

Gecombineerde Leefstijl Interventie Depressieve klachten in een Eerstelijns Zorgvoorziening

Een programmabeschrijving op basis van een verkennende pilotstudie

Colofon:

Redactie:

Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen

Elise van Casteren, Jolanda de Zeeuw en Anneke Hiemstra

Trimbos Instituut

Marijke Schotanus

Maart 2013

Inhoud

1.	Inleiding	3
2.	De Gecombineerde Leefstijlinterventie Depressieve Klachten kort samengevat.....	5
2.1	<i>Doel</i>	5
2.2	<i>Doelgroep</i>	5
2.3	<i>Integrale aandacht voor depressie, bewegen en voeding</i>	5
3.	Stroomschema GLI Depressieve Klachten	7
4.	Trajectbeschrijving GLI-DK.....	8
4.1	<i>Tijdsduur van het programma</i>	9
4.2	<i>Teamsamenstelling</i>	10
4.3	<i>Signalering en intake</i>	11
4.4	<i>Psychologische begeleiding</i>	15
4.5	<i>Beweegprogramma</i>	18
4.6	<i>Voedingsprogramma</i>	23
4.7	<i>Afronding programma, doorverwijzing, follow-up en nazorg</i>	25
5.	Multidisciplinaire samenwerking	26
6.	Borging van de GLI Depressieve Klachten	28
6.1	Bekostiging programmaonderdelen.....	28
7.	Toolkit GLI Depressieve Klachten	31
8.	Gebruikte bronnen	31

1. Inleiding

Ontwikkeling van de Gecombineerde Leefstijl Interventie Depressieve klachten

Veel mensen kampen met psychische aandoeningen wel of niet in combinatie met lichamelijke klachten. De complexe problematiek waar deze mensen mee worstelen, brengt hen geregeld bij de huisarts. Eerstelijnszorg, medicatie en adviezen zijn veelal onvoldoende om hen over de problemen heen te helpen. Deze mensen hebben meer nodig en zijn gebaat bij een integrale aanpak van zowel psychische, somatische als sociale problemen.

2010

In het werkveld ontstond de behoefte om in de huidige BeweegKuur ook een psychische component toe te voegen voor de deelnemers, omdat veel deelnemers, naast hun overgewicht of diabetes ook met psychische klachten te maken hebben. Daarnaast was er ook interesse om voor de groep met alleen psychische klachten een GLI te ontwikkelen waar bewegen het hoofdonderdeel van is.

2011

Vorbereidingen worden getroffen door experts te laten mee denken over hoe een GLI Depressieve Klachten (GLI-DK) eruit zou kunnen zien, waarbij de BeweegKuur de basis vormt. Daarnaast wordt een verkennend traject gestart met vier gezondheidscentra als pilotlocaties. Het doel is om te onderzoeken hoe een GLI-DK eruit ziet in de praktische toepassing. Hoe vinden signalering, intake en inclusie plaats? Hoe zien de inhoudelijke programma's van psychologische begeleiding, bewegen en voedingsbegeleiding eruit? Wat werkt daarbij goed en wat werkt minder goed?

2012

Op de vier pilotlocaties van de GLI-DK vindt de inclusie van patiënten en de uitvoer van het programma plaats. Door middel van interviews met uitvoerende zorgprofessionals en de verzameling van patiëntgegevens, wordt informatie verzameld over hoe de GLI-DK in de praktijk opereert en wat succes- en faalfactoren zijn. Ter afsluiting van de pilotstudie is een werksessie gehouden, waarin de vier pilotlocaties ervaringen, knelpunten en succes- en faalfactoren deelden, en meedachten in het formuleren van oplossingen. Daarnaast is een expertmeeting belegd, waarin de resultaten uit de pilotstudie werden gepresenteerd en door experts uit de eerstelijns gezondheidszorg werd meegedacht in de vaststelling van het definitieve programma. Het huidige document vormt het eindresultaat van dit verkennende traject. Zowel de resultaten en ervaringen uit de pilotstudie, als de kennis en expertise van de experts, zijn in de programmabeschrijving opgenomen. Deze programmabeschrijving kan professionals die werkzaam zijn in de eerstelijns gezondheidszorg op weg helpen in het opzetten van een GLI Depressieve Klachten. Het beschrijft niet een kant-en-klaar programma, maar reikt wel de mogelijkheden aan om met een eigen programma(variant) te starten.

De Gecombineerde Leefstijl Interventie Depressieve klachten in een eerstelijns zorgvoorziening is bedoeld als extra module of als variant op de traditionele BeweegKuur of Gecombineerde Leefstijl Interventie voeding en bewegen.

Leeswijzer

De programmabeschrijving begint in hoofdstuk 2 met een samenvattende tekst over de GLI Depressieve Klachten, gevolgd door het stroomschema in hoofdstuk 3. In hoofdstuk 4 treft u een uitgebreidere beschrijving van het traject. In hoofdstuk 5 en 6 zijn de multidisciplinaire samenwerking & rollen en de financiering & borging van de GLI Depressieve Klachten uitgewerkt.

In de programmabeschrijving treft u regelmatig tekstvakken aan. Daarin staan ervaringen, tips, informatie of concrete praktijkvoorbeelden die nuttig kunnen zijn in het ontwikkelen en uitvoeren van een GLI-DK. Er is in deze tekstvakken gebruik gemaakt van onderstaande symbolen. Hieraan kunt u herkennen of er een tip, waarschuwing, theoretische onderbouwing, of goed voorbeeld volgt. Daarnaast zijn verscheidene documenten samengesteld die kunnen dienen ter ondersteuning of als voorbeeld. Deze zijn verzameld in een toolkit. In het document wordt aangegeven wanneer u bepaalde documenten in deze toolkit kunt vinden. De inhoudsopgave van de toolkit met links naar meer documenten is in hoofdstuk 7 van deze programmabeschrijving opgenomen.



Dit symbool houdt in dat een tip wordt gegeven aan de hand van ervaringen uit het verkennende traject (uit de pilotstudie of de expertmeeting).



Dit symbool houdt in dat een waarschuwing wordt gegeven, voor bijvoorbeeld een valkuil die omzeild moet worden.



Dit symbool houdt in dat een theoretische onderbouwing wordt gegeven voor een bepaald onderwerp.



Dit symbool houdt in dat een voorbeeld wordt gegeven van een handeling, activiteit of werkwijze die in de praktijk goed bleek te werken. Deze goede voorbeelden kunnen ter inspiratie dienen.



Dit symbool houdt in dat een bepaald format, voorbeeld of document in de bijgevoegde toolkit opgenomen is.

2. De Gecombineerde Leefstijlinterventie Depressieve Klachten kort samengevat

2.1 Doel

Het doel van de Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) Depressieve Klachten is:

- Blijvende afname van depressieve klachten bij cliënten;
- Cliënten gaan meer sporten en/of bewegen en brengen hierdoor een blijvende verandering teweeg in hun dagelijkse activiteitenpatroon;
- Eerstelijns zorgprofessionals hanteren een meer integrale aanpak (samenwerking binnen en buiten de zorg) op leefstijlbegeleiding voor mensen met depressieve klachten.

2.2 Doelgroep

De doelgroep van de GLI-DK is mensen met depressieve klachten (zonder of met andere fysieke aandoeningen). Het gaat hier nadrukkelijk niet om mensen met een depressieve stoornis. Depressieve klachten worden in kaart gebracht met behulp van diagnostische instrumenten als de CES-D, de BDI, de 4DKL of een DSM-IV classificatie van een subklinische depressie (voldoen aan twee tot vier symptomen). Uit het verkennend traject blijkt echter dat de CES-D als meest handzaam wordt ervaren.

Het is mogelijk cliënten die naast hun depressieve klachten ook fysieke aandoeningen hebben, te includeren in de GLI Depressieve Klachten. Mogelijke fysieke aandoeningen betreffen overgewicht (BMI 25-30), obesitas (BMI ≥ 30) en diabetes mellitus type 2. Dergelijke cliënten zullen daarop wel meer specifieke begeleiding moeten ontvangen, bijvoorbeeld voedingsbegeleiding.

2.3 Integrale aandacht voor depressie, bewegen en voeding

In de GLI-DK is er integrale aandacht voor depressieve klachten, bewegen en voeding. In de signalering van patiënten met depressieve klachten vormen eerstelijns zorgprofessionals als de huisarts, POH-GGZ, POH-Somatiek, eerstelijns psycholoog, fysiotherapeut, Diëtist, leefstijladviseur en wijkverpleegkundige een team en screenen hun cliënten op depressieve klachten. Indien bij een cliënt sprake is van depressieve klachten en hij of zij geïnteresseerd is in het programma van de GLI-DK, voert de huisarts of POH-GGZ een intake uit.

De geïnccludeerde cliënt krijgt een vast aanspreekpunt (bijvoorbeeld de POH-GGZ of leefstijladviseur), die regelmatig contact houdt met de cliënt over de mate van depressieve klachten en de stand van zaken in de drie programmaonderdelen:

- 1) Psychologische begeleiding: de cliënt volgt individueel of in groepsverband een (evidence-based) psychologisch programma ter vermindering van depressieve klachten (bij de POH-GGZ of eerstelijns psycholoog).

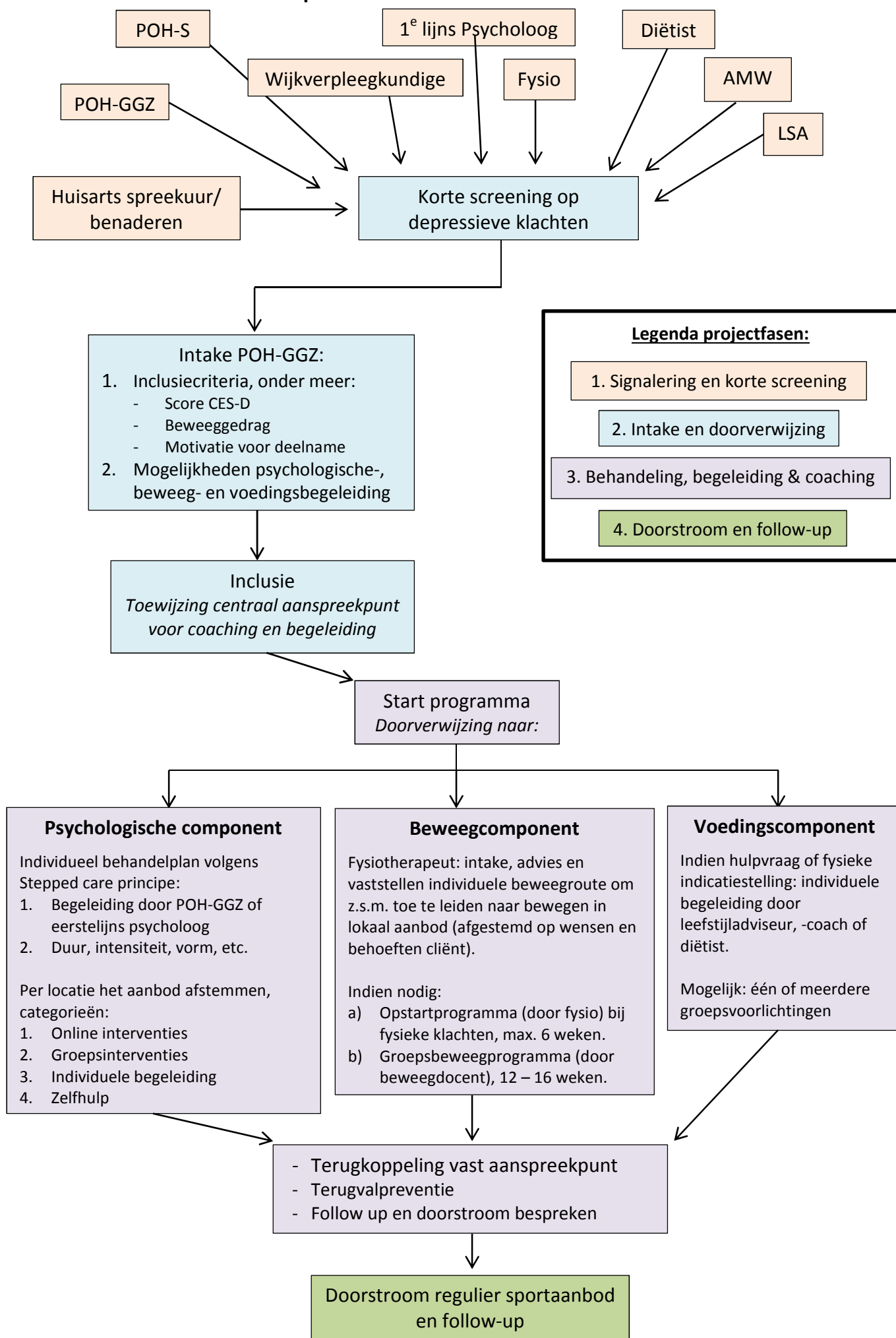
- 2) Beweegprogramma: de fysiotherapeut neemt een intake af, waarna samen met de cliënt een beweegplan wordt opgesteld. Het doel is om cliënten zo snel mogelijk, liefst vanaf het begin van het programma, toe te leiden naar bewegen in het lokale beweegaanbod.
- a) *Opstartprogramma*: indien er sprake is van extreem lage belastbaarheid kunnen cliënten onder begeleiding van een fysiotherapeut sporten of bewegen (maximaal zes weken).
 - b) *Groepsbeweegprogramma*: er wordt een groepsprogramma georganiseerd (maximaal zestien weken, begeleid door een beweegdocent).
 - c) *Lokaal beweegaanbod*: wanneer dat mogelijk en wenselijk is kan een cliënt ook deelnemen aan reguliere beweegactiviteiten.
- 3) Voedingsbegeleiding: Indien sprake is van een fysieke indicatiestelling of hulpvraag vanuit de cliënt, wordt door een diëtist en/of leefstijladviseur begeleiding geboden op het gebied van voeding. Ook kunnen één of meerdere groepsvoorlichtingen worden georganiseerd.

Alle drie de programmaonderdelen zijn ingestoken via het *stepped care* principe: de cliënt krijgt de zorg die past bij de diagnose en mate van ernst van de klachten, maar die het minst inbreuk maakt op het leven van de cliënt en het minst beslag legt op beschikbare middelen. Uitgangspunt is dat cliënten begeleid worden zo snel mogelijk op eigen benen te staan. Daartoe werken zorgprofessionals samen met bijvoorbeeld professionals uit het lokaal sport- en beweegaanbod.

Terugvalpreventie en doorstroom zijn cruciale onderdelen die tijdig in alle drie de onderdelen van begeleiding worden besproken. Follow-up wordt verleend door het vaste aanspreekpunt. De totale duur van de GLI-DK is drie maanden, maar kan indien nodig worden verlengd met drie maanden. Een eigen bijdrage van de cliënt is geïndiceerd.

De leefstijladviseur van een pilotlocatie: "Voor mij geweldig, was het gevoel dat ik kan bijdragen aan een positief levensgevoel bij mensen met depressieve klachten of mensen die herstellende zijn van een depressie."

3. Stroomschema GLI Depressieve Klachten



4. Trajectbeschrijving GLI-DK

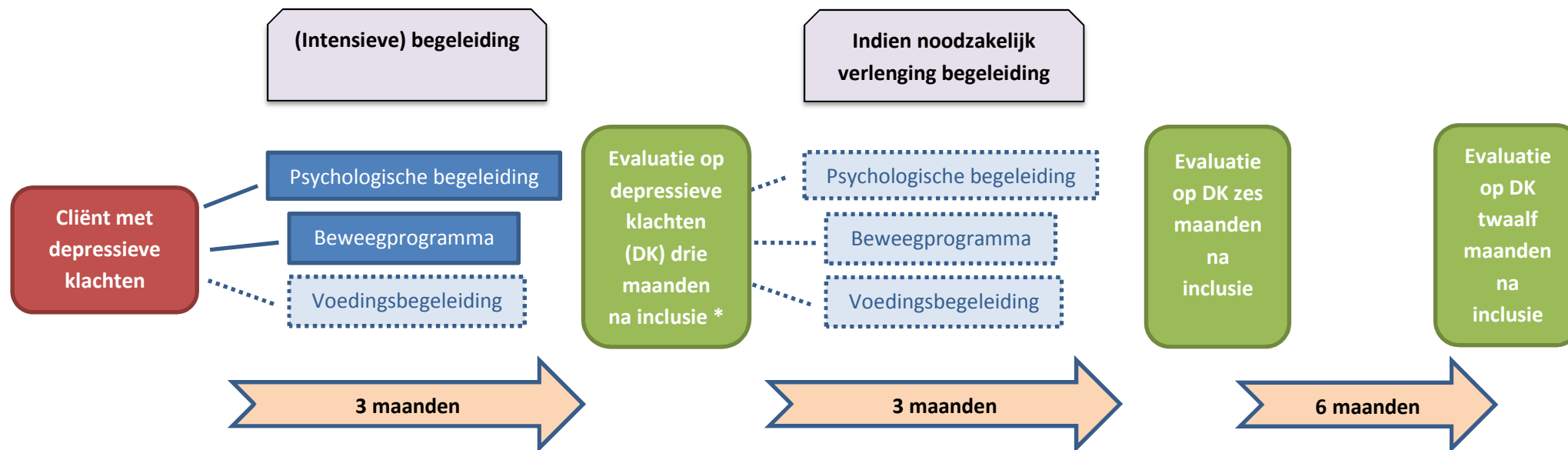
De beschrijving van het traject van de GLI-DK bestaat uit zeven onderdelen:

- 4.1 Tijdsduur van het programma
- 4.2 Teamsamenstelling
- 4.3 Signalering en intake
- 4.4 Psychologische begeleiding
- 4.5 Beweegprogramma
- 4.6 Voedingsbegeleiding
- 4.7 Afronding programma, doorverwijzing, follow-up en nazorg

De POH-GGZ van een pilotlocatie: “Een geluksmoment voor mij was toen de deelnemers aangaven zich beter te voelen dóór het bewegen. Positief is daarnaast dat de zorgverleners het erg leuk vinden om samen te werken.”

4.1 Tijdsduur van het programma

Uit de pilotstudie en expertmeeting is gebleken dat het tijdspad van een GLI voor mensen met depressieve klachten er idealiter als volgt uit ziet:



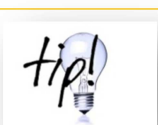
* De evaluatie op drie, zes en twaalf maanden betreft een gesprek tussen de cliënt en het vaste aanspreekpunt (in de eerstelijns) over de mate van depressieve klachten. Hierin wordt de voortgang besproken, worden oplossingen voor eventuele problemen gezocht, cliënten gemotiveerd en wordt terugvalpreventie besproken.

4.2 Teamsamenstelling

Op lokaal niveau vormen diverse eerstelijns zorgprofessionals een multidisciplinair team dat zich inzet voor de signalering van depressieve klachten bij cliënten en voor de uitvoering van de GLI Depressieve Klachten. In dit team dienen de volgende disciplines vertegenwoordigd te zijn:

- Huisarts of POH-GGZ (verantwoordelijk voor inclusie);
- POH-GGZ of eerstelijns psycholoog (psychologisch programma);
- Fysiotherapeut of ander type beweegdocent die tests af kan nemen, een individueel beweegprogramma kan samenstellen en eventueel begeleiden, en een groepsprogramma kan leiden (beweegprogramma);
- Diëtist (voedingsprogramma).

Deze professionals voeren de signalering, intake en behandeling uit. Eén van deze professionals zorgt voor de coördinatie met de cliënten: 'het vaste aanspreekpunt'. Het team kan worden aangevuld met een POH-Somatiek, leefstijladviseur, wijkverpleegkundige, medewerker uit de GGZ en/of algemeen maatschappelijk werkende. Deze laatstgenoemde professionals kunnen eventueel alleen de signalering van cliënten voor hun rekening nemen. Naast de signalering en screening van cliënten kunnen deze professionals ook worden ingezet in de uitvoer van het programma en de begeleiding of behandeling van cliënten. Cruciaal is dat het team de gezamenlijke visie draagt het aantal mensen met depressieve klachten terug te willen dringen en zich hier gezamenlijk en actief voor wil inzetten.



Een tip die wordt gegeven vanuit de expertmeeting, is om keuzes te maken in het aantal te betrekken zorgprofessionals als instroomkanaal. Het opbouwen en onderhouden van een netwerk kan behoorlijk tijdsintensief zijn en het werkt beter om daarbij te focussen op een beperkt aantal zorgprofessionals. Met hen kan een goede relatie worden opgebouwd en zodoende kan er efficiënt worden geïnformeerd en eventueel bijgeschoold.



Er bestaan mogelijkheden om bijscholing aan zorgprofessionals te geven op het gebied van signaleren, screenen, begeleiden en behandelen van cliënten met depressieve klachten. Andere mogelijke onderwerpen zijn multidisciplinair samenwerken, Motivational Interviewing, zelfmanagement, het opstellen van beweegplannen en pathofysiologie bij bewegen met overgewicht en obesitas.

Het NISB kan tegen betaling gezamenlijk met het Trimbos-instituut, kennisinstituut voor de geestelijke gezondheidszorg, een dergelijke bijscholing verzorgen. Ook heeft het Trimbos-instituut een E-learning ontwikkeld voor het signaleren van depressieve klachten: www.trimbos.nl



In de toolkit treft u een link naar de *toolkit Geïntegreerde Eerstelijnszorg (GEZ)* die door Zorgimpuls (ROS regio Rotterdam) is ontwikkeld. Deze GEZ-toolkit kan ondersteuning bieden in het creëren van geïntegreerde eerstelijns samenwerking. De GEZ-toolkit bevat onder andere voorbeeldstatuten, een format plan van aanpak voor de pre-GEZ-aanvraag en een modelbegroting. Daarnaast is advies en begeleiding vanuit de ROS mogelijk over het ontwerp en de ontwikkeling van de GEZ-organisatie, het borgen en de voor GEZ benodigde programma's en resultaten.

4.3 Signalering en intake

Signalering en screening

In de GLI Depressieve Klachten signaleren eerstelijns zorgprofessionals depressieve klachten bij cliënten tijdens (inloop) spreekuren of behandeling van andere klachten of aandoeningen. De betrokken zorgprofessionals kunnen cliënten screenen op de aanwezigheid van depressieve klachten aan de hand van drie vragen:

1. Werd u in de afgelopen maand gehinderd door depressieve of hopeloze gevoelens?
2. Werd u in de afgelopen maand gehinderd door weinig interesse of geen plezier in activiteiten?
3. Wilt u hiervoor hulp?

Indien bij een cliënt de drie vragen positief beantwoord worden en de cliënt geïnteresseerd is in het programma van de GLI-DK, wordt de cliënt doorverwezen naar de zorgprofessional die voor de GLI-DK de intake uitvoert. Dit is veelal de POH-GGZ, maar kan ook de huisarts of een psycholoog betreffen.

	Signalering en communicatie In de GLI Depressieve Klachten vindt de signalering en communicatie met de doelgroep grotendeels plaats in gesprek(ken) tussen zorgverlener(s) en cliënt. Tips waar op te letten: - o Persoonlijke benadering; - o Niet te zware focus op depressie of depressieve klachten; - o Informatie over welke klachten bij depressie horen; - o Eventueel verschillende herhalingsmomenten invoeren; - o Flyers uitdelen of in de wachtkamer zetten, liefst op verschillende punten waar cliënten komen; - o Levensverhalen of artikelen kunnen mensen helpen om hun klachten in beeld te brengen. Deze verhalen triggeren de signalering; - o Ex-patiënten als ambassadeurs laten optreden; - o In de wijk en bij scholen informatie verspreiden; dicht bij huis blijven.
--	---

	Niet voldoende deelnemers In het verkennend traject is gebleken dat een aantal pilotlocaties moeite had om voldoende deelnemers te werven. Zij gaven hiervoor verschillende redenen aan: 1. Niet de juiste communicatie-insteek gekozen: de titel van het programma bevatte de term 'depressie(ve klachten)' 2. Er vond geen goede doorverwijzing plaats. Er werden voornamelijk patiënten door de POH-GGZ doorgestuurd en onvoldoende door de huisarts, eerstelijns psycholoog, fysiotherapeut, POH-S, etc. 3. De inclusieperiode was te kort (één à twee maanden) en in een onhandige tijd van het jaar (rond kerst en oud & nieuw). 4. Cliënten zijn moeilijk te motiveren voor deelname aan het programma of voor bewegen. 5. Er zijn drop-outs. Veelvoorkomende redenen die door deelnemers genoemd worden, zijn: "Ik heb geen zin meer", "Ik heb geen tijd", "Ik voel me toch al wat beter".
---	---



Werving en behoud van deelnemers

Op bovenstaande redenen is door de pilotlocaties en aan de hand van de expertmeeting een aantal aanbevelingen te formuleren:

1. Vermijd de term 'depressie(ve klachten)', in de titel van het programma en in de beschrijving voor de cliënten; om mensen te interesseren voor het programma; benoem dan juist wel de symptomen van depressieve klachten: heeft u last van somberheid? Heeft vaak minder zin of plezier in dingen? Heeft u moeite met slapen? etc.
2. Een betere doorverwijzing:
 - Focus niet op alle zorgprofessionals als instroomkanaal, maar maak keuzes en investeer. Kies een beperkt aantal zorgprofessionals uit waarmee je wilt samenwerken en bouw met hen een goede relatie op;
 - Zorgprofessionals persoonlijk benaderen, het belang duidelijk maken en hen stimuleren (eventueel met kleine presentjes);
 - Goed informeren door middel van bijeenkomsten, brieven, tussentijds op de hoogte stellen, folders, etc.;
 - Professionals bijscholen, eventueel samen met het Trimbos-instituut en/of NISB. Dit op bijvoorbeeld signalering, screening, gespreks- en motivatietechnieken en begeleiding van cliënten met depressieve klachten;
 - *Een duurzame en constructieve lokale samenwerking opzetten.* Het doel van de GLI Depressieve Klachten is niet om zo snel mogelijk vijftien deelnemers op papier te krijgen, maar om lokaal een goed multidisciplinair netwerk te creëren. Dit netwerk persoonlijk en continu onderhouden.
3. Een langere inclusieperiode hanteren (twee tot vier maanden) en aandacht voor de timing in het jaar. Houd rekening met een lagere opkomst in de zomerperiode en in de periode van kerst tot oud & nieuw.
3. en 4.

Punt 3 en 4 hebben beide te maken met de motivatie van de deelnemers. Pilotlocaties geven aan dat het voor deze doelgroep een grote stap is om toe te geven dat men depressieve klachten heeft, dat het moeilijk is om hulp te vragen en men niet in een 'depressiegroepje' terecht wil komen. Ook wordt regelmatig genoemd dat men angst heeft om naar een onbekend persoon te gaan (van de huisarts of fysiotherapeut als verwijzer naar de POH-GGZ als begeleider). Daarnaast speelt gebrek aan intrinsieke motivatie bij de deelnemers een rol. Daartoe onderstaand een aantal aanbevelingen:

- Creëer een warme overdracht, ga eventueel mee op gesprek en/of schuif een aantal minuten aan;
- Geef het programma een niet te zware lading ('depressiegroepje'), maar steek positief in met de benoeming;
- Een 'op maat'-programma: dat aangepast is aan de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt verkleint de kans op uitval. Creëer aanbod vanuit de individuele wens van de cliënt (vraaggericht- in plaats van aanbodgericht). Wanneer cliënten graag in een groep willen bewegen of 's avonds willen sporten in verband met werk, creëer hier dan aanbod voor. Bind je niet aan werktijden van de fysiotherapeut of leefstijladviseur;
- Steek in op de intrinsieke motivatie van de cliënt, bijvoorbeeld door middel van motiverende gespreksvoering of zelfmanagement-technieken;
- Wees aan de voorkant duidelijk over de inhoud, verwachtingen en voorwaarden van het programma.



In de toolkit treft u documenten over:

- Motiverende gespreksvoering BeweegKuur
- Toolbox zelfmanagement BeweegKuur



In de toolkit is de Masterthese van Linda Schouten opgenomen (2012). Linda Schouten voerde vanuit de Universiteit van Amsterdam (UvA) en het Trimbos-instituut onderzoek uit naar “De samenhang tussen depressieve symptomen, eigen-effectiviteit en het willen deelnemen aan een beweegprogramma in de eerstelijnsgezondheidszorg”. Dit deed zij onder de pilotlocaties van het verkennend traject. In dit rapport treft u aanbevelingen aan over onder meer (intrinsieke) motivatie van deelnemers om deel te nemen aan een GLI voor mensen met depressieve klachten.

Intake

De intake bestaat uit twee onderdelen:

1) Doornemen van zes inclusiecriteria:

- a. Achttien jaar of ouder;
- b. Mate van depressieve klachten: dit kan worden vastgesteld aan de hand van diagnostische instrumenten als de CES-D (score tussen de 6-46), de BDI¹, (score hoger dan 25), de 4DKL², (score hoger dan 2) of een DSM-IV classificatie van een subklinische depressie (voldoen aan twee tot vier symptomen);



Uit het verkennend traject blijkt dat de CES-D als diagnostisch instrument voor het vaststellen van de mate van depressieve klachten, als meest handzaam wordt ervaren.

- 2) In kaart brengen van het beweeggedrag: in de meeste gevallen bewegen potentiële deelnemers aan de GLI Depressieve Klachten onvoldoende. Zij voldoen bijvoorbeeld niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen³, de Fitnorm⁴ of de Combinorm⁵. Onvoldoende actief zijn hoeft echter geen hard inclusie criterium te zijn. Zo zou bijvoorbeeld iemand die een aantal keer per week

¹ Met de Beck Depression Inventory (BDI) meet je het verloop van somberheid/ een depressie over de afgelopen week. Bij een (zeer) hoge score (hoger dan 25) is het belangrijk een huisarts te bezoeken (Beck et al., 1979).

² De 4DKL is een vierdimensionale klachtenlijst met de dimensies: distress, depressie, angst en somatisatie. Een score van 3 of hoger op de depressie schaal is reden om een huisarts te bezoeken. (Datek, 2002).

³ Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB): een half uur ten minste matig intensieve lichamelijke activiteit op minimaal vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week (Kemper et al., 2000).

⁴ Fitnorm: ten minste drie keer per week gedurende minimaal 20 minuten zwaar intensieve lichamelijke activiteit (Kemper et al., 2000).

⁵ Combinorm: de optelsom van de NNGB en de fitnorm. Iemand voldoet aan de combinorm wanneer hij/zij aan ten minste aan één van de beide normen voldoet (Kemper et al., 2000).

volleybalt of iemand die vijf maal per week een half uur fietst (en dus aan de NNGB voldoet) op basis van zijn of haar depressieve klachten wel baat kunnen hebben bij deelname aan de GLI Depressieve Klachten. Men gaat er in dat geval van uit dat een GLI Depressieve Klachten additionele effecten heeft op de afname van de depressieve klachten (in plaats van alleen het zelfstandig bewegen). Een hogere frequentie en/of intensiteit van bewegen, lotgenotencontact, persoonlijke beweegbegeleiding van bijvoorbeeld een fysiotherapeut en persoonlijke begeleiding op duurzame gedragsverandering worden dan als werkzame bestandsdelen van de GLI Depressieve Klachten gezien, welke de cliënt er weer bovenop kunnen helpen.

Om het beweegniveau, de beweegwensen en –mogelijkheden in kaart te brengen, moet hier tijdens de intake wel naar worden gevraagd. Criteria voor deelname kunnen zijn:

4. Gemotiveerd voor zowel bewegen, deelname aan het programma, als gedragsverandering;
 5. Er is geen sprake van psychiatrische co morbiditeit, waaronder suïcidale gedachten;
 6. Bereid toe en in staat zijn tot een eigen bijdrage.
- 3) Het bespreken van het traject van de GLI Depressieve Klachten, de duur, drie onderdelen (psychologische begeleiding, beweegprogramma en voedingsbegeleiding), verwachtingen, wensen en behoeften van de cliënt, etc. Tegelijkertijd motiveert de intaker (huisarts of POH-GGZ) de cliënt tot deelname.

Wanneer een cliënt aan de inclusiecriteria voldoet en wil deelnemen aan de GLI-DK, kan worden overgegaan tot inclusie. De cliënt krijgt een vast aanspreekpunt (bijvoorbeeld de POH-GGZ of leefstijladviseur). Dit vaste aanspreekpunt houdt regelmatig contact met de cliënt over de stand van zaken in alle drie de programmaonderdelen en de mate van depressieve klachten.



In de toolkit is opgenomen:

- Het instrument BDI
- Het instrument CES-D
- Het instrument 4DKL



Indien het vaste aanspreekpunt de leefstijladviseur betreft, dan wordt deze rol idealiter vervuld door een praktijkondersteuner (POH). Hij/zij zal dan zowel de coördinatie en regelmatige contacten met de cliënt als eventuele leefstijladvisering en/of medisch-inhoudelijke zorg op zich nemen. In dit geval is er een optimale inbedding in de reguliere huisartsenzorg.

4.4 Psychologische begeleiding

De POH-GGZ of eerstelijns psycholoog begeleidt cliënten bij het psychologisch programma. De vorm waarin deze zorg georganiseerd kan worden, is divers. Naast meer reguliere vormen van psychologische begeleiding, bestaan voor cliënten met depressieve klachten die dit willen en kunnen, verscheidene producten op het gebied van informatie (uitwisseling), contact met lotgenoten of professionals, (terugval)preventie, behandelmodulen, zelfmonitoring en zelfmanagement. Deze kunnen aanvullend of ter vervanging van bezoeken aan de hulpverleners worden ingezet.

Als locatie is het raadzaam eerst te inventariseren welke vormen van begeleiding al voorhanden zijn. Wellicht is op sommige vormen van psychologische begeleiding aanvulling of bijscholing wenselijk.



Daarnaast kunnen praktijken zich (verwijzing naar) ander aanbod eigen willen maken, bijvoorbeeld de verwijzing naar online interventies. NISB en het Trimbos-instituut kunnen praktijken begeleiden bij het kennismaken met nieuwe interventies.

De precieze duur, vorm en intensiteit van de psychologische begeleiding worden op de cliënt afgestemd. Dit volgens het *stepped care* principe: de cliënt krijgt de zorg die past bij de diagnose en mate van ernst van de klachten, maar die het minst inbreuk maakt op het leven van de cliënt en het minst beslag legt op beschikbare middelen. De ene cliënt heeft wellicht voldoende aan één gesprek per twee weken met de POH-GGZ, de andere cliënt wil wellicht een groepsinterventie volgen of een (intensief) traject aangaan bij een eerstelijns psycholoog. Tijdens de intake worden met de cliënt de wensen, behoeften en mogelijkheden besproken. Door de POH-GGZ of eerstelijns psycholoog wordt vervolgens een individueel behandelplan opgesteld, waarin onder meer de inhoud van de behandeling, duur, intensiteit, vorm en behandelaar worden vastgelegd.

Er zijn verschillende effectieve psychologische interventies beschikbaar. Deze zijn onder te verdelen in vier categorieën: online interventies, individuele gesprekken, groepsinterventies en zelfhulp.

1) Online interventies

Van de online interventies die ontwikkeld zijn voor het voorkomen of verminderen van depressieve klachten is alleen Kleur je Leven door de erkenningcommissie van het Centrum Gezond Leven/RIVM beoordeeld als bewezen effectief. De interventie is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie.

Online interventies kunnen zelfstandig (thuis) door de cliënt worden gevolgd, eventueel in combinatie met enkele gesprekken met de POH-GGZ, huisarts of eerstelijnspsycholoog (dit wordt ook wel "blended-care" genoemd). Meer online-interventies zijn te vinden in de zorgstandaard Depressie 2011, pag. 25 en 50.

De POH-GGZ van een pilotlocatie: "De ene cliënt wil veel pillen en geen gesprekken, en de ander wil juist veel begeleiding. Het hangt ook af van draagkracht, ontwikkeling en eventuele afleiding die mensen krijgen van werk, partner, gezin, etc. De gemiddelde duur van een behandeling ligt ongeveer tussen de vijf en vijftien gesprekken."

2) Groepsinterventies

De groepsbegeleiding bestaat uit psychosociale interventies; wel of niet gecombineerd met het beweegprogramma. De interventies zijn bijvoorbeeld: counseling, psycho-educatie, Mindfulness, Liever Bewegen dan moe, In de put, uit de put. Zie ook tabel 1 en eventueel het NISB-interventieoverzicht wat is opgenomen in de toolkit.

3) Individuele gesprekken

De individuele gesprekken worden doorgaans uitgevoerd door een POH-GGZ, of een psycholoog (zie ook tabel 1 voor toelichting). De basisinterventies die bijvoorbeeld tijdens deze gesprekken worden toegepast zijn: psycho-educatie, actief volgen en dagstructurering. Verder zijn de eerste-stap interventies onder andere: cognitieve gedragstherapie, counseling, activerende begeleiding, zelfhulp of zelfmanagement (al dan niet als e-health interventie) of bibliotherapie. Farmacotherapie is hier wel/niet geïndiceerd op inschatting van de hoofdbehandelaar.

4) Zelfhulp

Zelfhulpinterventies zijn thuis door de cliënt te volgen, bijvoorbeeld met behulp van een cursus(werk)boek. De oefeningen kunnen eventueel enkele keren met de POH-GGZ, huisarts of eerstelijnspsycholoog (telefonisch) besproken worden.

In onderstaande tabel staat een overzicht van mogelijke interventies.

Tabel 1. Voorbeelden van interventies die in de GLI-DK aangeboden kunnen worden.

Online interventies	Verzekerde zorg
	Kleur je Leven
	Moodlifter
	Beating the blues
Groeps-interventies	Diabetergestemd
	In de put, uit de put
	In de put, uit de put verkorte versie
	In de put, uit de put 55+
Individuele gesprekken	Lichte dagen, donkere dagen
	Voluit Leven
	Mindfulness / Acceptance and Commitment Therapy /
	Aandachtstraining
Zelfhulp	Eerstelijnspsychologen in de huisartspraktijk
	GZ-psychologen, vrijgevestigde psychologen etc. met een eerstelijnsaanbod
	Psychiaters en psychotherapeuten met een eerstelijnsaanbod
	POH-GGZ
Zelfhulp	Somber? Zelf aan de slag
	Bibliotherapie
	Voluit leven
	Leven met een chronische ziekte



Criteria

Een aantal criteria voor psychologische begeleiding dat aangehouden zou kunnen worden:

- Uitvoerders in de praktijk zijn bevoegd om de interventie uit te voeren, of kunnen daartoe tijdig scholing volgen;
- Er is een handleiding of draaiboek beschikbaar;
- De interventie is evidence based: verzekerde zorg (basis of aanvullend) en/of gecertificeerd door Centrum Gezond Leven;
- Deelnemers kunnen binnen twee weken na screening/inclusie met de interventie starten;
- De uitvoering van de interventie vindt plaats in de eerstelijns.

In de GLI Depressieve Klachten gaan we uit van een begeleidingsperiode van drie maanden (zie pagina 10). Na deze drie maanden wordt geëvalueerd op de mate van depressieve klachten. Wanneer deze niet of onvoldoende zijn afgenomen, kan het programma worden verlengd met drie maanden. Dit geldt ook voor de psychologische begeleiding. Na zes maanden wordt wederom geëvalueerd op de mate van depressieve klachten. Eventuele psychologische begeleiding wordt ingezet zo lang dit nodig is. Behandeling van de cliënt stopt niet met het stoppen van het programma van de GLI Depressieve Klachten. Het is mogelijk dat een cliënt uitstroomt uit het beweegprogramma en/of de voedingsbegeleiding, maar nog wel psychologische begeleiding ontvangt. Uiteraard kan de psychologische begeleiding ook tussentijds stoppen indien dit wenselijk is.



Uit de pilotstudie blijkt dat de benadering van de POH-GGZ gericht is op gedragsverandering en dan vooral op het aanbrengen van structuur (dag/nacht ritme en beter kunnen slapen) en het adviseren over een gezonde leefstijl. De POH-GGZ gebruikt verschillende interventies afgestemd op de patiënt. De cognitieve onderdelen of gebieden die het meest door de POH-GGZ of een andere primaire GGZ-behandelaar ingezet worden:

- Psycho-educatie
- Dagstructurering
- Cognitieve gedragstherapie
- Aanleiding van de depressie aanpakken
- Leefstijl



In de toolkit zijn de volgende documenten opgenomen:

- NISB interventieoverzicht bewegen met depressieve klachten
- De Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (tweede revisie)
- De Zorgstandaard Depressie 2011

De POH-GGZ van een pilotlocatie: "Alle geïncludeerde cliënten hebben het gehele traject doorlopen en bij veel cliënten zijn de depressieve klachten afgenomen. Daarnaast zijn alle cliënten begonnen met bewegen in het lokale sportaanbod. Een prachtig resultaat!"

4.5 Beweegprogramma

Bewegen is hét middel om een betere gezondheid te bereiken en te behouden. Binnen de GLI Depressieve Klachten is bewegen bewust als middel gekozen. Hierbij wordt bewegen gezien als een bijdrage aan het proces van de afname van depressieve klachten. Tevens wordt beoogd dat cliënten meer gaan sporten en/of bewegen en hierdoor een blijvende verandering teweeg brengen in hun dagelijkse activiteitenpatroon. Het streven is dat cliënten ervaren dat zij door het bewegen zowel fysiek als psychisch fitter worden. Bewegen zou vervolgens een onderdeel in het dagelijks leven van de cliënt moeten worden.

Het beweegprogramma werd binnen de vier pilotlocaties op verschillende manieren ingezet. Qua inhoud van de beweegactiviteit voerden zij allen een verschillend programma uit: 1) individuele fitness (kracht- en cardiotraining); 2) groepsfitness; 3) wandelen en/of Nordic Walking in een groep; 4) een combinatie van wandelen en fitness (in een groep). Ook qua begeleiding verschilden de pilotlocaties van elkaar: 1) het gehele traject begeleiding door een fysiotherapeut; 2) opstart door een fysiotherapeut en overname door andere beweegdocent; 3) begeleiding door de POH-GGZ; 4) begeleiding door een beweegdocent, MBVO-docent (Meer Bewegen Voor Ouderen) of bewegingsagoog.

Door de ervaringen van de pilotlocaties te combineren met de mening van professionals op de expertmeeting, is één gezamenlijk advies opgesteld hoe het beweegprogramma er het beste uit zou kunnen zien. Dit advies volgt op de volgende pagina's.



Inzet van de fysiotherapeut

Het onder begeleiding van een fysiotherapeut bewegen wordt op drie pilotlocaties toegepast en men is hier zeer tevreden over. Pilotlocaties geven aan dat de inzet van de fysiotherapeut gewenst is wanneer er complicaties in het bewegen zijn (bijvoorbeeld lichamelijke aandoeningen). Daarnaast is de deskundigheid van de fysiotherapeut gewenst om aan het begin van het traject de fysieke belastbaarheid van de cliënt in te schatten en daar het beweegprogramma op af te stemmen. Ook kan de fysiotherapeut van meerwaarde zijn vanwege mentale redenen: cliënten willen zich in het bewegen veilig en vertrouwd voelen. De pilotlocaties geven aan dat er bij de doelgroep geregeld sprake is van angst om te bewegen. De fysiotherapeut kan cliënten daarop begeleiden.

Daarentegen geven pilotlocaties aan dat het in veel gevallen ook belangrijk is om juist eerst plezier te ervaren in het bewegen en het traject niet onnodig te medicaliseren (met de inzet van de fysiotherapeut). Daarnaast is continue begeleiding van een fysiotherapeut vanuit financieringsoogpunt veelal niet mogelijk. Een aantal werkzaamheden zou goed door een andere beweegdocent uitgevoerd kunnen worden. Een fysiotherapeut van een pilotlocatie zegt daarover:

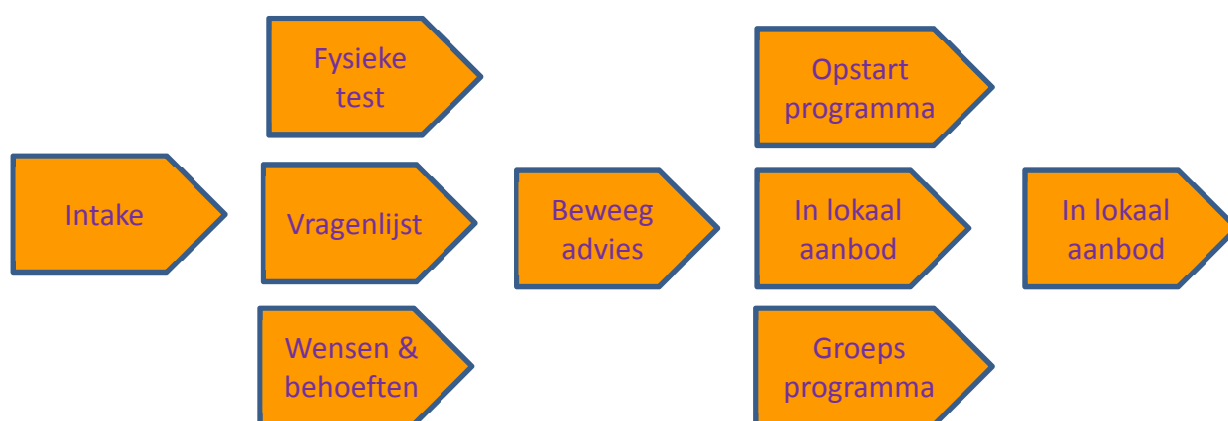
“Iemand van het CIOS kan het fitness- wandelonderdeel prima doen. Het hangt wel af van de noodzaak tot extra begeleiding. Puur technisch is een fysiotherapeut niet noodzakelijk, behalve voor mogelijk extra begeleiding op fysieke klachten.”

Geconcludeerd kan dus worden dat begeleiding door de fysiotherapeut een pré is,

	maar niet noodzakelijk en vanuit het oogpunt van financiering ook niet mogelijk. Geadviseerd wordt daarom om in de GLI Depressieve Klachten de intake uit te laten voeren door de fysiotherapeut en deze vervolgens een beweegplan op te laten stellen. De uitvoering van de beweegactiviteit kan door een beweegdocent of beweeginstructeur worden gedaan. Cliënten met fysieke klachten kunnen indien nodig een begeleidingstraject bij de fysiotherapeut aangaan. Over dit advies leest u in onderstaande tekst meer.
--	---

Advies beweegprogramma

Hieronder wordt stapsgewijs het geadviseerde beweegprogramma besproken. In onderstaand figuur vindt u een overzicht van het gehele programma:



- 1) Het beweegprogramma start bij de fysiotherapeut, die een intake afneemt om het beweegniveau en de fysieke belastbaarheid van de cliënt in kaart te brengen. De fysieke belastbaarheid kan worden gemeten met een sub-maximale test, bijvoorbeeld de Astrand fietstest of de Zes Minuten Wandeltest. Door middel van de vragenlijst "Beweegscore" of "Vragenlijst Beweeggedrag" uit de BeweegKuur kan de mate van het beweegniveau en actieve leefstijl worden vastgesteld. In de intake wordt daarnaast gevraagd naar de wensen, mogelijkheden en behoeften van de cliënt met betrekking tot een beweegprogramma.

	In de toolkit treft u een aantal voorbeelden aan voor het in kaart brengen van het beweegniveau van de deelnemer: • Tabel fysieke tests fysiotherapie (meetsinstrumentenzorg.nl) • Testprotocol Zes Minuten Wandeltest -6MW-, (Butland et al., 1989) • Uitvoeringsstandaard Astrand fietstest • Het testprotocol van de Steep Ramp Test • Het testprotocol van de Shuttle Walk Test • De vragenlijst Beweegscore BeweegKuur • Vragenlijst beweeggedrag (SQUASH) Beweegkuur • Excel bestand ter ondersteuning bij Fysieke testen&trainen BeweegKuur
---	--

	Uit het verkennend traject blijkt dat de 6 Minuten Wandeltest en de Astrand fietstest als meest prettig voor het vaststellen van het beweegniveau worden ervaren.
---	--

2) Aan de hand van de intake geeft de fysiotherapeut de cliënt een beweegadvies. De fysiotherapeut stelt samen met de cliënt een beweegplan samen, waarbij uitgegaan wordt van de wensen, mogelijkheden en behoeften van de cliënt.

3) Beweegprogramma

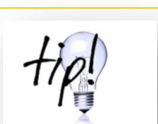
In het beweegprogramma van de GLI Depressieve Klachten worden drie mogelijke programma's onderscheiden:

a) Opstartprogramma

Indien er sprake is van extreem lage belastbaarheid (bijvoorbeeld door fysieke klachten of ernstige beweegangst), kunnen cliënten onder begeleiding van een fysiotherapeut sporten of bewegen. Dit wordt het *opstartprogramma* genoemd en duurt bij voorkeur maximaal zes weken. Tijdens dit opstartprogramma wordt ook begonnen met bewegen buiten de zorg, zodat de doorstroming naar het lokale aanbod of naar een groepsprogramma soepel plaats vindt.

b) Groepsbeweegprogramma

Wanneer hier vanuit meerdere cliënten vraag naar is, dient het behandelteam (eventueel in samenwerking met sport- en beweegpartners) een *groepsbeweegprogramma* te organiseren. Wanneer er meerdere cliënten met vergelijkbare wensen zijn, is het ook financieel aantrekkelijker om een groep te vormen. Een dergelijke beweeggroep is vooral bedoeld voor cliënten met een lage belastbaarheid of cliënten die willen bewegen in een veilige omgeving. Uit het verkennende traject met vier pilotlocaties die de GLI Depressieve Klachten uitvoerden, blijkt dat cliënten met depressieve klachten bewegen in een groep met gelijkgestemden als zeer prettig ervaren. Dit kan bijvoorbeeld een loopgroep (wandelen, Nordic Walking, hardlopen) of een fitnessgroep betreffen. Een combinatie is ook mogelijk: bijvoorbeeld wandelen en fitness (deze vorm werd in de pilotstudie als zeer positief ervaren). De groep wordt in veel gevallen begeleid door een beweegdocent, bijvoorbeeld een MBVO-docent (Meer Bewegen voor Ouderen-docent). Dit groepsprogramma neemt circa twaalf tot zestien weken in beslag. Het doel is om cliënten na dit groepsbeweegprogramma door te laten stromen naar het lokale aanbod. Tijdens het groepsprogramma wordt hier al mee begonnen. In sommige gevallen kan deze groep bij elkaar blijven, maar dan niet meer onder begeleiding van een beweegdocent (maar bijvoorbeeld als zelfstandige loopgroep of als zwemclub).



Cruciaal is dat de cliënt de beweegvorm kan uitvoeren die hij/zij leuk vindt en die bij hem/haar past. Op deze manier wordt tevens de kans op uitval kleiner.



Uit het verkennend traject bleek dat wandelen als zeer prettig ervaren werd. Wandelen is laagdrempelig en goed op te bouwen vanuit weinig conditie. Daarnaast geeft wandelen in een groep de professional ruimte om mensen te observeren en te bevragen en de vrijheid te geven voor (mentale) rust.



Door één pilotlocatie werd echter aangegeven dat het zichtbaar zijn en door de buurt herkend kunnen worden als een 'depressie wandelgroep', voor een aantal cliënten een grote belemmerende factor was, dan wel de reden tot drop out. Wederom kan geconcludeerd worden dat rekening moet worden gehouden met de wensen en behoeften van de cliënt en dat daar een passend beweegaanbod bij gevonden dient te worden.

c) Bewegen in lokaal aanbod:

Het doel is om cliënten zo snel mogelijk, liefst vanaf het begin van het programma, toe te leiden naar bewegen in het lokale beweegaanbod. Afhankelijk van de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt kan worden afgewogen of het mogelijk is de cliënt onder te brengen in bestaande groepsbeweegactiviteiten in de wijk (bijvoorbeeld een loopgroep), in groepslessen (bijvoorbeeld in een sportschool), bij een sportvereniging of individueel bij bijvoorbeeld een fitnesscentrum. De cliënt blijft vanuit de GLI Depressieve Klachten onder begeleiding en monitoring staan van het centrale aanspreekpunt in de praktijk en er worden afspraken gemaakt over de regelmaat van het contact over en met de cliënt. Tevens vindt er een goede (warme) overdracht plaats tussen de fysiotherapeut die de intake heeft uitgevoerd en de sportdocent die de cliënt gaat begeleiden. De sport-/ beweegactiviteit wordt bekostigd door de cliënt. Wellicht zijn er daarbij wel mogelijkheden vanuit een gemeentesportpas of speciale regelingen.



Bewegen en/of sporten in een groep. Starten met een groep?

Alle pilots uit het verkennend traject pleiten voor een groeps-beweegprogramma:

"Groepsbegeleiding heeft positieve effecten op de motivatie van deelnemers. Daarnaast spelen groepsdynamica en groepsbinding een belangrijke rol in de uiteindelijke gedragsverandering en gedragsbehoud."

En:

"Deelnemende patiënten vinden het fijn om in een groep te zijn. Ze zijn blij met de afleiding en om met anderen te praten."



Een beweegdocent van een pilotlocatie: *"Voor sommige cliënten werkt het bewegen in een groep echter niet. Er zijn te veel prikkels in de groep of ze vinden het te druk. De doelgroep is erg gevoelig voor sociaal wenselijk gedrag: ze willen praten als mensen tegen hen spreken, ook als ze daar eigenlijk geen zin in hebben. Ook durven zij veelal niet hun grenzen aan te geven, waardoor ze deze voorbij schieten. Dit ligt niet per se aan de aard van de activiteit."*

Het advies is daarom altijd uit te gaan van de wens en behoeften van de cliënt en daar passend aanbod bij te vinden.

De fysiotherapeut van een pilotlocatie: "Ik vond het mooi om te zien dat er een vriendschap ontstond tussen twee eenzame mensen. Zij komen nu samen naar de sportschool."



Druppelsgewijze- versus groepsgewijze instroom

Let op: druppelsgewijze instroom van deelnemers biedt de voordelen dat er snel gestart kan worden met het beweegprogramma en dat mensen in verschillende fases elkaar kunnen stimuleren. Nadelen zijn: het 'groepsgevoel' en het vertrouwen in de groep kan onder druk komen te staan of zich niet optimaal ontwikkelen, er ontstaan verschillen in niveaus en fases waarin mensen zitten.

Begeleiding

De begeleiding van het beweegprogramma vindt bij voorkeur plaats door een fysiotherapeut, een psychomotorische fysiotherapeut of een daarvoor gekwalificeerde beweegdocent. De begeleider van het beweegprogramma heeft bepaalde expertises nodig om mensen met depressieve klachten goed te kunnen begeleiden. Dit zijn bijvoorbeeld: het op maat kunnen samenstellen van een gericht programma, het kunnen omgaan met depressieve klachten, maar ook meer algemeen: het kunnen omgaan met groepsprocessen. Daarom is het advies kijk wie qua expertise de beste ervaring heeft en bekijk het niet functie gebonden.



Bij één locatie was de POH-GGZ naast de behandelaar van de depressieve klachten, ook de begeleider van de beweegactiviteit (een wandelgroep). Dit bracht bepaalde voordelen met zich mee, maar had ook nadelen:

“Door als POH-GGZ tevens de beweegactiviteit te begeleiden, werd ik een bindende factor in de GLI Depressieve Klachten. Cliënten vonden het fijn dat ze één bekend gezicht voor de groep hadden en dat zorgde ervoor dat ze bleven komen. Het begeleiden van de wandelactiviteit vond ik daarentegen wel zwaar. Cliënten doen een extra beroep op mijn hulpverlenersrol terwijl we aan het wandelen zijn. Om als POH-GGZ neutraal in de wandelactiviteit staan, lukt niet. Het is niet te scheiden dat je tevens de hulpverlener bent voor de psychische problemen. Bij het wandelen gaat het daardoor niet alleen maar over wandelen, wat wel meer zou zijn als een fysiotherapeut of andere beweegbegeleider deze activiteit begeleidt. Het maakt het traject ook kwetsbaarder omdat de deelnemers meer op de POH-GGZ gaan hangen. Ze zijn erg gehecht aan de POH-GGZ. Een ander nadeel van beweegbegeleiding door de POH-GGZ is dat deze een stukje kennis over fysieke klachten en belastbaarheid mist waarover fysiotherapeuten en andere beweegbegeleiders wel beschikken.”

De fysiotherapeut van een pilotlocatie: “Het gaat erom dat deze groep mensen plezier in bewegen krijgt en dat moet je als begeleider wel in je pakket hebben. De klik tussen cliënt en begeleider maakt of mensen open staan voor bewegen.”



Wat weten we uit de wetenschappelijke literatuur over bewegen bij depressieve klachten?

Uit onderzoek is gebleken dat de combinatie van cardio- en krachttraining voor mensen met depressieve klachten effectiever is dan alleen cardiotraining⁶. Ook zijn de psychologische voordelen waarschijnlijk het grootst bij een matige intensiteit van beweging in vergelijking met een lage of een hoge intensiteit⁷. Met betrekking tot de duur van de beweging (aantal minuten per week) laten twee studies zien dat meer dan 150 minuten per week voordelig is in het voorkomen van een ernstige depressie⁸, wat overeenkomt met de Nederlandse Norm Gezond Bewegen.

Bij voorkeur bestaat het beweegprogramma daarom uit drie keer per week minimaal 30 minuten lichamelijke training (bijvoorbeeld twee keer bewegen in de groep en één keer zelfstandig). Belangrijke onderdelen van een effectief beweegprogramma zijn het stellen van bereikbare doelen, het monitoren van de voortgang en het stimuleren van de therapietrouw (mogelijk telefonisch)⁹.

De beweegdocent van een pilotlocatie: "Een mooie uitkomst van de GLI Depressieve Klachten vind ik dat de groep na afloop van het programma heeft aangegeven bij elkaar te blijven en zelfstandig door gaat met wandelen. Hiervoor hebben zij één keer per twee weken mijn begeleiding gevraagd, waarvoor zij als groep gaan betalen."

4.6 Voedingsprogramma

Het inrichten van een voedingsprogramma naast psychologische begeleiding en het beweegprogramma is facultatief. NISB raadt aan alleen coaching en begeleiding op het gebied van voeding te bieden indien er bij de cliënt sprake is van een fysieke indicatiestelling (ondergewicht, overgewicht, obesitas of diabetes type-2). Ook bij een hulpvraag vanuit de cliënt kan een verwijzing naar een voedingsprogramma geïndiceerd zijn (over het individuele eetgedrag, bijvoorbeeld eetbuien n.a.v. emoties).

Begeleiding op het gebied van voeding wordt verzorgd door een diëtist of gewichtsconsulent; coaching binnen het voedingsprogramma kan ook door de leefstijladviseur worden verzorgd. Een leefstijladviseur kan cliënten bijvoorbeeld coachen in het aannemen van een gezondere en actieve leefstijl. Hierbij ligt het accent op het stimuleren van intrinsieke motivatie en het verhogen van de eigen-effectiviteit en verantwoordelijkheid van de cliënt. Bij specifieke of complexe voedingsvraagstukken (over bijvoorbeeld het voedingspatroon, energie-inname, een individueel

⁶ Daley, A. (2008). Exercise and depression: a review of reviews. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15, 140-147.

⁷ Cox, R.H. (2002). *Sport Psychology: Concepts and applications 5th ed.* Mc Graw-Hill: New York.

⁸ King, A.C, Barr, T.C., & Haskell, W.L. (1993). Effects of differing intensities and formats of 12 months of exercise training on psychological outcomes in older adults. *Health Psychological Association*, 12, 292-300;

DiLorenzo, T.M, Bargman, E.P, Stucky-Ropp, R., Brassington, G.S., French, P.A. & LaFontaine, T. (1999). Long-term effects of aerobic exercise on psychological outcomes. *Preventive Medicine*, 28, 75-85.

⁹ Stammes, R., & Spijker, J. (2009). Fysieke training bij depressie: een overzicht. *Tijdschrift voor de Psychiatrie*, 51 (11), 821-830.

dieetadvies of voedingsproblematiek), wordt een cliënt doorwezen naar de diëtist. Het is, naast individuele begeleiding, ook mogelijk om één of meerdere groepsvoorlichtingen te organiseren.



Een voorbeeld van het organiseren van twee groepsvoorlichtingen:

Week 1:

- Individueel eetgedrag en doelstellingen
- Stimuluscontrole/ moeilijke situaties
- Voor- en nadelen huidige en nieuwe voedingswijze

Week 6 (op de helft):

- Evaluatie eetgedrag
- Stabiliseren met terugvalpreventie

1) Intake

De intake kan bestaan uit:

- Voedingsanamnese waarbij aandacht voor mate van regelmaat in voeding, voedingssamenstelling en -keuzes, soort eetgedrag, invloed emoties, eetbuien;
- Zo nodig gerelateerd aan aanwezig overgewicht/diabetes/ hyperlipidemie/hypertensie/....;
- Opstellen persoonlijk voedingsadvies en rapportage.



Eén van de pilotlocaties over het voedingsprogramma:

De Diëtist is een vast onderdeel van het programma: iedereen gaat naar haar toe. Alle geïnccludeerde patiënten bleken overgewicht te hebben. Ervaringen:

- deze doelgroep eet vaak niet regelmatig (verstoord dag- en nachtritme)
- voelt zich daardoor niet lekker in haar vel.
- vaak eten zij ook vetter en erg gecombineerd aan emoties.

Het is daarom belangrijk daar weer structuur in aan te brengen; bewust maken van regelmaat. Het voedingsadvies is gericht op het gewicht gerelateerde gezondheidsrisico, het eetpatroon en specifieke adviezen voor de cliënt. De Diëtist merkt in korte periode al verbeteringen, zoals: gezondere voedingskeuzes, verbetering van de bloedsuikerspiegel bij diabetespatiënten en gewichtsvermindering.

“Bij alle patiënten was het eetpatroon zodanig verstoord, dat het terecht was om ze door een diëtist te laten behandelen. Vaak als je er niet naar vraagt, dan komt een verstoord eetpatroon ook niet ter sprake.”



Een goed voorbeeld afkomstig van één van de pilotlocaties is het organiseren van een groepsbijeenkomst door de POH-GGZ, diëtist en fysiotherapeut tezamen:

“De bedoeling is dat patiënten elkaar ook op een andere manier zien, ervaringen uitwisselen, steun krijgen, en dat problemen vanuit alle drie de thema's worden besproken. Men leert van elkaar. Informatie wordt gepresenteerd, en er wordt besproken welke doelstellingen door de patiënt gesteld worden en of deze behaald zijn. Zo laten we cliënten merken dat ze niet alleen zijn. Het heeft daarnaast de samenwerking tussen de hulpverleners positief gestimuleerd. Men weet nu beter hoe men gewend is te werken. De deelnemers hebben het ook als positief ervaren omdat het groepsgevoel door deze bijeenkomst enorm is versterkt.”

4.7 Afronding programma, doorverwijzing, follow-up en nazorg

Terugvalpreventie en doorstroom zijn cruciale onderdelen in de gehele GLI-Depressieve Klachten. Beide onderwerpen dienen tijdig aan bod te komen in alle drie de trajecten van begeleiding. De follow-up van de cliënt wordt uitgevoerd door het vaste aanspreekpunt (bijv. POH-GGZ of leefstijladviseur). Drie, zes en twaalf maanden na inclusie gaat dit aanspreekpunt met de cliënt een evaluatief gesprek aan over het verloop van de depressieve klachten, sporten/ bewegen en eventuele begeleiding. Wanneer zich problemen voordoen, wordt naar oplossingen gezocht, de cliënt wordt gemotiveerd, terugvalpreventie wordt besproken en er worden eventueel vragenlijsten uitgedeeld ter evaluatie.

Een pilot over het belang van terugvalpreventie

“De BeweegKuur Depressieve klachten zal alleen effectief blijken als het gewenste gedrag langdurig wordt volgehouden. Door terugval in gedragsverandering tijdens de consulten bij de leefstijladviseur, diëtist, en/of fysiotherapeut en/of POH-GGZ vroegtijdig te signaleren, kan hier tijdig en effectief op worden ingegrepen (terugvalpreventie).”

5. Multidisciplinaire samenwerking

In onderstaand overzicht worden kort de rollen van de professionals uit het multidisciplinaire team uitgewerkt.

1) De rol van de huisarts

De huisarts heeft een belangrijke rol van signaleerder en verwijzer in een GLI Depressieve Klachten. Hij of zij verwijst naar het centrale aanspreekpunt voor de cliënt. In veel gevallen is dit de POH-GGZ, die de centrale begeleiding op zich neemt. De huisarts blijft hoofdbehandelaar in het totale traject, maar speelt dus qua tijdsinvestering een kleinere rol, maar houdt wel de eindverantwoordelijkheid over de cliënt.

2) De rol van de POH-GGZ

In veel gevallen is de POH-GGZ het centrale aanspreekpunt in de GLI Depressieve Klachten. Hij of zij speelt een belangrijke rol bij de intake, verdere verwijzing en begeleiding en afronding van het traject. De POH-GGZ introduceert het traject, motiveert voor deelname en bespreekt met de cliënt volgens het stepped care principe welke route op het gebied van psychische klachten, bewegen en voeding het beste past. Ongeacht het programma waarin de deelnemer vervolgens terecht komt, houdt hij regelmatig contact met het centrale aanspreekpunt. Dit is nodig voor de bestendiging van de gedragsverandering. Het centrale aanspreekpunt verleent tevens terugvalpreventie en follow-up op het programma dat de deelnemer doorloopt. Verder voert de POH-GGZ in veel gevallen de psychologische begeleiding uit. Vaak één op één, en in sommige gevallen gecombineerd in een groepsbijeenkomst of -programma. In een enkel geval kan de POH-GGZ ook een rol hebben in het begeleiden van het bewegen. Deze keuze hangt af van hoe het beweegprogramma wordt ingestoken en welke expertise er precies bij de POH-GGZ aanwezig is.

3) De rol van de fysiotherapeut

De intake op het gebied van bewegen (uitvoeren van testen en in kaart brengen van het wensen en behoeften) wordt uitgevoerd door de fysiotherapeut. De fysiotherapeut kan daarnaast een rol hebben in de begeleiding van cliënten die bewegen in het opstartprogramma of het groepsbeweegprogramma. Deze rol zou idealiter zo klein mogelijk worden ingevuld. Dit omdat het doel van een GLI is deelnemers zo snel mogelijk in te laten stromen in het lokale beweegaanbod en de begeleiding van deelnemers niet onnodig te medicaliseren. Eventuele begeleiding kan zowel door een generiek opgeleide fysiotherapeut worden uitgevoerd, als door een specialistische fysiotherapeut of bijvoorbeeld een psychomotorisch therapeut.

4) De rol van sport- en beweegdocent, sportinstructeur, MBVO-docent of bewegingsagoog

Het is vanwege financiële redenen en de voorkeur voor een niet-medicaliserende aanpak goed mogelijk dat het groepsbeweegprogramma wordt begeleid door een sport- en beweegdocent, sportinstructeur, Meer Bewegen voor Ouderen-docent (MBVO-docent) of een bewegingsagoog. Deze sportdocenten zijn daarnaast belangrijk in (het begeleiden van) de overgang van het bewegen in de zorg naar het bewegen buiten de zorg.

5) De rol van de diëtist, gewichtsconsulent of leefstijladviseur (voeding)

Zoals in §4.4 is beschreven kan een voedingsprogramma facultatief worden toegevoegd. De diëtist, gewichtsconsulent of de leefstijlcoach begeleiden de cliënten op het gebied van voeding. Coaching binnen het voedingsprogramma kan ook door de leefstijladviseur worden verzorgd. Bij specifieke of complexe voedingsvraagstukken wordt een cliënt begeleid door de diëtist. Het is, naast individuele begeleiding, ook mogelijk om één of meerdere groepsvoorlichtingen te organiseren.

6) De rol van de leefstijladviseur

In de reguliere BeweegKuur is de leefstijladviseur (LSA) het vaste aanspreekpunt (veelal uitgevoerd door een POH-somatiek of fysiotherapeut). In de GLI Depressieve Klachten zal dit veelal de POH-GGZ betreffen, omdat deze een psychologische achtergrond heeft en de cliënt met depressieve klachten goed kan begeleiden en coachen. De rol van het centrale aanspreekpunt kan nog steeds bij een LSA, POH-somatiek of fysiotherapeut liggen, alleen is dan goede afstemming nodig tussen wat de POH-GGZ in de psychische begeleiding doet en wat de leefstijladviseur daar aan aanvullende begeleiding en coaching op doet. Denkbaar is dat de rol van de LSA in dat geval altijd kleiner wordt. Motiverende gespreksvoering en ondersteuning in gedragsverandering komen namelijk vaak al terug in de psychische begeleiding door de POH-GGZ of eerstelijns psycholoog.

7) De rol van de eerstelijns psycholoog

Wanneer mensen psychische klachten hebben, waarvoor is geïndiceerd dat zij niet bij de POH-GGZ behandeld kunnen worden, maar door de eerstelijns psycholoog, kunnen zij doorverwezen worden. Dit is afhankelijk van de afspraken die onderling tussen eerstelijns psychologen, huisartsen en POH-GGZ medewerkers worden gemaakt. De eerstelijns psycholoog kan dus ook een rol spelen in de psychologische begeleiding.

8) De rol van de (algemeen) maatschappelijk werker

De maatschappelijk werker ondersteunt vooral mensen bij het oplossen van en omgaan met hun problemen in hun dagelijks leven of in hun werk. Dit kan van korte, maar ook van langere duur zijn. Huurschuld of werkeloosheid kunnen redenen zijn voor mensen om hulp te vragen, maar bijvoorbeeld ook opvoedings- of relatieproblemen. Door deze en andere problemen kunnen mensen depressief, verdrietig of opstandig worden en ze weten dan vaak niet hoe ze daar uit moet komen. Het is daarom ook logisch dat maatschappelijk werkers een belangrijke rol spelen in de signalering en verwijzing van mensen met depressieve klachten.

9) De rol van de Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS)

De ROS ondersteunt de eerstelijns gezondheidszorg op allerlei terreinen. In de BeweegKuur hebben zij ook een actieve rol gespeeld als bijvoorbeeld projectleiders van de pilotlocaties en als contactpersoon van NISB. De ROS-en zijn dus inhoudelijk goed op de hoogte. De ROS-en kunnen bij de opzet en uitvoering van een GLI-Depressieve Klachten een ondersteunende rol spelen (als bijvoorbeeld coördinator). Dit kan uitgebreid zijn of minder uitgebreid. Het is te adviseren om hierover met de betreffende ROS zelf afspraken te maken.

6. Borging van de GLI Depressieve Klachten

Om inzichtelijk te maken welke tijdsinvestering en kosten komen kijken bij de ontwikkeling/samenstelling en uitvoering van de GLI Depressieve Klachten, is in de toolkit een kostenoverzicht opgesteld. Hierin is, indien van toepassing, onderaan eveneens de ingeschatte tijdsinvestering in het onderzoekstraject opgenomen. De totale tijds- en middeleninvestering is afhankelijk van het aantal betrokken zorgprofessionals, de precieze invulling van het programma en de inzet van zorgprofessionals in de uitvoer van het programma (bijv. de fysiotherapeut of de Diëtist). Deze flexibele kosten zijn in het blauw aangegeven. Een eigen bijdrage van de cliënt kan noodzakelijk zijn, omdat niet alle kosten gedekt worden vanuit de verzekering van de cliënt en projectgelden.

Vanuit het onderzoekstraject dat NISB in 2013 en 2014 uitvoert, wordt een financiële tegemoetkoming geboden (€ 3.500,-), maar dit zal niet toereikend zijn voor de totale kosten. Locaties dienen daartoe zelf op zoek te gaan naar aanvullende middelen.

Een aantal voorbeelden:

- Subsidie vanuit de gemeente;
- Gemeentesportpas;
- Inzet van buurtsportcoaches, (deels) gefinancierd vanuit de gemeente: begeleiden van beweegactiviteiten en/of ondersteunen in toeleiding naar het lokale sportaanbod;
- Collectiviteitsafspraken van de gemeente met een zorgverzekeraar voor bepaalde minimagroepen;
- Gebruik maken van ruimtes van de gemeente;
- Middelen vanuit de standaard huisartsenzorg, keten of DBC;
- Onder bepaalde voorwaarden wordt bewegen bij de fysiotherapeut wel vergoed (psychosomatische klachten en medische fitness);
- Samenwerking met externe partners die voor aanvullende middelen kunnen zorgen

6.1 Bekostiging programmaonderdelen

1) Psychologische begeleiding

De psychologische begeleiding in de GLI Depressieve klachten wijkt in het algemeen niet af van de standaard huisartsenzorg door een POH-GGZ. Het is daarom aannemelijk dat de bekostiging grotendeels vanuit de standaard huisartsenzorg plaats vindt. Voor alle interventies die binnen de psychologische begeleiding worden geadviseerd geldt het verplichte en eventueel vrijwillige eigen risico, en soms ook een eigen bijdrage en/of materiaalkosten. Dit is voor elke zorgverzekeraar anders, en ook bij elke aanbieder.

Algemeen geldt voor **2012**:

- De eerste vijf consulten bij één van de psychologen zoals genoemd in tabel 1 (eerstelijnszorg of -aanbod) worden vergoed vanuit de basisverzekering, waarbij een eigen bijdrage geldt van € 20,-

per consult. De meeste verzekeraars vergoeden een aantal extra consulten vanuit het aanvullende pakket. Sommige verzekeraars vergoeden dan ook (een deel van) de eigen bijdrage.

- Voor online interventies voor depressieve klachten geldt een eigen bijdrage van € 50,-.
- Cliënten die op advies van de huisarts of op eigen initiatief een training volgen om te voorkomen dat een depressie ontstaat (geïndiceerde preventie*) krijgen deze vergoed vanuit de basisverzekering.
- Cliënten die in behandeling zijn bij een POH-GGZ betalen hiervoor geen eigen risico en geen eigen bijdrage. De POH-GGZ werkt onder verantwoordelijkheid (en soms in dienst van) de huisarts, en daarom gelden hiervoor dezelfde afspraken als voor een bezoek aan de huisarts. Er geldt geen maximum voor het aantal gesprekken met de POH-GGZ.

* CVZ geeft aan bij geïndiceerde preventie van depressie:

Alvorens een verzekerde zijn of haar aanspraak op een preventieprogramma geldend kan maken, moet de persoon in kwestie aan een aantal voorwaarden voldoen:

- De verzekerde moet behoren tot de hoog risicogroep voor geïndiceerde preventie; bij de verzekerde moet een subklinische depressie zijn vastgesteld door een professional.
- De verzekerde moet de vraag of hij hulp wil ontvangen voor zijn klachten bevestigend beantwoorden. Het preventieprogramma dient te worden afgestemd op de mogelijkheden en voorkeuren van de verzekerde. Deze afstemming gebeurt door een professional, in samenspraak met de cliënt.

In **2013** worden naar alle waarschijnlijkheid niet vijf maar acht consulten vergoed vanuit de basisverzekering.

2) Beweegprogramma

De inzet van een fysiotherapeut voor mensen met depressieve klachten wordt over het algemeen niet gefinancierd. Het kan wel voorkomen dat mensen vanuit hun aanvullende verzekering eens in de drie jaar mogen deelnemen aan een beweegprogramma van de fysiotherapeut (mits doorverwijzing van de huisarts). Dit is een vergoeding tot ongeveer €350 euro voor ongeveer 16 bijeenkomsten. In sommige gevallen mogen mensen vanuit de aanvullende verzekering deelnemen aan medische fitness onder bepaalde voorwaarden. Ook als mensen een indicatie 'psychosomatische klachten' mee krijgen. Dit zijn bijvoorbeeld stijve nekspieren/rugspieren. Dan wordt bewegen bij de fysiotherapeut wel onder bepaalde voorwaarden vergoed. De fysiotherapeut heeft vaak goed zicht op dit soort financiële mogelijkheden binnen de zorgverzekeringen.

Een goedkoper alternatief is verzorging van het beweegprogramma door een daarvoor gekwalificeerde beweegdocent. Meestal zijn er met de docent of organisatie waar deze docent in dienst is goede afspraken te maken.



In 2011 is in Zuid Nederland een pilottraject gericht op het ontwikkelen en contracteren van DBC Depressie. De verzekeraar (CVZ/CZ) wil eerstelijns DBC o.b.v. de depressie standaard inkopen. In de regio West- en Midden Brabant zijn pilots uitgevoerd en inmiddels zijn ook in Oostelijk Zuid Limburg, Zuidoost Brabant, Noordoost Noord-Brabant initiatieven opgestart. Met dit traject is een eerste stap gezet in de richting van realisatie van het concept Basis GGZ en daarmee betere en doelmatigere zorg voor mensen met psychische klachten. Voor meer informatie: neem contact op met ROS-Robuust of lees onderstaand artikel: <http://operaconsultancy.nl/images/Artikel%20De%20ontwikkeling%20van%20een%20DBC%20Depressie%20september%202012.pdf>

3) Voedingsprogramma

Het voedingsprogramma wordt niet vergoed voor mensen met alleen depressieve klachten. Mocht een andere indicatie (bijv. obesitas) een reden geven voor doorverwijzing naar een diëtist, dan kan de voedingsbegeleiding mogelijk worden vergoed conform landelijke normen en de afspraken die zijn gemaakt met de zorgverzekeraars. De diëtist zelf is goed op de hoogte wat wel en niet tot de vergoedingen behoort.



In de toolkit treft u:

- Een kostenoverzicht van de GLI-Depressieve klachten (onderzoekstraject)
- Een link naar de *'toolkit financiering BeweegKuur'*

7. Toolkit GLI Depressieve Klachten (De toolkit en de links naar de betreffende instrumenten vindt u op www.beweegkuur.nl/beweegkuur/thema_depressie-en-bewegen.html)

4.2 Teamsamenstelling	
Toolkit Geïntegreerde Eerstelijnszorg (GEZ). ROS Zorgimpuls	

4.3 Signalering en intake	
Motiverende gespreksvoering BeweegKuur	
Toolbox zelfmanagement BeweegKuur	
Masterthese Linda Schouten:	
Het instrument BDI	
Het instrument CES-D	
Het instrument 4DKL	

4.4 Psychologische begeleiding	
NISB interventieoverzicht bewegen en Depressieve klachten	
De Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (Tweede revisie)	
De Zorgstandaard Depressie 2011	

4.5 Beweegprogramma	
Tabel fysieke tests fysiotherapie (meetsinstrumenten.nl)	
Testprotocol Zes Minuten Wandeltest -6MW-, (Butland et al., 1989)	
Uitvoeringsstandaard Astrand fietstest	
Het testprotocol van de Steep Ramp Test	
Het testprotocol van de Shuttle Walk Test	
Excel bestand ter ondersteuning bij Fysieke testen&trainen BeweegKuur	
De vragenlijst Beweegscore BeweegKuur	
Vragenlijst beweeggedrag (SQUASH) BeweegKuur	

6.Borging en financiering	
Toolkit financiering van de BeweegKuur:	
Kostenoverzicht GLI Depressieve klachten (onderzoekstraject 2013-2014)	

Overige documenten	
Succes- en faalfactoren Ketenaanpak Actieve Leefstijl	
Informatie over het onderzoekstraject GLI Depressieve klachten 2013-2014	
Presentatie afsluiting verkennend traject GLI Depressieve klachten 2012	
Presentatie infobijeenkomst onderzoekstraject 2013-2014 GLI Depressieve klachten 2013-2014	

8. Gebruikte bronnen

1. Cox, R.H. (2002). Sport Psychology: Concepts and applications 5th ed. Mc Graw-Hill: New York.
2. Daley, A. (2008). Exercise and depression: a review of reviews. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15, 140-147.
3. DiLorenzo, T.M, Bargman, E.P, Stucky-Ropp, R., Brassington, G.S., French, P.A. & LaFontaine, T. (1999). Long-term effects of aerobic exercise on psychological outcomes. *Preventive Medicine*, 28, 75-85.
4. Dingemans, P. M. en Nolen, W. A. (1998). Instrumentarium voor het meten van depressie. In: W.A.Nolen and C.A.L.Hoogduin (red.). *Behandelingsstrategieën bij depressie*, pp. 13-24. Houten ; Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
5. Dorsselaer, van, S., Graaf, de., R., Verdurmen, J., Land, van 't., H., Have, ten, M., Vollebergh, W. (2006). *Trimbos kerncijfers psychische stoornissen – Resultaten van Nemesis*. Utrecht: Trimbos-instituut
6. Evers, A., Vliet-Mulder, J. C., en Groot, C. J. (2000). Documentatie van tests en testresearch in Nederland : deel I : testbeschrijvingen; deel II : testresearch. Assen: Van Gorcum.
7. Graaf, de, R., Ten Have, M., Van Dorsselaer, S. (2010). *NEMESIS-2: De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
8. Keller, M. B., Hanks, D. L., en Klein, D. N. (1996). Summary of the DSM-IV mood disorders field trial and issue overview. *Psychiatr.Clin.North Am.*, 19:1-28.
9. King, A.C, Barr, T.C., & Haskell, W.L. (1993). Effects of differing intensities and formats of 12 months of exercise training on psychological outcomes in older adults. *Health Psychological Association*, 12, 292-300;
10. Kroenke, K., Taylor-Vaisey, A., Dietrich, A. J., en Oxman, T. E. (2000). Interventions to improve provider diagnosis and treatment of mental disorders in primary care. A critical review of the literature. *Psychosomatics*, 41:39-52.
11. Marwijk, H. W. J., Linde, J. v.an der, Nolen, W. A., Brink, W. van de, en Springer, M. P. (1996). De 'Depressieherkenningsschaal': een hulpmiddel bij het diagnosticeren van depressie in de huisartspraktijk. *Ned.Tijdschr.Geneeskd.*, 140:2127-2130.
12. *Multidisciplinaire Richtlijn Depressie* (2005). Utrecht: Trimbos-instituut
13. Romijn, G.A., Ruiter, M., Smit, F. (2008). Meer effect met depressiepreventie? Strategieën voor publieksvoorlichting, vroegherkenning en terugvalpreventie. Utrecht: Trimbos-instituut
14. Stammes, R., & Spijker, J. (2009). Fysieke training bij depressie: een overzicht. *Tijdschrift voor de Psychiatrie*, 51 (11), 821-830.
15. Tiemens, B. G., Ormel, J., Brink, R. H. S., Jenner, J. A., Meer, K. van der, Os, T. W. D. P., en Smit, A. (1995). Signalering van depressie en gegeneraliseerde angst in de huisartspraktijk; de ontwikkeling van een screeningsinstrument. *Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg*, 73:520-527.
16. Vollebergh, W. A., Iedema, J., Bijl, R. V., De Graaf, R., Smit, F., en Ormel, J. (2001). The structure and stability of common mental disorders: the NEMESIS study. *Arch.Gen.Psychiatry* , 58:597-603.
17. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull.World Health Organ*, 78:413-426.
18. Zitman, F. G., Griez, E. J. L., en Hooijer, C. (1989). Standaardisering depressievragenlijsten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 31:114-135.