

Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Depressieve stoornis

Romeijnders ACM, Lamers ETT, Vriezen JA, Van Grunsven MIF, Kroon M, Lagerberg JM, Lucassen PLBJ, Van Marwijk HWJ, Van Rijswijk E, Sluis JJ, Flikweert S. Huisarts Wet 2006;49(4):209-12.

Inleiding

De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Depressieve stoornis is opgesteld door een werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE). De LESA geeft richtlijnen voor samenwerking tussen huisartsen en eerstelijnspsychologen bij het verlenen van zorg aan patiënten met een depressieve stoornis.

Het gaat daarbij zowel om patiënten die primair de huisarts of de eerstelijnspsycholoog (ELP) bezoeken en vervolgens in principe door een van beide worden behandeld, als om patiënten die in gezamenlijke behandeling zijn. De LESA houdt rekening met de verschillen in taken en verantwoordelijkheden van beide beroepsgroepen.

De richtlijnen in deze LESA zijn globale richtlijnen. De aanbevelingen zijn bedoeld om regionaal nader in te vullen en aan de hand hiervan werkafspraken te maken. De zorg voor specifieke groepen (bijvoorbeeld allochtonen) kan een aangepaste invulling noodzakelijk maken.

De eerste lijn kent per (sub)regio een verschillende beschikbaarheid van (niet-)

Samenvatting

- De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Depressieve stoornis is het resultaat van landelijk overleg tussen huisartsen en eerstelijnspsychologen over gedeelde zorg aan patiënten met een depressieve stoornis.
- De LESA Depressieve stoornis sluit inhoudelijk aan bij de NHG-Standaard Depressieve stoornis en wat betreft werkwijze bij de Richtlijn Intake en indicatiestelling van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE).
- De LESA Depressieve stoornis bevat de uitgangspunten van zowel het monodisciplinaire als het gemeenschappelijke beleid, gevolgd door afspraken over samenwerking.
- Tevens zijn richtlijnen voor onderlinge consultatie en gemeenschappelijk verwijsbeleid opgenomen.

medische disciplines bij de behandeling van psychische aandoeningen, zoals eerstelijnspsychologen, algemeen maatschappelijk werkers, praktijkverpleegkundigen of door GGZ-instellingen gedetacheerde sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen of psychologen. De LESA is gericht op de samenwerking tussen huisartsen en eerstelijnspsychologen bij de behandeling van patiënten met een depressieve stoornis. Ze kan tevens dienen als basismodel voor samenwerkingsafspraken tussen de andere genoemde disciplines in de eerste lijn, en ook met betrekking tot andere psychische aandoeningen. De toegevoegde waarde van de andere eerstelijnsdisciplines wordt in de LESA buiten beschouwing gelaten.

De LESA Depressieve stoornis is gebaseerd op wetenschappelijke gegevens en op consensusafspraken in de werkgroep. Bij de bespreking van de wetenschappelijke literatuur en de gemaakte keuzes is de werkgroep uitgegaan van de NHG-Standaard Depressieve stoornis, de Richtlijn Intake en indicatiestelling van de LVE en de brochure *De juiste hulp op de juiste plaats, de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief*.^{1,2,3}

Hoewel eerstelijnspsychologen spreken van *cliënten* en huisartsen van *patiënten*, is in deze LESA als algemene benaming voor '*patiënten*' gekozen.

De LESA spreekt van eerstelijns hulpverleners indien er in de richtlijn geen onderscheid is tussen het functioneel handelen van huisarts en eerstelijnspsycholoog.

Achtergronden

Een depressieve stoornis is een veelvoorkomende aandoening. Het merendeel van de patiënten wordt door de huisarts of andere eerstelijns hulpverleners behandeld. De prevalentie van een door huisartsen geregistreerde depressieve stoornis is 10 tot 15 per 1000 patiënten. Een eerste episode duurt gemiddeld drie tot vier maanden en is meestal binnen een half jaar voorbij. Bij 30 tot 40% van de patiënten treden recidieven op en bij 5 tot 10% is sprake van een min of meer chronische depressie.

Deze LESA volgt de NHG-Standaard Depressieve stoornis, die uitgaat van een depressieve stoornis volgens de DSM-IV-criteria, overeenkomend met de zogenoemde 'major depressive disorder'. De NHG-Standaard bevat ook richtlijnen voor het beleid bij dysthymie, maar geeft geen richtlijnen voor

de 'minor depressive disorder' wegens een gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing.

De LVE hanteert de algemene Richtlijn Intake en indicatiestelling. Deze richtlijn beveelt eveneens diagnostiek volgens de DSM-IV-criteria aan en daarnaast het verzamelen van informatie over persoonlijkheidskenmerken en verandermogelijkheden van de patiënt.

Bij 16% van de meldingen bij eerstelijnspsychologen gaat het om klachten van depressieve aard. Van deze patiënten is 75% verwezen door de huisarts.⁴ Daarnaast melden patiënten met depressieve klachten zich op eigen initiatief (16%) bij een eerstelijnspsycholoog of worden ze verwezen door andere hulpverleners (8%).

De LESA Depressieve stoornis beoogt een bijdrage te leveren aan de lokale afstemming van beleid, verantwoordelijkheden en continuïteit van zorg tussen huisartsen en eerstelijnspsychologen.

Uitgangspunten huisarts

Voor gedetailleerde diagnostische en therapeutische richtlijnen wordt verwezen naar de NHG-Standaard Depressieve stoornis.

Na het stellen van de diagnose depressieve stoornis (in een of meer consulten) geeft de huisarts voorlichting over de aandoening (zie *Voorlichting door eerstelijns hulpverlener*) en over de verschillende behandelmogelijkheden. Afhankelijk van de ernst van de symptomen en de lijdensdruk wordt in overleg met de patiënt een keuze uit deze mogelijkheden gemaakt. Dat kan een behandeling zijn in de vorm van ondersteunende gesprekken, waarbij het doel is meer zicht te krijgen op zichzelf, controle te krijgen over de huidige toestand en mogelijkheden voor herstel aan te geven. Naarmate de patiënt de ernst van de situatie minder inziet en meer geneigd is zich terug te trekken, stelt de huisarts zich actiever op. Desgewenst worden de partner en de gezinsleden bij de begeleiding betrokken of ondersteund. Bij de gesprekken wordt aandacht besteed aan de emoties die met de depressieve stoornis samenhangen. Factoren die de stoornis uitlokken of het herstel belemmeren kunnen nader worden onderzocht. In samenspraak met de patiënt worden een of meer concrete en praktisch haalbare dagelijkse doelen vastgesteld. De patiënt wordt aangemoedigd dingen te blijven doen waar hij nog wél plezier in heeft. Bij vervolcontacten evalueert de huisarts

het beeloop van de klachten, het functioneren thuis en op het werk, en gaat hij na of de patiënt zijn doelen heeft kunnen verwezenlijken.

Naast de ondersteunende behandeling wordt soms medicamenteuze therapie toegepast (zie *Antidepressiva*). Ook kan gekozen worden voor een specifieke psychologische interventie (zie *Uitgangspunten eerstelijnspsycholoog*). Voor dit laatste zal de huisarts de patiënt meestal verwijzen naar een eerstelijnspsycholoog, een andere eerstelijns-hulpverlener of naar de tweede lijn. Psychologische interventies kunnen ook door daar-toe geschoolde huisartsen worden gedaan.

Antidepressiva

Bij hevige en langdurige lijdensdruk, bij ernstig disfunctioneren of bij een sterke voorkeur van de patiënt zal de huisarts antidepressiva voorschrijven. Bij het starten met antidepressiva worden concrete vervolgafspraken gemaakt, zoals in de NHG-Standaard is beschreven. Bij deze controles besteedt de huisarts ook aandacht aan mogelijke bijwerkingen van de medicatie en aan de therapietrouw. Het duurt doorgaans twee tot vier weken voordat een effect wordt

Inbreng van de patiënt

Deze Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) geeft richtlijnen voor de samenwerking en suggesties voor werkaafspraken tussen huisartsen en eerstelijnspsychologen. De richtlijnen in de LESA zijn zo opgesteld dat op het juiste moment huisartsgeneeskundige hulp en hulp door de eerstelijnspsycholoog wordt geboden en voor patiënten de continuïteit in het beleid herkenbaar blijft. Daarbij geldt echter altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld. De huisarts en de eerstelijnspsycholoog stellen het beleid vast in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

Afweging door de betrokken eerstelijns-hulpverleners

Het persoonlijke inzicht van de betrokken huisartsen en eerstelijnspsychologen is bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd afwijken van de richtlijnen kunnen rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat de LESA bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

waargenomen. Bij onvoldoende respons wordt de dosering van het gekozen middel verhoogd. Indien een respons uitblijft, kan de huisarts een ander medicament kiezen, waarbij opnieuw na maximaal zes weken voldoende effect moet zijn bereikt. In afwachting van een respons moeten de ondersteunende gesprekken worden voortgezet.

Uitgangspunten eerstelijnspsycholoog

Bij patiënten die door de huisarts worden verwezen begint de eerstelijnspsycholoog met één of twee intakegesprekken, waarin – naast een inventarisatie van klachten, biografie en sociale situatie – aandacht is voor de eigen visie van de patiënt op het ontstaan (en de instandhouding) van de klachten, alsmede voor de hulpvraag. Daarbij wordt vaak gebruikgemaakt van klacht- en persoonlijkheidsvragenlijsten. Met dit aanvullende onderzoek beoogt de psycholoog de ernst en allerlei relevante factoren voor de behandeling van de depressieve stoornis vast te stellen. Zo is er aandacht voor een aantal persoonskenmerken zoals copingstijl, sociale vaardigheden, zelfgevoel, introspectief vermogen en draagkracht. Incidenteel wordt een heteroanamnese afgenomen.

De eerstelijnspsycholoog stelt op basis van de verzamelde gegevens een behandelvoorstel op en bespreekt dit met de patiënt. Tevens wordt in deze fase een begin gemaakt met het leggen van een therapeutische relatie waarin de patiënt zich begrepen voelt in zijn klachten. De voorgestelde behandeling sluit aan bij de therapeutische mogelijkheden van de patiënt en zijn omgeving.

Bij patiënten die zich op eigen initiatief aanmelden, kiest de eerstelijnspsycholoog in samenspraak met de patiënt en afhankelijk van de genoemde factoren voor:

- zelfstandige behandeling door de psycholoog;
- overleg met de huisarts over diagnostiek of medicamenteuze behandeling;
- in overleg met de huisarts verwijzing naar de tweede lijn.

De behandeling vindt plaats vanuit verschillende referentiekaders, waarvan de cognitieve gedragstherapie (CGT) en interpersoonlijke therapie (IPT) wetenschappelijk het best onderbouwd zijn. De eerstelijnspsycholoog verwoordt zijn visie op het ontstaan van de klachten en de wijze waarop de behandeling tot herstel kan leiden. Dit moet zo veel mogelijk aansluiten bij de ervaring van de patiënt en uitzicht geven op verbetering om de motivatie van de patiënt en zijn inzet te bevorderen. Als de patiënt instemt met het behandelvoorstel, kan de behandeling starten.

De behandeling is in principe kortdurend van aard (tien tot twaalf sessies van 45 minuten) en vraagt een actieve houding van de patiënt. Bij een individuele behandeling kunnen ook de partner of belangrijke andere(n) worden betrokken. De behandeling wordt soms ondersteund met bibliotherapie (de patiënt werkt de behandeling zelfstandig door aan de hand van schriftelijk materiaal, geluids- of videoband). In een tussentijdse evaluatie wordt bepaald of de ingezette behandeling tot een vermindering van de depressieve klachten leidt. Omdat de behandeling niet altijd wekelijks plaatsvindt, is de duur van een psychologische behandeling minimaal drie maanden. Bij geen of onvoldoende verbetering zal de psycholoog een aangepaste behandeling dan wel een (terug)verwijzing naar de huisarts overwegen.

Uniform beleid

Doelstellingen van het eerstelijnsbeleid

Doelstellingen van het diagnostische en therapeutische beleid zijn het verlichten van de klachten en het bevorderen van het normaal functioneren. Het beleid is afhankelijk van de ernst van de depressieve stoornis. Het behandelplan wordt afgestemd op de voorkeuren, wensen, mogelijkheden en comorbiditeit van de patiënt. Bij dysthymie is eenzelfde behandeling aangewezen, maar met een terughoudender medicamenteus beleid.

Eerstelijnsdiagnostiek

Bij klachten of signalen van de patiënt die wijzen op een depressieve stoornis vindt adequate diagnostiek plaats. Uitlokkende factoren, andere aandoeningen, de ernst van de lijdensdruk en het disfunctioneren worden in kaart gebracht. Bij aanwijzingen voor een sterk verhoogd suïciderisico, een bipolaire stoornis of psychotische verschijnselen is verwijzing naar een psychiater aangewezen.

Voor het stellen van de diagnose is meestal geen lichamelijk en aanvullend onderzoek nodig. Bij ouderen moet dat in twijfelgevallen wel worden uitgevoerd, omdat de differentiële diagnose lastig kan zijn en de kans op een onderliggende somatische aandoening groter is. Een depressieve stoornis kan worden uitgelokt door of samenhangen met lichamelijke morbiditeit en medicatiegebruik.

De eerstelijns-hulpverlener gaat na of er aanwijzingen zijn voor somatische aandoeningen, waarbij de huisarts op geleide van zijn bevindingen zo nodig aanvullend onderzoek verricht en de eerstelijnspsycholoog zo nodig de huisarts consulteert. Ook bij twijfel over de diagnose depressieve

stoornis kunnen beide eerstelijns hulpverleners elkaar consulteren.

Samenwerken, verwijzen en terugverwijzen

Bij twijfel aan de diagnose depressieve stoornis of bij ernstige psychosociale problematiek kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de eerstelijnspsycholoog voor een diagnostisch consult.

Bij het vermoeden van somatische pathologie verwijst de eerstelijnspsycholoog de patiënt naar de huisarts voor een consult. Bij (een gesignaleerde indicatie voor) medicamenteuze behandeling wordt het beleid van huisarts en eerstelijnspsycholoog op elkaar afgestemd en worden afspraken gemaakt over de taakverdeling bij de begeleiding.

Huisarts en eerstelijnspsycholoog overleggen zo nodig met elkaar over indicaties voor aanvullende diagnostiek en over verwijsmogelijkheden naar de tweede lijn.

Voorlichting door eerstelijns hulpverlener

De eerstelijns hulpverlener legt uit dat een depressieve stoornis een vaak voorkomende aandoening is die met verschillende factoren samenhangt. In ruim de helft van de gevallen herstelt de patiënt in drie tot vier maanden. Voor het herstel is het van belang de gezonde kant van de patiënt te activeren en de nadruk te leggen op het dagelijks plannen van prettige activiteiten. Factoren uit het verleden die de depressieve stoornis mede instandhouden, worden in de behandeling betrokken. De aandacht van de patiënt moet echter vooral op het heden worden gericht. Een gestructureerde dagindeling, voldoende lichaamsbeweging en voldoende sociale contacten kunnen het herstel ondersteunen. De nadruk moet worden gelegd op het stellen van doelen op korte termijn. Voor het herstel is het van belang dat de patiënt niet te veel eisen aan zichzelf stelt om onnodige teleurstellingen en schuldgevoelens te voorkomen.

De eerstelijns hulpverlener geeft de patiënt een zogeheten patiëntenbrief mee (zie <http://nhg.artsennet.nl> en www.lve.nl). In een vervolgsconsult kan de hulpverlener de vragen bespreken die de patiënt naar aanleiding van deze informatie heeft.

Begeleiding en psychologische interventie door eerstelijns hulpverlener

Zowel de huisarts als de eerstelijnspsycholoog kan een patiënt met een depressieve stoornis begeleiden. Afhankelijk van een aantal factoren (zie *Doelstellingen van het eerstelijnsbeleid*) wordt in overleg met de patiënt voor een bepaalde interventie gekozen. De huisarts heeft expertise over moge-

lijke somatische uitlokkende factoren en eventuele medicamenteuze behandeling. Daarnaast heeft hij kennis van de voorgeschiedenis van de patiënt, zijn familiale of sociale omstandigheden en zijn manier van omgaan met ziekte en gezondheid.

De eerstelijnspsycholoog heeft expertise op het gebied van psychologische diagnostiek en interpreteert de klacht van de patiënt tegen de achtergrond van zijn persoonlijkheid, het gezinssysteem en de levensloop. Op geleide van de indicatiestelling kan de eerstelijnspsycholoog verschillende typen behandeling toepassen.

Medicamenteuze behandeling bij psychologische interventie

Als de eerstelijnspsycholoog een indicatie voor medicamenteuze behandeling signaleert, stemt hij het beleid af met de huisarts. Start de huisarts op eigen initiatief met antidepressiva, dan is het van belang de medebehandelende eerstelijnspsycholoog daarvan op de hoogte te stellen omdat dit de psychologische interventie kan beïnvloeden. Overleg voorafgaand aan de start van een antidepressivum is daarom noodzakelijk.

Bij een gecombineerde behandeling door eerstelijnspsycholoog (psychologische interventie) en huisarts (antidepressiva) zal de huisarts vooral het medicatiegebruik begeleiden, terwijl de eerstelijnspsycholoog de psychologische interventie verricht en de voortgang daarvan evalueert. Zowel de huisarts als de eerstelijnspsycholoog heeft in dat geval oog voor de voortgang en het herstel. Onderling wordt per situatie afgesproken wanneer overleg aangewezen is.

Behandelafspraken bij dysthymie

Dysthymie is een langdurige aandoening waarbij een terughoudend medicamenteus beleid is aangewezen. Er vindt overleg plaats over een behandelplan, eventuele medicatie, wie controleert en eventueel verwijst.

Afspraken betreffende overleg en verwijzen bij stagnerende behandeling of terugval

Wanneer de gecombineerde behandeling door huisarts en eerstelijnspsycholoog stagneert, of wanneer men bij psychologische behandeling binnen drie maanden geen vooruitgang ziet, worden de diagnose en het beleid in onderling overleg heroverwogen (doorgaan met begeleiding, medicatie of verwijzing naar de tweede lijn). Hetzelfde geldt wanneer een aangepaste of nieuwe interventie na twee maanden geen effect heeft. Bij aanwijzingen voor een sterk verhoogd suïciderisico of psychotische verschijnselen nemen psycholoog en huisarts

direct contact met elkaar op om de verwijzing af te stemmen. Alleen de huisarts kan de patiënt verwijzen naar een crisisdienst.

Terugrapportage

Na consultatie ten behoeve van diagnostiek, bij het overwegen van medicamenteuze behandeling, bij eventuele complicaties en aan het einde van de behandeling rapporteren de eerstelijnspsycholoog en de huisarts aan elkaar.

Aandacht voor depressie en werkomgeving

Bij werkverzuim of disfunctioneren op het werk adviseert de eerstelijns hulpverlener de patiënt contact op te nemen met de bedrijfsarts. Bij een ernstige depressieve stoornis zal de eerstelijns hulpverlener overwegen dit (in overleg met de patiënt) zelf te doen. Het is van belang afspraken te maken over het aanpassen van de werkzaamheden, het soms noodzakelijke werkverzuim en de terugkoppeling naar de werksituatie. Soms spelen bij de depressieve stoornis belangrijke werkgerelateerde aspecten een rol. Toch kan het (gedeeltelijk) blijven werken een positieve bijdrage aan het herstel leveren.

Het is van belang met de bedrijfsarts te overleggen over de te verwachten duur van het werkverzuim en over werkgerelateerde factoren die het herstel eventueel belemmeren. Ook bij verschil in inzicht met betrekking tot diagnostiek, beleid of verwijzing is overleg aangewezen.

Verwijsbeleid

Verwijzing door de huisarts naar een eerstelijnspsycholoog vindt plaats door middel van een verwijsbrief of telefonisch contact, waarin adequate informatie wordt gegeven over voorgeschiedenis, medicatie, ernstige ziekten en eventueel andere relevante zaken.

Als de patiënt zich primair tot de eerstelijnspsycholoog wendt, stelt deze de huisarts daarvan in kennis bij de start van de psychologische hulp, tenzij de patiënt hiervoor geen toestemming geeft. Schematisch ziet het samenwerkingsbeleid er als volgt uit.

Van huisarts naar eerstelijnspsycholoog:

- consult bij twijfel aan de diagnose;
- bij een duidelijke voorkeur van de patiënt voor behandeling door de eerstelijnspsycholoog, bijvoorbeeld bij eerdere positieve ervaringen;
- bij onvoldoende effect van begeleiding en behandeling door de huisarts;
- bij ernstige psychologische of psychosociale problemen;
- bij persoonlijkheidsstoornissen die het herstel belemmeren en waarvoor nadere

- diagnostiek en een andere aanpak geïndiceerd zijn;
- voor overleg over het behandelplan bij dysthymie.

Van eerstelijnspsycholoog naar huisarts:

- consult bij overweging aanvullende somatische diagnostiek;
- voor nader overleg over individuele of complexe gezinsproblematiek;
- voor instellen/overleg medicamenteuze behandeling;
- bij onvoldoende effect van de behandeling;
- voor medebeoordeling van de psychiatrische problematiek of suïciderisico.

Verwijzing naar tweede lijn (GGZ of psychiater):

- bij ernstig sociaal disfunctioneren of uitblijven van herstel, ondanks maximale behandeling;
- bij persoonlijkheidsstoornissen die de depressieve stoornis instandhouden;
- bij complexe problematiek die langdurig intensieve of specialistische behandeling vergt;
- bij een sterk verhoogd suïciderisico en verslavingsproblematiek;
- bij een depressieve stoornis in het kader van een bipolaire stoornis of psychotische depressie.

Aandachtspunten voor bespreking in de regio

De volgende aandachtspunten kunnen door middel van overleg in de regio nader worden besproken en tot concrete werkafspraken worden uitgewerkt.

- Wat is het gemeenschappelijke doel van de samenwerking?
- Wat is het ervaren verschil tussen het medische en psychologische denkmodel?

- Hoe kan worden vermeden dat de patiënt als boodschapper wordt gebruikt?
- Wat en hoe vergoeden de preferente zorgverzekeraars?
- Hoe communiceren beide beroepsgroepen met elkaar?
- Welke informatie (formulieren) wordt gebruikt bij verwijzing en terugrapportage?
- Hoe stemt de huisarts de medicamenteuze behandeling met de eerstelijnspsycholoog af?
- Welke mogelijkheden zijn er lokaal en regionaal voor het invullen van de zorg door hulpverleners in de eerste lijn?
- Hoe wordt samenwerking met de bedrijfsartsen georganiseerd?
- Welke verwijzingsmogelijkheden zijn er in de regio?
- Welke vragenlijsten en methodieken worden in de regio gebruikt?

Totstandkoming

In maart 2005 startte een werkgroep van huisartsen en eerstelijnspsychologen benoemd door het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen met het realiseren van de LESA Depressieve stoornis.

Namens het NHG hadden in deze werkgroep zitting: S. Flikweert, dr. P.L.B.J. Lucassen, dr. H.W.J. van Marwijk, A.C.M. Romeijnders, dr. E. van Rijswijk en dr. J.A. Vriezen. Namens de LVE hadden zitting: M.J.F. van Grunsven, M. Kroon, J.M. Lagerberg, E.T.T. Lamers en J.J. Sluis.

De belangrijkste discussiepunten tijdens de werkgroepbijeenkomsten waren:

- afbakenen van zorg bij een depressieve stoornis en lichtere vormen van depressie;
- het medisch denkmodel versus het psychologisch denkmodel;
- belang van voorlichting, begeleiding en behandeling;
- voorschrijven van medicatie;
- aandacht voor de werksituatie.

In september 2005 is een conceptversie ter commentariëring voorgelegd aan een steekproef van 50 huisartsen (NHG-leden). De LVE heeft de conceptversie voorgelegd aan een selectie van 45 psychologen. Er werd commentaar ontvangen van 12

huisartsen en 15 psychologen. Tevens werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten: prof.dr. J.J.L. Derksen, klinisch psycholoog, drs. A.J.M.L. van Geleuken, psycholoog, drs. M.B.J. van den Heuvel, klinisch psycholoog, dr. P.F.M. Kop, psycholoog, drs. P. Leusink, arts, seksuoloog, drs. K. de Leest, apotheker, prof.dr. K. van der Meer, huisarts, dr. J. Michels, huisarts (WVH), drs. M.M. Versluijs (NPCF), dr. E.M. van Weel-Baumgarten, huisarts, dr. H.C.P.M. van Weert, huisarts en drs. G.J. Wubs (MO-groep). Vermelding als referent betekent overigens niet dat de referent de LESA inhoudelijk op elk detail onderschrijft.

In december 2005 is de concepttekst door het NHG bestuurlijk vastgesteld. Aansluitend is de LESA vastgesteld door het bestuur van de LVE.

De coördinatie was in handen van J.A. Vriezen namens het NHG en J.M. Lagerberg en E.T.T. Lamers namens de LVE. De heer S. Flikweert, huisarts en senior-wetenschappelijk medewerker van het NHG, was als projectleider betrokken bij de realisatie van deze LESA.

Het ministerie van VWS heeft door subsidiëring de totstandkoming van de LESA Depressieve stoornis mogelijk gemaakt.

© 2006 Nederlands Huisartsen Genootschap en Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.

Noot 1

Van Marwijk HWJ, Grundmeijer HGLM, Bijl D, Van Gelderen MG, De Haan M, Van Weel-Baumgarten EM, et al. NHG-Standaard Depressieve stoornis (depressie). Eerste herziening. Huisarts Wet 2003;46(11):614-33 of <http://nhg.artsenet.nl> (rubriek NHG-Standaarden).

Noot 2

Richtlijn Intake en indicatiestelling voor eerstelijnspsychologen. Amsterdam: LVE, 2005.

Noot 3

De juiste hulp op de juiste plaats, de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief. Amsterdam/Utrecht: LHV, LVE en MO-groep-AMW, 2004.

Noot 4

Feenstra PJ. Feiten depressieve klachten. Amsterdam: LVE, 2004.