

Ketenzorgprogramma GGZ Angst- en stemmingsproblematiek

Zuid-Holland Noord

Door:	Knooppunt Ketenzorg Zuid-Holland Noord, werkgroep Angst- en stemmingsproblematiek
Contactpersoon:	Mw. L. van Vliet, kaderhuisarts GGZ
Werkgroep:	Mw. A. Romers, POH GGZ
	Mw. G de Jong, POH GGZ
	Mw. M. van Kuyk, Apotheker
	Dhr. A. Timmers, voorzitter werkgroep (tot eind 2018)
	Mw. A. de Koning, kaderhuisarts GGZ (tot eind 2018)
	Mw. D. Zweekhorst, psychosomatisch fysiotherapeut (tot 2017)
	Mw. T Douglas, psychosomatisch fysiotherapeut (per 2017)
	Mw. E. Schuil-Vlassak, apotheker (tot eind 2018)
	Mw. F. Gieles, POH-GGZ (tot eind 2018)
	Mw. J. Wiltenburg, POH-GGZ (sinds 2017)
	Dhr. E. van der Put, klinisch psycholoog, voorzitter Psyalite (tot eind 2018)
	Dhr. T. Fuchsbergen, psychiater Rivierduinen (tot 2017)
	Mw. E. van Buuren, GZ psycholoog Rivierduinen (per 2017)
	Mw. M. Vlasveld, diëtist
	Mw. Hartevelt, adviseur Reos (tot eind 2018)
	Mw. M. Jongboer Reos
Versie:	Versie 3.1, aangevuld met informatie uit Zorgstandaard Depressieve stoornissen
Laatst aangepast:	31 oktober 2019
Status:	Concept met aanpassingen nav werkgroep d.d. 29 november 2017, na beoordeling door programmacommissie Knooppunt Ketenzorg d.d. 7 mei 2018 en reactie van Zorg en Zekerheid juni 2018

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	7
1.1.	Doelgroep	7
1.2.	Doelstellingen	7
1.3.	Betrokkenen	8
1.4.	GBGGZ en SGGZ	8
1.5.	Epidemiologie	9
1.6.	Bronnen	11
2.	Ziekte specifieke Zorg	12
2.1.	Signalering	14
2.2.	Probleemverheldering en triage	14
2.3.	Individueel behandelplan	17
2.4.	Behandeling	17
2.5.	Medicamenteuze behandeling	21
2.6.	Biologische behandeling	22
2.7.	Consultatie GGZ	22
2.8.	Verwijzing	22
2.9.	Terugrapportage na consultatie, intake, jaarlijks en bij afsluiten behandeling	23
2.10.	Terugvalpreventie	23
3.	Organisatie van het zorgprogramma	25
3.1	Beheerder zorgprogramma versus beheer door Knooppunt Ketenzorg	25
3.2	Zorgcoördinator	25
3.4	Individueel behandelplan	25
3.5	Gedeeld informatiesysteem	26
3.6	Organisatie multidisciplinair overleg	26
3.7	Communicatie en bereikbaarheid	26
4.	Kwaliteit	27
4.1	Kwaliteitsindicatoren	27
4.2	Identificatie en registratie patiënten	27
4.3	Informed consent	27
4.4	Scholing	27
5.	Implementatie	28
5.1.	Transmurale afspraken	28
5.2.	Lokale afspraken	28
6.	Bijlagen	31
	Bijlage 1: Werkprotocol huisarts en POH-GGZ	32
	Bijlage 2: Werkprotocol apotheek	34
	Bijlage 3: Werkprotocol psychosomatisch fysiotherapeut	36
	Bijlage 4: Werkprotocol dieetadvisering	38
	Bijlage 5: Werkprotocol GBGGZ	40
	Bijlage 6: Werkprotocol SGGZ (Transmurale Afspraken)	42

Bijlage 6A EPA (Ernstig Psychische Aandoening)	50
Bijlage 7: Format verwijsbrief	51
Bijlage 8: Depressie postpartum of tijdens de zwangerschap	53
Bijlage 9: Bipolaire stoornis	54
Bijlage 10: Winterdepressie: Etiologie, diagnostiek en behandeling	57
Bijlage 11: Antidepressiva	60
Bijlage 12: Zelfmanagement bij depressie	64
Bijlage 13: dag structurering en leefstijladviezen bij depressie	66
Bijlage 14: Signalen van angst en/of stemmingsproblematiek	67
Bijlage 15: Diagnostiek; verwijscriteria en differentiaal diagnose	68
Bijlage 16: Verwijzing echelon tussen huisarts, GBGGZ en SGGZ	71
Bijlage 17: Basisinterventies en eerste-stap interventies	73
Bijlage 18: Informatie die moet staan in de terugverwijzing/rapportage aan de huisarts (Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, GBGGZ en SGGZ)	75
Bijlage 19: Voorbeeld terugvalpreventieplan	76
Bijlage 20 Huisarts en WMO/Welzijn	77
Bijlage 21: Huisarts en AMW (Algemeen Maatschappelijk Werk)	79
Bijlage 22: Huisarts en LVB (Licht Verstandelijke Beperking)	81
Bijlage 23 Suïcide	85

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.

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

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.

Voor de update van het Ketenzorgprogramma in 2018 heeft de werkgroep de landelijke Zorgstandaard depressieve stoornissen (conceptversie maart 2017) in het programma verwerkt. De basis van het programma is ingekort en er zijn veel onderdelen verplaatst naar bijlagen om daarmee het geheel overzichtelijker te maken. Nieuw in deze standaard is een leidraad voor lokale implementatie (hoofdstuk 5), die u behulpzaam kan zijn bij het lokaal invulling geven aan het zorgprogramma. In lichtblauwe blokken -door het document heen- wordt steeds aangegeven waar het programma om een lokale invulling of aanvulling vraagt.

In de update van 2019

- Hoe verantwoord af te bouwen met antidepressiva
- De afspraken met de SGGZ, de transmurale afspraken zijn gespecificeerd en de afspraken rond terugverwijzing van patiënten met Ernstig Psychische Aandoeningen hebben hierin specifieke aandacht gekregen.
- Angst en stemmingsklachten bij patiënten met een Licht Verstandelijke Beperking; hoe te herkennen en richtlijnen voor behandeling.
- De rol van het sociale domein als uitvoerder van de WMO wordt beschreven in relatie tot angst en stemmingsklachten. De rol van het AMW wordt beschreven en een afbakening naar de eerstelijns wordt beschreven.
- Een bijlage over suïcide

Vanwege de privacywet van mei 2018, de AVG zal deze versie aangevuld worden waar nodig met de mogelijkheden en beperkingen die deze wet impliceert.

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 5 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-5.

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-5).

Stemmingsproblematiek:

Normale depressieve reactie: depressieve gevoelens/stemming die een normale reactie zijn op life-events/dreiging en doorgaans vanzelf weer overgaan

- *Abnormale depressieve klachten:* depressieve gevoelens/stemming, die qua ernst en duur niet passen bij een normale reactie op life-events/dreiging, 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-5).

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
- 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;
- rekening houdend met onderliggend oorzakelijke factoren;
- afgestemd op het niveau van functionering van de patiënt.

Een lokaal samenwerkingsverband kan hier in het ketenzorgprogramma nog aanvullingen geven op de doelstelling.

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 zijn:

- huisarts en POH-GGZ, huisartsenpost
- apotheker en apothekersassistenten
- generalistische Basis GGZ (GBGGZ), zowel in GGZ-instellingen als vrijgevestigd *
- specialistische GGZ (SGGZ), zowel in GGZ-instellingen als vrijgevestigd *
- psychosomatisch fysiotherapeut (PSF)
- diëtist
- sociaal wijkteam met in het bijzonder het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW): in de **update 2019 van** het ketenzorgprogramma zal de werkgroep hier aandacht aan besteden.

De taken en verantwoordelijkheden per discipline komen in hoofdstuk 2 en/of in de werkprotocollen aan de orde, met uitzondering van sociaal wijkteam /AMW). in de volgende versie van het ketenzorgprogramma zal de werkgroep aan deze laatste groep aandacht besteden.

* Daar waar in de tekst Generalistische Basis GGZ of SGGZ wordt genoemd, worden zowel de vrijgevestigde als binnen instellingen werkende psychologen en psychotherapeuten bedoeld. Huisartsen hebben een voorkeur de zorg voor hun patiënt zo dicht mogelijk bij huis te organiseren. Zij verwijzen, indien de situatie van de patiënt dit toelaat, doorgaans naar vrijgevestigde zorgverleners.

Een lokaal samenwerkingsverband kan hier in het ketenzorgprogramma de namen van de lokale professionals/zorgaanbieders weergeven die betrokken zijn bij het zorgprogramma.

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, eclectisch 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, geriater, verslavingsartsen KNMG, (klinisch, neuro- en GZ-) psychologen, (sociaalpsychiatrische) verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten GGZ, (psycho)therapeuten, vak therapeuten, 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. We kiezen er hier voor de Nivel gegevens weer te geven.

Link naar [NIVEL-gegevens](#)

P03: Down/depressief gevoel

Incidentie en prevalentie van Down/depressief gevoel in de Nederlandse huisartsenpraktijk naar geslacht in 2016 (per 1000 patiëntjaren)

totaal			
Incidentie	9,9	Mannen	7
		Vrouwen	12,9
Prevalentie	11,9	Mannen	8,3
		Vrouwen	15,4

P76: Depressie

Incidentie en prevalentie van Depressie in de Nederlandse huisartsenpraktijk naar geslacht in 2016 (per 1000 patiëntjaren)

totaal			
Incidentie	11	Mannen	8,2
		Vrouwen	13,8
Prevalentie	30,1	Mannen	21,3
		Vrouwen	38,8

P01: Angstig/nervuus/gespannen gevoel

Incidentie en prevalentie van Angstig/nervuus/gespannen gevoel in de Nederlandse huisartsenpraktijk naar geslacht in 2016 (per 1000 patiëntjaren)

totaal			
Incidentie	14	Mannen	9
		Vrouwen	18,9
Prevalentie	16,3	Mannen	10,5
		Vrouwen	22,1

P74: Angststoornis/angsttoestand

Incidentie en prevalentie van Angststoornis/angsttoestand in de Nederlandse huisartsenpraktijk naar geslacht in 2016 (per 1000 patiëntjaren)

totaal			
Incidentie	8,8	Mannen	6
		Vrouwen	11,5
Prevalentie	20,6	Mannen	13,7
		Vrouwen	27,3

Bij patiënten met LVB liggen de incidentie en prevalentie cijfers van depressieve en angstklachten fors hoger. Andersom: binnen de SGGZ heeft 20% van de nieuwe patiënten tevens een licht verstandelijke beperking hebben (ref.).

1.6. Bronnen

1. Zorgstandaard depressieve stoornissen, conceptversie maart 2017 def. april 2019
2. Zorgstandaard Angstklachten en Angststoornissen, oktober 2017
3. **Zorgstandaard Overspanning en Burn-out, november 2018**
4. Landelijke GGZ Samenwerkingsafspraken, februari 2016
5. Generieke module Acute psychiatrie, maart 2017
6. Generieke module Zelfmanagement, december 2016
7. Generieke module Arbeid als medicijn, april 2017
8. Generieke module Psychische klachten in de huisartsenpraktijk, januari 2017
9. Vereenvoudiging verwijzing naar de GGZ, Ministerie van VWS, april 2017
10. **Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ: <https://www.akwaggz.nl/>**
11. 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.
12. 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.
13. NHG standaard Angst (2012)
14. NHG standaard Depressie (2012)
15. Link naar [NIVEL-gegevens](#)
16. zorgprogramma Angst en Depressie, Alphen op 1 Lijn, 2015
17. Zorgprogramma GGZ Stemningsstoornissen, M.J.E. de Haas, gezondheidscentrum Wantveld, versie 0.10, 29 september 2015
18. Generalistische Basis GGZ: verwijfsmodel en productbeschrijvingen, Bureau HHM (2013)
19. P. Bakker en P. Jansen, *Generalistische Basis GGZ: verwijfsmodel en productbeschrijvingen*, Bureau hhm Onderzoek en Advies, 2013

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, 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.

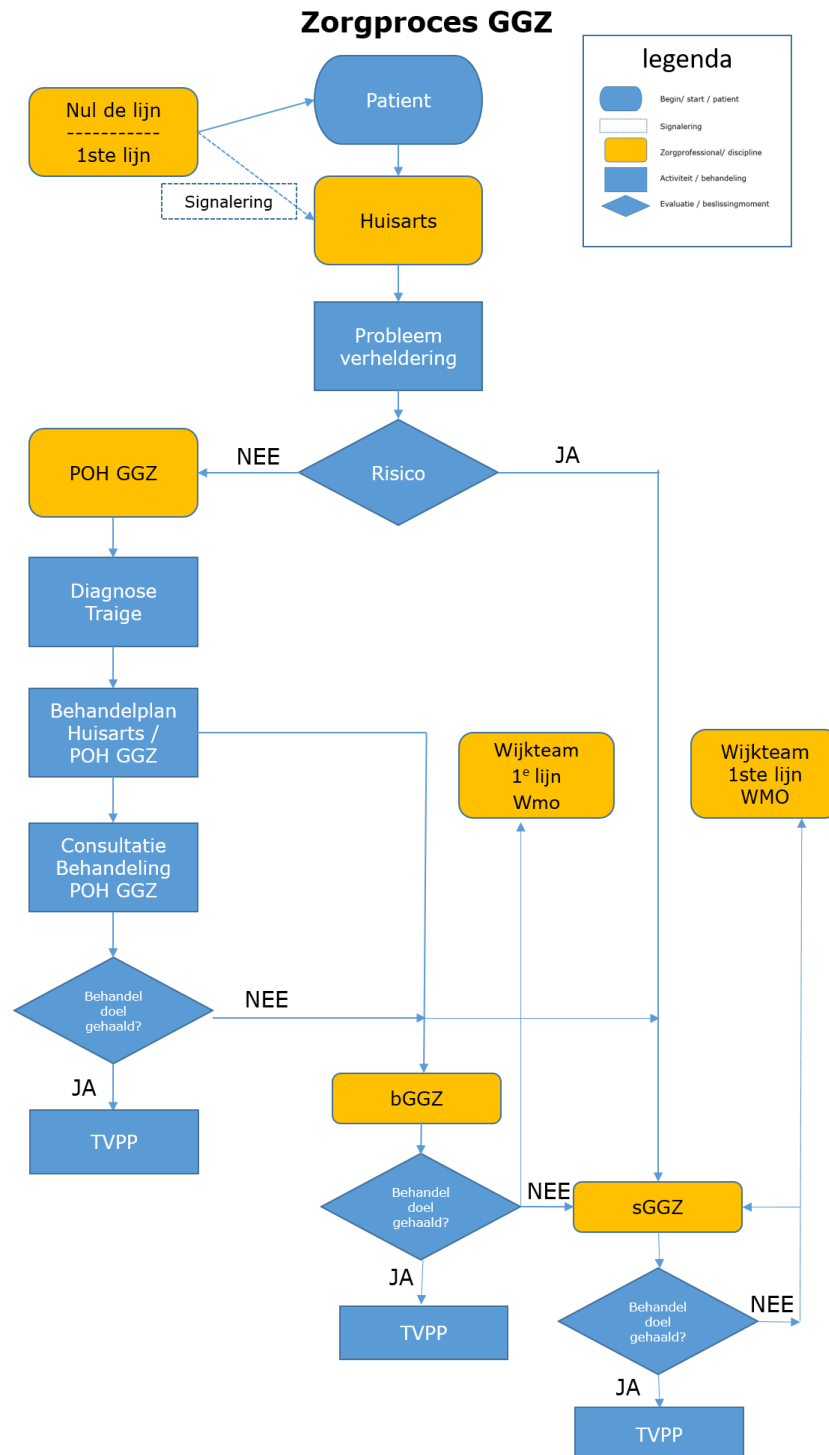
Iedere zorgverlener/echelon heeft een aantal taken binnen de zorgketen zoals signalering, diagnostiek en behandeling van angst- en depressieproblematiek (zie tabel 1). De verschillende interventies binnen de behandeling komen in 2.4 aan de orde.

Tabel 1: taken in het zorgproces per zorgverlener

	HA	POH-GGZ	BGGZ	SGGZ	AMW	PSF	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	x	x		x

Een schematisch weergave hoe de GGZ-zorg georganiseerd is met in grote lijnen de “route” die een patiënt doorloopt in het zorgproces (zie figuur 1).

Figuur 1: Zorgproces GGZ



Toelichting van de afkortingen:

WMO: Wet Maatschappelijke Ondersteuning

TVPP: TerugVal PreventiePlan

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, waarbij adequate signalering ook van belang is **bijv. bij een licht verstandelijke beperking**. Ook is het belangrijk om te weten wat risicofactoren zijn voor het ontstaan van angst- en of stemmingsproblematiek.

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.

Signalen die kunnen wijzen op angst- en/of stemmingsproblematiek en risicofactoren voor het ontstaan ervan, staan beschreven in bijlage 14.

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.

Bij twijfel kan de huisarts de consultatieve dienst van Transparant Next benaderen voor een consult of telefonische advies. Transparant Next is met de inzet van psychiaters en een verslavingsarts beschikbaar en kan vanuit de gehele regio gebruikt worden. Via de consultatieve dienst kan de huisarts direct een consult aanvragen voor uw patiënt en/of telefonisch advies vragen. Te denken valt aan diagnostische vragen, medicatievragen of vragen over behandeling of verwijzing. Op de website van www.transparant-next.nl/consultatie is het formulier te downloaden Consultatie_voor_huisartsen.pdf. Telefoon nummer van Transparant Next is: 071-3030888

In iedere praktijk zal de verdeling van de taken tussen huisarts en POH-GGZ in deze verheldering weer iets 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.

Er wordt een voorlopige diagnose (zowel op niveau van klachten als stoornis) gesteld. Deze voorlopige diagnose wordt in combinatie met de verwijscriteria (zie figuur 2), 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 verdere uitwerking van de verwijscriteria en de diagnostiek worden beschreven in bijlage 15.



Figuur 2: verwijscriteria zoals opgesteld door bureau HHM in opdracht van het Ministerie voor VWS (2013).

In geval van een LVB is het belangrijk om te achterhalen of de klachten een gevolg zijn van overvraging of dat er sprake is van een angst- of stemmingsprobleem. In het eerste geval is ondersteuning vanuit de WMO geïndiceerd. Indien er sprake is van een psychisch probleem is het advies de reguliere richtlijnen te volgen.

Het verschil tussen depressieve klachten en overspanning of burn-out kan lastig zijn. Bij overspanning staan de volgende symptomen op de voorgrond:

1. Spanningsklachten(moeheid, gestoorde, onrustige slaap, prikkelbaarheid, niet tegen drukte/lawaai kunnen, labiliteit, piekeren, gejaagd gevoel en concentratieproblemen/vergeetachtigheid)
2. Controleverlies en machteloosheid
3. Dysfunctioneren in beroepsmatige en/of sociale rollen
4. Deze klachten zijn niet uitsluitend het gevolg van een psychiatrische stoornis.

Bij burn-out bestaan deze klachten langer dan 6 maanden en staat vermoeidheid/uitputting op de voorgrond. Zie verder: <https://www.nhg.org/themas/artikelen/lesa-overspanning-en-burn-out>

Screenings- en triage-instrumenten

Er zijn verschillende 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.

Bij een vermoeden op een licht verstandelijke beperking kan de SCIL test worden afgenomen. Dit is een screeningstest met goede sensitiviteit.

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 screener is onderdeel van de GGZ module Vital Health en 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 de Telescreen van 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. Raadpleeg bij de afwegingen welke screener te gaan gebruiken de richtlijnen van de dominante zorgverzekeraar.

Het inschatten en bepalen in welk echelon een patiënt het beste behandeld kan worden, is gebaseerd op meerdere factoren en hierdoor voor velen best complex. Stichting GGZ Friesland heeft een <http://www.ggzverwijshulp.nl> ontwikkeld, waarin de verwijscriteria verwerkt zitten. Ook voor deze verwijshulp geldt dat het als een hulpmiddel ingezet kan worden.

Binnen het lokaal samenwerkingsverband kan op deze plaats in het ketenzorgprogramma vastgelegd worden de afspraken die gemaakt worden ten aanzien van wie welke instrumenten inzet wat betreft screening en triage.

In bijlage 16 worden de landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, GBGGZ en SGGZ weergegeven. Hierbij wordt beschreven welke patiënten in de verschillende echelons behandeld kunnen worden.

Triage

Op basis van alleen verheldering van de klachten en de verwijscriteria (eventueel ongesteund met een echelonadvies uit een screeningsinstrument), is 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.

Behalve in de huisartsenzorg, de generalistische basis GGZ en de (hoog)gespecialiseerde GGZ vinden activiteiten gericht op zorg van mensen met depressie ook plaats in organisaties zoals de bedrijfsgezondheidszorg, jeugd(gezondheid)zorg, publieke gezondheidszorg, paramedische zorg (zoals (psychosomatische) fysiotherapie), (klinisch) geriatrische zorg, (sociale) wijkteams, algemeen maatschappelijk werk, welzijnswerk, thuiszorg, onderwijs en culturele verenigingen.

Verwijzen naar 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, slaapproblemen, inactiviteit en ademhalingsproblemen.

Regelmatig wordt naar een psychosomatische fysiotherapeut verwezen voor bovenstaande klachten, maar ook andere vormen van fysiotherapie kunnen worden ingezet. Zie voor uitgebreidere info het werkprotocol van de psychosomatisch fysiotherapeut in bijlage 3.

Binnen het lokaal samenwerkingsverband kan een gekeken worden naar welke lokale fysiotherapeut(en) verwezen kan worden.

Verwijzen naar diëtist

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

Verwijzen/advisering naar sociaal domein (sociaal wijkteam, sociaal maatschappelijk werk, JGT)

Met name bij aanwezigheid van luxerende of onderhoudende sociaal-maatschappelijke of kan een patiënt doorverwezen worden naar een onderdeel van het sociaal domein of hier zelf zich aanmelden. Een goed voorbeeld van een succesvolle interventie bij milde GGZ problematiek is Welzijn op Recept. Bij aanwezigheid van psycho-sociale problemen of problemen in de woon- en leefomstandigheden is verwijzing naar het AMW en/of WMO aangewezen.

Onderling doorverwijzen

In april 2017 gelden er nieuwe afspraken over het verwijzen naar de GGZ en tussen GGZ-aanbieders. Deze afspraken staan beschreven in het document 'Vereenvoudiging verwijzing naar

de GGZ'. Een voorbeeld van een wijziging is dat een regiebehandelaar in de GBGGZ zonder tussenkomst van de huisarts mag doorverwijzen naar de SGGZ en andersom.

2.3. Individueel behandelplan

In de GBGGZ en SGGZ wordt doorgaans al een behandelplan opgesteld. We adviseren om in de huisartsenpraktijk ook een individueel behandelplan voor iedere patiënt binnen dit zorgprogramma op te stellen en vast te leggen in het HIS. De behoeften en wensen van patiënt behoren leidend te zijn in het opstellen van dit behandelplan en het behandelplan wordt dus opgesteld samen met de patiënt.

Binnen het lokaal samenwerkingsverband kan op deze plaats in het ketenzorgprogramma vastgelegd worden de afspraken rond het behandelplan:

- wie maakt het behandelplan
- welke items worden vastgelegd
- wanneer wordt het geëvalueerd
- waar wordt het vastgelegd.

Het individueel behandelplan bevat minimaal de volgende onderdelen:

- klachten
- (werk)diagnose
- behandelgoal, individueel en concreet
- geplande interventie(s)
- afspraken
- terugvalpreventieplan en/of crisisplan(indien van toepassing)

Doel van behandelplan:

- afspraken en behandelgoal worden duidelijk vastgelegd
- de verschillende behandelaars worden geïnformeerd over de stappen die zijn gezet
- de zorg is meer patiëntgericht waarmee de zelfredzaamheid en de therapietrouw van patiënt gestimuleerd wordt

2.4. Behandeling

Algemeen

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 eHealth 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. In deze regio zijn de meest gebruikte eHealth-modules die van Therapieland, MindDistrict en Mentalshare (van New Health Collective).

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

Aparte aandacht is er in de bijlagen voor peripartum depressie (bijlage 8), bipolaire stoornis en lithiumgebruik (bijlage 9) en winterdepressie (bijlage 10). Deze bijlagen vormen belangrijke aanvullingen aangezien zij vrij minimaal in de NHG-standaarden vermeld worden en wel met enige regelmaat voorkomen in de huisartsenpraktijk en een specifieke aanpak behoeven.

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. Zelfmanagement is niet voor elke patiënt even effectief. Dit hangt o.a. samen met het opleidingsniveau en de aard en de ernst van de klachten, maar ook de betrokkenheid van de omgeving van de patiënt of mantelzorger. Betrek zo mogelijk de mantelzorger, maar wees alert op overbelasting van de mantelzorger.

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 binnen het lokaal samenwerkingsverband een keuze te maken voor specifieke zelfhulpprogramma's, informatiemateriaal en eventueel ook apps.

Maak lokale afspraken ten aanzien van specifieke zelfhulpprogramma's, eHealthprogramma's en apps en legt dit vast op deze plek in het ketenzorgprogramma. De werkgroep adviseert een keuze te maken tussen Therapieland, MindDistrict of Mentalshare.

Interventies

In de zorgstandaard Depressie worden een aantal typen interventies genoemd, die we overnemen in dit zorgprogramma. Grotendeels komen de interventies qua type overeen tussen angst en depressie. Verschil zit vooral in de inhoud. De interventies voor Angst- en Stemmingsproblematiek zijn in 6 groepen opgesplitst:

1. BASISINTERVENTIES
2. EERSTE-STAP INTERVENTIES
3. TWEEDE-STAP INTERVENTIES
4. PSYCHOTHERAPIE
5. MEDICAMENTEUZE BEHANDELING (paragraaf 2.5)
6. BIOLOGISCHE BEHANDELING (paragraaf 2.6)

Tabel 2: interventies binnen het zorgprogramma

	HA	POH-GGZ	BGGZ	SGGZ	AMW	PSF	Apotheek	Diëtist
Basisinterventies	x	x	x	x	x	x		x
1 ^E STAPSINTERVENTIES	x	x	x	x	x	x		
2 ^E STAPSINTERVENTIES		x	x	x				
PSYCHOTHERAPIE			x	x				
MEDICAMENTEUZE BEHANDELING	x		x	x			x	
BIOLOGISCHE BEHANDELING			x	x				

In tabel 2 wordt aangegeven welke interventies door wie ingezet kunnen worden. In bijlage 17 wordt een uitgebreide beschrijving gegeven van de basis en eerste-stap interventies. Onderstaand volgt een beknopt overzicht van de verschillende interventies.

BASISINTERVENTIES

Bij patiënten met een verhoogd risico op het ontwikkelen van angst- en/of stemmingsproblematiek of kortdurende milde klachten kan het volgende worden ingezet:

- psycho-educatie
- leefstijladvisering en activering

EERSTE-STAP INTERVENTIES

- bibliotherapie
- zelfmanagementstrategieën met begeleiding
- eHealth-interventies
- steunende, structurerende en/of activerend begeleiding
- fysieke inspanning, runningtherapie, psychomotorische therapie
- psychosociale behandeling met aandacht voor het systeem
- groepscursussen

TWEDE-STAP INTERVENTIES

- problem solving treatment (PST)
- kortdurende behandeling, bijvoorbeeld gebaseerd op het KOP-model
- cognitief gedragstherapeutische technieken
- motiverende gespreksvoering
- oplossingsgerichte technieken

PSYCHOTHERAPIE

Psychotherapie is een verzameling van gebruik van deeltechnieken, methodieken en behandelprotocollen. In de eerder genoemde basis-, eerste-stap en tweede-stap interventies wordt gebruikt gemaakt van psychotherapeutische deeltechnieken. Hier wordt psychotherapie bedoeld die wordt gegeven in de vorm van therapeutische gesprekken en (soms ook in de vorm van (of blended met) ondersteunende internettherapie) op basis van methodieken en behandelprotocollen. Over het algemeen wordt deze therapie gegeven in de GBGGZ of de SGGZ. Het kan individuele behandeling, relatietherapie, gezinstherapie of groepstherapie betreffen. Het inventariseren en bespreken van de geschiedenis van de klachten, het aanleren van adequate coping (omgaan met stress) en bespreken van de persoonlijkheid en interpersoonlijke aspecten is gemeengoed, evenals het bewust maken van patronen. Gevoelens, denkpatronen en gedragingen komen in elke psychotherapie aan bod, evenals terugvalpreventie.

Tabel 3 . Tijdspad behandeling Angst en stemmingsproblematiek

Klachten	Behandeling:	Bij onvoldoende effect:	Opnieuw onvoldoende effect:	Terugval- preventie
	• Interventie • Frequentie • Evaluatie na..	• Overweeg consultatie* /verwijzing /medicatie • Interventie • Frequentie • Evaluatie na..	• Overweeg consultatie* / verwijzing/ /medicatie	Vorm (zie 2.10)
Klachten Voldoen niet aan DSM criteria	• Basis + 1e stap • 1 keer per 3 weken • 12 weken	• Verwijzing AMW,FT • 2^e stap interventie • 1 keer per 2 weken • 6 weken	• Consultatie (1) en verwijzing AMW,FT	1
Lichte stoornis Voldoet niet aan DSM criteria, lichte beperking in functioneren	• Basis + 1e stap • 1 keer per 2 weken • 8 weken	• Consultatie (1,2), verwijzing AMW,FT,GGZ • 2e stap interventie • 1 keer per 2 weken • 6 weken	• Consultatie (1,2,3), verwijzing AMW, FT, GGZ en medicatie	1 en 2
Recidief lichte stoornis	• Basis + 1e en 2e stap • 1 keer per 2 weken • 8 weken (bij voldoende effect: 6 weken doorbehandelen)	• Consultatie (1,2,3), verwijzing AMW, FT, GGZ en medicatie • Basis + 1e en 2e stap • 1 keer per 2 weken • 6 weken	• Consultatie (1,2,3), verwijzing AMW, FT, GGZ en medicatie	1,2,3
(recidief) Matig/ernstige stoornis Meer DSM criteria dan minimaal nodig, matig disfunctioneren en lijdensdruk	• Basis + 1e en 2e stap • 1 keer per week • 4 weken (bij voldoende effect: 6 weken doorbehandelen, 1 keer per 2 weken) Recidief: overweeg medicatie	• Consultatie (1,2,3) en verwijzing GGZ, medicatie • Basis + 1e en 2e stap • 1 keer per week • 6 weken (bij voldoende effect: 6 weken doorbehandelen, 1 keer per 2 weken)	• Consultatie (1,2,3), verwijzing GGZ en medicatie	1,2,3 Recidief: 4
Recidief ernstige stoornis Meeste DSM criteria passend bij de stoornis, ernstig disfunctioneren en hoge lijdensdruk	• Verwijzing GGZ/ overweg medicatie • basis + 1e en 2e stap • Overbruggingscontact: 1-2 keer per weken	-	-	1,2,3,4

***Consultatievragen (1,2,3):** 1. Diagnostisch: onderliggende oorzaken/pathologie 2. Bij twijfels over het te volgen beleid 3. Medicatie

2.5. Medicamenteuze behandeling

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.

Behandeloptie bij:

- matig-ernstige of ernstige stoornis
- persisterende stoornis
- lichte eerste stoornis langer dan drie maanden of terugkerende lichte stoornis na onvoldoende herstel met psychotherapie.

Over de plaats van medicamenteuze behandeling (farmacotherapie) in de behandeling bij volwassenen met een depressie of angststoornis is de huidige opvatting dat niet te snel gestart moet worden met antidepressiva en dat altijd alternatieven overwogen moeten worden. De werkzaamheid van antidepressiva en het gemiddelde verschil ten opzichte van placebo is duidelijker naarmate stoornis ernstiger is.

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. In bijlage 2 wordt het werkprotocol van de apotheek beschreven.

Het behandelplan wat betreft de medicatie moet ook teruggekoppeld worden aan de apotheker. Dus wat beoogt de voorschrijver met het voorschrijven van antidepressiva en wanneer moet monitoring plaatsvinden. En als besloten wordt dat patiënt levenslang antidepressiva moet blijven gebruiken, hoe gaan we hier mee om bij een rapportage.

Nieuw is de aandacht voor medicamenteuze therapie bij jongvolwassenen (18-25). Het risico op suïcidaal gedrag is in deze groep verhoogd. Adviezen betreffen: laag beginnen, frequente controles, het risico op suïcide vooraf zorgvuldig inschatten, evt. m.b.v. psychiater.

Binnen het lokaal samenwerkingsverband kan op deze plaats in het ketenzorgprogramma afspraken worden gemaakt tussen apotheken en huisartsen welke informatie en de wijze waarop deze verstrekt wordt aan de apotheek bij het voorschrijven van antidepressiva. Specifieke monitoring bij kwetsbare groepen wordt beschreven.

Het NHG heeft recent het Standpunt "[Herhalen gespecialiseerde ggz-medicatie](#)" gepubliceerd. De kernboodschappen hierin zijn:

- De huisarts herhaalt geen gespecialiseerde ggz-medicatie voor patiënten met een chronische psychiatrische aandoening, tenzij hij zich daartoe voldoende bekwaam acht, een overdracht met (controle)instructie van de behandelend psychiater ontvangt en de mogelijkheid heeft om op korte termijn laagdrempelig te overleggen en terug te verwijzen.
- De huisarts is niet verplicht om recepten vanuit de gespecialiseerde ggz te herhalen.

- Huisartsen die recepten uit de gespecialiseerde ggz herhalen zijn verantwoordelijk voor de noodzakelijke controles en zijn verantwoordelijk voor de medicamenteuze behandeling.
- Ook voor huisartsen die geen medicatie uit de gespecialiseerde ggz herhalen is alertheid op complicaties en zo nodig overleg met de psychiater raadzaam.

Tevens is er een handleiding met voorzorgen bij patiënten die lithium gebruiken gemaakt en een voor patiënten die clozapine gebruiken. Zie bijlage 9.

Binnen het lokaal samenwerkingsverband kan op deze plaats in het ketenzorgprogramma worden vastgelegd de afspraken ten aanzien van afstemming medicamenteuze behandeling binnen het FTO.

2.6. Biologische behandeling

Naast de eerder genoemde interventies, kunnen bij depressie ook eventueel onderstaande biologische behandelingen ingezet worden.

Lichttherapie

Lichttherapie kan onderdeel zijn van een depressiebehandeling voor alle vormen van depressie waarbij de biologische klok is verstoord. Lichttherapie is vooral ingezet bij een depressie met seizoensgebonden patroon (winterdepressie). Ook bij een depressie waarbij slaapproblematiek vermoed wordt als oorzakelijke of in stand houdende factor kan lichttherapie een waardevolle interventie zijn. Zie bijlage 10 over winterdepressie en lichttherapie.

De werkgroep beveelt aan om regionaal afspraken te maken over hoe lichttherapie ingezet kan worden (zo mogelijk ook via de huisarts).

Biologische behandelingen die verder nog in de SGGZ ingezet kunnen worden zijn:

- electroconvulsietherapie (ECT)
- repetitieve transcraniële magnetische stimulatie (toepassing zeer beperkt)

2.7. Consultatie GGZ

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.

Consultatie kan op verschillende momenten binnen het zorgproces worden aangevraagd (zie ook de samenvattingskaart van het zorgprogramma). In de regio Zuid-Holland Noord kan via [Transparant Next](#) specialistische consultatie worden aangevraagd (071-3030888, Email: info@transparant-next.nl). Transparant Next organiseert achter deze voordeur ook de inzet van andere regionale consulenten van Rivierduinen, Psyalite, en PsyQ. De ontwikkeling van deze regionale consultatiefunctie wordt in 2018 nog nader vorm gegeven in samenspraak met bovengenoemde GGZ-partners.

Binnen het lokaal samenwerkingsverband kan op deze plaats in het ketenzorgprogramma vastgelegd worden op welk moment consultatie dient plaats te vinden op het niveau van POH /GGZ /huisarts met de psychologen binnen het samenwerkingsverband.

2.8. Verwijzing

Indien mogelijk vindt verwijzing via Zorgdomein plaats, zowel naar instellingsgebonden zorgverleners als vrijgevestigde. Hierin staat de benodigde informatie geformuleerd. De zorgverlener naar wie 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. Daarnaast heeft de overheid een folder gemaakt met daarin de afspraken over verwijzen naar en binnen de GGZ: [Vereenvoudiging verwijzingen GGZ](#).

Binnen het lokaal samenwerkingsverband kan op deze plaats in het ketenzorgprogramma vastgelegd worden op welke manier de verwijzing plaatsvindt (wel of niet gebruik maken van een KIS).

Op de website www.socialekaartggz.nl staan regionale GGZ aanbieders. Deze website is sinds eind 2017 actief. GGZ praktijken kunnen hier zelf hun gegevens registreren.

2.9. 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, zie bijlage 18. Communicatie gebeurt bij voorkeur via Sleutelnet (zorgmail).

Binnen het lokaal samenwerkingsverband kan op deze plaats in het ketenzorgprogramma vastgelegd worden op welke manier de terugrapportage plaatsvindt (wel of niet gebruik maken van een KIS).

2.10. Terugvalpreventie

Zoals hierboven al beschreven bij terug verwijzing, 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.

Er zijn verschillende vormen van terugvalpreventie:

1. Uitleg wanneer een patiënt weer contact op moet nemen met de zorgverlener
2. Periodieke preventieve controleafspraken gedurende beperkte periode
3. Opstellen signaleringskaart/crisisplan/terugvalpreventieplan (voorbeeld: bijlage 19)
4. Laagfrequent langdurig contact met POH-GGZ of andere zorgverlener

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.

2.11 Herstel en re-integratie:

Herstel

In de begeleiding en behandeling behoort naast aandacht voor het herstel van de klachten of stoornis ook aandacht te zijn voor hoe een patiënt de draad weer kan oppakken. Een psychische aandoening kan behoorlijk ontwrichtend zijn op sociaal en persoonlijk vlak. Empowerment, eigen

regie en zelfmanagement zijn kernelementen in het herstel. Het helpt patiënten als de zorgverleners goed communiceren en ondersteuning bieden, de eigen krachten van patiënten naar boven halen en patiënten de mogelijkheid bieden om zelf keuzes te laten maken. Dit begint met het praten over een behandelplan en psycho-educatie. Tevens kan het erg helpend zijn om in een vroeg stadium al het steunsysteem actie te betrekken bij de begeleiding of behandeling. Voor persoonlijk herstel is sociale steun, praktische steun en vooral (weer) actief worden door maatschappelijke participatie (werk, opleiding, school, vrije tijd) belangrijk. **De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) heeft tot doel mensen te ondersteunen bij wonen en werken. De WMO wordt uitgevoerd door de gemeenten. De WMO speelt een belangrijke rol bij de re-integratie van mensen met een psychiatrische aandoening.** Ook lotgenotencontact kan een belangrijke bijdrage leveren aan het herstel zoals bijv. Depressed Anonymous.

Re-integratie

Werk kan de oorzaak zijn van psychische klachten en kan psychische problemen verergeren. Maar werk kan mensen ook gezond maken, gezond houden of bevorderend zijn in de behandeling. Het is daarom belangrijk om zowel bij diagnostiek als in de behandeling aandacht te besteden aan het thema werk en te inventariseren of werk bij betrokken patiënt een rol speelt bij het herstel. Als werk een rol speelt volgt de vraag of dit werk herstel bevordert of belemmert.

De gespreksleidraad 'Arbeid als medicijn' is een handig middel om te gebruiken in het gesprek met de patiënt over de rol van werk in het ziekteproces en herstel.

Werken op arbeid therapeutische basis is een interventie die de bedrijfsarts kan hanteren na uitval en kan bijdragen aan het herstel. Van belang is dat zorgverleners en de bedrijfsarts contact hebben over het traject, om herstel te bevorderen.

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 lokale 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

In het ketenzorgprogramma van een lokaal samenwerkingsverband wordt hier de naam van de beheerder weergegeven.

3.2 Zorgcoördinator

De huisarts treedt op als eerste aanspreekpunt voor de patiënt. De huisarts heeft een sleutelrol in de GGZ als eerste aanspreekpunt, vertrouwensarts, poortwachter en regiebehandelaar.

De POH-GGZ biedt zorginhoudelijke ondersteuning aan de huisarts. De POH-GGZ werkt onder de verantwoordelijkheid van de huisarts en is daarmee een medebehandelaar. Dit sluit echter niet uit dat de POH-GGZ tevens een eigen professionele verantwoordelijkheid heeft in adequaat handelen. 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).

3.4 Individueel behandelplan

De POH-GGZ is verantwoordelijk voor het opstellen van een individueel behandelplan. Dit wordt in nauwe samenwerking met de patiënt en alle bij de behandeling betrokken personen opgesteld. De POH zorgt ervoor dat het individueel zorgplan op basis van evaluatie wordt bijgesteld. Waar nodig gebeurt dit na overleg met de huisarts. Ook is de POH-GGZ er samen met de patiënt verantwoordelijk voor dat alle bij de behandeling betrokken personen op de hoogte zijn van de actuele afspraken.

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 behandelplan 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 ten aanzien van een keteninformatiesysteem.

3.6 Organisatie multidisciplinair overleg

Een periodiek multidisciplinair overleg tussen zorgverleners is sterk aan te raden om afspraken goed op elkaar af te stemmen. De doelstellingen van dit overleg zijn:

- samenwerkingsafspraken maken
- afspraken periodiek evalueren
- deskundigheidsbevordering en scholing
- casuïstiekbespreking
- versterken netwerk

Huisarts, POH-GGZ, GZ-psycholoog en het AMW zijn basisdisciplines voor een goed overleg. Voor deze bijeenkomsten kunnen ook andere betrokken disciplines uitgenodigd worden, zoals de psychosomatisch fysiotherapeut, diëtist, apotheker, psychiater of verslavingsarts. De bijeenkomsten faciliteren in het leggen van korte lijnen die informeel overleg vergemakkelijken en laagdrempelig maken.

Overleg met betrokken hulpverleners is noodzakelijk als er verschillende hulpverleners betrokken zijn en hulp bieden. Het is mogelijk dat de POH GGZ aanvullende diagnostiek doet terwijl de huisarts de patiënt verder begeleidt. Een ander veelvoorkomend scenario is dat de huisarts of GZ-psycholoog een behandeling biedt gericht op de stemmingsklachten en het AMW de patiënt gelijktijdig begeleidt in het omgaan met sociaal maatschappelijke problemen. Korte lijnen die voortkomen uit de structurele overleggen maken overleg goed mogelijk. Daarnaast kan de zorgcoördinator (mede op verzoek van betrokken hulpverleners) een multidisciplinair overleg (MDO) organiseren indien daar de behoefte toe bestaat (Haas, de M., 2015).

In het lokaal ketenzorgprogramma wordt hier beschreven welke overlegvormen er binnen een lokaal samenwerkingsverband wordt afgesproken.

3.7 Communicatie en bereikbaarheid

Een lokaal samenwerkingsverband maakt aanvullende afspraken over communicatie met de patiënt en communicatie tussen de verschillende zorgverleners over tenminste de onderstaande punten.

- Verstrekken van informatie over het samenwerkingsverband aan de patiënten (bijvoorbeeld via een folder of website). Hierin staat informatie over bijvoorbeeld de ziekte, het beloop, de behandeling, de werkwijze van het samenwerkingsverband, het delen van informatie, de verwachtingen rondom de inzet van de patiënt, de bereikbaarheid en de klachtenprocedure.
- Afspreken wie op lokaal niveau verantwoordelijk is voor de algemene informatievoorziening aan de patiënt over het ketenzorgprogramma.
- Afspraken maken over onderlinge communicatie binnen het samenwerkingsverband, zoals bereikbaarheid en de wijze van communicatie (bijvoorbeeld via intranet, gedeelde agenda, periodiek overleg).

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

De werkgroep zal in deze versie van het ketenzorgprogramma nog geen advies uitbrengen over indicatoren. Indicatoren worden op dit moment op landelijk niveau verder uitgewerkt. Het is de intentie deze landelijke indicatoren in de gehele regio als basis-set over te nemen. Op lokaal niveau kan deze set naar eigen inzicht uitgebreid worden voor het monitoren van het eigen lokale zorgprogramma.

Een lokaal samenwerkingsverband kan op deze plek in het ketenzorgprogramma de gewenste extra indicatoren vastleggen.

Uitgangspunt is dat de kwaliteitsindicatoren goed extraaerbaar moeten zijn voor alle HIS'en (of KIS) en AIS. Om dat te bereiken is het noodzakelijk om voor elk HIS/AIS alle parameters in een protocol vast te leggen. Als een HIS/AIS niet voorziet in een dergelijk protocol dienen de huisartsen/apothekers zelf een protocol aan te maken.

In het lokale ketenzorgprogramma wordt aangegeven hoe de dataverzameling plaatsvindt.

4.2 Identificatie en registratie patiënten

De huisarts/POH is verantwoordelijk voor goede registratie en voor de verwerking van mutaties. De in bovengenoemde paragraaf genoemde protocollen helpen om de onderzoeksgegevens (zoals beschreven in bijlage 1: werkprotocol huisarts en POH) volledig, correct en overzichtelijk te registreren. Van belang zijn onder andere een juiste ICPC-codering en een goede registratie van de regiebehandelaar.

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

Het regionale ketenzorgprogramma kan 'één op één' overgenomen worden door een lokaal samenwerkingsverband. Wel vraagt het aanvulling op basis van lokale afspraken. Maak lokaal een samenvatting van de belangrijkste punten uit het regionale zorgprogramma. Hierbij is het processchema (figuur 1, bladzijde 12) een goede samenvatting van het regionale zorgprogramma.

5.1. Transmurale afspraken

Een belangrijke deel van de implementatie van het zorgprogramma bestaat uit regionale afspraken over diverse onderwerpen zoals (terug)verwijsafspraken, gebruik van een beslisondersteuner/screeningsinstrument, inzet en uitbreiding van consultatie, aan laten sluiten van interventies, informatie-uitwisseling tussen de zorgverleners, de wachttijden met name binnen de SGGZ, suïcidepreventie, afstemming rond peripartumzorg bij angst- en stemmingsproblematiek, aanbod preventieve groepen. Deze transmurale afspraken komen aan bod binnen het overleg van Knooppunt Ketenzorg en Netwerk Next.

5.2. Lokale afspraken

Bij de lokale implementatie is het van belang om een lokaal ketenzorgprogramma vorm te geven waarin concrete afspraken worden vastgelegd en periodiek geëvalueerd. Het kan een beknopte samenvatting zijn van het regionaal zorgprogramma met invulling van lokale afspraken over tenminste onderstaande punten. Deze lokale afspraken dienen periodiek aan bod te komen binnen een lokaal overleg bestaande uit tenminste huisartsen, praktijkondersteuners GGZ, apothekers, psychosomatische fysiotherapeuten en BGGZ.

ALGEMEEN

Doelstellingen

Spreek af welke doelstellingen van belang zijn voor het samenwerkingsverband. Daarbij kan gebruik gemaakt worden van de regionale doelstellingen.

Betrokken

Benoem de professionals/zorgorganisaties die participeren in het lokaal samenwerkingsverband.

INHOUD

Processchema

Het processchema is een mooie samenvatting van het regionaal zorgprogramma. Van belang om dit expliciet te delen binnen het lokaal samenwerkingsverband.

Diagnostiek

Maak afspraken over welke instrumenten bij screening/triage worden gebruikt door wie en bij welke patiënten.

Individueel behandelplan

- wie maakt het behandelplan
- welke items worden vastgelegd
- wanneer wordt het geëvalueerd/monitoring met welk instrument
- waar wordt het vastgelegd.

Behandeling/begeleiding

- leg in grote lijnen vast wie welke interventies/behandelingen doet (gebruik daarvoor tabellen 1 en 2)
- maak afspraken over welke specifieke zelfhulpprogramma's worden gebruikt, welke eHealth programma's en apps
- maak afspraken over wie de consultatie gaat doen binnen het lokaal samenwerkingsverband

ORGANISATIE

Organisatie zorgprogramma

Maak afspraken over wie de beheerder van het zorgprogramma is en regel hierbij de randvoorwaarden. Er dienen lokaal afspraken gemaakt te worden ten aanzien van overleg. Het gaat daarbij om niet-patiëntgebonden overleg over het (evaluatie van het) zorgprogramma. Indien er een lokale werkgroep is, benoem deze en legt de taken en verantwoordelijkheden vast.

Communicatie tussen zorgverleners (patiëntgebonden)

- maak afspraken over het uitwisselen van informatie middels een systeem (KIS)
- maak afspraken over informatie bij verwijzing
- maak afspraken over informatie bij terugrapportage
- maak afspraken over MDO

Communicatie met de patiënt

- het is van belang dat er lokaal afspraken gemaakt worden wie wat communiceert richting de patiënt. Er kan gezamenlijk gekozen worden voor een folder. Hierin staat informatie over bijvoorbeeld de ziekte, het beloop, de behandeling, de werkwijze van het samenwerkingsverband, het delen van informatie, de verwachtingen rondom de inzet van de patiënt, de bereikbaarheid en de klachtenprocedure
- maak lokaal afspraken over het vastleggen van informed consent
- bij verwijzing informeert de huisarts/praktijkondersteuner GGZ over de mogelijkheden. Daarbij kan gebruik gemaakt worden van de website www.socialekaartggz.nl . Zorg dat in de lokale sociale kaart actueel is en bij voorkeur voor iedere zorgverlener beschikbaar. Zorg dat de kaart up-to-date gehouden wordt.

Startbijeenkomst

Om een goede samenwerking tussen de verschillende zorgverleners binnen het zorgprogramma te bewerkstelligen, dient iedereen goed op de hoogte te zijn van de afspraken die gemaakt zijn en de inhoud van het programma. Advies is om voor de implementatie goed te bekijken hoe een ieder bij het programma te betrekken, bijvoorbeeld middels een implementatieavond of gezamenlijke scholing.

KWALITEIT

Indicatoren

Maak afspraken welke indicatoren van belang zijn voor het samenwerkingsverband en hoe dataverzameling plaatsvindt.

Registratie/dossiervoering

- spreek in de huisartsenpraktijk af waar in het HIS welke informatie opgeslagen wordt (bijv vragenlijsten, behandelplan). Realiseer dat bij overgang naar andere praktijk alle (vertrouwelijke) informatie meegaat. POH-GGZ: overweeg om voor werkaantekeningen een ander dossier te gebruiken, bijvoorbeeld een module in het KIS
- bij voorkeur wordt ergens in het dossier genoteerd wie de regiebehandelaar is van een patiënt
- spreek af hoe informed consent wordt vastgelegd

Scholing

Binnen het samenwerkingsverband waar het zorgprogramma geïmplementeerd wordt, kan geïnventariseerd worden voor welke andere onderwerpen ten aanzien van angst- en stemmingsproblematiek scholing gewenst is.

PDCA-cyclus

Plan een evaluatiecyclus van het zorgprogramma binnen het lokaal samenwerkingsverband. Maak hiervoor concrete afspraken in het jaar. Bij de start van de implementatie geldt dat niet alle punten van het zorgprogramma direct geïmplementeerd zullen zijn. Houdt een actiepuntenlijst bij, bespreek deze periodiek en maak concrete afspraken.

6. Bijlagen

1. Werkprotocol huisarts en POH-GGZ
2. Werkprotocol apotheek
3. Werkprotocol psychosomatisch fysiotherapeut
4. Werkprotocol Dieetadvisering
5. Werkprotocol BGGZ
6. Werkprotocol SGGZ
7. Format verwijsbrief
8. Depressie postpartum of tijdens de zwangerschap
9. Bipolaire stoornis
10. Winterdepressie
11. Antidepressiva
12. Zelfmanagement bij depressie
13. Dagstructurering en leefstijladviezen bij depressie
14. Signalen van angst en/of stemmingsproblematiek
15. Diagnostiek; verwijscriteria en differentiaal diagnose
16. Verwijzing echelon volgens Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, GBGGZ en SGGZ
17. Basisinterventies en eerste-stap interventies
18. Informatie die moet staan in de terugverwijzing/rapportage aan de huisarts (Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, GBGGZ en SGGZ)

Bijlage 1: Werkprotocol huisarts en POH-GGZ

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, patiënten met een licht verstandelijke beperking, 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. Bij de vraagverheldering kan het SCEGS-model behulpzaam zijn. Tevens bepaalt de POH-GGZ of er sprake is van LVB. 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.

De huisarts kan bij twijfel of vragen over diagnose, verwijzing en/of medicatie de consultatieve dienst inschakelen van Transparant Next. 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. Op de website van www.transparant-next.nl/consultatie is het formulier te downloaden Consultatie_voor_huisartsen.pdf. Het telefoonnummer van Transparant Next is: 071-3030888. 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 acceptance and commitment therapy (ACT) is hier recent aan toegevoegd. 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 apotheeksysteem 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. 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, naast de informatie over de werking en bijwerkingen van het geneesmiddel, inname-adviezen en effect op de rijvaardigheid, onder andere aan bod: het behandeldoel, de te verwachte effecten, wanneer iemand terug naar de huisarts of POH, eventueel bespreken van labcontroles.

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

Vervoluitgiftes

Bij vervoluitgiftes is het belangrijk het goed gebruik te beoordelen en belemmeringen bij de patiënt daarbij te signaleren. Hierbij is er ook aandacht of het zorgplan nog wordt gevolgd. Bij elke vervoluitgifte is er aandacht voor therapietrouw.

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) en vanuit TTP (third trusted party). Afhankelijk van de focus van het samenwerkingsverband, kan gekozen worden om periodiek een specifieke patiëntengroep te selecteren en bespreken.

Switchen van antidepressiva

Indien geswitcht wordt, verwijst de huisarts door naar een consult met de apotheker om een switch-schema op te stellen. 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.

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 medicatiebeoordeling

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 medicatiebeoordeling, in samenspraak met de arts.

Werkwijze medicatiebeoordeling

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 (kan op papier en/of via e-health, 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 bij wie de fysieke symptomen van angst- en/of stemmingsproblematiek een grote rol spelen of op de voorgrond staan/ Deze fysieke symptomen zijn met name: ademhalingsproblemen, spierspanning, angst voor inspanning, constant gevoel van onrust en spanning, duizeligheid, druk op de borst, verstoorde slaap, vermoeidheid.

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. 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 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, ademoefeningen en massage.
- psycho-educatie
- cognitieve (gedragmatige) interventies gericht op klachthantering, gedragsveranderingen en het aanleren van alternatieve strategieën
- oefentherapie bestaande uit graded activity, graded exposure, ADL gerichte training, activeren en conditietraining.

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 behandelmogelijkheden en het belang van therapietrouw bij de behandeling en de risico's op terugval of herhaling van depressieve episode ook van belang.

De patiënt wordt geadviseerd een plan op te stellen voor dag structurering: vaste tijden van opstaan, naar bed gaan en maaltijden, inclusief een plan voor andere activiteiten. De activiteiten van dit plan en het invoelen van de grenzen hiervan worden geoefend met de psychosomatisch fysiotherapeut.

Criteria voor overleg

Er vindt overleg plaats bij:

- behoefte 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 behandeldoelen.
- Signaleren van wens of indicatie om af te bouwen met antidepressieve medicatie

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 dieetadvisering

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.

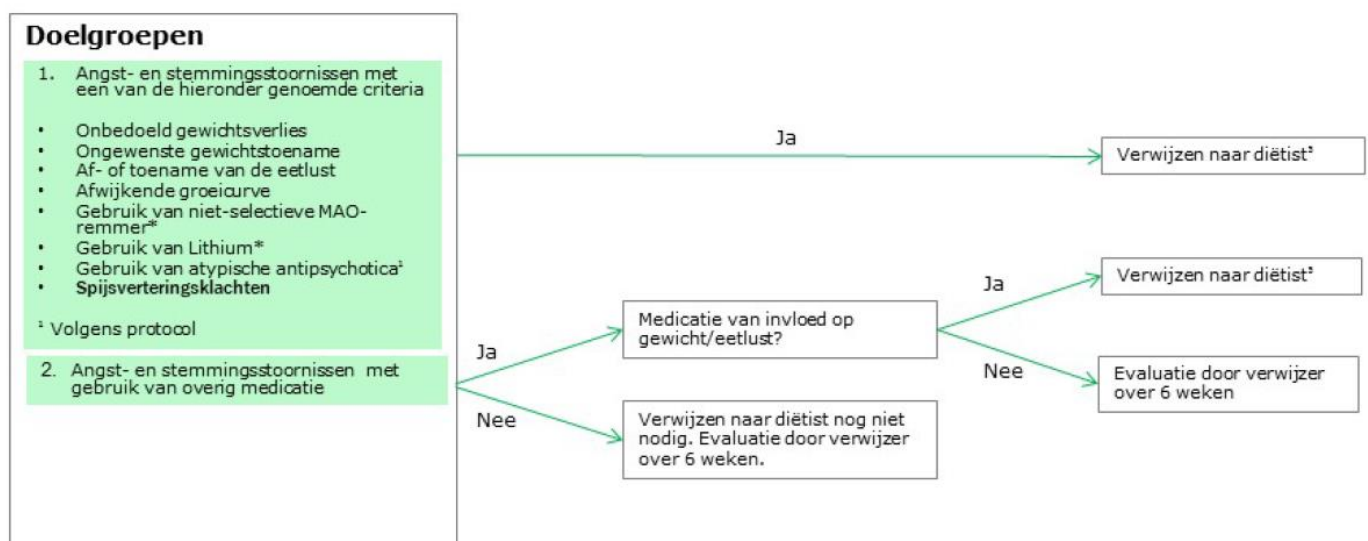
De diëtist handelt zoals beschreven in de [Zorgmodule Voeding](#) bij [zorgprofiel 3 en 4](#) door middel van individuele dieetbehandeling.

Verwijsindicatie

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

Hieronder een beslisboom met een overzicht van in welke situaties verwijzing naar de diëtist voorgesteld kan worden aan de patiënt.

Beslisboom



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 vitamine B6 bij Fenelzine,
- medicatie betreffende angst- en stemmingsproblematiek
- relevante pathologie (denk aan de hoog risico doelgroepen)
- thuissituatie en eventuele belemmerende dan wel ondersteunende factoren

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, de psychische problematiek en eventuele medicatie elkaar kunnen beïnvloeden.

Aan de hand van een persoonlijk dieetadvies en andere samen opgestelde overige adviezen ter verbetering van het welzijn, gaat de patiënt aan de slag met de behandeldoelen. De diëtist voorziet de patiënt van schriftelijke 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 tijdens de vervolgconsulten 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 eetgedrag. Ook de motivatie tot gedragsverandering en het leren om barrières voor een goede compliance op te heffen kunnen een onderdeel van de consulten zijn.

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

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
- signaleren van wens of indicatie om af te bouwen met antidepressieve medicatie.

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 begeleiding.

NB. Voor aanvullende informatie zie: [zorgmodule Voeding](#)

Bijlage 5: Werkprotocol GBGGZ

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).

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, ambulant, 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). Indien de klachten na deze zittingen onvoldoende verminderd zijn, kan overwogen worden of een verwijzing naar de SGGZ gerechtvaardigd is. Nogmaals voor dezelfde diagnose verwijzen naar de GBGGZ wordt niet vergoed door de zorgverzekeraar. 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 doorgedaan 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 patiënt verwezen naar huisarts of 112.
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 voor de GBGGZ blijkt te zijn;
 - de behandeling afgesloten is met positief resultaat.

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.

Criteria voor overleg met huisarts

Bij een indicatie voor medicatie of psychiatrisch en psychologisch consult kan dit via de huisarts en diens bekostiging verlopen of vanuit de GBGGZ zelf direct geregeld worden via de constructie van "Onderlinge dienstverlening". Bij een onvolledige verwijzing wordt contact met de huisarts opgenomen. Bij verlenging van het GBGGZ contact of bij doorverwijzing naar de SGGZ of bij wijziging van de diagnose wordt de huisarts op de hoogte gesteld. De huisarts ontvangt minimaal 1x per jaar een voortgangsverslag.

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)

1. Introductie

In deze RTA wordt de samenwerking beschreven tussen huisartsen in de regio Zuid-Holland Noord en psychiaters, psychologen en psychotherapeuten. Transmurale afspraken moeten nog verder geconcretiseerd worden. Het gaat hierbij onder andere om randvoorwaarden voor consultatie en termijnen waarbinnen de patiënt gezien kan worden.

2. Triage en verwijscriteria

2.1 Consultatie; hoofdbehandelaar blijft huisarts/POH-GGZ. Er wordt specialistisch advies ingewonnen.

2.2 Behandeling door huisarts/POH GGZ/ Verwijzing naar BGGZ of SGGZ. Hoofdbehandelaar schap wordt overgedragen.

2.3 bij acuut risico: spoedverwijzing.

2.1 Consultatie

Consultatie betreffende GGZ in de huisartspraktijk betekent advies vragen als huisarts/ POH GGZ aan een specialist, in dit geval psychiater, verslavingsarts, psycholoog/psychotherapeut of kaderhuisarts GGZ. De huisarts blijft hoofdbehandelaar, het is geen verwijzing naar BGGZ of SGGZ, de patiënt geeft expliciet toestemming voor deze consultatie. Consultatie gaat verder dan telefonisch advies vragen door de huisarts.

Redenen van consultatie zijn vragen omtrent diagnostiek, medicatie-indicatie of -wijziging, vervolgtraject, wilsbekwaamheid, beleid bij middelenmisbruik en stagnerende psychologische behandeling.

Consultatie-gevende instellingen zijn: Consultatieve Dienst (CD) van Transparant Next, Supphort (detachering POHGGZ), Ksyos (dienst voor teleGGZ), Hadoks Praktijkondersteuning B.V via VIPIlifecalculus en Parnassia (psychologen, psychotherapeuten en psychiaters) De werkwijzen verschillen. Het verdient aanbeveling om te streven naar regionale uniformiteit in werkwijze bij deze diensten.

Consultatieve Dienst Transparant Next is een consult gevende instelling, die als consulenten psychiaters en verslavingsartsen heeft. Deze CD is in een pilot succesvol gebleken in het voorkomen van SGGZ verwijzingen en heeft voor de patiënt geen 'eigen risico' consequenties. Consultatieve Dienst (CD) Transparant Next: Rapenburg 26, 2311 EW Leiden, tel.: 071-3030888, fax 071-3030899, Email: info@transparant-next.nl, Website: www.transparant-next.nl

Vormen van consultatie via de CD Transparant Next:

Telefonische, mondeling of e-mail consultatie: Er vindt contact plaats tussen de consultvrager en consultgever. Het contact komt op de genoemde wijzen tot stand. Per patiënt kunnen er meerdere consultaties plaatsvinden. Voor aanmelding: zie <http://www.transparant-next.nl/consultatie> (evt. link naar aanmeldingsformulier). De consulent spant zich in om de consultatie binnen 3 weken na aanmelding uit te voeren.

Consultatie vis-à-vis: Bij vis-à-vis consultatie ziet de consulent de patiënt. Dit kan al of niet in aanwezigheid van de consultvrager plaatsvinden. Mét consultvrager, het zogenaamde meekijkconsult, kan desgewenst plaatsvinden in de huisartsenpraktijk. Zonder consultvrager vindt het contact plaats op een van de locaties van de CD. Het gaat hierbij om maximaal één consult. Binnen maximaal 3 weken na consultdatum volgt een adviesbrief aan de consultvrager.

Het streven is om op korte termijn zowel het aanvragen van consultatie als het verslag van de consulent zoveel mogelijk via zorgdomein/sleutelnet te laten verlopen.

Een ander streven is om de consultatie-informatie als intake te laten gelden, wanneer de consultatievraag beantwoord wordt met een advies de patiënt naar de SGGZ te verwijzen, idealiter is dit ongeacht welke instelling deze patiënt in behandeling neemt.

2.2 Verwijscriteria voor behandeling door huisarts/POH GGZ - BGGZ - SGGZ

2.2.1. Patiënten worden door POH GGZ en huisarts begeleid/behandeld indien:

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 terugvalpreventie (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 en er niet te intensieve zorg nodig is.

2.2.2. Van huisarts/POH naar Generalistische Basis GGZ (BGGZ):

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 in belangrijke mate 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).

2.2.3. Van huisarts/POH naar Specialistische GGZ (SGGZ):

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 in belangrijke mate met de behandeling van de hoofddiagnose interfereren OF
- complexe problematiek die om diagnostiek en behandeling in een multidisciplinair samengesteld professioneel netwerk vraagt OF
- hoog risico op (zelf)verwaarlozing, (huiselijk) geweld, suicide 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 BGGZ (indicatief drie tot vier maanden);
- uitblijven van verbetering bij de behandeling in de huisartsenvoorziening (indicatief twee maanden), waarbij de ernst en complexiteit behandeling in BGGZ niet geschikt maakt;
- instabiele chronische problematiek;
- bij wie onvrijwillige behandeling noodzakelijk is.

O.b.v. de classificatie (DSM-diagnose) met bovengenoemde bijkomende factoren wordt een patiënt verwezen naar BGGZ of SGGZ. Diagnostiseren houdt meer in; het betreft classificeren + verklarende hypothesen vormen, het persoonlijk verhaal van deze patiënt.

Voor de huisarts en POH GGZ is echter niet altijd duidelijk welke instelling of vrijgevestigde psycholoog/psychotherapeut/psychiater SGGZ zorg aanbiedt voor welke diagnoses. Binnen Zorgdomein wordt dit onderscheid gemaakt. Aangezien niet alle vrijgevestigde verwijzing via Zorgdomein ondersteunen zou de website van de zorgverlener hier duidelijkheid over moeten bieden. Het is verder belangrijk onderscheid te maken tussen de instellingsgebonden SGGZ en de vrijgevestigde SGGZ. Het gaat dan om het risicoprofiel als verwijscriterium. Hoog risico gaat uitsluitend naar de instellingsgebonden SGGZ en laag tot matig risico kan ook naar de vrijgevestigde SGGZ. De screener Toolbox houdt hier rekening mee met zijn behandeladvies.

2.3. Bij urgentie/ acuut risico: spoedverwijzing

- Spoedverwijzing naar de SGGZ bij aanwezigheid van acuut (dreigend) gevaar voortvloeiend uit psychiatrische problematiek.
- Overleg met aanmeld coördinatoren crisisdienst via telefoonteam Rivierduinen tel: **088-2244333**) of bekende behandelaar
- Inplannen spoedintake,
- Met urgentie aanmelden via zorgdomein; Huisarts blijft verantwoordelijk tijdens wachttijd.
- Patiënt als aandacht patiënt aanmelden bij de HAP met het beleid zoals besproken met de aanmeld coördinator. Bij escalatie van de klachten wordt de crisisdienst ingeschakeld, waarbij deze informatie leidend is.
- De crisisdienst leidt de patiënt met passende urgentie naar een geïndiceerd vervolgtraject.

Het 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

3. Procesafspraken, stappen in werkproces:

3.1. Aanmelding en verwijsinformatie

Aanmelding en verwijsinformatie via ZorgDomein. Indien de behandelaar niet aangesloten is op zorgdomein wordt een schriftelijke verwijfsbrief verzorgd volgens de richtlijn van de NHG. Een verwijfsbrief van huisarts, bedrijfsarts of psychiater is voorwaarde voor verzekerde zorg. Een verwijfsbrief bestaat uit:

- a. Benoemen vermoedelijke DSM diagnose
- b. Benoemen SGGZ of BGGZ (keuze maken)
- c. Gegevens van de huisarts met AGB code
- d. Handtekening of stempel
- e. Meesturen van voorgaande relevante informatie met toestemming van ptnt

Voor de patiënt: naast een verwijfsbrief moet de patiënt een ID meenemen. Informatie voor patiënt en verwijzer inclusief actuele wachttijden tot intake en behandeling staan op de website van de zorgaanbieder en op zorgdomein. Bij acute crisis/ acuut gevaar kan de huisarts direct de crisisdienst inschakelen en acute zorg wordt dan opgestart als dat geïndiceerd is na beoordeling. Correspondentie over eerdere behandelingen in betreffende GGZ instelling moeten bij de aanmeldinformatie worden betrokken. De streeftijd tussen aanmelding en intake is maximaal 4 weken.

3.2 Intake

Duurt maximaal 90 minuten waarbij patiënt door intaker en een regiebehandelaar (psychiater of klinisch psycholoog) gezien wordt. In een multidisciplinair overleg wordt het beleid bepaald en als psychiatrische behandeling geïndiceerd is, worden behandelafspraken met de patiënt gemaakt en wordt de behandelfase opgestart. Routine outcome monitoring (ROM) wordt bij intake uitgevoerd, bedoeld om de behandeling te evalueren en monitoren. In het geval dat acute hulpverlening nodig is, kan onmiddellijk spoedzorg gestart worden, direct bij de intake. Na de intake stuurt de GGZ instelling binnen 3 dagen een voorlopige diagnose, beknopt behandelplan, naam regiebehandelaar en contactgegevens. Indien de tijd tot behandeling volgens patiënt en intaker onacceptabel lang is in relatie tot de problematiek verzorgt de GGZ instelling wachttijdoverbrugging.

3.3 Behandeling

Uitvoeren behandelplan. Het beloop van de behandeling wordt gemonitord in een multidisciplinair overleg. Dit gebeurt middels een ROM-instrument met tenminste een begin en een eindmeting.. Bij twijfel over de vorderingen of bij verandering van zorgprogramma wordt dit opnieuw multidisciplinair overlegd.

3.4 Afsluiting en nazorg

Na behandeling binnen de SGGZ zijn er drie mogelijkheden: er volgt een nieuw traject SGGZ, er volgt een traject BGGZ chronisch of de patiënt wordt naar de huisarts terugverwezen voor basiszorg.

4. Medicatie-afspraken.

4.1. Stappen antidepressiva

Antidepressiva zijn vooral werkzaam bij een (matig-) ernstige depressie of angststoornis. De medicamenteuze, stapsgewijze, behandeling van depressie en een angststoornis volgens de zorgstandaard 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 (meestal citalopram of sertraline) of SNRI (venlafaxine) of TCA of bupropion of mirtazapine

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/venlafaxine vraagt gedegen kennis en ervaring van de huisarts ten aanzien van voorschrijven van de andere middelen.

Advies is om andere middelen alleen in overleg met een psychiater voor te schrijven.

4.2 Algemene aandachtspunten

Bij het bepalen van de geneesmiddelkeuze wordt rekening gehouden met:

- bij ernstige depressie: TCA (nortrilen, evt. imipramine) of zie stap 1. Doorgaans wordt de ernstig 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);
- indien bepaalde combinatie van geneesmiddelen wordt gebruikt, zoals NSAID's en bloedverdunners moet in sommige gevallen een indien bepaalde combinatie van geneesmiddelen wordt gebruikt, zoals NSAID's en bloedverdunners moet in sommige gevallen een PPI toegevoegd worden. Hier wordt de NHG standaard maagklachten toegepast
- 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;
- pas op bij combinatie van SSRI's en serotonerge TCA's met andere serotonerg werkende medicatie, zoals triptanen en tramadol in verband met het risico op het ontstaan van het serotoninesyndroom (tremor, misselijkheid, transpireren, snelle hartslag). Overleg met de apotheker voor dosisaanpassingen of alternatieven;
- consulteer bij zwangerschap(swens) of lactatie de apotheker voor een beoordeling van de medicatie;
- bij patiënten met een verslaving (vaak alcohol) wordt vaak een abstinentie van 4 tot 6 weken vereist, voor gestart wordt met een antidepressivum. Indien abstinentie niet mogelijk is, doordat de verslaving in stand gehouden wordt door een depressie of angststoornis, wordt er in sommige gevallen wel al gestart met antidepressiva

4.3 Controle op labwaarden

- bij gebruik van SSRI's in combinatie met diuretica is er kans op hyponatriëmie. Twee weken na de start van de combinatie en elke 6 maanden, dient het natrium gecontroleerd te worden. Doe dit ook indien zich een incurante ziekte (diarree, braken) voordoet met een risico op electrolytstoornissen.
- 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 adviseert en controleert bij de huisarts voor labcontrole en vraagt deze op.

4.4 Bij somatische aspecten

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

4.5 Starten – switchen en ophogen – duur – afbouwen antidepressivum

Starten

- 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)

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.

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.

4.6 Rijvaardigheid

Antidepressiva en benzodiazepines hebben invloed op de rijvaardigheid. De voorschrijvend arts en de apotheker geven 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. Kijk op <https://www.rijveiligmetmedicijnen.nl/> voor het advies of vraag advies aan de apotheker.

4.7 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.
- voor start van de behandeling een ECG overwegen bij patiënten met een stabiele hartaandoening. Bij tekenen van aritmie de behandeling staken en een ECG maken.
- zelden is bij SSRI's een serotoninesyndroom gemeld; bij een combinatie van symptomen als agitatie, tremor, myoklonie en hyperthermie dient men hierop verdacht te zijn.

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
- Voor aanvang van de behandeling bloeddruk controleren en een verhoogde bloeddruk behandelen. Tijdens de behandeling regelmatig de bloeddruk controleren.
- 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

5. Informatieoverdracht

5.1 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 behandel mogelijkheden, crisissituatiemanagement, afsluiting en nazorg.

5.2 Criteria voor overleg met huisarts:

- bij somatische problemen en somatische comorbiditeit
- bij interactie psychiatrische medicatie met somatische medicatie
- in proces aanvraag rechterlijke machtiging
- Bij suïcidaliteit of crisis en ernstige zorgen over het welzijn van de kinderen

5.3. Informatie m.b.t. terugrapportage aan de huisarts

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

- een intakedatum (bij lange wachttijd)
- een behandelplan met wettelijke gegevens en bereikbaarheidsgegevens contactpersoon
- een mededeling over een opname
- een ontslagbrief na poliklinische of dagbehandeling en opname
- een brief over contact met en interventie door de crisisdienst
- een jaarlijkse rapportage bij voortzetting van de behandeling

Bij indicatie voor verdere behandeling binnen de BGGZ, zowel kortdurend als chronisch, krijgt de huisarts hiervan een melding met een inhoudelijke onderbouwing. Dit geldt overigens ook voor de overstap van BGGZ naar SGGZ; de huisarts ontvangt een mededeling hiervan met inhoudelijke onderbouwing.

Bij ontslag ontvangt de huisarts een afsluitende brief, waarin opgenomen:

- 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;
- motivatie voor vervolgbehandeling in de BGGZ 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;
- hoofdbehandelaar en contactgegevens.
- Bij ontslag van EPA wordt telefonisch contact aanbevolen.
- Behandeling ikv WVGZ of WZD, RM

Bijlage 6A EPA (Ernstig Psychische Aandoening)

Deze mensen kenmerken zich door een psychiatrische stoornis volgens de DSM, die niet klachtenvrij is (wisseling in intensiteit van klachten is mogelijk), met een langdurend beloop (>2 jaar) en beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren (Kroon e.a. 1998). In deze situatie is er sprake van chronisch recidiverende psychiatrische problematiek. Gedacht kan worden aan een psychotische stoornis, bipolaire stoornis, ernstige persoonlijkheidsproblematiek en/of recidiverende depressies. Medische zorg is blijvend noodzakelijk. Voor deze groep patiënten is het van groot belang dat een overdracht goed en volledig gebeurt, zodat er vertrouwen kan groeien tussen de patiënt en de huisarts, zijn nieuwe behandelaar. De checklist in [bijlage 6a](#) kan worden gebruikt bij de afwegingen rond de mogelijke overdracht van een patiënt van de SGGZ naar de huisarts. Een overdracht gaat altijd in overleg met de huisarts.

Checklist overdracht EPA van SGGZ/BGGZ naar Basiszorg:

- | |
|--|
| <p>A. Organisatorische randvoorwaarden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Warme overdracht: telefonisch of face-to-face, plus recente correspondentie; indien de huisarts zich niet bekwaam voelt om de zorg verantwoord te kunnen uitvoeren, zal gezamenlijk naar een andere oplossing worden gezocht. 2. Aanwezigheid van een terugvalpreventieplan 3. Op maat advies met betrekking tot somatische controles 4. Op maat medicatieadvies, inclusief marges wat betreft de eventuele 'zo nodig medicatie' en bij betreffende patiënt bekende bijwerkingen. Er is aandacht voor het feit dat lithiumcontroles in principe de expertise van de huisarts overstijgt en de huisartspraktijk hier logistiek niet op ingericht is. 5. Gegevens overige contactpersonen (familie, naasten, woonbegeleiding, buurtteam) 6. Terugkeergarantie bij terugval: <ul style="list-style-type: none"> • Beginnende terugval: contactpersoon SGGZ die kan worden benaderd voor snelle consultatie • Ernstige terugval: inschakelen crisisdienst (hierna voorrangsplek bij oude team?) <p>B. Algemeen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Het terugvalpreventieplan is afgestemd met de patiënt en diens naasten 2. De patiënt is zelfredzaam 3. Er is geen RM of IBS <ol style="list-style-type: none"> 4. De patiënt kan zich vinden in het terugverwijzen <p>C. Criteria per ziektebeeld</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Psychotische stoornis: <ul style="list-style-type: none"> Twee jaar psychosevrij Medicatierouw Bij gebruik clozapine of depot: akkoord huisarts 2. Bipolaire stoornis: <ul style="list-style-type: none"> Eén jaar stabiel Medicatierouw 3. Depressieve stoornis: <ul style="list-style-type: none"> Geen ernstige depressie tenzij twee jaar in remissie Geen suïcidaliteit of voorgeschiedenis met veel tentamen suïcides 4. Persoonlijkheidsstoornis: <ul style="list-style-type: none"> Geen ernstige automutilatie of andere ernstig verstorende gedragsproblemen Behandelrelatie met huisarts is aanwezig Afspraken zijn te maken, therapietrouw 5. Verslavingsproblematiek: <ul style="list-style-type: none"> Monitoren met terugkeergarantie |
|--|

Bijlage 7: Format verwijsbrief GGZ

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.>

1. Suïcidaliteit:

<Vermeld ook eventuele suïcidaliteit in het verleden.>

2. Risicovol gedrag:

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

Patiëntgegevens

3. 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.>

4. Allergie, intolerantie:

<Vermelden indien van toepassing.>

5. Besproken met de patiënt:

<Beschrijf hoe uw handelen is besproken met patiënt. Ook eventueel de eerdere adviezen die u heeft gegeven en/of voorbereiding 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.>

6. 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 kan niet zelf verwijzen, dat doet alleen de huisarts. De POH-GGZ kan de verwijzing wel voorbereiden.

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 ([Zie "Voorzorgen bij patiënten die lithium gebruiken", een bijlage bij het NHG-standpunt "Herhalen gespecialiseerde ggz-medicatie"](#)) en van de onderstaande aandachtspunten.

Aandachtspunten bij gebruik van lithium

- altijd navragen tijdstip van lithiuminname bij afwijkende spiegel en vragen of patiënt 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. Overleg of verwijs patiënten bij eGFR < 60 ml/min/1,73m² naar de internist/nefroloog en psychiater over mogelijke alternatieven of het voortzetten van lithium. 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 autointoxicatie (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 (zoetheid, 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

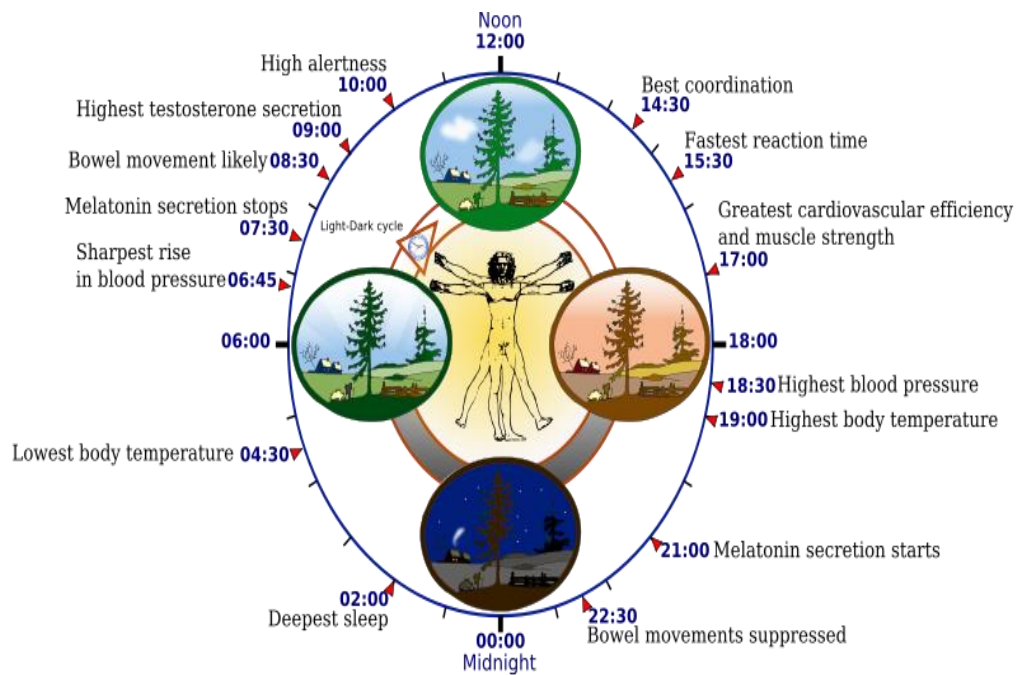
Dit is dus een wat ander beeld dan de "klassieke" melancholische depressie, waarbij juist sprake is van slapeloosheid, afgenomen eetlust en gewichtsverlies, en diepe somberheid, vaak gepaard gaande met gevoelens van waardeloosheid of schuld. De ontstemming bij een winterdepressie is vaak meer prikkelbaar 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.

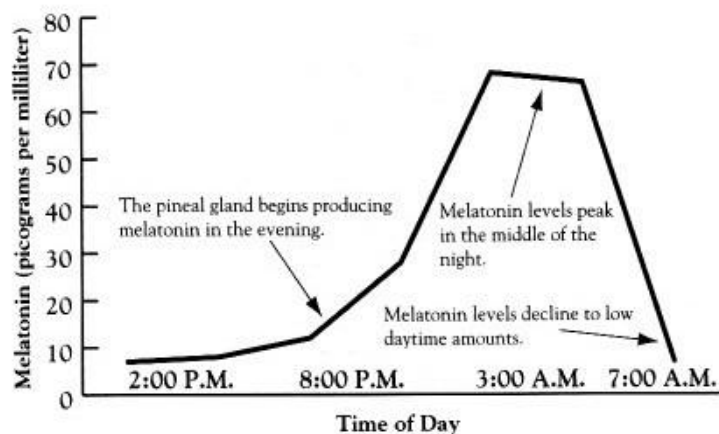


Figuur: *Circadiane ritmiek in het menselijk lichaam*

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.



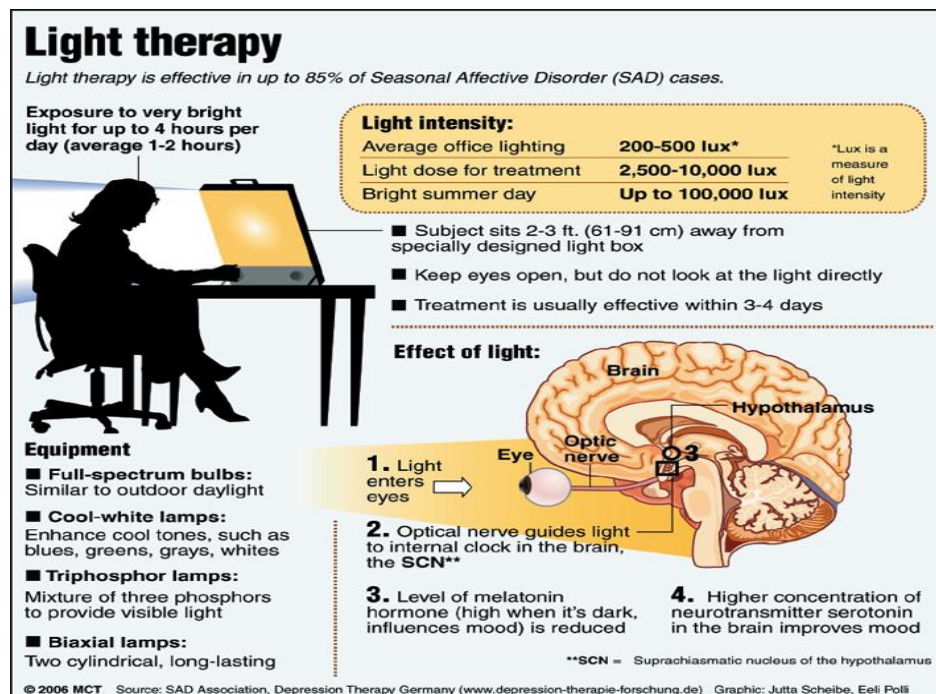
Figuur: *Melatoninecurve*

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.



Figuur: Lichttherapie (Bron: PsyQ)

Bijlage 11: Antidepressiva

Antidepressiva

Informatie over de diverse middelen, welke middel starten in welke dosering, bijwerkingen, interacties, noodzakelijke controles.

Stappen antidepressiva

Antidepressiva zijn vooral werkzaam bij een (matig-) ernstige depressie of een angststoornis. De medicamenteuze, stapsgewijze, behandeling van depressie en een angststoornis 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 (meestal citalopram of sertraline) of SNRI (venlafaxine) of TCA of bupropion of mirtazapine. Afhankelijk van ernst van het beeld, aanwezigheid atypische symptomen, contra-indicaties, interacties of comorbiditeit.

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 ten aanzien van voorschrijven van de andere middelen. Advies is om andere middelen alleen in overleg met een psychiater voor te schrijven.

Algemene aandachtspunten

Bij het bepalen van de geneesmiddelkeuze wordt rekening gehouden met:

- bij ernstige depressie: TCA (nortriptyline, evt. imipramine) of evt. venlafaxine. Doorgaans wordt de ernstig 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 suïcide risico (overdosis is minder schadelijk dan van TCA);
- combineer een SSRI zo nodig (bijv. bij combinatie met een NSAID) met een protonpompremmer (bij voorkeur pantoprazol), pas hiervoor de NHG-standaard maagklachten toe. Cave: interactie (eso)mepazol-citalopram, plasmaconcentratie van citalopram kan verhogen en meer bijwerkingen veroorzaken. 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;
- pas op bij combinatie van SSRI's en serotonerge TCA's met andere serotonerg werkende medicatie, zoals triptanen en tramadol in verband met het risico op het ontstaan van het serotoninesyndroom (tremor, misselijkheid, transpireren, snelle hartslag). Overleg met de apotheker voor dosisaanpassingen of alternatieven;
- consulteer bij zwangerschap(s) of lactatie de apotheker/psychiater voor een beoordeling van de medicatie;
- bij patiënten met een verslaving (vaak alcohol) wordt vaak een abstinentie van 4 tot 6 weken vereist, voor gestart wordt met een antidepressivum. Indien abstinentie niet mogelijk is, doordat de verslaving in stand gehouden wordt door een depressie of angststoornis, wordt er in sommige gevallen wel al gestart met antidepressiva

Controle op laboratoriumwaarden

- bij gebruik van SSRI's en mirtazapine in combinatie met diuretica is er kans op hyponatriëmie. Twee weken na de start van de combinatie en elke 6 maanden, dient het natrium gecontroleerd te worden. Doe dit ook indien zich een incurrente ziekte (diarree, braken) voordoet met een risico op elektrolytstoornissen.
- bij gebruik van TCA's bij patiënten met hypertensie en bij ouderen dient de bloeddruk elke 3 maanden gecontroleerd te worden. Maak een ECG voorafgaand aan de start met een TCA bij patiënten met een verhoogde gevoeligheid voor cardiovasculaire bijwerkingen, polyfarmacie, belaste cardiale familieanamnes, en na 2 weken gebruik en substantiële ophogingen.
- 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.
- Bij TCA's dient de bloedspiegel bepaald te worden bij instellen (steeds na 3-5 keer de halfwaardetijd) en op indicatie.

Bij somatische aspecten

- bij hypertensie liever geen bupropion of venlafaxine boven 150 mg
- bij hypercholesterolemie liever geen venlafaxine
- bij obstipatie liever geen TCA/bupropion of combineren met voorschrijven van laxantia
- bij seksuele dysfunctie enige voorkeur voor (additie) 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 2 weken met een benzodiazepine)

Switchen en ophogen

Bij behandeling van een depressie wordt aanbevolen om te switchen naar een ander middel indien er na maximaal 4 weken (op adequate dosering) 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 dat de klachten in remissie zijn. 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.

Afbouwen

- Het Engelse acroniem FINISH is een geheugensteun voor de belangrijkste symptomen: flu-like symptoms, insomnia, nausea, imbalance, sensory disturbances en hyperarousal. De verschijnselen treden meestal binnen enkele dagen na het stoppen met een antidepressivum of (minder vaak) na het verlagen van de dosis op.
- Het risico op het optreden van onttrekkingsverschijnselen neemt bij SSRI's toe als:
 - tijdens de behandeling hogere doseringen nodig waren voor een therapeutisch effect;
 - onttrekkingsverschijnselen werden ervaren bij een gemiste dosis/therapie-ontrouw/drug holiday;
 - eerdere stoppogingen zijn mislukt.

Adviezen

- Geef altijd uitleg over mogelijke onttrekkingsverschijnselen.
- Maak samen met de patiënt afspraken over het tempo en de doseringsstappen bij afbouwen.
- Maak afspraken over beschikbaarheid voor tussentijds contact.

Tempo en doseringsstappen; zie NHG standaard Depressie

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/ taperingstrips. Meer informatie en afbouwschema's zie: multidisciplinaire document afbouw SSRI's en SNRI's.

Link: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/201809_multidisciplinair_document_afbouwen_ssris_en_snris.pdf

Maak met het samenwerkingsverband afspraken over een evaluatie van het antidepressiva gebruik en de eventuele wenselijkheid van het afbouwen hiervan.

Rijvaardigheid

Antidepressiva en benzodiazepines hebben invloed op de rijvaardigheid. De voorschrijvend arts en de apotheker geven 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.

Kijk op www.rijveiligmetmedicijnen.nl voor het advies of vraag advies aan de apotheker.

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.
- Voor start van de behandeling een ECG maken bij patiënten met een stabiele hartaandoening, belaste cardiale familieanamnese, polyfarmacie. Bij tekenen van aritmie de behandeling staken en een ECG maken.
- Zelden is bij SSRI's een serotoninesyndroom gemeld; bij een combinatie van symptomen als agitatie, tremor, myoklonie en hyperthermie dient men hierop verdacht te zijn.

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 geleidelijk 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, belaste cardiale familieanamnese, polyfarmacie.
- Voor aanvang van de behandeling bloeddruk controleren en een verhoogde bloeddruk behandelen. Tijdens de behandeling regelmatig de bloeddruk controleren.
- 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) off label 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 o.a. 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 mantelzorger 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.

Bijlage 13: dag structurering en leefstijladviezen bij depressie

- Vasthouden aan een goed dag- en nachtritme is belangrijk om depressie te helpen verbeteren
- Slecht of teveel eten, alcohol en drugsgebruik ondermijnen de draagkracht. Door gewichtstoename kan therapie-ontrouw optreden. Voedingsadvies kan daarbij helpen
- Meer bewegen ondanks vermoeidheid geeft veelal meer energie en een betere kwaliteit van leven. Er is niet onomstotelijk bewezen dat bewegen een depressie voorkomt of verhelpt. Bewegen kan echter een goede bijdrage leveren aan een plezieriger leven en is goedkoop, snel te realiseren en op de wensen en mogelijkheden van de persoon af te stemmen.
- Een (gespecialiseerde) zorgverlener kan helpen bij het in kaart brengen van het eet-, drink- en leefpatroon en daarbij gericht advies geven.
- Het doorbreken van sociaal isolement door contacten met anderen kan opluchtend en ontspannend zijn. Het kan hierbij ook om lotgenotencontact gaan of om mogelijkheden via internet.
- Dag structurering en een gezonde leefstijl kunnen versterkt worden door het gebruik van Activity Scheduling. Met behulp van de lijst "plezierige activiteiten" leren cliënten dat kleine, alledaagse activiteiten al plezierig kunnen zijn. Zij maken een keuze uit de lijst van activiteiten en voeren deze uit. Door het scoren van de stemming in combinatie met de uitvoering van activiteiten wordt duidelijk wat de invloed van de uitgevoerde activiteiten is op de stemming.
- Het opbouwen of verbeteren van dag structurering (inclusief arbeidsgerichte therapie) en het (eventueel parttime) blijven werken behoren tot de basisinterventies bij depressie. Daarbij is wel van belang, dat de cliënt deze inspanningen niet als stressvol ervaart.
- Gerichte aandacht voor het slaappatroon is noodzakelijk, omdat dit een negatieve invloed heeft op het functioneren overdag. Het is dan van belang om veranderingen goed te documenteren. Een gerichte gedragstherapeutische aanpak van slapeloosheid (eventueel via internet) kan ondersteuning bieden.
- Mensen met een depressie, die medicatie gebruiken, kunnen te maken krijgen met bijwerkingen die het dagelijks leven beïnvloeden, zoals obstipatie, duizeligheid, rijvaardigheid. In het verkeer of op de werkplek kan het gebruik van medicatie de veiligheid voor de persoon zelf of derden in gevaar brengen. Van belang zijn leefstijladviezen om bijwerkingen van eventuele medicatie (bijv. obstipatie, duizeligheid, beïnvloeding van de rijvaardigheid) te hanteren.

Bijlage 14: Signalen van angst en/of stemmingsproblematiek

Signalen van angst en/of stemmingsproblematiek kunnen zijn:

- aanhoudende moeheid of klachten zonder lichamelijke oorzaak;
- aanhoudende of terugkerende zorgen, somberheid of verdriet;
- chronische pijn;
- weinig oogcontact, monotone spraak, trage of juist onrustige motoriek, snel geraakt zijn of emotioneel worden;
- vermindering van de zelfzorg;
- gewichtsvermeerdering of vermindering;
- verandering van activiteitenpatroon en sociale contacten (inclusief verandering van de beleving ervan);
- aanhoudende aspecifieke klachten of problemen, zoals gespannenheid, gevoelens van onrust, prikkelbaarheid, labiliteit, concentratieproblemen, lusteloosheid, slaapproblemen;
- geheugenproblemen (bij ouderen lastiger i.v.m. differentiaal diagnose dementie)
- fysieke klachten als gespannen spieren, zweethanden, hartkloppingen, duizelingen, benauwdheid;
- aanwijzingen voor overmatig alcohol- of middelengebruik;
- bezorgdheid die in toenemende mate richting angstige gedachten gaat;
- afspraken niet nakomen, acuut gezien willen worden, frequent naar de praktijk of huisartsenpost gaan;
- suïcidaliteit.

Om de signalering te verbeteren is het goed om te weten welke patiënten een hoger risico hebben op het krijgen van angst- en/of stemmingsproblematiek. In de literatuur worden er vele risicofactoren genoemd, hieronder staat een selectie van de belangrijkste.

Biologische factoren

- erfelijk belasting met angst- en/of stemmingsproblematiek

Psychische factoren

- psychische problematiek in voorgeschiedenis
- overmatig alcohol- of middelengebruik;
- (traumatische) levensgebeurtenis(sen) zoals echtscheiding, overlijden van een naaste, mishandeling;
- mensen die snel angstig zijn of snel uit balans
- verstandelijke beperking
- ernstige of chronische ziekte/pijn

Sociale factoren

- (werk)stress
- financiële problemen, schulden, huisvestingsproblemen
- relatieproblemen, alleenstaand zijn
- opvoedingsproblemen, gedragsproblemen of ziekte van een kind
- werkloosheid

Bijlage 15: Diagnostiek; verwijscriteria en differentiaal diagnose

Vermoeden van een DSM-5 benoemde stoornis

Om bij verwijzing naar de GBGGZ of SGGZ voor vergoeding in aanmerking te komen, moet er sprake zijn van een DSM-5 benoemde stoornis. Een uitzondering is de specifieke fobie, hiervoor wordt zorg in de GBGGZ of SGGZ niet vergoed, tenzij al adequate hulp in de huisartsenpraktijk gegeven is en het een fobie is voor iets dat waarmee men frequent in aanraking komt.

Hieronder worden alle ICPC-codes en DSM-5diagnoses die van toepassing zijn op dit zorgprogramma weergegeven. Bij de stoornissen wordt achter elke stoornis de bijpassende ICPC-codering genoemd.

DSM V Diagnose	ICPC	ICPC omschrijving
Stemmingsstoornissen:	P73.02	
Bipolaire stoornis	P76	Bipolaire stoornis
Depressieve stoornis	P76	Depressie
Persisterende depressie stoornis (dysthymie)	P76.02	Depressie
Postpartumdepressie	P76.01	Depressie
Angst stoornissen:		
Specifieke fobie	P79.01	Fobie
Sociale angststoornis (sociale fobie)	P74	Angststoornis/ angsttoestand
Paniekstoornis	P74.01	Paniek aanval/ stoornis
Agorafobie	P79.01	Fobie
Gegeneraliseerde angststoornis	P74.02	Gegeneraliseerde angststoornis
Obsessieve-compulsieve stoornis (dwangstoornis)	P79.02	Dwangneurose
Acute stress stoornis	P02	Crisis/ Voorbijgaande stress reactie
Posttraumatische stress stoornis	P02.01	Post-traumatische stress-stoornis
Aanpassingsstoornis	P01	Angstig/ nerveus/ gespannen gevoel
Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen:		
Somatische-symptoomstoornis	P75	Hysterie/ Hypochondrie
Klachten:	ICPC	ICPC omschrijving
	P01	Angstig/ nerveus/ gespannen gevoel
	P03	Down/ depressief gevoel

Differentiaaldiagnostiek

Bij elke psychische diagnose die gesteld wordt, moet zorgvuldig bekeken worden of de klachten misschien bestaan in het kader van een andere diagnose, of dat meerdere diagnoses naast elkaar bestaan. Een aantal belangrijke overwegingen worden hieronder benoemd.

- zowel een angststoornissen als depressieve stoornissen komen frequent voor in combinatie met o.a. verslavingsproblematiek, een autismespectrumstoornis, ADHD, cognitieve stoornis en persoonlijkheidsproblematiek
- wees bij een depressieve stoornis beducht op het bestaan van de depressie in het kader van een bipolaire stoornis en vraag altijd door naar het eventueel bestaan van (hypo)mane episodes
- in de huisartsenstandaarden wordt geen routine laboratoriumonderzoek geadviseerd bij een patiënt met een depressieve stoornis of angststoornis. Toch is het goed verdedigbaar om (zeker als de psychische klachten samengaan met vermoeidheid) laagdrempelig te screenen op o.a. anemie, hypothyroidie, diabetes mellitus, hartfalen en nierfunctiestoornissen.

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).
- de aard van de symptomen, in het bijzonder suïcidaliteit en psychotische kenmerken

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.

Risico

In dit criterium zijn ook de contextuele factoren en het vermogen tot zelfmanagement opgenomen.

- LAAG: er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten/symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, (huiselijk) geweld, kindermishandeling of automutilatie;
- MATIG: er zijn duidelijke klachten/symptomen of er is sprake van een latent gevaarsrisico, maar er staan beschermende factoren tegenover zoals: adequate coping, werk of structurele daginvulling en een steunsysteem waarop men dagelijks kan terugvallen voor toezicht, zorg, praktische en emotionele steun;
- HOOG: er zijn duidelijke aanwijzingen (ook intuïtief) die kunnen duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, (huiselijk) geweld, kindermishandeling of automutilatie.

Het goed uitvragen van suïcidaliteit vergt kennis en ervaring. De afgelopen jaren is er veel aandacht voor dit onderwerp, waardoor er ook een goed en goed beschikbaar aanbod aan scholing is ontwikkeld.

113-oline biedt een scholing aan die inzetbaar is voor een zeer diverse groep aan zorgverleners, van politieagenten tot deurwaarders, van apothekersassistenten tot huisarts.

Het NHG heeft de StiP-cursus Suïcidepreventie ontwikkeld voor huisartsen en POH-GGZ.

Complexiteit

- AFWEZIG: er is sprake van een enkelvoudig beeld;
- LAAG: er is weliswaar sprake van psychische, zwakzinnigheid), somatische factoren of psychosociale en omgevingsproblemen, maar deze interfereert niet met de behandeling van de hoofddiagnose;
- HOOG: er is sprake van ingewikkelde comorbiditeit of problematiek die om multidisciplinaire behandeling in een gespecialiseerde setting vraagt.

Beloop klachten

- er is sprake van aanhoudende/persisterende klachten. Eerdere interventies hebben onvoldoende effect bewerkstelligd
- er is sprake van recidive
- er is sprake van stabiele chronische problematiek, niet crisisgevoelig
- er is sprake van stabiele chronische problematiek, crisisgevoelig
- er is sprake van instabiele chronische problematiek

Bijlage 16: Verwijzing echelon tussen huisarts, GBGGZ en SGGZ

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 terugvalpreventie (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 en er niet te intensieve zorg nodig 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 suicidaliteit
- 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

Bijlage 17: Basisinterventies en eerste-stap interventies

Basisinterventie

PSYCHO-EDUCATIE

Psycho-educatie is als basisinterventie een onderdeel van elke behandeling van angst- en of stemmingsproblematiek. De patiënt dient goed op de hoogte te zijn van de verschijnselen die horen bij het ziektebeeld, de complexiteit en het beloop van de klachten of stoornis, de behandel mogelijkheden, het belang van therapietrouw bij de behandeling en de risico's op terugval of een recidief. Psycho-educatie draagt bij aan kennis en vaardigheden in om met de klachten om te

gaan. Door een goede uitleg over de mogelijkheden voor behandeling en begeleiding en over eventuele medicatie (werking, dosering, verwachte bijwerkingen, belang van therapietrouw) stellen hulpverleners de patiënt in staat tot weloverwogen gezamenlijke besluitvorming over het behandelbeleid.

Daarnaast is het van belang om naasten, zoals de gezinsleden van de patiënt goed te informeren over de verschijnselen van de problematiek. In diverse van de verderop onder eerste-stap interventies genoemde interventies zit ook psycho-educatie verweven.

LEEFSTIJLADVISING EN ACTIVERING

Het opbouwen of verbeteren van dag structurering (inclusief arbeidsgerichte therapie) en het (eventueel) blijven werken behoren tot de basisinterventies, wat meer bij depressieve klachten of een depressieve stoornis, maar zijn ook van belang bij angstproblematiek.

Zie bijlage 13 voor meer informatie

GROEPSCURSUSSEN

Verschillende zorgverleners bieden (meestal gestandaardiseerde) cursussen aan. Veelal zijn dit preventieve cursussen, bijvoorbeeld de cursussen 'In de put, uit de put', mindfulnes cursussen, 'Angst de baas', 'Minder piekeren', 'Geen paniek'.

Eerste stap interventie

BIBLIOTHERAPE

Dit betreft hulp in de vorm van schriftelijk en/of audiovisueel materiaal waarin een gestandaardiseerde behandelvorm zo is beschreven dat de patiënt deze min of meer zelfstandig, met minimale ondersteuning van professionele hulpverleners, kan uitvoeren.

ZELFMANAGEMENTSTRATEGIEËN MET BEGELEIDING

Beproefde zelfmanagementstrategieën om terugval en recidivering te voorkómen zijn: het vinden van een goede balans in het leven, dag structuur en leef ritme, voldoende bewegen, onderhouden van sociale contacten, inschakelen van het netwerk bij het herkennen van signalen en het toepassen van mindfulness-technieken.

In de generieke module zelfmanagement staan diverse aanbevelingen over mogelijk interventies en onderwerpen om met patiënten te bespreken.

E-HEALTH-INTERVENTIES

In de huisartsenpraktijk kan een huisarts individueel een eHealthprogramma 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. Bij voorkeur wordt gekozen voor een blended vorm.

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.

Vergoeding voor E-mental health kan aangevraagd worden bij de zorgverzekeraar.

STEUNENDE, STRUCTURERENDE EN/OF ACTIVERENDE BEGELEIDING

Gesprekken over leefstijl, voeding en dag structureren passen goed in steunende-structurerende begeleiding, waarbij eventuele afgesproken pogingen tot verandering systematisch geëvalueerd worden. Het doel is daarmee ook de patiënt te helpen zijn depressieve klachten beter te hanteren. In combinatie met farmacotherapie dient steunende-structurerende begeleiding ter bevordering van de therapietrouw en om de behandeling goed te kunnen volgen en bijsturen (Actief volgen). Vooraf worden duidelijke afspraken gemaakt over frequentie en duur van de vervolcontacten die in het begin wekelijks of tweewekelijks en later geleidelijk minder frequent worden gehouden.

ACTIVERENDE BEGELEIDING

Deze interventie is gericht op het behouden en verwerven van zinvolle dagbesteding, zoals het behouden of hervatten van arbeid, opleiding en vrijwilligerswerk. Er wordt gewerkt aan persoonlijk functioneren in gedrag of vaardigheden, het samen met de patiënt zoeken naar mogelijkheden op het gebied van zinvolle dagbesteding. Het kan ook gaan om activiteiten op het gebied van opleiding en (vrijwilligers)werk.

FYSIEKE INSPANNING, RUNNING THERAPIE, PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE

De WHO-norm is dagelijks minimaal 30 minuten matig-intensieve lichaamsbeweging in minimaal 5 dagen per week.

Patiënten zijn positief over sportactiviteiten. Diegenen die een training hebben gedaan op dit gebied, voelen zich daar goed bij. Soms is het voor de eerste keer dat ze joggen of hardlopen. Pas door het regelmatig te doen is het effect te merken. Anderen kiezen voor yoga of andere oefeningen. Het is belangrijk, dat iemand iets doet wat bij hem past: of dat nu bij een sportschool is, fietsen of dansen, dat maakt niet uit.

PSYCHOSOCIALE BEHANDELING

Psychosociale behandeling omvat het omgaan met en beïnvloeden van de alledaagse leefsituatie van de patiënt. Interventies richten zich op sociale relaties of situaties waarbij zowel psychische als sociale aspecten een rol spelen. Het doel van de behandeling betreft het voorkomen, herstellen of draaglijk maken van verlies van controle door levensproblemen, ingrijpende gebeurtenissen of moeilijke omstandigheden. De omgeving speelt een belangrijke rol en wordt doorgaans ook betrokken bij de behandeling. Het kan gaan om:

- counseling, begeleiding of behandeling bij lichamelijke ziekte of psychosociale klachten;
- aanleren van praktische of probleemoplossende vaardigheden voor lichamelijk of psychisch functioneren;
- hulp bij verliesverwerking;
- hulp bij relatieproblemen, thuis of elders;
- scheidingsproblematiek;
- hulp bij vragen rondom opvoeding;
- begeleiding bij burn-out, werkhervatting na ziekte of werkconflicten;
- hulp bij het houden van overzicht en regelzaken

Bijlage 18: Informatie die moet staan in de terugverwijzing/rapportage aan de huisarts (Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, GBGGZ en SGGZ)

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

- 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.

Bijlage 19: Voorbeeld terugvalpreventieplan

Terugvalpreventieplan

Preventie:

Welke leefregels zijn belangrijk voor mij?

Belastende omstandigheden:

In welke situaties , omstandigheden en gedragingen loop ik risico dat de klachten gaan opspelen?

Sterke kanten:

Wat zijn mijn sterke kanten? Wat kan ik inzetten als het minder goed met me gaat?

Vroege signalen:

Waaraan kan ik merken dat het minder goed met me gaat?

Wat merk ik zelf?

Wat merkt een ander?

Actieplan bij vroege signalen :

Wat helpt me om beter om te gaan met de vroege signalen en met de situatie/omstandigheden die deze veroorzaken?

Wat doe ik zelf?

Wat doet een ander?

Bijlage 20 Huisarts en WMO/Welzijn

Verwijsindicatie

Bij angst- en/of stemmingsklachten met een vermoeden op onderliggende problematiek kan patiënt worden doorverwezen naar het gemeentelijke WMO-loket. Hier wordt informatie en advies gegeven betreffende:

- Zorg aan huis
- Vervoer
- Vrijtijdsbesteding voor alle leeftijden
- Sociale contacten
- Mantelzorg
- Zorg over anderen in de omgeving
- Levensonderhoud
- Schulden
- Overlast
- Discriminatie
- Hulpmiddelen

Werkwijze

Het WMO adviescentrum adviseert op verschillend gebied. Uitgangspunt van de WMO: eigen kracht, eigen netwerk, voorliggende voorzieningen en algemene voorzieningen. Wanneer dit geen oplossing biedt: maatwerkvoorzieningen. Voorliggende en algemene voorzieningen kunnen bijvoorbeeld zijn een oplossing via eigen netwerk, mantelzorg, zorgpauze, via de zorgverzekering of via het vrijwilligersservicepunt, etc. De advisering gebeurt door persoonlijk contact, informatie en bijeenkomsten. Zoals onder andere:

- Mantelzorgondersteuning; bijeenkomsten, ondersteuning.
- Welzijnsondersteuning, o.a. Welzijn op Recept, nieuwe mensen ontmoeten.
- Vrijwillige inzet; vrijwilliger worden, vrijwillige ondersteuning nodig hebben.

Er wordt samengewerkt met:

- Welzijnsorganisaties, o.a. Noordwijk:
 - Koffie en geldzaken, inloop voor vragen over administratie en financiën.
- Stichting MEE; Dit is een coöperatie van 20 MEE organisaties. Zij zetten zich in voor een samenleving die ook toegankelijk is voor mensen met een beperking. Zij doen dit d.m.v. 3 aandachtvelden:
 - Academie: training, scholing en kennisdeling met als doel deskundigheidsbevordering voor organisaties en professionals die in hun werk te maken krijgen met mensen met een beperking.
 - Clientondersteuning: landelijke afspraken maken over de borging van clientondersteuning. Naar school gaan, zelfstandig wonen, gezondheid, sporten, omgaan met regels en geld kost doorgaans meer energie, ook van de omgeving. Een steun in de rug is hierin noodzakelijk.
 - Participatieprojecten: MEE zet projecten in om participatie van mensen met een beperking te vergroten. Hierdoor wordt het draagvlak van inclusie vergroot.
- Kwadraad Algemeen Maatschappelijk Werk; Zie bijlage
- ISD; Deze voert taken uit op het gebied van de sociale zekerheid en WMO: uitkeringen, bijzondere bijstand, taxi-vergoeding, hulp in de huishouding, overgang WMO naar WLZ (Wet Langdurige Zorg), gehandicapten parkeerkaart, Schulddienstverlening)
- Humanitas: Dit is een landelijke organisatie van vrijwilligers. De vrijwilligers helpen mensen op eigen kracht hun situatie te veranderen. Hulp is gratis, tijdelijk en gelijkwaardig. Aandachtsgebieden: eenzaamheid, verlies, opvoeden, opgroeien, thuisadministratie, detentie.
- Voedselbank: voor degene die het het hardst nodig hebben onder de één miljoen mensen die onder de armoede grens leven. Zij kunnen een beroep doen op hulp dvm voedselpakketten. Dit is tijdelijk. Bedrijven, instellingen, overheden en particulieren helpen daarbij. Met geld, eten en diensten. Nevendoel: voedseloverschotten helpen verminderen en het milieu minder belasten.
- Centrum Jeugd en Gezin: Deze instelling geeft hulp en advies bij opvoeding en opgroeien. Leeftijdsgericht, themagericht. Individuele en groepsbegeleiding. Bij complexere zorgvragen wordt het Jeugd- en Gezinsteam geraadpleegd (JGT). Dit team kan een kind verwijzen voor GGZ hulp en kan gezinsbegeleiding starten. Bij twijfels over een veilig leefklimaat voor het kind kunnen zij stappen zetten naar het gedwongen kader.

- GGD Hollands Midden: (Gemeentelijke Gezondheidsdienst) is onderdeel van RDOG (Regionale Dienst Openbare Gezondheidszorg).
- Onderdeel van de missie is bewaken, beschermen, bevorderen van de gezondheid en welbevinden van de burgers in de regio, zowel in reguliere als crisisomstandigheden.
- De GGD Hollands Midden bestaat uit de drie sectoren Publieke Zorg voor de Jeugd (PZJ), het consultatiebureau en de schoolartsdienst, Algemene GezondheidsZorg (AGZ) en Maatschappelijke Zorg en Veilig Thuis (MZVT). Onder deze laatste dienst valt het Meldpunt Zorg en Overlast en Veilig Thuis Hollands Midden (Voorheen Steunpunt Huiselijk Geweld). Verder is er nog een Adviesteam calamiteiten en zedenzaken.
- Rivierduinen Geestelijke GezondheidsZorg: Biedt Geestelijk Gezondheidszorg aan kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen. Uitgangspunt: Thuis als het kan, in een van de poliklinieken of klinieken als het moet. Er wordt gewerkt met zorgprogramma's gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. De professionele en deskundige medewerkers meten voortdurend de resultaten van de behandeling. Voor hen staat het geven van zorg op een persoonlijke, betrokken wijze voorop. Richtinggevend is daarbij de behoefte en vraag van cliënten, leidraad een respectvolle en mensgerichte bejegening.
- Brijder verslavingszorg: Zij richten zich op het voorkomen en behandelen van verslaving met bijkomende problematiek en op het verbeteren van de kwaliteit van leven.
- De Binnenvest Begeleiding: De Binnenvest biedt een vangnet voor mensen die dak- of thuisloos zijn of dreigen te raken. De Binnenvest bestaat uit professionals, ervaringsdeskundigen en vrijwilligers. Zij bieden opvang en ondersteunen mensen om hun kracht te vinden en te versterken, zodat zij hun leven weer kunnen opbouwen en kunnen bijdragen aan de maatschappij.
- Woningstichtingen:
- Veiligheidshuis Hollands Midden: Veiligheidshuizen zijn netwerksamenwerkingsverbanden, die partners uit de strafrechtketen, de zorgketen, gemeentelijke partners en bestuur verbinden in de aanpak van complexe problematiek. Het doel van de samenwerking is het terugdringen van overlast, huiselijk geweld en criminaliteit.

Stappen in het werkproces:

- a) Aanmelding: aanmelding kan telefonisch voor een spreekuurafpraak. Voor korte vragen is er veelal een inloopsprekuur. Iedere gemeente heeft de toegang anders geregeld. In de Bollenstreek wordt gewerkt aan het ontwikkelen van de integrale toegang. Eén toegang voor alle hulpvragen van alle inwoners. Ook Katwijk is hiermee bezig. Werkprocessen worden ook in het project integrale toegang opnieuw ingericht. Er zijn geen criteria voor het maken van een afspraak.
- b) Intake: afhankelijk van de vraag en vermoeden van achtergrondproblemen, mobiliteit zal een afspraak worden gemaakt.
- c) Behandeling: Patiënt wordt oha doorverwezen naar een samenwerkende/uitvoerende organisatie die de daadwerkelijk hulp en ondersteuning gaat oppakken.
- d) Afsluiting en nazorg. In overleg met de klant. Bij kwetsbare inwoners wordt een vervolcontact afgesproken na x aantal weken of maanden. Bij blijvende kwetsbaarheid wordt een waakvlamfunctie georganiseerd door eigen netwerk of een organisatie.

Voorlichting aan de patiënt

Het is aan te raden om in de communicatiekanalen van de huisarts melding te maken van de WMO-mogelijkheid. Zoals bijvoorbeeld de wachtkamer informatie, folderrek en website.

Soms betreft het patiënten die weinig vertrouwen hebben in instanties en organisaties. Het is verstandig dat de POH GGZ een patiënt begeleidt naar de WMO en samen de intake doet, een warme overdracht dus. Hiermee wordt gewaarborgd dat de hulpvraag, die de huisarts/POH GGZ heeft gedestilleerd ook goed verwoord wordt naar de WMO-adviseur.

Overleg met de huisarts

Dit is niet gebruikelijk. Echter, iedere professionele organisatie heeft een signaleringsfunctie.

Indien er een vermoeden is van ernstige somatische of psychische pathologie, die nog niet bekend is bij de patiënt ligt het voor de hand dat de direct betrokkene de cliënt zelf hierop attendeert.

Eventueel kan met toestemming van de cliënt een familielid of een mantelzorger benaderd worden.

De cliënt wordt geadviseerd medische hulp in te schakelen via de huisarts. Geen onderzoek of zorg willen is een keus die gerespecteerd wordt. De uiterste grens is het gevaar criterium: de cliënt is een gevaar voor zichzelf (suïcidaal, ernstige verwaarlozing) of voor anderen((dreiging met geweld). Er is geen terugrapportage.

Bijlage 21: Huisarts en AMW (Algemeen Maatschappelijk Werk)

Inleiding

In de zorg ligt de focus op gezondheid. Op herstel van het vermogen om je aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven. Het herwinnen van fysiek en geestelijk welzijn is niet persé een doel op zich, maar een middel om een volwaardig en zinvol leven te leiden. Vanuit dit perspectief dragen het sociale domein, de huisartsenzorg en ggz-zorg allen bij aan herstel en meer kwaliteit van leven. Aansluitend bij de eigen kracht van patiënten en bij de onmisbare steun van hun naaste(n). Eigen regie, zelfmanagement en gelijkwaardig contact zijn hierbij essentieel. Uiteraard zonder de beperkingen uit het oog te verliezen. Het gaat primair om het vinden van een evenwicht tussen de draaglast van de patiënten en hun naaste(n) en hun draagkracht om de meest passende weg te vinden richting herstel. Mensen hebben allemaal hun persoonlijke geschiedenis. Iedereen functioneert in zijn of haar eigen sociale omgeving op basis van eigen kracht. Daarom is het van belang om gepast gebruik te maken van diagnostische labels. Bijvoorbeeld als werkhypothese of als zoekterm. Er dient nadrukkelijk ruimte te zijn voor verschillende verklaringsmodellen over oorzaak, beloop, veerkracht en herstel van disbalans. Staar je niet blind op diagnostische labels en etiketten, maar houd altijd oog voor de mensen om wie het gaat en zijn individuele verhaal. Het is belangrijk te realiseren dat lichamelijke behoeften, behoefte aan veiligheid en zekerheid en sociale behoeften zich kunnen uiten als psychische klachten. Geregeld is er sprake van een psychische ziekte in combinatie met behoefte aan meer basale veiligheid, genoemd in de piramide van Maslow, zie tabel 1. De psychische aandoening en de basisbehoeften beïnvloeden elkaar negatief en houden elkaar mogelijk ook in stand. Het is minder effectief om de depressieve klachten te behandelen, terwijl de basale behoeften onbesproken blijven. De laagdrempeligheid van de huisartsenvoorziening maakt dat deze vaak als eerste wordt geraadpleegd. Het is voor de patiënt zelf vaak niet duidelijk wat de oorzaak is van de ervaren klachten. Het is aan de huisarts en POH GGZ om de onderliggende oorzaken van de klachten op te sporen en zo nodig naar het MW te verwijzen.

Wat is AMW

Het huidige AMW is een eerstelijns voorziening voor psychosociale hulpverlening die voor iedereen toegankelijk is. Het is een laagdrempelige vorm van hulpverlening waarbij geen verwijzing of indicatie nodig is. Het is een lokale voorziening gefinancierd door de gemeente. Het AMW is gericht op het verlenen van tijdelijke procesmatige hulpverlening. Vaak hebben cliënten problemen op verschillende levensgebieden zoals relatieproblemen, opvoeding, rouwverwerking, assertiviteit, schulden, huiselijk geweld, problemen met instanties, overlastsituaties en verslavingsproblematiek. Er komt echter steeds meer nadruk te liggen op materiële hulpverlening en geweld zoals kindermishandeling, huiselijk geweld en seksueel misbruik. In veel gevallen heeft een cliënt meerdere problemen die sterk met elkaar zijn verweven. AMW gaat uit van de gezonde kant van mensen en investeert in onderlinge verbinding van burgers. Zij is een spin in het web tussen burger, overheid, maatschappelijke organisaties, maatschappelijk betrokken bedrijven en burgerinitiatieven. Zij verbindt, ondersteunt, en adviseert. Dit alles om de burger te helpen zijn netwerk optimaal te gebruiken en zn. uit te breiden.

Wanneer AMW

Patiënten waarbij een gebrek aan veiligheid en zekerheid ten grondslag ligt aan de stemmings- en angstklachten zijn meer gebaat bij hulp in het zoeken naar oplossingen voor deze problemen dan in de behandeling van de klachten. Zie tabel 1. Te denken valt aan:

- Schuldenproblematiek
- Huiselijk geweld
- Problemen met (overheids)instanties

Ook bij psychosociale problemen heeft hulp van uit het sociale domein de voorkeur boven medische zorg vanuit de huisartsenvoorziening. Psychosociale problemen zijn immers inherent aan het leven verbonden. Daar past geen medisch etiket. Te denken valt aan:

- Stress, slaapklachten
- Relatieproblemen, scheidingsproblemen
- Rouw



Tabel 1: Maslow-piramide

Werkwijze

Het AMW is een gemeentelijke voorziening en daarom zonder verwijzing beschikbaar voor alle burgers. Via een algemeen telefoonnummer kan een afspraak op de gewenste locatie worden gemaakt. Vaak is er een inloepsprekuur. Binnen het AMW wordt zowel individueel, systeemgericht, relatiegericht als groepsgericht gewerkt. Er wordt gebruik gemaakt van informatie via de website, er zijn diverse eHealth cursussen, informatieavonden en cursussen op locatie. Deze hebben betrekking op de volgende thema's:

- Gezin en opvoeding;
- Verlies en rouw
- Ruzie en geweld
- Geld en werk
- Relatie en huwelijk
- Iets anders....

Ook wordt er steeds meer outreachend gewerkt om cliënten beter te bereiken en te ondersteunen. Algemeen maatschappelijk werkers nemen steeds vaker deel aan lokale en regionale netwerken op het terrein van armoede en het minimabeleid, eenzaamheid, OGGZ (Openbare GGZ=bemoeizorg), ZorgAdviesTeams op middelbare scholen en huiselijk geweld. Daarnaast wordt er veel samengewerkt met lokale en regionale organisaties zoals: Bureau Schuldregeling, huisartsen, Sociale Dienst, GGZ, vluchtelingenwerk, leerplichtambtenaar. Recent is er veel aandacht voor de wijkgerichte aanpak of community approach. Diverse uiteenlopende cliëntgroepen worden door het AMW bediend.

Overleg

De huisarts en POH GGZ zullen met de patiënt afspraken moeten maken hoe de voortgang wordt gevolgd. Het is niet gebruikelijk dat de huisarts een bericht krijgt wat het behandelplan is en de voortgang daarvan. Soms is het nuttig om, met toestemming van de patiënt, e-mail contact te onderhouden.

- Signalering van psychische problematiek
- De MW (Maatschappelijk Werkster) heeft een signaleringsfunctie. Dit betreft vooral ernstige stemmingsklachten of suicidaliteit, ernstige angstklachten. Niet bekende psychotische belevingen zal zij melden. Echter via netwerken heeft zij ook direct toegang tot de GGZ, voor overleg. Voor nieuw gesignaleerde problematiek zal zij naar de huisarts verwijzen.

Bijlage 22: Huisarts en LVB (Licht Verstandelijke Beperking)

Document opgesteld in samenwerking met Poli+



Factsheet Poli + september 2019

VERWIJSLIJNEN IN DE REGIO VOOR PATIENTEN MET PSYCHISCHE STOORNISSEN EN ZWAKBEGAAFDHEID OF EEN (LICHTE) VERSTANDELIJKE BEPERKING

Mensen met zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking zijn bijzonder kwetsbaar voor het ontwikkelen van psychische stoornissen. Deze groep heeft dan ook uw specifieke aandacht. Zeker in kader van het streven om de 'juist zorg -tijdig- op de juiste plek' te leveren. Juist deze patiënten belanden samen met u als huisarts vaak in het doolhof en krijgen niet of veel te laat passende zorg. De kernelementen van goede diagnostiek en behandeling en passende zorgorganisatie voor psychische stoornissen bij patiënten met zwakbegaafdheid of een verstandelijke beperking staan beschreven in de Generieke Module Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking.

<https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/psychische-stoornissen-en-zwakbegaafdheid-zb-of-lichte-verstandelijke-beperking-lvb/preview>. Dit vormt een aanvulling op alle stoornis specifieke zorgstandaarden en richtlijnen.

SPECIFIEK PATIENTEN PROFIEL

We spreken van zwakbegaafdheid (ZB) wanneer er sprake is van een IQ tussen de 70 en 85. We spreken van een lichte Verstandelijke Beperking (lichte VB) wanneer iemand een IQ tussen 50-70 scoort op een intelligentietest en tekorten heeft in het aanpassingsvermogen, die zijn begonnen gedurende de ontwikkelingsperiode. Hoewel het IQ een belangrijk aspect is van de classificatie ZB en lichte VB, dient er ook aandacht zijn voor de (beperkingen) in het adaptieve functioneren. Zwakbegaafdheid komt veel vaker voor dan een (lichte) verstandelijke beperking. Volgens de normaalverdeling van intelligentie scoort zo'n 13,6% van de mensen een IQ tussen de 70 en 85 op een intelligentietest. Dat betekent dus: 2,3 miljoen Nederlanders. Een lichte verstandelijke beperking komt voor bij 2,1% van de bevolking. Uit steeds meer onderzoek blijkt dat zwakbegaafdheid een belangrijke kwetsbaarheid is voor het ontwikkelen van psychische stoornissen. Daarbij is bekend dat zo ongeveer alle psychische stoornissen vaker voorkomen bij zowel kinderen als volwassenen met ZB dan bij de algemene populatie. Hetzelfde geldt voor mensen met een lichte VB.

KERNELEMENTEN VAN GOEDE ZORG BIJ PSYCHISCHE KLACHTEN OF STOORNISSEN

Voor goede zorg is (vroeg) (h)erkenning van zowel de ZB of de lichte VB als de psychische stoornis van belang.

Herkennen laag IQ

Op het moment dat iemand met psychische klachten zich bij u als huisarts of bij een andere hulpverlener meldt, is het belangrijk dat eventuele signalen van ZB of lichte VB zo snel mogelijk herkend worden! Door het herkennen van het lage IQ en vervolgens het aanpassen van uw communicatie en bejegening bent u veel beter in staat om het gesprek te voeren met uw patiënt en de klachten uit te vragen.

Voor het herkennen van ZB of lichte VB helpt het om te letten op bijvoorbeeld op het taalgebruik en begrip; vraag informatie na op gebied van schoolopleiding, doublures, diploma's en het (niet) vinden van werk. Let op het verloop van de afspraken.

Wanneer u een vermoeden heeft van een laag IQ kunt u overwegen om de **SCIL** als screener af te nemen. (<https://hsleiden.mediamission.nl/Mediasite/Play/a4e1bef39e1242f682434275d18e9d071d>) Lees verder voor meer tips zowel voor het herkennen van het lagere IQ als het aanpassen van uw communicatie onder het kopje 'meer informatie' en de bijlage.

Herkennen van psychische stoornissen

Psychische stoornissen worden bij mensen met ZB of lichte VB op dezelfde manier geclassificeerd als bij mensen met een gemiddelde of bovengemiddelde intelligentie. Dezelfde DSM-criteria zijn van toepassing en de bestaande richtlijnen zijn ook toepasbaar voor mensen met ZB of lichte VB. Dit geldt overigens niet zonder meer voor mensen met een matige of ernstige VB (IQ onder 50). Bij patiënten met een laag IQ kunnen psychische symptomen zich wel anders manifesteren dan wel anders door hen verwoord worden. Let er o.a. op dat het aangeven van tijdslijnen en het onderscheiden van emoties en gedachten moeilijk kunnen zijn. Er worden soms andere woorden gebruikt voor klachten, of psychische klachten vertalen zich in somatische klachten. Lees verder voor meer tips over herkennen en diagnostiek onder het kopje 'meer informatie'.

Behandeling van psychische stoornissen

Voor mensen met ZB of lichte VB gelden dezelfde behandel richtlijnen, protocollen en methodieken als voor andere patiënten. Er is geen reden om aan te nemen dat de werkende kern van de psychotherapeutische interventies of medicatie bij deze patiëntengroep niet of minder effectief is. Bij het gebruik van een behandel methodiek moet wel rekening gehouden worden met de cognitieve maar ook met de sociale en emotionele mogelijkheden. Er zijn dus aanpassingen nodig. Dit noemen we geprotocolleerd maatwerk. Lees verder voor meer tips over de behandeling onder het kopje 'meer informatie'.

VERWIJFSROUTE

Voor de verwijzing van patiënten met een laag IQ voor behandeling van psychische klachten en psychische stoornissen volgt u in principe de reguliere verwijfsroute zoals beschreven in de (regionale) richtlijnen. Wel is het altijd van belang om niet alleen te kijken naar de ernst en complexiteit van de psychische klachten maar ook naar de ernst en de complexiteit van de cognitieve en adaptieve beperkingen. Daarbij is het van belang om de interferentie tussen de psychische klachten en het lage IQ in te schatten. Lees verder voor meer tips en voorbeelden over de verwijfsroute onder het kopje 'meer informatie'.

- Daar waar de psychische klachten een direct gevolg (b)lijken van de ZB of VB (bijvoorbeeld door overvraging op cognitief of emotioneel of praktisch vlak) en niet voldoen aan alle criteria van de DSM kan eerst een verwijzing naar de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking of binnen de WMO/sociale wijkteams op zijn plaats zijn (www.meezhh.nl). Verdwijnen de klachten niet ondanks aanpassing van de balans tussen draagkracht en draaglast van de patiënt dan is een tweede stap, het inzetten van behandeling binnen de GGZ.
- Daar waar de psychische klachten wel last geven maar niet voldoen aan de DSM criteria en de interferentie met het lage IQ licht is, kan behandeling bij de POH GGZ worden ingezet.
- Daar waar de psychische klachten licht/matig of ernstig zijn maar de interferentie met het lage IQ niet groot (denk aan PTSS bij een zwakbegaafde patiënt) kan de reguliere verwijfslijn gevolgd worden naar een reguliere Basis of SGGZ praktijken/ instelling.
- Daar waar er sprake is van een hoge interferentie tussen een ernstig/complex psychiatrisch beeld en een complex/ ernstige cognitieve beperking is het van belang om een verwijzing te doen naar een hoog specialistische GGZ. In deze regio: Centrum Kristal, VB teams GGZ Delfland en Parnassia. Of naar de Poli+ voor de naar verwachting kortdurende behandeltrajecten (zie voor onze mogelijkheden: www.poli-plus.nl)

Tenslotte:

Juist bij deze patiënten is er vaak sprake van gestapelde problematiek. Soms zal het zo zijn dat er op verschillende gebieden tegelijkertijd zorg ingezet dient te worden. En soms vraagt de casus om een seriële aanpak. Van belang is dat u als verwijzer de regie blijft behouden (de patiënt komt voor een volgende stap waarschijnlijk bij u terug) of af te spreken met andere betrokken wie regie houdt. Ook is het van belang om met elkaar af te spreken om de patiënt bij een doorverwijzing niet los te laten voordat deze patiënt binnen is bij de volgende zorgverlener.

Bij het bepalen van de mate van interferentie kan in sommige casuïstiek de input van een specialist helpend zijn. Het bepalen van de mate van interferentie vraagt in sommige casuïstiek de blik van een specialist. Binnenkort kunt u deze vraag bij ons neer leggen via de Consultatieve dienst van Transparant. Zodra dit in werking is zullen wij hier de link en het telefoonnummer van de consultatieve dienst plaatsen.

Tot het zover is, denken wij nog graag mee zoals u dat van ons gewend bent (zie website www.poli-plus.nl)

Het verwijzen volgens bovenstaande richtlijnen vraagt van de verwijzers en ontvangers het zien van het belang om op deze wijze de juiste zorg op de juiste plek te krijgen. Dit vraagt overleg en commitment in uw samenwerkingsnetwerk.

MEER INFORMATIE

De generieke module psychische stoornissen en zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking is online te vinden via:

<https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/psychische-stoornissen-en-zwakbegaafdheid-zb-of-lichte-verstandelijke-beperking-lvb/preview>) "

www.thuisarts.nl

Kijk voor publicaties over de problematiek, tips over herkennen, diagnostiek en behandeling en organisatie van zorg op onze website <https://poli-plus.nl/publicaties/> . Voor scholingsmogelijkheden op <https://poli-plus.nl/diensten/poli-plus-kennis/>

Kijk voor uitgewerkte behandelmodules en tips ook op de site van Poli+: <https://poli-plus.nl/publicaties/> . En op de site van Rivierduinen: <https://www.rivierduinen.nl/kristal/professionals/uitgaven>

BIJLAGE

TIPS HERKENNEN LAAG IQ IN HUISARTSENPRAKTIJK

Herkennen van een laag IQ

Weet dat laag IQ vaak voorkomt

Weet dat het meestal niet onmiddellijk opvalt

- Vraag naar school- en werkcarrière
- Let op het taalgebruik en het taalbegrip
- Vraag naar de sociale contacten en interesses
- Let op de schoolse vaardigheden
- Let ook op gedrag
- Let op verloop afspraak

Handige screener De Scil

Wanneer je een vermoeden hebt kun je een screener te gebruiken om de waarschijnlijkheid van je vermoeden te bevestigen. Let wel: een screenen is geen IQ test. De screener is via internet te bestellen.

BEJEGENING

- Verval niet in betuttelende of paternalistische of juist te amicale of kinderlijke houding. Losjes maar wel professioneel
- Respectvol sturend
- Geef mensen even tijd om zich op hun gemak te voelen
- Wees helder over wie u bent en wat het doel is van uw gesprek
- Stel eventueel voor elkaar bij de voornaam aan te spreken
- Praat nooit over het hoofd van uw patiënt met 'belangrijke anderen'

COMMUNICATIE

- Vermijd jargon als dat kan
- Stem af op de verwerkingsnelheid
- Stel korte, open vragen
- Blijf doorvragen tot u uw patiënt begrijpt
- Stel zo nodig of-of vragen
- Breng steeds structuur aan in het gesprek
- Let ook op non verbale signalen die erop duiden dat u niet begrepen wordt
- Vat regelmatig samen wat u begrepen hebt
- Zorg altijd voor pen en papier
- Check of u begrepen bent en uw advies uitgevoerd kan worden (Teachback methode)

SCHRIFTELIJKE COMMUNICATIE

- Bedenk goed wat je wilt bereiken met je tekst
- Eenvoudig schrijven wil niet zeggen dat het kinderachtig geschreven is
- Bied niet te veel informatie per keer aan
- Lettertype minimaal 12, met ruimte
- Gebruik korte zinnen
- Informatie op 1 A4
- Gebruik duidelijke kopjes

Bijlage 23 Suïcide

De term '**suïcidaal gedrag**' verwijst naar het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden. De term 'gedrag' verwijst zowel naar handelingen als naar gedachten. Suïcidaliteit is een uiting van een psychiatrisch ziektebeeld en dient daarom adequaat behandeld te worden.

Volgens de NHG standaard bij beoordeling ernst van de depressie is suïcidaliteit:

het risico op suïcide wordt groter wanneer er meerdere signalen (direct, indirect verbaal of gedragsmatig) gedurende langere tijd zichtbaar zijn, er eerdere pogingen gedaan zijn en er een positieve familieanamnese is. Vraag expliciet naar concrete suïcideplannen en de inhoud daarvan. Hoe nauwkeuriger en specifiek het plan, hoe groter het risico op daadwerkelijke uitvoering ervan.

De huisarts: kan te maken krijgen met patiënten met elke vorm van suïcidaal gedrag: gedachten aan de dood, suïcidegedachten, suïcideplannen, na een suïdepoging, of met naasten van personen overleden aan suïcide.

Motieven voor suïcidaal gedrag kunnen sterk uiteenlopen bijv. een uitgesproken wens te willen sterven, het leven niet langer aan te kunnen, ontsnappen uit een ondraaglijke situatie, een wanhoopsdaad, een behoefte om anderen iets duidelijk te maken. **Elke vorm van suïcidaal gedrag is geassocieerd met een verhoogd risico op suïcide.** Professionals die met suïcidaal gedrag geconfronteerd worden, moeten het gedrag- hoe ambivalent of ogenschijnlijk onschuldig ook- serieus nemen. Weeg altijd af of medisch handelen geïndiceerd is. Contact maken, luisteren zonder waardeoordeel en doorvragen is essentieel.

Kernafspraken generieke module acute psychiatrie :

- Voorkom crisis: signaleer beschermende en uitlokkende factoren voor crisis.
- De-escalate de situatie; creëer rust, veiligheid en vertrouwen.
- Vraag of de persoon crisisafspraken of een crisiskaart heeft.
- Betrek de persoon in crisis en zijn naasten zoveel mogelijk bij iedere stap id. keten.

Informatie van **www.113.nl**:

1. Herken de signalen -Wees alert op verbale en non-verbale signalen
2. Stel de vraag - Maak contact en vraag door naar zelfmoordgedachten
 - Mocht u op basis van signalen en/of een niet-pluis gevoel het vermoeden hebben dat
 - er sprake zou kunnen zijn van zelfmoordgedachten, bespreek dit dan met de patiënt.
3. Handel - Plan afspraak bij de huisarts
 - Is er sprake van zelfmoordgedachten, wees dan transparant over uw bezorgdheid en
 - geef aan dat u graag een afspraak met de huisarts wilt maken. Plan deze afspraak
 - voor dezelfde dag of in overleg met de huisarts een spoedafspraak.
4. Check bereikbaarheid patiënt en contactpersoon - Check of de contactgegevens van de patiënt correct zijn.

Vervolgens gelden voor de Huisarts, POH GGZ en Assistent de volgende taken:

De **Assistente**: Signaleren, triage, indien nodig met spoed hulp van huisarts/POH GGZ inzetten, afspraak of visite plannen.

De **POH GGZ**: behandelen, maar signaleert en beoordeelt wanneer een patiënt suïcidaal wordt. In overleg met de huisarts beleid bepalen.

De **Huisarts**: Signaleren, wees alert op verbale en non-verbale signalen Er zijn uiteenlopende signalen die kunnen duiden op zelfmoordgedachten. Door deze signalen te herkennen is sneller

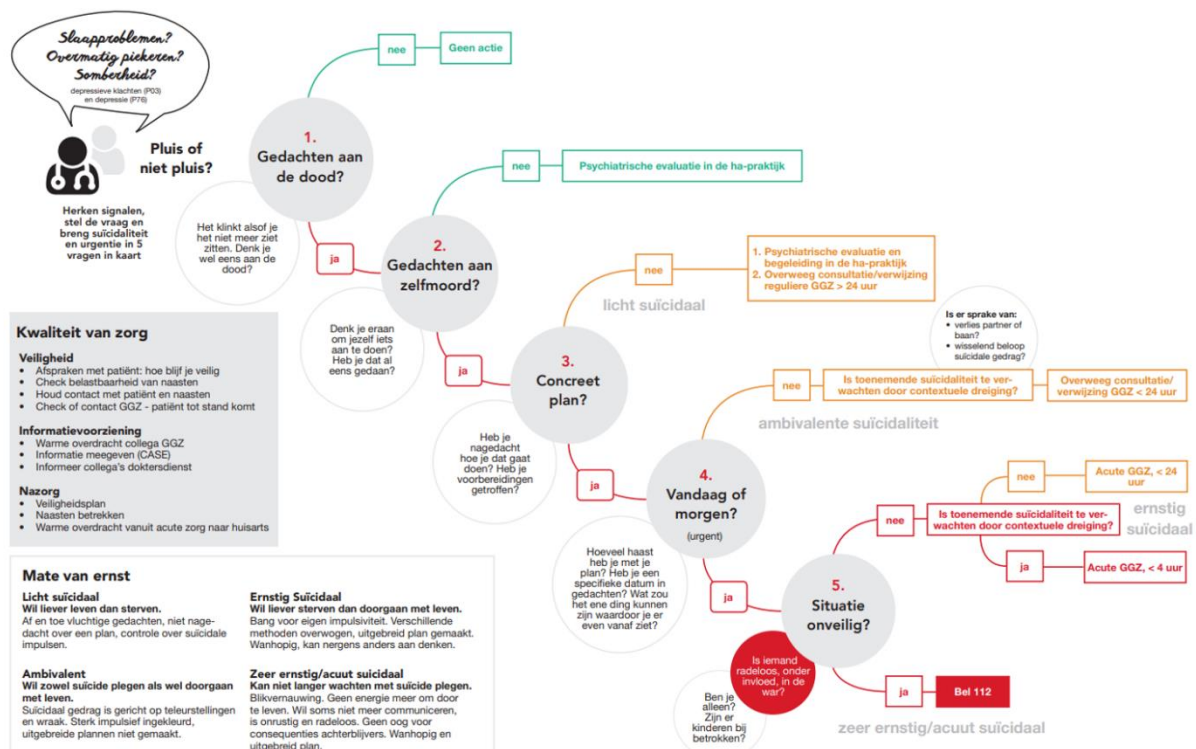
ingrijpen mogelijk. Maak contact en vraag door naar zelfmoordgedachten. Mocht u op basis van de signalen en/of een niet-pluis gevoel het gevoel hebben dat er sprake zou kunnen zijn van zelfmoordgedachten, bespreken met de patiënt.

Breng de ernst van de suïcidaliteit in kaart. En maak een veiligheidsplan, samen met de patiënt, dit biedt houvast bij het overbruggen van een crisis. In het plan staat wat patiënt in zo'n geval kan doen, maar ook met wie hij direct contact kan opnemen. Stem het af met de betrokken disciplines en de naasten van de patiënt.

Wanneer de patiënt zelfmoordgedachten of –plannen heeft is het belangrijk deze nader uit te diepen. Hoe zien de beschermende factoren eruit? Is er sociale steun aanwezig? Heeft de patiënt verantwoordelijkheidsgevoel voor partner, kinderen en andere naasten? Is er sprake van een religieuze overtuiging die de patiënt weerhoudt, of waar hij steun van ervaart?

Aandachtspunten bij het inschatten van de ernst en urgentie zijn: de lichamelijke toestand, combinatie van psychische en verslavingsproblemen, concreet plan, impulscontrole, voorgeschiedenis, gevoel van wanhoop, ondersteuning vanuit omgeving en de maatschappelijke situatie.

Op basis van de ernst en de aard van de suïcidaliteit worden de volgende acties ondernomen (zie figuur hieronder)



Deze Triagetool is gebaseerd op de GGZ Triagewijzer (onderdeel van de Generieke Module Acute psychiatrie), de Generieke module Suïcidaal gedrag en de Multidisciplinaire richtlijn Suïcidaal gedrag.

Als crisis in kaart is gebracht zijn onderstaande vervolgafspraken gepast:

- verwijzen naar een bevoegd en bekwaam deskundige, zo nodig met spoed
 - vervroegd POH GGZ
 - vervroegde afspraak eigen behandelaar BGGZ
 - SGGZ, acute beoordeling SGGZ/acute dienst/ via 113
 - SEH via 112
 - Rivierduinen APH ... tel nummer crisisdienst? (alleen voor huisartsen/haps)
- checken of verwijzing tot stand gekomen is
- na een suïcidepoging de patiënt somatisch onderzoeken en beoordelen of somatische behandeling nodig is (door huisarts)
- in noodsituatie de patiënt niet alleen laten. Naasten inschakelen
- zorg voor continuïteit (zo veel mogelijk relevante informatie doorsturen naar andere behandelsetting) (vervolgafspraak maken)
- de dokterspost informeren
- veiligheidsplan maken
- proactief navraag doen over suïcidaal gedrag bij patiënten, die herstellende zijn van een depressie of die in het (recente) verleden suïcidaal gedrag hebben vertoond
- wijzen op 113 online of 0900-0113 (24/7 bereikbaar)

BGGZ

Bij suïcide dreiging is het belangrijk om de wanhoop van de client te valideren en transparant te werken. Hiermee kan een betere inschatting worden gemaakt van het daadwerkelijke suïcide risico. Lage drempels voor contact met client en overleg met huisarts en POH GGZ zijn noodzakelijk. De BGGZ signaleert, behandelt bij matig suïcide risico en continueert de behandeling na beoordeling en stabilisatie door de crisisdienst. Een signaleringsplan, in samenwerking met huisarts en evt POH GGZ is nuttig en aanbevolen.

SGGZ

Rivierduinen organiseert voorlichtingsbijeenkomsten in de regio als het gaat om Angst en Stemmingsstoornissen en daarmee ook suïcide. De planning hiervoor staat op de website van Rivierduinen. Daarnaast biedt Rivierduinen ook suïcidepreventieve-activiteiten voor naasten van cliënten die aangemeld worden met suïcidaliteit binnen de acute zorg. Daar krijgen ze handvaten over hoe hiermee om te gaan.

Het nummer van de crisisdienst Rivierduinen: 088-2244333.

Bronvermeldingen:

- Module acute psychiatrie, van <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/acute-psychiatrie/inleiding>, (2019, 04 September)
- Handreiking 113 zelfmoordpreventie voor de huisartspraktijk, van <https://www.113.nl/sites/default/files/113/preventie/Handreiking%20113%20huisartsen.pdf>
- Website 113, informatie voor huisartsen, <https://www.113.nl/professionals-en-organisaties/huisartsen>
- Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (samenvatting), https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/site_products/7206233e5279689a66754732da3c50b7.pdf