patiënt stabiel te houden
- Ziekte-inzicht en zelfmanagement zijn voldoende aanwezig om ontregeling tijdig te signaleren en hulp te vragen, en er is een actueel signaleringsplan.
- Er is geen sprake van psychiatrische comorbiditeit die duidelijk van invloed is op het welbevinden en functioneren van de patiënt (zoals angststoornis, middelenmisbruik, een persoonlijkheidsstoornis)
- Er is geen sprake van psychosociale problemen die begeleiding vanuit specialistische GGZ (SGGZ) behoeven (bijvoorbeeld voor de relatie of het netwerk, kinderen, werk, dagbesteding, wonen, financiën)
- De patiënt gebruikt geen complexe medicatie, zoals lithium, clozapine, tranylcypromine of fenelzine
- Zowel de patiënt als eventuele naastbetrokkene(n), en de huisarts zijn akkoord met de overdracht

Indien na overleg toch een patiënt die lithium gebruikt wordt terugverwezen naar de huisarts, dient de huisarts goed op de hoogte te zijn van het periodieke laboratoriumonderzoek dat gedaan behoort te worden bij patiënten die lithium gebruiken en van de onderstaande aandachtspunten.

Aandachtspunten bij gebruik van lithium:

- Een lithiumspiegel is altijd een dalspiegel (12 (+/- 1) uur na inname)
- Altijd navragen tijdstip van lithiuminname bij afwijkende spiegel en vragen of patient niet per ongeluk dubbel genomen heeft (bijv. om 20.00 u omdat hij om 8 u geprikt wil worden en vervolgens ook om 23 u omdat hij dat gewend)
- Bij verhoogde lithiumspiegel ook altijd navragen of een patiënt een NSAID genomen heeft, thiazide/lis diuretica of RASremmers gebruikt, dit kan verdubbeling van de spiegel geven!
- Als de patiënt geen verschijnselen heeft passende bij een lithiumintoxicatie en wel een sterk afwijkende hoge spiegel navragen, vraag dan bij het laboratorium na of ze geen lithiumstolbuis hebben gebruikt waardoor een hoge spiegel wordt verkregen
- Lithium kan nierfunctiestoornissen geven. Als de klaring een waarde van 40 ml/min dreigt te naderen, wordt het staken van lithium geadviseerd als dit gezien het ziektebeeld kan/er een

alternatief is. Bij een snel progressieve daling van de nierfunctie (bijvoorbeeld verminder van de klaring met > 5 ml/jaar) moet zelfs bij een klaring van boven de 40 ml/min het staken van lithium overwogen worden.

- Verder kunnen hypothyroidie, hyperparathyroidie en hypercalciëmie optreden

Een patiënt met een bipolaire stoornis die uitsluitend wordt behandeld in de generalistische GBGGZ of door de huisarts (en de poh-ggz), wordt terugverwezen naar de SGGZ indien er sprake is van:

- non-respons of partiële respons op de behandeling
- toenemende beperkingen in functioneren
- problematische therapietrouw
- een vermoeden van comorbiditeit (zoals alcohol- en drugsproblematiek)
- de wens van de patiënt om de medicatie te stoppen of af te bouwen na een periode van relatieve stabiliteit in stemming en functioneren
- een kinderwens of zwangerschap

Samenwerking:

- Binnen de SGGZ wordt samen met de patiënt een signaleringsplan opgesteld met vroege signalen voor een stemmingsepisode en hoe te handelen in geval van dreigende terugval en/ of crisis. Binnen de eerstelijnszorg dient hier aandacht aan geschonken te worden en moet men zich ervan bewust zijn dat zorg flexibel en snel toegankelijk moet zijn voor de patiënt en diens naastbetrokkene. Alle bij de behandeling betrokkenen, inclusief de huisarts, dienen van dit signaleringsplan op de hoogte te zijn.
- Ook binnen de huisartsenzorg of de generalistische GBGGZ moeten bij elke patiënt de somatische controles verricht worden zoals aanbevolen binnen de Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen 2015.
- Bij de behandeling van patiënten met een bipolaire stoornis wordt aanbevolen dat er samenwerking en kennisuitwisseling plaatsvindt tussen enerzijds de huisartsenzorg of generalistische GBGGZ en anderzijds de specialistische SGGZ

Lithiumintoxicatie:

Lithiumintoxicatie kan optreden als gevolg van auto-intoxicatie (tentamen suïcidii), geleidelijke overdosering door achteruitgang nierfunctie, te hoge dosering/of vergissing in dosering, een verstoorde water- en zoutbalans (bijvoorbeeld door overschakelen op een zoutarm dieet, door natriumverlies bij hevig transpireren (verblijf in de tropen!), bij hoge koorts, bij braken of diarree), te weinig eten en drinken, diureticagebruik, of gebruik van nsaid's. Een chronische intoxicatie is ernstiger omdat het kan leiden tot irreversibele symptomen (cerebellaire toxiciteit).

Vroege intoxicatieverschijnselen zijn:

- verminderde eetlust, misselijkheid, braken, diarree
- spierzwakte, grove tremor (handen!), spierschokjes, ataxie, dysartrie
- slaperigheid, sufheid en traagheid
- afname polsfrequentie, ecg-veranderingen (verkleining qrs-complex, afvlakking T-toppen)
- breed gangspoor (cave verwarring met dronkenschap).

Late intoxicatieverschijnselen zijn:

- opwinding (cave verwarring met manie!)
- hypertonie en fasciculaties van de spieren, hyperreflexie, nystagmus
- insulten
- bewustzijnsdaling tot (sub)coma
- oligurie tot anurie
- eeg-afwijkingen.

Beleid van de huisarts bij een lithiumintoxicatie:

- Onmiddellijk staken van lithium en interacterende medicatie

- Insturen naar algemeen ziekenhuis voor verdere diagnostiek en behandeling (overleg met de behandelend psychiater is een extra stap en niet zinvol als er sterk vermoeden is van een intoxicatie)
- Bij lichte of beginnende intoxicatieverschijnselen door water- en zouttekort kunnen verschijnselen worden bestreden met stoppen van het lithium en het innemen van water en zout (bouillon drinken). Bij verdenking van een lithiumintoxicatie moet cito (kan 24/7 bepaald worden in ziekenhuis) de lithiumspiegel bepaald worden en op basis daarvan kan verder beleid bepaald worden. Na behandeling dient de lithium zo snel nodig herstart te worden gezien de risico's van het acuut hiermee stoppen, zeker bij bipolaire stoornissen.

Bijlage 10: Winterdepressie: Etiologie, diagnostiek en behandeling

Een winterdepressie is een vorm van depressie die frequent voorkomt en waarbij lichttherapie werkzaam kan zijn. Aangeraden wordt om goede afspraken te maken over de mogelijkheden voor lichttherapie. Deze kan ook in de huisartsenpraktijk aangeboden worden.

Wat is een winterdepressie?

Een winterdepressie, in het Engels Seasonal Affective Disorder genoemd (afgekort met het toepasselijke acronym SAD), is een depressieve stoornis die wordt veroorzaakt door een verstoring van de biologische klok. De gevoeligheid voor een dergelijke verstoring varieert van persoon tot persoon en ook van woonplaats tot woonplaats; in het hoge Noorden komt de aandoening relatief vaak voor, terwijl het in de tropen een onbekend fenomeen is. In Nederland is de prevalentie ongeveer 3%.

Een winterdepressie ontstaat simpel gezegd door gebrek aan daglicht. Dit zorgt ervoor dat de biologische klok ontregeld raakt en dat geeft klachten. De meest voorkomende klachten bij een winterdepressie zijn:

- Ernstige vermoeidheid, wel omschreven als “lood in armen en benen”
- Een duidelijk toegenomen slaapbehoefte, tot meer dan 12 uur per etmaal
- Een duidelijk toegenomen behoefte aan koolhydraten (zoetigheid, brood, pasta e.d.), met daarbij vaak gewichtstoename
- Moeite met concentreren
- Nergens zin in
- Prikkelbaarheid
- Toegenomen gevoeligheid voor interpersoonlijke afwijzing
- Het gevoel overspoeld te worden door de eisen van het dagelijks leven, met daarbij ook gevoelens van falen en tekort schieten en veel piekeren

Dit is dus een wat ander beeld dan de “klassieke” melancholische depressie, waarbij juist sprake is van slapeloosheid, afgenomen eetlust en gewichtsverlies, en diepe somberheid, vaak gepaard gaande met gevoelens van waardeloosheid of schuld. De ontstemming bij een winterdepressie is vaak meer prikkelbaar en labiel (“niks kunnen hebben”), en gekenmerkt door futloosheid en lichamelijke moeheid. Waar bij een ernstige melancholische depressie de stemming niet langer reactief is, dus niet meer opklaart bij positieve gebeurtenissen, kan dit ook bij ernstige winterdepressies nog wel het geval zijn. Reactiviteit van stemming sluit dus een winterdepressie niet uit.

Van een winterdepressie wordt gesproken als de bovengenoemde klachten in het winterseizoen optreden, vaak al vanaf de late herfst (oktober-november), en pas weer opklaren met het lengen van de dagen, en deze klachten een duidelijke impact hebben op het welbevinden en functioneren.

Hoe komt het en wat is eraan te doen?

Een winterdepressie kan het best behandeld worden met lichttherapie, omdat dit de oorzaak van de aandoening aanpakt. Dat werkt als volgt:

De biologische klok zorgt voor de aansturing van processen in het lichaam die heel basaal van aard zijn, zoals bloeddruk, lichaamstemperatuur, slaap/waakritme en voedselinname. Om goed te blijven werken in het 24-uursritme (circadiane ritme) vindt er doorlopend aanpassing plaats van buitenaf. Zou je de biologische klok niet van buitenaf aansturen, bijvoorbeeld door mensen op te sluiten in een ruimte zonder ramen en met constante lichtsterkte of duisternis, dan verandert ook het ritme. Meestal wordt de cyclus dan langer dan 24 uur. Dat betekent dat de klok uit de pas gaat lopen met de rest van de wereld, en allerlei processen gaan verschuiven.

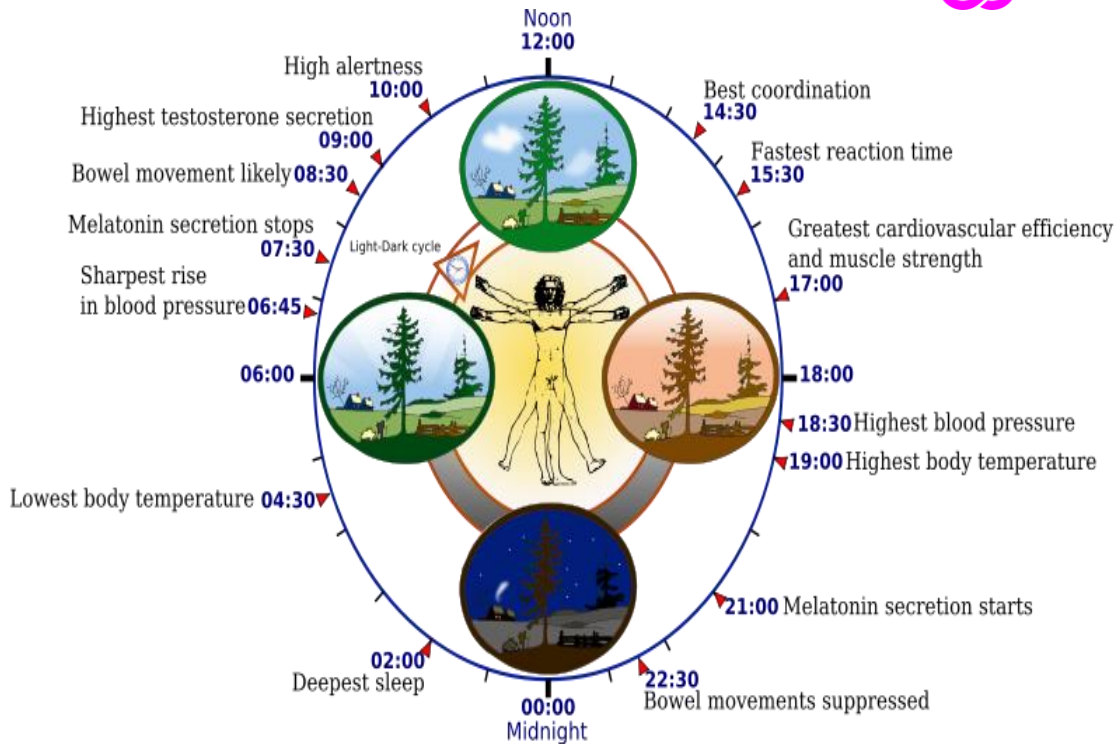


Fig. 1 Circadiane ritmiek in het menselijk lichaam

Om de biologische klok goed te laten functioneren, dat wil zeggen aangepast aan de buitenwereld, is dus aansturing vanuit die buitenwereld nodig, met behulp van zogenaamde Zeitgebers. De belangrijkste hiervan is licht.

Aan de hand van licht en donker in de buitenwereld wordt in de biologische klok, het gebied in de hersenen dat zich bevindt boven de kruising van de oogzenuw (nucleus suprachiasmaticus, internationaal afgekort tot SCN), melatonine aangemaakt. Dit hormoon heeft in de mens vooral de functie van het reguleren van het slaap/waakritme. Melatonine is feitelijk slaaphormoon; als er genoeg is aangemaakt word je slaperig en wil je je bed in. Onder invloed van licht breekt het hormoon af, waardoor je wakker wordt.

Melatonine wordt aangemaakt in de SCN als de schemering invalt, en bij het aanbreken van de dageraad begint ook de afbraak. Dit proces kan verstoord worden door teveel kunstlicht 's avonds binnenshuis, met name ook van (tablet) computers. Melatonine wordt dan eerder afgebroken, wat tot slapeloosheid kan leiden.

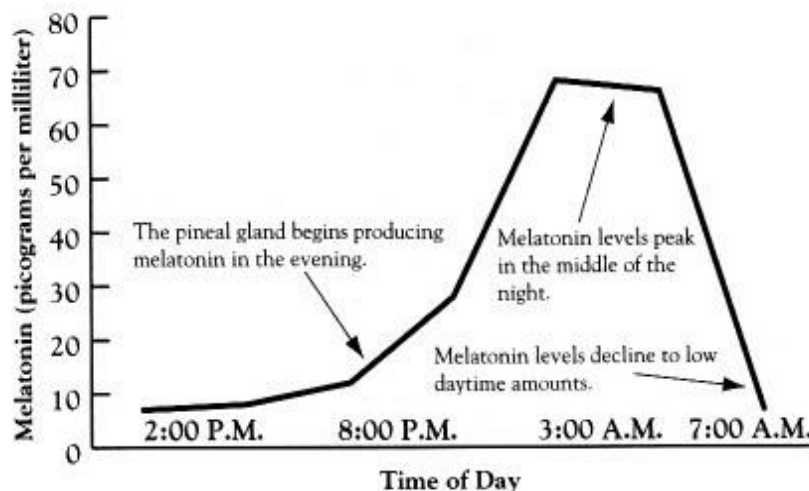


Fig. 2 Melatoninecurve

Bij winterdepressie speelt het omgekeerde proces een rol; omdat in de winter het daglicht minder sterk is, wordt melatonine minder goed afgebroken bij mensen die daar gevoelig voor zijn. Het resultaat is dat deze mensen overdag eigenlijk niet goed wakker worden en zich doorlopend vermoeid voelen.

De meest bewezen werkzame remedie hiervoor is extra daglicht in de ochtend, zodat mensen wel goed wakker worden en hun ritme herstelt. De meest gebruikte methode hiervoor is een zgn. daglichtlamp met een lichtsterkte van 10.000 lux (ter vergelijking: de lichtsterkte op een zomerdag om 12 uur 's middags is 100.000 lux). Door mensen gedurende 5 achtereenvolgende dagen op hetzelfde tijdstip in de ochtend bloot te stellen aan een daglichtlamp gedurende 30 minuten, herstelt het ritme. Door aanvullende leefregels (slaapduur beperken, niet overdag slapen, niet uitslapen) blijft het effect van lichttherapie in de wintermaanden behouden. Soms is één kuur niet genoeg om de klachten te verhelpen, bij gedeeltelijk herstel zal dan een tweede kuur volgen. Soms is het nodig om, ondanks herstel, verderop in de winter nogmaals een kuur te doen omdat het ritme dan toch weer uit de pas is gaan lopen. Als het eenmaal duidelijk is dat een depressie een seizoensgebonden karakter heeft, is het aangewezen om elk jaar aan het begin van de winter een lichtkuur te ondergaan, omdat hiermee ook het optreden van een winterdepressie kan worden voorkomen.

Ongeveer 50 tot 80% van de mensen met SAD reageert positief op lichttherapie.

Waarom lichttherapie?


Licht is een zeer werkzame interventie bij winterdepressie. Zoals bij elke werkzame interventie kunnen er echter ook bijwerkingen optreden, variërend van hoofdpijn en misselijkheid tot ernstiger klachten als uitlokking van psychose of manie bij daarvoor gevoelige personen. Ook is er een aantal condities waarbij lichttherapie in aangepaste vorm en/of dosering moet worden gegeven, en soms is het beter er vanaf te zien.

Om de mogelijke risico's en contra-indicaties zo goed mogelijk in kaart te brengen doen wij een uitgebreide intake voorafgaand aan de therapie, geven we vooraf informatie en uitleg over de therapie en monitoren wij de mensen gedurende de week zodat bij ontregeling snel kan worden ingegrepen.

Light therapy

Light therapy is effective in up to 85% of Seasonal Affective Disorder (SAD) cases.

Exposure to very bright light for up to 4 hours per day (average 1-2 hours)



Equipment

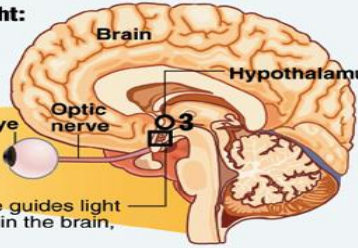
- **Full-spectrum bulbs:** Similar to outdoor daylight
- **Cool-white lamps:** Enhance cool tones, such as blues, greens, grays, whites
- **Triphosphor lamps:** Mixture of three phosphors to provide visible light
- **Biaxial lamps:** Two cylindrical, long-lasting

Light intensity:

Average office lighting	200-500 lux*	*Lux is a measure of light intensity
Light dose for treatment	2,500-10,000 lux	
Bright summer day	Up to 100,000 lux	

- Subject sits 2-3 ft. (61-91 cm) away from specially designed light box
- Keep eyes open, but do not look at the light directly
- Treatment is usually effective within 3-4 days

Effect of light:



1. Light enters eyes
2. Optical nerve guides light to internal clock in the brain, the SCN**
3. Level of melatonin hormone (high when it's dark, influences mood) is reduced
4. Higher concentration of neurotransmitter serotonin in the brain improves mood

**SCN = Suprachiasmatic nucleus of the hypothalamus

© 2006 MCT Source: SAD Association, Depression Therapy Germany (www.depression-therapie-forschung.de) Graphic: Jutta Scheibe, Eell Polli

Fig 3 Lichttherapie

Bron: PsyQ

Bijlage 11: Antidepressiva

Stappen antidepressiva.

Antidepressiva zijn vooral werkzaam bij een (matig-) ernstige depressie of angststoornis. De medicamenteuze, stapsgewijze, behandeling van depressie en een angststoornis volgens de richtlijn staat hieronder vernoemd. Indien de patiënt eerder succesvol is behandeld met een bepaald antidepressivum dan heeft dat middel de voorkeur.

stap 1 is een keuze tussen:

SSRI (citalopram of sertraline) of SNRI (venlafaxine) (of TCA of bupropion) of mirtazepine

Stap 2. Switchen tussen middelen genoemd bij stap 1.

De richtlijn van Parnassia en ook de multidisciplinaire richtlijn depressie maken geen keuze bij stap 1 en 2. In de huisartsenpraktijk wordt doorgaans met een SSRI gestart. Starten met een ander middel dan een SSRI of venlafaxine vraagt gedegen kennis en ervaring van de huisarts met de andere middelen. Advies is om andere middelen alleen in overleg met een psychiater voor te schrijven. In verband met het moeilijke kunnen afbouwen van Paroxetine is dat geen eerste keuze middel meer.

Algemene aandachtspunten:

Bij het bepalen van de geneesmiddelkeuze wordt rekening gehouden met:

- Bij ernstige depressie: TCA (nortrilen, evt. imipramine) of evt. venlafaxine. Doorgaans wordt de ernstige depressieve patiënt niet medicamenteus behandeld in de huisartsenpraktijk, maar doorverwezen en op medicatie ingesteld door een psychiater
- TCA's zijn gecontra-indiceerd na een recent hartinfarct
- Geef bij voorkeur een SSRI bij patiënten met een verhoogd suicide risico (overdosis is minder schadelijk dan van TCA)
- Combineer een SSRI zo nodig (zie NHG-standaard Maagklachten) met een protonpompremmer bij patiënten met een verhoogd risico op gastro-intestinale bloedingen door gebruik van een NSAID of een acetylsalicylzuurderivaat als trombocytenaggregatieremmer. Overleg bij twijfel met de apotheker.
- Geef bij ouderen een SSRI met zo min mogelijk kans op interacties, bij voorkeur sertraline. Indien toch een TCA voorgeschreven wordt, kies dan voor nortriptyline.
- TCA's worden afgeraden bij patiënten met cognitieve stoornissen omdat deze een negatieve invloed op het cognitief functioneren kunnen hebben.
- Combineer SSRI's en serotonerge TCA's niet met andere serotonerg werkende medicatie, zoals triptanen, omdat dan het zeldzame, maar potentieel fatale serotoninesyndroom kan optreden. Dit syndroom is vooral berucht bij gebruik van MAO-remmers. Waarschuw bij gelijktijdig gebruik van een SSRI en tramadol de patiënt om contact op te nemen bij klachten passend bij het serotoninesyndroom. (tremor, misselijkheid, transpireren, snelle hartslag).
- Consulteer bij zwangerschap(svens) of lactatie de apotheker voor een beoordeling van de medicatie.
- Bepaal bij patiënten die een diureticum gebruiken en een SSRI voorgeschreven krijgen binnen 2 weken na start het natriumgehalte. Doe dit ook indien zich een incurrente ziekte (diarree, braken) voordoet met een risico op electrolytstoornissen. Bepaal bij ingestelde patiënten het natriumgehalte 1x per half jaar.

Controle op labwaarden

- Bij gebruik van SSRI's in combinatie met diuretica is er kans op hyponatriemie. Twee weken na de start van de combinatie en elke 6 maanden dient het natrium gecontroleerd te worden. Bij gebruik van TCA's bij patiënten met hypertensie en bij ouderen dient de bloeddruk elke 3 maanden gecontroleerd te worden. Overweeg een ECG voorafgaand aan de start met een TCA bij patiënten met een verhoogde gevoeligheid voor cardiovasculaire bijwerkingen. Bij gebruik van TCA's bij patiënten die bekend zijn met hyperthyreoïdie dient regelmatig lab te worden bepaald in verband met een verhoogd risico op cardiovasculaire bijwerkingen bij hyperthyreoïdie. De apotheek controleert bij de patiënt of de huisarts/POH de labcontrole heeft ingepland.

Bij somatische aspecten:

- Bij hypertensie liever geen bupropion of venlafaxine boven 150 mg
- Bij hypercholesterolemie liever geen venlafaxine
- Bij obstipatie liever geen TCA/bupropion
- Bij seksuele dysfunctie enige voorkeur voor bupropion
- Bij adipositas en andere risicofactoren voor metabool syndroom liever geen TCA of mirtazapine. Dan enige voorkeur voor bupropion.

Starten antidepressivum:

- Zowel de voorschrijver van de medicatie als de apotheek geven uitleg over de dosering bij start, opbouw, mogelijk bijwerkingen en mogelijk verergering van de klachten de eerste weken
- Laag beginnen, geleidelijk ophogen in verband met een eventuele tijdelijke toename van de klachten en gevoeligheid voor bijwerkingen
- Bij toename van angst na starten: combineer gedurende maximaal 8 weken met een benzodiazepine. Op dit geneesmiddel wordt in het AIS een blokkade geplaatst zodat na de 8 weken er niet meer herhaald kan worden zonder overleg met de huisarts.

Switchen en ophogen:

Bij behandeling van een depressie wordt aanbevolen om te switchen naar een ander middel indien er na maximaal 4 weken nog geen enkele verbetering is op het middel. Bij angst treedt de verbetering van de klachten later op en wordt aangeraden 6 weken aan te houden. Indien er een partieel effect is kan ophogen van het middel overwogen worden.

Bij bijwerkingen wordt geadviseerd te overleggen met de apotheker voor de keuze van een ander middel. Onderstaande link kan gebruikt worden om te bepalen hoe de patiënt kan wisselen van antidepressivum. Ook kan dit met de apotheker overlegd worden.

<http://wiki.psychiatrienet.nl/index.php/SwitchAntidepressants>

Duur behandeling met antidepressivum:

Over de behandelduur is geen consensus in de richtlijnen. In het zorgprogramma adviseren we de behandeling met antidepressiva van een eerste episode van een depressie of angststoornis bij een goede respons bij voorkeur 6 tot 12 maanden voort te zetten vanaf het moment dat er een goede respons is. Bij patiënten die gevoelig zijn voor depressieve klachten in de winterperiode wordt bij voorkeur niet afgebouwd vlak voor en tijdens de winter. Bij een recidief wordt de behandeling 1 tot 2 jaar voortgezet en in overleg met patiënt langer. Bij een tweede recidief wordt doorgaans 2-5 jaar doorbehandeld en soms levenslang. Indien dit laatste wenselijk is gaan we dit vastleggen in het AIS zodat het voor alle partijen helder is.

Afbouwen:

Adviseer het antidepressivum geleidelijk te stoppen door om de twee weken de dosis te halveren, onder controle van de klachten. In de praktijk blijkt het vaak wenselijk om nog langzamer af te bouwen (over een periode van maanden), zeker bij de middelen paroxetine en venlafaxine. Beide geven veel klachten bij afbouwen, waardoor dit erg langzaam moet gebeuren. Tevens geeft het vergeten van 1 tablet vaak al onttrekkingsverschijnselen. Overleg eventueel met de apotheker voor een afbouwschema.

Rijvaardigheid:

Antidepressiva hebben invloed op de rijvaardigheid. De voorschrijvend arts en de apotheker geven bij de volgende middelen de onderstaande rijadviezen (conform de "G-standaard"). Het is wenselijk de afspraken over wie welk advies geeft goed vast te leggen.

Ook de depressie op zich kan reden zijn voor rijontzegging door het [CBR](#). De huisarts of psychiater wijst de patiënt op de regels voor beoordeling van rijgeschiktheid. Het CBR maakt de afweging of een verklaring van rijgeschiktheid wordt afgegeven.

SSRI's: De eerste dagen kunnen bijwerkingen met een negatieve invloed op de rijvaardigheid optreden. Het advies is om in dat geval geen voertuig te besturen zolang deze bijwerkingen optreden.

Mirtazepine: Tot en met 30 mg voor de nacht in 1 dosis: dagelijks gebruik: eerste week niet autorijden. Na een week: t/m 13 uur na inname niet autorijden.

Venlafaxine: Tot en met 75 mg 2x per dag: niet autorijden zolang bijwerkingen optreden. Bij meer dan 75 mg 2x per dag kan het effect op de rijvaardigheid worden versterkt.

TCA's: wisselt per TCA. Kijk op www.rijveiligmetmedicijnen.nl voor het advies voor een specifiek TCA of vraag advies aan de apotheker.

Benzodiazepines: als bij TCA's.

Specifieke middelen:SSRI's:

- Start bij een depressie bij voorkeur met 10 mg citalopram of sertraline 25 mg de eerste 5 dagen en verdubbel dan naar de standaarddosering.
- Bij ernstige angst is het ook een optie om met citalopramdruppels te starten en hiermee nog langzamer op te bouwen.

Venlafaxine:

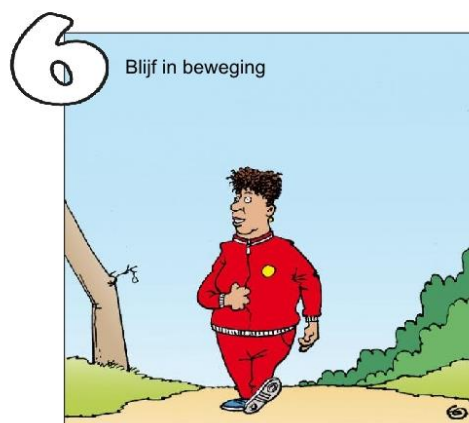
- Start met venlafaxine XR 75 mg (37,5 mg bij comorbide angststoornis of bij voorzichtig willen starten om vroegtijdig stoppen te voorkomen). Indien na 1 week geen respons (of bij ernstige depressie, sneller): verhoog naar 150 mg. Verhoog bij onvoldoende effect na 2 weken tot maximaal 1 dd 375 mg.
- Bij een dosering >150 mg per dag werkt venlafaxine ook noradrenerg en dient de bloeddruk gecontroleerd te worden i.v.m. kans op hypertensie. Ook dient het QTc interval gecontroleerd te worden bij patiënten met een geleidingsstoornis in de voorgeschiedenis.
- Bij patiënten ouder dan 50 jaar verdient het de voorkeur om voor de start van de behandeling een ECG te maken.
- Venlafaxine kan leverfunctiestoornissen en cholesterol verhoging geven, deze dienen jaarlijks gecontroleerd te worden.
- Bij slaperigheid overdag de medicatie voor de nacht geven.
- Té abrupt stoppen kan tot onttrekkingsverschijnselen leiden. Venlafaxine heeft net als paroxetine een korte halfwaardetijd en daarmee is het met name moeilijk af te bouwen bij de zeer lage doseringen.

Mirtazapine (15, 30 en 45 mg; Remeron®):

- Wordt vooral in lage dosering (3.75, 7.5 of 15 mg) voor de nacht als niet verslavend slaapmiddel gebruikt. Eventuele bijwerkingen zijn slaperigheid in de ochtend, toename eetlust en toename gewicht. Mirtazapine geeft geen seksuele bijwerkingen.
- Vóór instellen mirtazapine navragen familiale belasting diabetes mellitus, bepaling van gewicht, glucose en cholesterol gezien kans op metabool syndroom. Controleer na een maand het gewicht en vervolgens bij iedere controle. Toename van gewicht is vaak een reden om te switchen naar een ander middel.
- Mirtazapine heeft interacties met cimetidine en fluvoxamine (stijging spiegel mirtazapine tot 4x).
- Mirtazapine valt onder rijvaardigheid categorie III: bij t/m 30 mg mag niet gereden worden t/m 13 uur na inname.

Bijlage 12: Zelfmanagement bij depressie

Meer regie: tips voor mensen met een depressie



Meer regie: tips voor mensen met een depressie



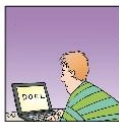
Vraag om en zoek naar informatie

Zoek informatie over wat een depressie is, wat het met u doet en over een leven na depressie. Ook lotgenotencontact kan hierbij helpen. Bij de Depressievereniging of uw behandelend psycholoog of psychiater kunt u ook meer informatie vragen.



Vraag informatie over medicatie en behandeling

Stel vragen over de medicatie die u voorgeschreven krijgt. Wat zijn de bijwerkingen en hoe lang duurt het voordat ze aanslaan. Laat u ook goed informeren over mogelijke therapieën zoals mindfulness of cognitieve gedragstherapie. Bouw medicatie of therapie altijd in overleg met uw behandelaar af.



Maak uw eigen stappenplan

Stel realistische doelen om uw depressie te overwinnen. Splits de doelen zo nodig op in subdoelen. Hierdoor wordt het bereiken van het einddoel overzichtelijker. Ook geeft het behalen van een subdoel voldoening en stimuleert het tot het behalen van het volgende subdoel.

"Morgen bel ik een vriend om samen te gaan lunchen".



Ken uzelf

Herken de signalen die aangeven dat u te ver gaat, vaak met achteruitgang als gevolg. Houd bijvoorbeeld uw stemming in de gaten. U kunt een dagboekje bijhouden of de omgeving inschakelen om signalen te herkennen. Negeer de signalen niet en schakel zo nodig hulp in. Wanneer u nog niet in behandeling bent kunt u de huisarts om hulp vragen.



Vraag hulp bij het voeren van de regie

Wanneer u in een zware depressie verkeert, is het niet altijd mogelijk om zelf de regie te nemen. Uw omgeving (familie, vrienden, etc.) kan u hierbij helpen. Dit heet mantelzorg. Voorkom dat u als mantelzorg overbelast raakt en stel uw grenzen. Mantelzorgers kunnen o.a. ondersteuning vinden bij de depressievereniging en plaatselijke GGZ-organisaties.



Blijf in beweging

Voorkom dat u thuis blijft zitten. Blijf in contact met anderen. Probeer de activiteiten die u voorheen deed te blijven doen, ook al vindt u ze in het begin niet leuk. Denk bijvoorbeeld aan het weer uitvoeren van hobby's, sporten of boodschappen doen. In de loop van de tijd zult u weer meer plezier in de activiteiten krijgen.

Op www.depressievereniging.nl vindt u informatie en tips over omgaan met een depressie.