



Zorgplan Depressie V1.0

PROTOCOL GEZOND

Projectleider: Carlo van Tol, huisarts
Projectcoördinator: Tako Westra, POH-GGZ

Adres: Parklaan 8, 2771 GB te Boskoop
Tel: 0172-215700
E-mail: carlovantol@mcparklaan.nl

Deelnemende huisartsen: dr. D.P. Shackleton, drs. F.G. Zevenbergen, drs. L.K. van Tol, drs. R. Van Wiechen, drs. K. Kallan en drs. C. Kallan.

Overige deelnemers: Hanneke Suidman, GZ-psycholoog (GBGGZ); Ingrid Spruit (TOM in de buurt); Jet Vervloet (diëtiek); Erica van de Weem (thuiszorg); Etienne Maassen (Boskoopse apotheek), Krista van Kempen (Topfit fysiotherapie) en Evelien Melsen (doktersassistente).

Totaal aantal patiënten in alle praktijken: ±16000

Inhoud

Inhoud.....	2
HOOFDSTUK 1: INLEIDING	4
1.1 Wat is een depressie?.....	4
1.2 Incidentie en prevalentie.....	4
1.3 Beloop.....	4
HOOFDSTUK 2: HET ZORGPLAN	5
2.1 Zorgprogramma	5
2.2 Doelstelling.....	5
2.3. Doelgroep.....	5
2.4 Exclusiecriteria	5
HOOFDSTUK 3: INSTROOM.....	6
3.1 Case-finding.....	6
3.2 Meetinstrumenten.....	6
3.3 Rol van alle ketenpartners.....	7
3.4 Rol van de overige werkgroepen.....	7
3.5 Rol van de huisarts.....	7
3.6 Rol van de POH-GGZ	7
Casefinding	8
HOOFDSTUK 4: BEHANDELING.....	9
4.1 Algemeen.....	9
4.2 Rol van de huisarts.....	10
4.2.1 Medicamenteuze behandeling.....	10
4.3 Rol van de apotheek	11
4.4 Rol van de POH-GGZ	12
4.4.1 Monitoring	12
4.4.2 Verwijzing	12
4.5 Rol van de GBGGZ	13
4.5.1 Intakeprocedure.....	13
4.5.2 Zorgtraject.....	13
4.5.3 Behandeling.....	13
4.5.4 Monitoring	13
4.5.5 Medicatie	13
4.5.6 Verwijzing	14
4.5.7 Afronding.....	14
4.6 Rol van de diëtist	15
4.6.1 Aanmelding.....	15
4.6.1 Behandeling.....	15
4.6.2 Afstemmen verwijzer	15
4.6.3 Evaluatie	15
4.7 Rol van de (psychosomatisch) fysiotherapeut.....	16
4.7.1 Aanmelding.....	16
4.7.2 Intake	16
4.7.3 Behandeling.....	16
4.8 Begeleiding door TOM i/d Buurt.....	17
4.8.1 Aanmelding.....	17
4.8.2 Intakeprocedure “Mijn plan voor de toekomst”	17
4.8.3 Begeleiding	17
4.8.4. Verwijzing	17
4.9 Rol van de thuiszorg.....	18

4.9.1 Aanmelding.....	18
4.9.2 Begeleiding	18
HOOFDSTUK 5 Indicatoren/Resultaten	19
Appendix A: Begrippenlijst	20
Appendix B: Vragenlijsten	21
Appendix C: Literatuur.....	26
Appendix D: Deelnemende ketenpartners	27

HOOFDSTUK 1: INLEIDING

1.1 Wat is een depressie?

In de DSM-5 wordt gesproken van een depressie als gedurende een periode van ten minste twee weken sprake is van minimaal vijf van de volgende symptomen, waarvan in ieder geval één van de eerste twee:

- 1) **Sombere stemming gedurende het grootste gedeelte van de dag, (bijna) dagelijks**
- 2) **Duidelijk verminderde interesse of plezier in (bijna) alle activiteiten**
- 3) Significant gewichtsverlies of –toename (zonder dieet)
- 4) Slapeloosheid of overmatig slapen
- 5) Psychomotorische agitatie of vertraging, (bijna) dagelijks
- 6) Vermoeidheid of verlies van energie, (bijna) dagelijks
- 7) Gevoelens van waardeloosheid of buitensporige/onterechte schuldgevoelens
- 8) Verminderd vermogen tot nadenken/concentreren of besluiteloosheid
- 9) Terugkerende gedachten aan de dood, suïcidegedachten , -plannen of –poging

Bij chronische depressieve klachten wordt in de DSM-5 gesproken van een persisterende depressieve stoornis (DSM-IV: dysthymie). Indien depressieve periodes worden afgewisseld met periodes van (hypo)manie wordt gesproken van een bipolaire stoornis. Mensen met een depressie ervaren een forse achteruitgang in de zogenaamde ‘kwaliteit van leven’.

1.2 Incidentie en prevalentie

Een depressieve stoornis is een veelvoorkomende aandoening. Iedere volwassene heeft ongeveer 15% kans om in zijn leven een depressie te ontwikkelen, met een piek rond het 30^e levensjaar. Naar schatting heeft 4-7% van de volwassenen in Midden-Holland te maken met een depressieve stoornis, tegenover 7% in heel Nederland. Depressie neemt daarmee de 7^e plaats in, in de top-10 van meest voorkomende ziekten in de regio Midden Holland. In de regio Midden-Holland hebben 38 op de 1000 contacten bij de huisarts betrekking op depressieve klachten.

1.3 Beloop

Een eerste depressieve episode duurt gemiddeld drie tot vier maanden en ongeveer 60% van de patiënten is na een half jaar weer hersteld. Een actieve houding is daarbij gunstig voor het beloop van de klachten. Iemand die ooit een depressie heeft doorgemaakt, heeft een grotere kans om nog eens een depressie te ontwikkelen. Bij 30-40% van de patiënten treedt echter recidive op en bij 5-10% is sprake van een min of meer chronische depressie.

HOOFDSTUK 2: HET ZORGPLAN

2.1 Zorgprogramma

Het zorgprogramma depressie is een multidisciplinair programma, waarbij de hulpverleners binnen de stichting Boskoop Gezond samenwerken om vroegtijdig een depressie/depressieve klachten te signaleren en te behandelen. Het programma legt afspraken vast tussen de ketenpartners over de taakverdeling en communicatie. Hierbij wordt uitgegaan van een stepped-care benadering met monitoring en periodieke evaluatie. Bij stepped-care wordt voor de lichtst mogelijke behandeling gekozen die leidt tot een afname van de klachten. De ernst van de klachten bepaalt dus de intensiteit van de interventie.

2.2 Doelstelling

Doelen van het zorgprogramma zijn:

- Casefinding / vroegtijdig herkennen van signalen
- Verbeteren diagnostiek en afstemmen van de behandeling
- Voorkomen van over- of onderbehandeling
- Optimaliseren van de samenwerking tussen de verschillende ketenpartners
- Terugvalpreventie

2.3. Doelgroep

Iedere patiënt van 18 jaar of ouder die zich bij een van de aangesloten hulpverleners meldt met stemmingsklachten (of bij wie een vermoeden wordt uitgesproken van het bestaan van stemmingsklachten) wordt in het zorgprogramma geïncorporeerd.

2.4 Exclusiecriteria

Indien bij het eerste gesprek, na de eerste evaluatie of tijdens de behandeling een depressie wordt vastgesteld waarbij specialistische gezondheidszorg is geïndiceerd, wordt de patiënt verwezen naar de specialistische GGZ (S-GGZ) en niet in het programma geïncorporeerd. Voorbeelden hiervan zijn:

- Bipolaire stoornissen of psychotische kenmerken
- Post-partum depressie met psychotische kenmerken of inadequate zorg voor het kind
- Verhoogd suïciderisico of een andere crisissituatie
- Ernstige (recidiverende) depressie met ernstig sociaal disfunctioneren/lijdensdruk
- Co-morbiditeit met andere psychische stoornissen
- Onvoldoende herstel na therapeutische en/of medicamenteuze behandeling

HOOFDSTUK 3: INSTROOM

3.1 Case-finding

Alle medewerkers van de ketenpartners zijn alert op signalen en symptomen van een depressie. Daarbij wordt iedere patiënt die in het afgelopen jaar een life event heeft meegemaakt actief gevraagd naar negatieve gedachten of sombere stemming. Life events zijn o.a. verlies van een dierbare, verlies van werk, achteruitgang in gezondheid, een ongeval waarvoor ziekenhuisopname noodzakelijk was, echtscheiding, pensionering, etc.

Andere groepen patiënten met een verhoogd risico op een depressie zijn patiënten met eerdere doorgemaakte depressieve episodes, mensen met familiale belasting voor depressie, met somatische klachten met een afwijkend beloop, somatisch onverklaarde lichamelijke klachten (SOLK), chronisch zieken (met bijvoorbeeld diabetes of astma), patiënten bij wie sprake is van ondervoeding of verslavingsproblematiek, maar ook alarmering van familie/buren/bekenden kan een reden zijn om patiënten te screenen op depressieve klachten. Tot slot zijn ook de medewerkers binnen de overige zorgprogramma's van Boskoop Gezond alert op tekenen van een depressie.

3.2 Meetinstrumenten

Om depressieve klachten te signaleren wordt door diverse zorgverleners gebruik gemaakt van de vier vragen van Van Marwijk. Het meten van depressieve klachten gebeurt met de vierdimensionale klachtenlijst (4DKL) en Beck's Depression Inventory (BDI).

De vier vragen van Van Marwijk zijn: 1) Bent u innerlijk tevreden met uw leven? 2) Hebt u het gevoel dat uw leven leeg is? 3) Voelt u zich meestal gelukkig? en 4) Blijft u liever thuis dan dat u uitgaat en nieuwe dingen onderneemt? Antwoorden op deze vragen kunnen leiden tot een vermoeden van de aanwezigheid van een depressie.

De 4DKL is een zelfrapportage vragenlijst waarbij vier klachtgebieden worden gemeten; distress, depressie, angst en somatisatie. Vanaf een score 3 op de depressieschaal wordt gesproken van matig verhoogde depressieve symptomen, vanaf een score 6 van sterk verhoogde depressieve symptomen (zie bijlage).

De BDI heeft scores van 0-63. Bij scores tussen de 0-14 wordt gesproken van minimale symptomen, bij scores van 14-20 van lichte symptomen, bij scores van 20-29 van matige symptomen en bij scores van 29-63 van ernstige symptomen (zie bijlage).

3.3 Rol van alle ketenpartners

Alle hulpverleners binnen het zorgplan depressie, te weten de medewerkers van de thuiszorg, de praktijkondersteuners somatiek (POH-S), de medewerkers van TOM i/d Buurt, de fysiotherapeuten, diëtisten, huisartsen en praktijkondersteuners GGZ (POH-GGZ) zijn alert op symptomen van een depressie bij de patiënten die zij zien. In het opsporen van deze symptomen zullen de medewerkers van de thuiszorg, TOM i/d Buurt, fysiotherapie, diëtiëk en de POH-S vooral gebruik maken van de vier vragen van Van Marwijk. Bij vermoedens van stemmingsklachten wordt de patiënt geadviseerd een afspraak te maken bij de huisarts.

3.4 Rol van de overige werkgroepen

De ketenpartners binnen de overige zorgprogramma's van de stichting Boskoop Gezond (COPD, CVRM, Diabetes, Kwetsbare Ouderen en Reumatoïde Artritis) zijn eveneens alert op signalen van een depressie. Zij gebruiken geen specifieke vragenlijsten, maar verwijzen bij vermoedens van depressieve klachten naar de huisarts.

3.5 Rol van de huisarts

Als de patiënt klaagt over een sombere stemming, interesseverlies, geen plezier meer beleven aan zaken waar men normaal gesproken wel plezier aan beleefde en/of een sombere indruk maakt door weinig oogcontact, monotone spraak en/of trage motoriek, neemt de huisarts de 4DKL af. Bij de aanwezigheid van depressieve klachten (score 3 of hoger) verwijst hij door naar de POH-GGZ. Bij ernstige depressieve klachten (score 6 of hoger en op basis van de anamnese) verwijst de huisarts echter direct door naar de S-GGZ (zie exclusiecriteria bij 2.4).

Aandachtspunt hierbij is dat patiënten met een depressieve stoornis vaak met andere klachten het spreekuur bezoeken dan met somberheidsklachten, zoals aanhoudende vermoeidheid, lichamelijke klachten zonder duidelijke lichamelijke oorzaak, chronische pijn, nervositeit, slaapproblemen, verzoek om kalmerende middelen, vermagering of juist gewichtstoename, klachten na een bevalling, veel huilen van het kind of vragen over de zorg voor het kind.

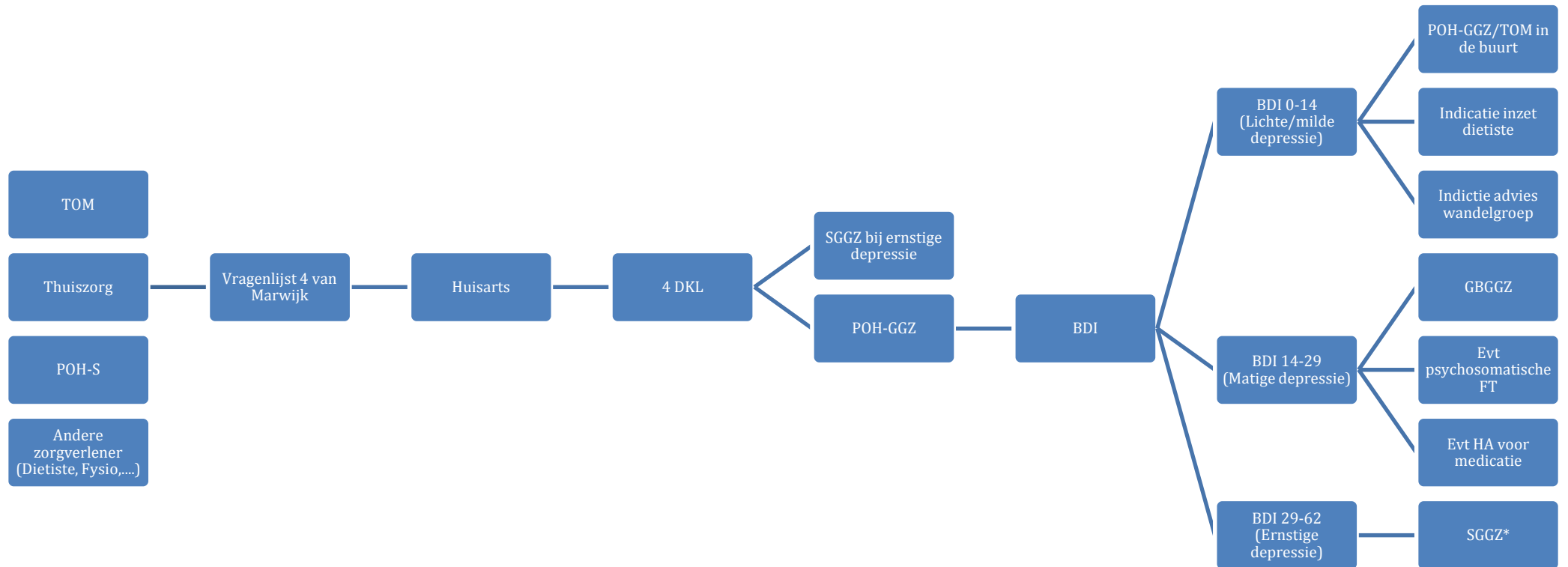
Oudere patiënten rapporteren depressieve klachten vaak niet als somberheid, maar zullen eerder aangeven een verlies aan belangstelling te ervaren. Ook zullen ouderen sneller lichamelijke klachten rapporteren. Onder zeventigplussers neemt het suiciderisico fors toe; de huisarts dient hier alert op te zijn.

3.6 Rol van de POH-GGZ

De POH-GGZ vraagt naar klachten volgens het SCEGS model, waarbij niet alleen wordt gevraagd naar de aanwezige somatische klachten (S), maar ook naar cognities/gedachten (C), emoties (E), het gedrag (G) en de sociale omstandigheden (S). Daarnaast wordt gevraagd naar de ideeën die de patiënt heeft over de aanleiding van de klachten en de manier waarop hij of zij met die klachten omgaat (coping). Ook wordt het middelengebruik geïnventariseerd (alcohol, roken, drugs, cafeïne, medicatie). Tot slot is het belangrijk om in het achterhoofd te houden dat patiënten met een migratie-achtergrond een andere klachtenpresentatie en coping kunnen hebben dan mensen met een Nederlandse achtergrond.

Bij de aanwezigheid van depressieve klachten neemt de POH-GGZ de BDI af. Bij lichte klachten (score 0-14) blijft de patiënt onder behandeling van de POH-GGZ. Bij lichte of matige depressieve klachten (score 14-29) verwijst hij in samenspraak met de huisarts door naar de GB-GGZ. Bij scores die passen bij een ernstige depressie (29-62) wordt afhankelijk van de anamnese verwezen naar de SGGZ.

Casefinding



*) dit valt buiten het zorgprogramma

HOOFDSTUK 4: BEHANDELING

4.1 Algemeen

Aanbevolen wordt om in de eerste maanden na het begin van een eerste, lichte depressieve stoornis te overwegen niet meteen over te gaan tot behandeling. Dit geldt zowel voor behandeling met antidepressiva als voor psychotherapie. Er moet dan wel voorlichting (psycho-educatie) en eventueel bibliotherapie en/of zelfmanagementadviezen worden gegeven. De werkgroepen multidisciplinaire richtlijnontwikkeling GGZ en NHG achten regelmatige controle van de patiënt aangewezen. Dit zal in de praktijk betekenen dat een patiënt vervolgfafspraken heeft bij de POH-GGZ. Wanneer een lichte (en ook meer ernstige) episode van de depressieve stoornis daarentegen drie of meer maanden bestaat, wordt in elk geval een behandeling aanbevolen: psychotherapie en/of een antidepressivum. Wanneer bij patiënten met een depressieve stoornis voor één of meer therapievorm(en) wordt gekozen en deze niet binnen drie maanden effectief is (zijn), is een (aanvullende) behandeling met een antidepressivum geïndiceerd. Bij een behandeling met een antidepressivum hoort een adequate voorlichting en een frequente controle, in het begin minimaal om de week. De huisarts zal het medicatiebeleid volgen, waarbij de apotheek een controlerende functie heeft.

Begeleiding/behandeling vindt plaats volgens onderstaand schema en zal hierna verder worden toegelicht.

VERWIJSINDICATOREN

Verwijscriteria	Behandelaar	Behandelmethode
Minimale klachten BDI 0-14 Geen co-morbiditeit Nazorg GBGGZ of SGGZ	<ul style="list-style-type: none">• POH-GGZ• TOM i/d Buurt Op indicatie: <ul style="list-style-type: none">• Diëtiste• Wandelgroep• Huisarts (medicatie)	<ul style="list-style-type: none">• Psycho-educatie• Activatie• Dagstructuur• CGT / PST / KOP elementen• E-Health / zelfmanagement
Lichte / matige klachten BDI 14-29 Eventuele co-morbiditeit Geen verbetering klachten bij POH-GGZ	<ul style="list-style-type: none">• GB-GGZ• Huisarts Op indicatie: <ul style="list-style-type: none">• Psycho-somatisch fysio	<ul style="list-style-type: none">• Cognitieve gedragstherapie• Antidepressivum
Ernstige klachten BDI 29-62 Onvoldoende effect na behandeling GBGGZ	<ul style="list-style-type: none">• S-GGZ	<i>(valt buiten zorgprogramma)</i>

Exclusiecriteria (2.4)		
------------------------	--	--

4.2 Rol van de huisarts

De huisarts biedt antidepressiva aan bij onvoldoende effect van een therapeutische behandeling of indien de patiënt de voorkeur geeft aan antidepressiva. Alvorens te starten met de behandeling bespreekt de huisarts de werking van het antidepressivum (welke symptomen zullen verdwijnen en op welke termijn - na vier tot zes weken), de mogelijke bijwerkingen (vanaf de start en op lange termijn), wat te doen bij bijwerkingen, de noodzaak van periodieke controles en de minimale behandelduur.

4.2.1 Medicamenteuze behandeling

Bij de geneesmiddelkeuze houdt de huisarts rekening met de lijdensdruk, disfunctioneren en voorkeur van de patiënt. In de eerste lijn worden serotonineheropnameremmers (SSRI's) of tricyclische antidepressiva (TCA's) aanbevolen. De effectiviteit van beide soorten geneesmiddelen is nagenoeg gelijk. SSRI's hebben in het algemeen een iets gunstiger bijwerkingenprofiel, waardoor ze een lichte voorkeur hebben. Verder geldt:

- TCA's hebben de voorkeur bij patiënten die lijden aan extrapiramidale verschijnselen, bij NSAID- of antipsychotica gebruik. Bij onvoldoende effect kan na vier tot zes weken de dosis opgehoogd worden.
- In alle andere gevallen hebben de SSRI's de voorkeur. Ook hierbij geldt dat bij onvoldoende effect na vier tot zes weken de dosis kan worden opgehoogd.
- Bij geen respons of bij onacceptabele bijwerkingen de medicatie uitsluipen en eventueel een antidepressivum uit de andere groep proberen.
- Behandeling met medicatie wordt voortgezet tot 6 maanden. Daarna wordt de medicatie voorzichtig afgebouwd over een periode van minimaal een maand.
- Bij angst en agitatie worden indien nodig benzodiazepines voorgeschreven voor een periode van 2 tot maximaal 6 weken (om afhankelijkheid te voorkomen).
- Bij recidiverende of chronische depressie wordt een onderhoudsbehandeling overwogen.

4.3 Rol van de apotheek

De apotheker draagt bij aan de bevordering van het rationeel en doelmatig gebruik van antidepressiva. De apotheker ondersteunt hierbij de patiënt en voorschrijver in het gebruik van antidepressiva door:

- Medicatiebewaking. Hierbij ligt de nadruk op interacties met andere in gebruik zijnde medicatie en op eventueel bekende contra-indicaties.
- Verbetering van goed gebruik van antidepressiva door onder andere het geven van een gedegen uitgifte begeleiding bij de start van de behandeling met antidepressiva.
- Monitoring van de therapietrouw. De apotheker doet melding aan de huisarts indien de patiënt zijn medicatie niet op tijd verlengt (minimale behandelduur is 6 maanden)

De apotheek bespreekt in ieder geval de eventuele bijwerkingen van een antidepressivum met de patiënt, evenals de werking na 2-4 weken.

Bij patiënten met een verhoogd risico op gastro-intestinale bloedingen door gebruik van een NSAID, anticoagulantia, acetylsalicylzuur of oraal corticosteroïd, attendeert de apotheker indien nodig de voorschrijver van het SSRI op adequate maagbescherming.

Verder controleert de apotheek op gebruik van SSRI'S en serotonerge TCA's met andere serotonergwerkende medicatie, zoals triptanen (maar ook tramadol en Sint-Janskruid), omdat dan het zeldzame, maar potentieel fatale serotoninesyndroom kan optreden. Dit syndroom is vooral berucht bij gebruik van een MAO-remmer.

4.4 Rol van de POH-GGZ

De POH-GGZ begeleidt patiënten met depressieve klachten door zich te richten op:

- Psycho-educatie
- Activatie
- Dagstructuur

Tijdens de behandeling kan de POH-GGZ gebruik maken van cognitief gedragstherapeutische elementen, het KOP-model (Klachten = Omstandigheden X Persoonlijkheid) en/of de Problem Solving Therapie (PST), waarbij het oplossen van stressoren centraal staat.

De POH kan echter ook andere interventies aanbieden zoals bibliotherapie, zelfmanagement en e-Health modules. Voorbeelden hiervan zijn 'grip op je dip' of de zelfhulp modules van Mirro / kleur je leven / therapieland.

In de laatste fase van de begeleiding is er aandacht voor mogelijke terugval en wordt samen met de patiënt een terugvalpreventie plan gemaakt. Dit houdt in dat de patiënt samen met de POH-GGZ een stappenplan opstelt waarin hij noteert wat hij kan doen als klachten toenemen, en onder welke omstandigheden hij weer contact opneemt met de huisarts bij een terugval.

4.4.1 Monitoring

De BDI wordt in het begin, na 6 weken, 3-maandelijks en aan het eind van de begeleiding afgenomen. Dit in het kader van monitoring van de klachten en benchmarking (zie verderop). De POH-GGZ rapporteert over zijn voortgang in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) en houdt de huisarts middels vaste overlegmomenten op de hoogte van het beloop van de behandeling.

Indien de score op de BDI op tussentijdse meetmomenten toeneemt, is dit aanleiding om in overleg met de patiënt en de huisarts een nieuwe interventie in te zetten.

4.4.2 Verwijzing

Als bij het monitoren van de klachten de BDI score van de patiënt toeneemt tot een waarde boven de 14 of hoger wordt onderzocht wat hiervan de oorzaak is. Als de POH-GGZ de patiënt geen handvatten meer aan kan reiken die leiden tot een afname van de klachten is een verwijzing naar de GB-GGZ op zijn plaats.

Optioneel kan de POH-GGZ tijdens zijn behandeling bij de aanwezigheid van psychosociale of maatschappelijke problemen verwijzen naar TOM i/d buurt (zie 4.8).

Bij over- of ondergewicht of significante gewichtsverandering zonder dat de patiënt dieet, kan de POH-GGZ in overleg met de huisarts naar een diëtist verwijzen (zie 4.6).

4.5 Rol van de GB-GGZ

Een patiënt kan bij de GB-GGZ worden aangemeld middels een verwijsbrief van de huisarts, waarin wordt vermeld dat de patiënt wordt verwezen in verband met het vermoeden van een depressieve stoornis binnen de criteria van de DSM-5 (zie 1.1). De verwijsbrief is voorzien van zowel de NAW en verzekeringsgegevens van de patiënt, als de AGB-code van de huisarts. De brief moet ondertekend zijn door de huisarts. Begeleidend bij de brief wordt een afgenomen screeningslijst met uitslagen meegeven die het vermoeden van de depressieve stoornis onderbouwt.

4.5.1 Intakeprocedure

Tijdens de intakeprocedure bij de GB-GGZ wordt onder andere de uitslag van de BDI besproken, maar ook de duur van de klachten, mogelijke oorzaken, in stand houdende factoren en de persoonlijkheid van de patiënt. Vervolgens wordt nagegaan welke component in de depressie het zwaarst weegt: een cognitieve, gedragsmatige of sociale component. Tot slot wordt de coping van de patiënt uitgevraagd.

4.5.2 Zorgtraject

De psycholoog stelt samen met de patiënt een behandelplan op en rapporteert hierover aan de huisarts. Op basis van de inschatting van de zorgzwaarte van het patiëntenprofiel wordt voor één van volgende zorgtrajecten gekozen, te weten Basis Kort (ongeveer vijf sessies), Basis Middel (ongeveer acht sessies) en Basis Intensief (ongeveer twaalf sessies). Het product Onvolledig Behandeltraject (twee sessies) voldoet in het geval de patiënt na intake en diagnostiek toch niet blijkt te passen in de GB-GGZ. In dat geval wordt hij terugverwezen naar de huisarts.

4.5.3 Behandeling

Tijdens de behandeling binnen de GB-GGZ kan gebruik worden gemaakt van diverse modellen of therapievormen, zoals psycho-educatie, herstel dag-nachtritme, onderdelen uit het KOP model (Klacht = Omstandigheden x Persoonlijkheid), Cognitieve Gedragstherapie, Interpersoonlijke Therapie (IPT), Problem Solving Therapie (PST), Kortdurende Psychodynamische Therapie (KPT) en e-health modules. De ingezette behandeling hangt niet alleen af van de klachten van de patiënt, maar ook diens behoefte en cognitieve vermogens, zoals introspectie. Bij cliënt wordt geacht dat enige mogelijkheden tot zelfwerkzaamheid aanwezig zijn.

4.5.4 Monitoring

Het beloop van de behandeling wordt gevolgd met een Routine Outcome Monitoring (ROM) instrument, de OQ-45. Er wordt een basismeting gedaan bij start van de behandeling en om de drie maanden vindt een tussenmeting plaats. Aan het einde van de behandeling wordt een eindmeting gedaan. De meetmomenten worden geëvalueerd met de patiënt.

4.5.5 Medicatie

Gebruik van eventuele medicatie geschiedt in overleg met de huisarts. Over start, wijziging of afbouw vindt overleg plaats tussen huisarts en psycholoog.

4.5.6 Verwijzing

Bij onvoldoende vooruitgang wordt gekeken hoe dit kan worden verklaard. Wanneer gedurende de behandeling blijkt dat een patiënt andere of zwaardere zorg nodig heeft neemt de psycholoog contact op met de huisarts voor een eventuele verwijzing naar een andere specialist, zoals de SGGZ.

4.5.7 Afronding

In het laatste gesprek wordt met behulp van de ROM-metingen het resultaat van de behandeling met de patiënt besproken. Tevens wordt aandacht besteed aan terugvalpreventie. Tot slot wordt de huisarts door middel van een eindrapportage op de hoogte gebracht over het beloop van de behandeling, eventuele bijzonderheden hierin, het resultaat en de inschatting op terugval.

4.6 Rol van de diëtist

Een depressieve patiënt kan door de huisarts, POH-GGZ of psycholoog naar een diëtiste worden verwezen indien sprake is van een van de volgende situaties:

- BMI \leq 20 kg/m² of \geq 25 kg/m²
- Gewichtsverlies >5% binnen 1 maand of >10% binnen 6 maanden (ongeacht het aanvangsgewicht)
- Een onvolwaardig eetpatroon
- (Angst voor) gewichtstoename bij antidepressivagebruik
- Lithiumgebruik of niet-selectieve MAO-remmers
- Aanwijzingen voor een verstoord lichaamsbeeld, eetstoornis, anorexia etc.

4.6.1 Aanmelding

De huisarts of POH-GGZ geeft de patiënt een verwijfsbrief mee voor de diëtist. Bij de verwijzing wordt de reden van verwijzing vermeld, eventuele co-morbiditeit en (relevante) medicatie.

De huisarts/POH-GGZ en diëtist registreren beiden het aantal doorverwezen patiënten met een depressie, zodat de werkgroep jaarlijks kan evalueren hoeveel patiënten zich na een verwijzing ook daadwerkelijk bij de diëtist melden.

4.6.1 Behandeling

Het doel van de diëtist is ervoor te zorgen dat de patiënt voldoet aan de eisen van het dieetvoorschrift, of dat hij daarvan afwijkt binnen acceptabele grenzen. Hierbij wordt gewerkt aan:

- Handhaven en/of verbeteren van de voedingstoestand
- Bereiken/behouden van een gezond gewicht
- Bevordering en ondersteuning van zelfmanagement
- Bevorderen van de therapietrouw
- Bij gebruik lithium : voorkomen lithium intoxicatie en overgewicht

In overleg met de patiënt stelt de diëtist een dieetbehandelplan op. Bij het opstellen van het individuele behandelplan kan bekeken worden of de hiervoor genoemde doelen moeten worden gewijzigd en/of aangevuld. Het aantal consulten wordt bepaald aan de hand van welke doelen behaald moeten worden tijdens de begeleiding van de patiënt.

4.6.2 Afstemmen verwijzer

De diëtist stuurt de verwijzer een rapportage van de bevindingen bij de intake en bij afsluiting van de begeleiding. Bij tussentijdse problemen neemt de diëtist zo nodig (telefonisch) contact op met de verwijzer.

4.6.3 Evaluatie

Afhankelijk van het beloop van de depressie zal de patiënt worden uitgenodigd voor jaarlijkse evaluatie van het dieet, of wanneer er behoefte is aan eerdere evaluatie volgens het individuele zorgplan.

4.7 Rol van de (psychosomatisch) fysiotherapeut

De (psychosomatisch) fysiotherapeut kan bij patiënten met depressieve klachten een rol spelen bij de activatie en beweging. Lichamelijke activatie is een belangrijk onderdeel van de behandeling van depressieve klachten en zorgt bovendien voor een afname van stresshormonen en toename van de fysiologische fitheid van de patiënt. De therapeut kan bovendien helpen bij de aanpak van lichamelijke klachten.

Let op: depressieve klachten zijn geen indicatie voor fysiotherapie die voor vergoeding in aanmerking komt. Patiënten dienen de begeleiding zelf te betalen. Psychosomatische klachten kunnen wel een indicatie zijn voor vergoeding.

4.7.1 Aanmelding

De huisarts of POH-GGZ geeft de patiënt een verwijsbrief mee voor de fysiotherapeut. Bij de verwijzing wordt de reden van verwijzing vermeld, eventuele co-morbiditeit en (relevante) medicatie.

De verwijzer (huisarts of POH-GGZ) registreert het aantal naar de diëtist doorverwezen patiënten met een depressie en de diëtiste houdt bij hoeveel van deze patiënten zich melden, zodat de werkgroep jaarlijks kan evalueren hoeveel patiënten zich na een verwijzing ook daadwerkelijk bij de therapeut melden.

4.7.2 Intake

Tijdens de intake zullen alle factoren die kunnen meespelen bij het ontstaan of voortbestaan van de depressie in kaart worden gebracht. Hierbij kan men denken aan factoren in de naaste sociale omgeving (gezin, familie, vrienden), het werk, erfelijkheid of een traumatische gebeurtenis. Ook klachten die als gevolg van de depressie zijn ontstaan worden besproken, zoals moeheid, slapeloosheid, hoofdpijn en duizeligheid. Na de intakeprocedure zal samen met de (psychosomatische) fysiotherapeut een behandelplan met behandeldoelen worden opgesteld.

4.7.3 Behandeling

De behandeling bij de (psychosomatisch) fysiotherapeut zal zich met name richten op het verbeteren van de lichamelijke conditie en stress reductie als gevolg hiervan. De patiënt zal samen met de therapeut oefeningen gaan doen om het teveel of te weinig aan spanning te kunnen ervaren en te leren dit in het dagelijkse leven ook toe te passen. Begeleidende gesprekken vooraf of na het oefenen zijn er om te bespreken waar in het dagelijkse leven de patiënt tegen moeilijkheden aanloopt. Dit kunnen zijn:

- Spier- en gewrichtspijnen
- (Chronische) onverklaarde pijnklachten
- Hoofdpijn, nek- en rugklachten
- Vermoeidheid
- Psychische klachten
- Prikkelbaarheid, onrust of een gejaagd gevoel
- Slecht slapen of teveel slapen
- Veel piekeren of somber zijn

4.8 Begeleiding door TOM i/d Buurt

Tom in de buurt organiseert of ondersteunt activiteiten, matcht vraag en aanbod van vrijwilligers, biedt begeleiding collectief of individueel en zoekt de verbinding en samenwerking met organisaties die al op deze terreinen werkzaam zijn.

4.8.1 Aanmelding

Burgers kunnen zichzelf aanmelden bij Tom in de buurt, of aangemeld worden door derden. De begeleiding is kosteloos voor de patiënt en wordt vergoed door de gemeente.

Indien de huisarts of POH-GGZ een depressieve patiënt naar TOM i/d Buurt wil verwijzen, kan dat zowel telefonisch als via het inloopsprek uur iedere donderdag van 13:00-14:00 bij Medisch Centrum Parklaan. De verwijzer turft het aantal verwijzingen. De medewerker van TOM turft eveneens het aantal door de huisarts/POH-GGZ verwezen patiënten.

4.8.2 Intakeprocedure “Mijn plan voor de toekomst”

Bij iedere klant die aangemeld is wordt een aanmeldgesprek afgesproken. Dit is een individueel gesprek. Hierin wordt uitgelegd hoe de route naar “plan voor de toekomst” kan lopen. En of deze route geschikt is voor de klant.

Het maken van “mijn plan voor de toekomst” is een stappenplan van minimaal 5 bijeenkomsten -collectief of individueel- waarin gekeken wordt door de klant, aan de hand van verschillende oefeningen wat allemaal met zijn vraag samenhangt. Op welke levensgebieden de vraag invloed heeft. Daarbij wordt het netwerk verkend door de klant, en gekeken wie hiervan kan en mag meedenken in de vraag die er is. Bij afsluiting van deze bijeenkomsten hebben de klanten een stappenplan voor hun toekomst. In dit traject is de wijkcoach van Tom in de buurt meer in een faciliterende rol.

4.8.3 Begeleiding

Na deze fase kan het zijn dat de klant met zijn / haar plan voor de toekomst en de door hem gekozen mensen verder kan. Ook kan een klant doorstromen naar collectieve trainingen, lotgenotencontacten, preventieve bijeenkomsten, groepsaanbod dan wel bemiddeling. En natuurlijk kan er ook een individueel begeleiding dan wel ondersteuningstraject worden opgezet.

Zie voor het actuele aanbod van trainingen e.d. de website www.tomindebuurt.nl of vraag het een medewerker van Tom.

4.8.4. Verwijzing

Mocht er bij de klant de somberheidsklachten tijdens begeleiding op de voorgrond blijven staan en geen verbetering laten zien, dan zal worden verwezen naar de huisarts. De 4 vragen van Van Marwijk worden de klant –eventueel opnieuw- beantwoord en besproken en zal deze meenemen naar het consult bij de huisarts.

*in andere wijkteams van Tom in de buurt heet deze bijeenkomst ‘Tom Samen Sterk’.

4.9 Rol van de thuiszorg

4.9.1 Aanmelding

De thuiszorg kan worden ingeschakeld door de huisarts, de patiënt zelf of derden, wanneer het moeilijk is voor de patiënt om een dagstructuur te handhaven.

4.9.2 Begeleiding

De wijkverpleegkundige kan samen met de patiënt een indicatie stellen om te kijken wat er nodig is. De begeleiding vanuit de thuiszorg kan bestaan uit:

- Ondersteunen bij het opstaan (wekken)
- Ondersteunen bij wassen en aankleden
- Controle op medicatie-inname
- Stimuleren om maaltijden klaar te maken
- Ondersteuning bij het afsluiten van de dag / hulp bij het naar bed gaan

Door middel van meerdere zorgmomenten op een dag wordt de patiënt in de gaten gehouden en kan tijdig worden ingegrepen in noodsituaties. Bovendien kan dagelijks worden geëvalueerd hoe het met de patiënt gaat.

HOOFDSTUK 5 Indicatoren/Resultaten

Omvang populatie		
Aantal patiënten gescreend		
Aantal patiënten met BDI 0-15		
Aantal patiënten met BDI 15-29		
Aantal patiënten met BDI 29-62		
Aantal patiënten onder behandeling bij de POH-GGZ		
Aantal patiënten verwezen naar TOM		
Aantal patiënten verwezen naar GB-GGZ		
Aantal patiënten met antidepressiva onder behandeling bij de HA/POH-GGZ		
Aantal patiënten met antidepressiva onder behandeling bij de psycholoog		
Aantal patiënten verwezen naar de diëtiste		
Aantal patiënten verwezen naar de fysiotherapie		
Aantal patiënten ondersteund door de thuiszorg		

Appendix A: Begrippenlijst

4DKL	Vierdimensionale klachtenlijst
BDI	Beck's Depression Inventory
CGT	Cognitieve Gedragstherapie
CVRM	Cardiovascular Risk Management
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
DSM	Diagnostic and Statistical Manual (of psychiatric illnesses)
E-health	Online (zelf)hulpprogramma's
GB-GGZ	Gegeneraliseerde basis-GGZ
KOP	Klacht = Omgeving x Persoonlijkheid (model)
NHG	Nederlands Huisartsengenootschap
POH-GGZ	Praktijkondersteuner huisartsen – GGZ
POH-S	Praktijkondersteuner huisartsen – somatiek
PST	Problem Solving Therapie
ROM	Routine Outcome Monitoring
S-GGZ	Specialistische GGZ
SOLK	Somatisch Onverklaarde Lichamelijke Klachten
Somatiek	Lichamelijke klachten
Somatisatie	Lichamelijke klachten als gevolg van psychische klachten
SSRI	Selectieve serotonine heropname remmer
TCA	Tricyclisch antidepressivum
TOM	Talent, Ondersteuning, Meedoen (sociaal wijkteam)

Appendix B: Vragenlijsten

VierDimensionale KlachtenLijst (4DKL)

De volgende vragenlijst betreft verschillende klachten en verschijnselen die u mogelijk hebt. Het gaat steeds om klachten en verschijnselen die u **de afgelopen week (de afgelopen 7 dagen met vandaag erbij)** hebt ervaren. Klachten die u daarvoor wel had, maar de afgelopen week niet meer, tellen niet mee. Wilt u per klacht aangeven hoe vaak u dit in de afgelopen week bij uzelf hebt opgemerkt, door het hokje aan te kruisen dat staat voor het meest passende antwoord.

	nee	soms	regelmatig	vaak	heel vaak of voortdurend
Hebt u de afgelopen week last van:					
1. duizeligheid of een licht gevoel in het hoofd? ----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. pijnlijke spieren? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. flauw vallen? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. pijn in de nek? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. pijn in de rug? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. overmatige transpiratie? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. hartkloppingen? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. hoofdpijn? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. een opgeblazen gevoel in de buik? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. wazig zien of vlekken voor de ogen zien? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. benauwdheid? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. misselijkheid of een maag die 'van streek' is? ----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebt u de afgelopen week last van:					
13. pijn in de buik of maagstreek? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. tintelingen in de vingers? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. een drukkend of beklemmend gevoel op de borst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. pijn in de borst? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. neerslachtigheid? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. zomaar plotseling schrikken? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. piekeren? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. onrustig slapen? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. onbestemde angst-gevoelens? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. lusteloosheid? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. beven in gezelschap van andere mensen? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. angst- of paniek-aanvallen? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelt u zich de afgelopen week:					
25. gespannen? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. snel geïrriteerd? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. angstig? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nee	soms	regelmatig	vaak	heel vaak of voortdurend
Hebt u de afgelopen week het gevoel:					
28. dat alles zinloos is? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. dat u tot niets meer kunt komen? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. dat het leven niet de moeite waard is? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. dat u geen belangstelling meer kunt opbrengen voor de mensen en dingen om u heen? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. dat u 't niet meer aankunt? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. dat het beter zou zijn als u maar dood was? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. dat u nergens meer plezier in kunt hebben? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. dat er geen uitweg is uit uw situatie? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. dat u er niet meer tegenop kunt? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. dat u nergens meer zin in hebt? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebt u de afgelopen week:					
38. moeite met helder denken? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. moeite om in slaap te komen? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. angst om alleen het huis uit te gaan? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u de afgelopen week:					
41. snel emotioneel? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. angstig voor iets waarvoor u helemaal niet bang zou hoeven te zijn? ----- (bijvoorbeeld dieren, hoogten, kleine ruimten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. bang om te reizen in bussen, treinen of trams? ---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. bang om in verlegenheid te raken in gezelschap van andere mensen? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Hebt u de afgelopen week weleens een gevoel of u door een onbekend gevaar bedreigd wordt? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Denkt u de afgelopen week weleens "was ik maar dood"? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Schieten u de afgelopen week weleens beelden in gedachten over (een) aangrijpende gebeurtenis(sen) die u hebt meegemaakt? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Moet u de afgelopen week weleens uw best doen om gedachten of herinneringen aan (een) aangrijpende gebeurtenis(sen) van u af te zetten? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Moet u de afgelopen week bepaalde plaatsen vermijden omdat u er angstig van wordt? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Moet u de afgelopen week sommige handelingen een aantal keren herhalen voordat u iets anders kunt gaan doen? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BDI (BECK DEPRESSION INVENTORY)

Beck, e.a. (1979)

Toelichting:

Deze vragenlijst meet de ernst van de symptomen van de depressie. De lijst bestaat uit een aantal uitspraken die in groepen bij elkaar staan (1 t/m 21).

Leest u iedere groep aandachtig door. Kies dan bij elke groep die uitspraak die het best weergeeft hoe u zich de afgelopen week, met vandaag erbij gevoeld hebt.

Schrijf het cijfer dat vóór de door u gekozen uitspraak staat, in het daartoe bestemde scorevakje (achter de uitspraken). Als in een groep meerdere uitspraken even goed op u van toepassing lijken, kies dan het hoogste cijfer van elk van deze uitspraken en noteer deze in het scorevakje.

Het is de bedoeling dat u aan het einde van elke pagina uw score optelt. Deze scores vormen tezamen uw eindscore.

Let er op dat u alle uitspraken van een bepaalde groep leest, voordat u uw keuze maakt.

1.	0.	Ik voel me niet verdrietig.	Score:
	1.	Ik voel me verdrietig.	
	2.	Ik ben voortdurend verdrietig en ik kan het niet van me afzetten.	—
	3.	Ik ben zó verdrietig of ongelukkig dat ik het niet meer kan verdragen.	

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

3.	0.	Ik voel me geen mislukkeling.	
	1.	Ik heb het gevoel dat ik vaker iets verkeerd heb gedaan dan een gemiddeld iemand.	
	2.	Als ik op mijn leven terugkijk zie ik alleen maar een hoop mislukkingen.	—
	3.	Ik heb het gevoel dat ik als mens een volledige mislukking ben.	

4.	0.	Ik beleef overal net zoveel plezier aan als vroeger.	
	1.	Ik geniet niet meer zo als vroeger.	
	2.	Ik vind nergens nog echte bevrediging in.	—
	3.	Ik heb nergens meer voldoening van; ik vind alles vervelend.	

5.	0.	Ik voel me niet bijzonder schuldig.	
	1.	Ik voel me vaak schuldig.	
	2.	Ik voel me meestal schuldig.	—
	3.	Ik voel me voortdurend schuldig.	

6.	0.	Ik heb niet het gevoel dat ik ergens voor gestraft word.	
	1.	Ik heb het gevoel dat ik nog wel eens gestraft zal worden.	
	2.	Ik verwacht dat ik gestraft zal worden.	—
	3.	Ik heb het gevoel dat ik nu gestraft word.	

7. 0. Ik voel me niet teleurgesteld in mezelf.
 1. Ik ben teleurgesteld in mezelf. _____
 2. Ik walg van mezelf.
 3. Ik haat mezelf.
8. 0. Ik heb niet het gevoel dat ik slechter ben dan iemand anders.
 1. Ik heb kritiek op mezelf vanwege mijn zwakheden of fouten. _____
 2. Ik geef mezelf steeds de schuld van mijn gebreken.
 3. Ik geef mezelf de schuld van al het slechte dat er gebeurt.
9. 0. Ik overweeg absoluut niet om een eind aan mijn leven te maken.
 1. Ik overweeg wel eens om een eind aan mijn leven te maken, maar ik zou dat nooit doen. _____
 2. Ik zou een eind aan mijn leven willen maken.
 3. Ik zou een eind aan mijn leven maken als ik de kans kreeg.
10. 0. Ik huil niet meer dan normaal.
 1. Ik huil nu meer dan vroeger. _____
 2. Ik huil nu voortdurend.
 3. Ik kon vroeger wel huilen, maar nu kan ik het niet meer, ook al wil ik het.
11. 0. Ik erger me niet meer dan anders.
 1. Ik raak sneller geïrriteerd of geprikkeld dan vroeger. _____
 2. Ik erger me tegenwoordig voortdurend.
 3. Ik erger me helemaal niet meer aan dingen waaraan ik me vroeger ergerde.
12. 0. Ik heb mijn belangstelling voor andere mensen niet verloren.
 1. Ik heb nu minder belangstelling voor andere mensen dan vroeger. _____
 2. Ik heb mijn belangstelling voor andere mensen grotendeels verloren.
 3. Ik heb mijn belangstelling voor andere mensen helemaal verloren.
13. 0. Ik neem nu nog net zo gemakkelijk beslissingen als vroeger.
 1. Ik stel het nemen van beslissingen meer uit dan vroeger. _____
 2. Ik heb meer moeite met het nemen van beslissingen.
 3. Ik kan helemaal geen beslissingen meer nemen.
14. 0. Ik heb niet het gevoel dat ik minder goed uitzie dan vroeger.
 1. Ik maak me er zorgen over dat ik er oud en onaantrekkelijk uitzie. _____
 2. Ik heb het gevoel dat mijn uiterlijk blijvend veranderd is, waardoor ik er onaantrekkelijk uitzie.
 3. Ik geloof dat ik er lelijk uitzie.
15. 0. Ik kan mijn werk ongeveer even goed doen als vroeger.
 1. Het kost me extra inspanning om ergens aan te beginnen. _____
 2. Ik moet mezelf er echt toe dwingen om iets te doen.
 3. Ik ben tot helemaal niets meer in staat.
16. 0. Ik slaap even goed als anders.
 1. Ik slaap niet zo goed als vroeger. _____
 2. Ik word 's morgens om tot twee uur eerder wakker dan gewoonlijk en kan moeilijk weer in slaap komen.
 3. Ik word uren eerder wakker dan vroeger en kan dan niet meer in slaap komen.

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

18.	0.	Ik heb niet minder eetlust dan anders.	_____
	1.	Ik heb minder eetlust dan vroeger.	
	2.	Ik heb veel minder eetlust dan vroeger.	
	3.	Ik heb helemaal geen eetlust meer.	

19.	0.	Ik ben zo goed als niets afgevallen de laatste tijd.	Ik probeer af te vallen door minder te eten. Ja / nee: Zo ja, vul dan hiernaast een 0 in	_____
	1.	Ik ben meer dan 2 kilo afgevallen.		
	2.	Ik ben meer dan 4 kilo afgevallen.		
	3.	Ik ben meer dan 6 kilo afgevallen.		

20.	0.	Ik maak me niet meer zorgen over mijn gezondheid dan anders.	_____
	1.	Ik maak me zorgen over lichamelijke problemen, bijv. als ik ergens pijn voel, als mijn maag van streek is, als ik last heb van verstopping enz.	
	2.	Ik maak me veel zorgen over mijn lichamelijke problemen en het valt niet mee om aan iets anders te denken.	
	3.	Ik maak me zóveel zorgen over mijn lichamelijke problemen, dat ik aan niets anders meer kan denken.	

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

Instructie: Tel nu de scores van de drie pagina ' s bij elkaar op en vul uw eindscore hier in: _____			
---	--	--	--

Appendix C: Literatuur

- NHG Standaard depressie, 2^{de} herziening (2012)
- Multidisciplinaire richtlijn depressie, tweede revisie Trimbos (2011)
- Zorgpad depressie, herziene versie (2014)
- Protocollaire GGZ in huisartspraktijk editie 2014 van NHG

Appendix D: Deelnemende ketenpartners

Huisartsenpraktijk Van Tol

Carlo van Tol, huisarts (projectleider)
Tako Westra, POH-GGZ (projectcoördinator)
Evelien Melsen, doktersassistente
Parklaan 8, Boskoop
0172-215700
carlo.vantol@mcparklaan.nl
tako.westra@mcparklaan.nl
evelien.melsen@mcparklaan.nl

Boskoopse Apotheek

Etiënne Maassen (M.E. Maassen)
Zijde 22, Boskoop
0172-217834 (werkadres)
06-20566578 (mobiel nummer)
apotheker@boskapo.nl

Psychologiepraktijk Suidman

Mw. J.Ph. (Hanneke) Suidman, GZ-psycholoog
Voorofscheweg 15L
2771 MA Boskoop
0172-404130
suidmanpsychologenpraktijk@hetnet.nl

TOM in de Buurt (sociaal wijkteam) / Kwadraad (maatschappelijk werk)

Ingrid Spruit
Postbus 92
2400 AB Alphen a/d Rijn
088-9004567 (algemeen)
06-25587104 (mobiel)
www.tomindebuurt.nl

Fysio Topfit

Krista van Kempen
Zijde 29
2771 EJ Boskoop
0172-212147
info@fysiotopfit.nl

Voediëtist

Jet Vervloet, diëtiste
Charlotte van Pallandtlaan 59
2408 DB Alphen a/d Rijn
06-50467952
jet@voedietist.nl

Zorgpartners (thuiszorg)

Jantje van de Water – de Vries, wijkverpleegkundige
06-10033700

www.zorgpartners.nl

[yantje.vandewater@zorgpartners.nl](mailto:jantje.vandewater@zorgpartners.nl)