

Gecombineerde Leefstijl Interventie Depressieve klachten in een eerstelijns zorgvoorziening

Een verkorte programmabeschrijving

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.

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."

Doelgroep

De doelgroep cliënten bestaat uit mensen met depressieve klachten (met of zonder fysieke aandoeningen zoals overgewicht en diabetes mellitus type 2). Het gaat nadrukkelijk niet om mensen met een depressieve stoornis. Depressieve klachten worden vastgesteld aan de hand van diagnostische instrumenten zoals de CES-D. Cliënten met een CES-D score van 6 tot 46 kunnen worden geïnccludeerd in het onderzoekstraject.

Integrale aanpak voor depressieve klachten, bewegen en voeding

De cliënt volgt individueel of in groepsverband een evidence-based psychologisch programma ter vermindering van depressieve klachten. Tegelijkertijd krijgt de cliënt een beweegprogramma en indien nodig voedingsbegeleiding. Deze programma's zijn ingestoken via het *stepped care* principe: de cliënt krijgt de zorg die past bij de mate en 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.

In het project worden gezondheidscentra of huisartspraktijken random toegewezen aan één van de onderstaande condities:

- De experimentele conditie: deze groep locaties voert de GLI Depressieve Klachten uit;
- De controleconditie: hier worden cliënten met depressieve klachten drie maanden gevolgd met minimale begeleiding ("watchful waiting").

Per conditie leggen we uit hoe het inhoudelijke programma eruit ziet.

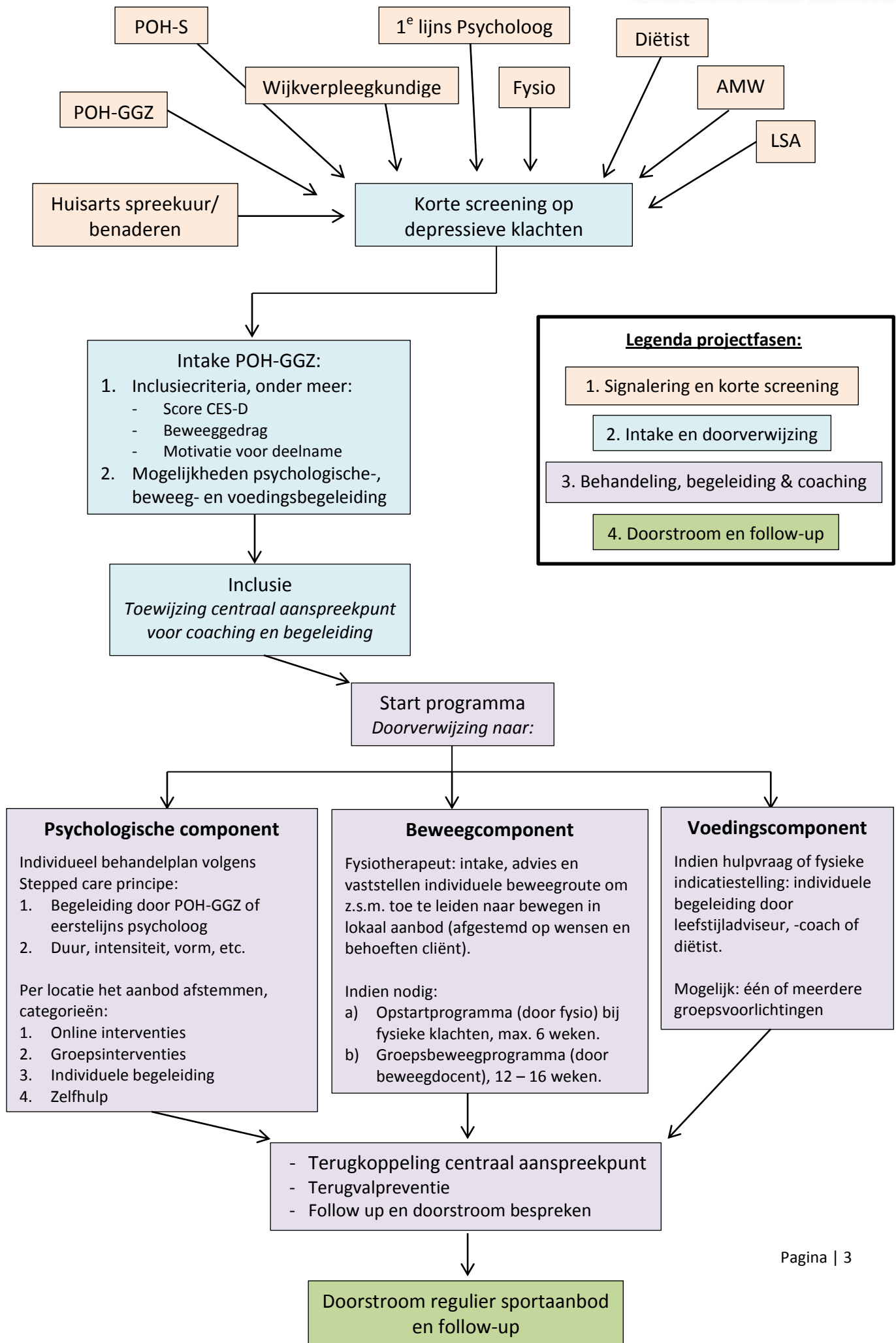
Experimentele conditie

Op pagina 3 staat het stroomschema van de GLI Depressieve klachten. We beschrijven de inhoud van de experimentele conditie aan de hand van zeven onderdelen:

1. Tijdsduur van het programma
2. Teamsamenstelling
3. Signalering en intake
4. Psychologische begeleiding
5. Beweegprogramma
6. Voedingsbegeleiding
7. Financiering en borging

Een uitgebreidere programmabeschrijving, inclusief een toolkit met onder meer tips rondom het financieringsvraagstuk en bruikbare documenten voor de GLI-Depressieve Klachten, komt medio oktober beschikbaar.

Stroomschema GLI-DK

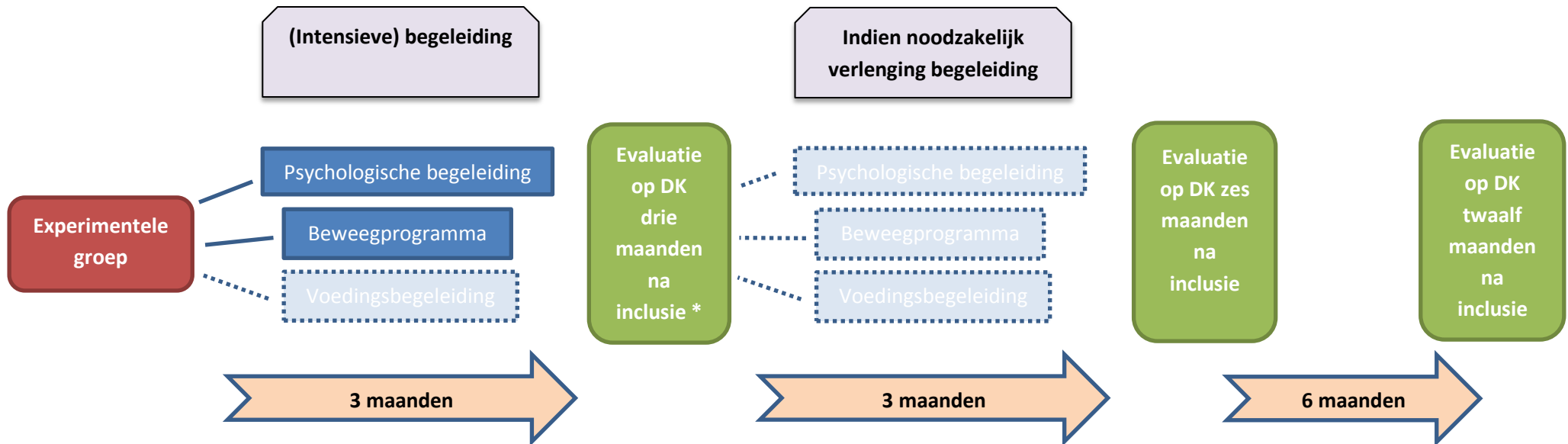


Legenda projectfasen:

- 1. Signalering en korte screening
- 2. Intake en doorverwijzing
- 3. Behandeling, begeleiding & coaching
- 4. Doorstroom en follow-up

1. Tijdsduur van het programma

In de experimentele conditie ziet het tijdspad er als volgt uit:



* De evaluatie betreft een gesprek tussen de cliënt en het centrale aanspreekpunt (in de eerstelijns) over de mate van depressieve klachten. Hierin wordt de voortgang besproken, worden oplossingen voor eventuele problemen gezocht, cliënten gemotiveerd, terugvalpreventie besproken en vragenlijsten voor het onderzoek uitgedeeld.

2. Teamsamenstelling

Op lokaal niveau vormen diverse eerstelijns zorgprofessionals een 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)
- Diëtiste (voedingsprogramma)

Deze professionals voeren de signalering, intake en behandeling uit. Eén van deze professionals zorgt voor de coördinatie met de cliënten en met het NISB en Trimbos; wij noemen hem of haar 'het centrale aanspreekpunt'. Het team kan worden aangevuld met een POH-Somatiek, leefstijladviseur, wijkverpleegkundige 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. Het is voor alle zorgprofessionals mogelijk om in dit implementatie- en onderzoekstraject bijscholing te volgen voor het signaleren van depressieve klachten.

3. Signalering en intake

Eerstelijns zorgprofessionals signaleren depressieve klachten bij cliënten tijdens (inloop) gesprekken of behandeling van andere klachten of aandoeningen. De screening betreft het stellen van drie vragen: 1) "In de afgelopen maand, voelde je je vaak gehinderd door depressieve gevoelens of gevoelens van hopeloosheid?", 2) "In de afgelopen maand, werd je vaak gehinderd door weinig interesse of geen plezier in de activiteiten die je deed?" en 3) "Wil je daar hulp voor krijgen?". Als er een positief signaal is, dan zal de huisarts of POH-GGZ een intake afnemen. Deze intake bestaat uit (a) de CES-D, een gevalideerde vragenlijst die depressieve klachten meet, en (b) een beweegvragenlijst. Tegelijkertijd wordt gecheckt of de cliënt voldoet aan de inclusiecriteria van het onderzoek en motiveert de huisarts/POH-GGZ de cliënt om deel te nemen aan het onderzoek. Wanneer een cliënt aan de inclusiecriteria voldoet en wil deelnemen aan het onderzoek worden het programma en de mogelijkheden in de GLI-Depressieve Klachten met de cliënt besproken: psychologische begeleiding, het beweegprogramma en voedingsbegeleiding. 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.

4. Psychologische begeleiding

De POH-GGZ of eerstelijns psycholoog begeleidt cliënten bij het psychologische programma. Er zijn verschillende effectieve psychologische interventies beschikbaar. Deze zijn onder te verdelen in vier categorieën: zelfhulp, online interventies, individuele gesprekken en groepsinterventies. De precieze invulling van het aanbod kan per praktijk verschillen, maar elke praktijk dient per categorie minimaal

één interventie aan te kunnen bieden. Per praktijk zal bij het eerste bezoek van NISB/Trimbos worden geïnventariseerd welke vormen van begeleiding reeds beschikbaar zijn in de praktijk. Uitgangspunt is dat zoveel mogelijk wordt aangesloten bij wat reeds in de praktijk plaatsvindt. We kunnen ons voorstellen dat praktijken het onderzoek aangrijpen om zich (verwijzing naar) ander aanbod eigen te maken, bijvoorbeeld verwijzing naar online interventies. In het project bieden we mogelijkheden voor bijscholing op signalering van depressieve klachten, maar kunnen we praktijken ook begeleiden bij het kennismaken met nieuwe interventies. In onderstaande tabel staat een overzicht van mogelijke interventies. De precieze duur, vorm en intensiteit worden met de cliënt afgestemd.

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

	Verzekerde zorg	Niet verzekerd
Online interventies	Kleur je Leven Moodlifter Beating the blues Diabetergestemd	
		Psyfit (30 euro p.j.)
Groeps-interventies	In de put, uit de put In de put, uit de put verkorte versie In de put, uit de put 55+ Lichte dagen, donkere dagen Vluit Leven Mindfulness / Acceptance and Commitment Therapy / Aandachttraining	
Individuele gesprekken	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 Vluit leven Leven met een chronische ziekte	

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!"

5. Beweegprogramma

Het beweegprogramma gaat van start bij de fysiotherapeut, die een intake afneemt om het beweegniveau en de fysieke belastbaarheid van de cliënt in kaart te brengen. Het beweegniveau wordt gemeten met de vragenlijst 'Beweegscore' uit de BeweegKuur. De fysieke belastbaarheid wordt gemeten met één van deze sub-maximale testen: de Astrand (fiets)test of de 6 minuten wandeltest. Aan de hand van de intake geeft de fysiotherapeut een beweegadvies. Fysiotherapeut en cliënt stellen vervolgens samen een beweegplan op. 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.

- a) Indien er sprake is van extreem lage belastbaarheid (bijvoorbeeld door fysieke klachten of ernstige bewegangst), kunnen cliënten onder begeleiding van een fysiotherapeut sporten of bewegen. Dit wordt het *opstartprogramma* genoemd en duurt 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) Wanneer hier vanuit cliënten vraag naar is, dient het behandelteam (eventueel in samenwerking met sport- en beweegpartners) een *groepsbeweegprogramma* te kunnen organiseren. 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. Deze groep wordt in veel gevallen begeleid door een beweegdocent, bijvoorbeeld een MBVO-docent (Meer Bewegen voor Ouderen-docent). Dit groepsprogramma neemt maximaal 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 zwemclubje).

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

Cruciaal is dat de cliënt een vorm van bewegen kan uitvoeren die hij/zij leuk vindt en die bij hem/haar past. Op deze manier wordt tevens de kans op uitval kleiner. De combinatie van cardio- en krachttraining is effectiever voor mensen met depressieve klachten dan alleen cardiotraining¹. Ook zijn de psychologische voordelen waarschijnlijk het grootst bij een matige intensiteit van beweging in vergelijking met een lage of een hoge intensiteit². 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 depressie³, 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).

¹ Daley, A. (2008). Exercise and depression: a review of reviews. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15, 140-147.

² Cox, R.H. (2002). *Sport Psychology: Concepts and applications 5th ed.* Mc Graw-Hill: New York.

³ 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.

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)⁴.

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."

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."

6. Voedingsbegeleiding

Er dient coaching en begeleiding op het gebied van voeding geboden te worden indien er bij de cliënt sprake is van een fysieke indicatiestelling (onder- of overgewicht) of er een hulpvraag bestaat vanuit de cliënt (over het individuele eetgedrag, bijvoorbeeld eetbuien n.a.v. emoties). Begeleiding op het gebied van voeding wordt verzorgd door een diëtist; 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 eigeneffectiviteit en verantwoordelijkheid van de cliënt. Bij specifieke of complexe voedingsvraagstukken (over bijvoorbeeld het voedingspatroon, energie-inname, een individueel dieetadvies of voedingsproblematiek), wordt een cliënt doorwezen naar de diëtist. Het is, naast individuele begeleiding, ook mogelijk om één of meerdere groepsvoorlichtingen te organiseren waarin bijvoorbeeld aandacht is voor individueel eetgedrag, doelstellingen en moeilijke situaties.

Tot slot zijn terugvalpreventie en doorstroom 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 verleend 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 besproken en er worden vragenlijsten voor het onderzoek uitgedeeld.

⁴ Stammes, R., & Spijker, J. (2009). Fysieke training bij depressie: een overzicht. *Tijdschrift voor de Psychiatrie*, 51 (11), 821-830.

7. Financiering en borging

Om inzichtelijk te maken welke tijdsinvestering en kosten komen kijken bij de ontwikkeling/samenstelling en uitvoering van de GLI Depressieve Klachten, is op pagina 10 een kostenoverzicht opgesteld. Hierin is 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 diëtiste). Deze flexibele kosten zijn in het blauw aangegeven. Een eigen bijdrage van de cliënt is noodzakelijk, omdat niet alle kosten gedekt worden vanuit de verzekering van de cliënt en projectgelden. Vanuit het onderzoekstraject 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.

Kostenoverzicht pilots GLI Beweekguur Depressie		zijn flexibele kosten of cijfers					
		gedeeltelijke vergoeding vanuit onderzoekstraject					
		mogelijk in vergoeding aanvullend pakket ZV					
Niet patiënt gebonden overlegtijd / ontwikkelkosten project							
Huisarts	ontwikkeling, netwerk, implementatie, etc.	5 maal	1,5 uur	à	€ 65,00	€ 487,50	
Fysiotherapeut	idem	5 maal	1,5 uur	à	€ 65,00	€ 487,50	
Beweegdocent	idem	5 maal	1,5 uur	à	€ 65,00	€ 487,50	
POH-GGZ	idem	5 maal	1,5 uur	à	€ 65,00	€ 487,50	
Leefstijladviseur	idem	5 maal	1,5 uur	à	€ 65,00	€ 487,50	
Diëtist	idem	5 maal	1,5 uur	à	€ 65,00	€ 487,50	
Psycholoog	idem	5 maal	1,5 uur	à	€ 65,00	€ 487,50	
						Totaal ca. € 1950 tot € 3412,50	
Individuele patiëntbegeleiding / intake traject							
Huisarts	Intake	15 pers.	à 20 min	Standaard huisartsenzorg			
Fysiotherapeut	Intake, test & advies beweegprogramma	15 pers.	à 2 uur	à	€ 65,00	€ 1.950,00	
POH-GGZ	Intake	15 pers.	à 1 uur	Standaard huisartsenzorg			
Leefstijladviseur	Intake	15 pers.	à 1 uur	Indien mogelijk uit takenpakket huisartsenzorg			
Dietist	Intake & advies (op indicatie)	15 pers.	à 1 uur	à	€ 65,00	€ 975,00	
<i>Dit kan ook als een éénmalige bijeenkomst opgepakt worden. Dan ziet het kostenplaatje er anders uit, bijv. 5 uur à € 325</i>							
Psycholoog	Intake & advies interventie	15 pers.	1-4 uur	Vergoed vanuit verzekering patiënt			
Patiëntbegeleiding/ overleg							
POH-GGZ	Frequentie afgestemd op hulpvraag patiënt	15 pers.	Standaard huisartsenzorg				
Psycholoog	Afgestemd op hulpvraag patiënt	15 pers.	Vergoed vanuit verzekering patiënt				
Beweegdocent	Indien groepsbewegen	16 maal	2 uur	à	€ 25,99	€ 831,61	
<i>Incl. voorbereiding en nazorg, volgens mbvo-tarief</i>							
Leefstijladviseur	Optioneel	Indien mogelijk uit takenpakket huisartsenzorg					
Fysiotherapeut	Opstartprogramma (op indicatie)	6 maal	1 uur	à	€ 65,00	€ 390 per patiënt	
<i>Is ook als groepsactiviteit invulbaar, dan ander kostenplaatje</i>							
Dietist	Groepsbijeenkomst voeding	2 maal	3 uur	à	€ 65,00	€ 390,00	
<i>Incl. voorbereiding en nazorg</i>							
Overleg	Multidisciplinair- en voortgangsoverleg	5 maal	1 uur	à	€ 65,00	€ 325 per prof.	
Follow Up / vervolg							
Buurtsportcoach	voor warme overdracht en vervolg	15 pers.	2 - 6 uur	<i>aanvraag bij gemeente, mogelijk co-financiering</i>			
Tijdsinvestering onderzoek							
Oriënterend gesprek	Bij aanvang traject	2 uur per professional					
Screening	Screening van patiënten	1 uur per patiënt					
Eventuele scholing		1 dagdeel per professional					
Coördinatie onderzoek		40 uur					
Begeleiding invullen vl.	Begeleiding invullen vragenlijsten lager opgeleiden	4 uur per patiënt					
Logboek bijhouden		4 uur per professional					
Vragenlijst invullen	Drie metingen à 10 minuten	30 minuten per professional					
Interviews	Bij afsluiting traject	1 uur per professional (twee professionals aanwezig)					
Overige kosten							
Wervingskosten	Bijv. flyers						€ 500,00
Diversen	Kantoorartikelen, vergaderlocaties						€ 500,00
						Totaal € 1000,-	
Eigen bijdrage client							
Opstartprogramma	begeleid door fysio	eigen bijdrage 50 euro					
Beweegprogramma	begeleid door beweegdocent	eigen bijdrage 50 euro voor half jaar					
Bewegen in lokaal aanbod		betaalt client zelf					
Vergoeding locaties							
Controlegroep	€ 500 per locatie						Indicatie: totaal ca. € 5000,-
Experimentele groep	€ 3500 euro per locatie						
Deelnemers o'zoek	Vergoeding à € 5 per ingevulde vragenlijst, max € 20 per patiënt						

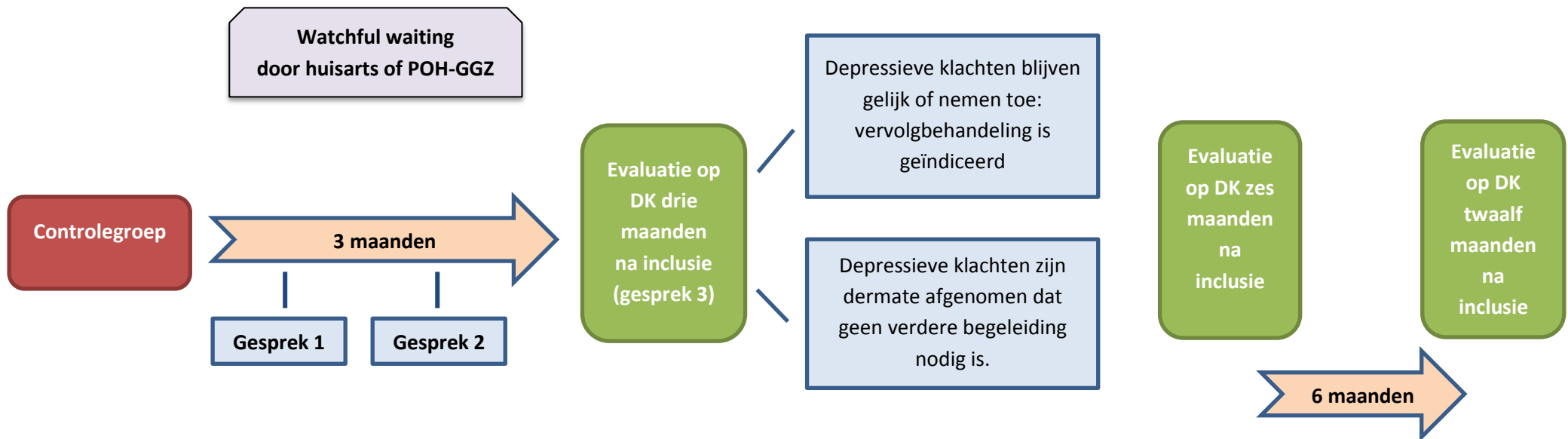
Controle conditie

Praktijken en centra in de controleconditie doen wel mee met het onderzoek, maar voeren niet de GLI Depressieve Klachten uit. We beschrijven de activiteiten van de praktijken in de controleconditie aan de hand van vier onderdelen:

1. Tijdsduur van het programma
2. Signalering en intake
3. Psychologische begeleiding
4. Financiering en borging

1. Tijdsduur van het programma

In de controle conditie ziet het tijdsplan er als volgt uit:



2. Signalering en intake

De signalering van mensen met depressieve klachten geschiedt in de controlegroep volgens dezelfde wijze als in de experimentele groep. Verscheidene eerstelijns zorgprofessionals uit het samengestelde team (onder meer de huisarts, POH-GGZ, fysiotherapeut en diëtist) signaleren cliënten tijdens (inloop) spreekuren of behandeling op depressieve klachten middels drie vragen: 1) “In de afgelopen maand, voelde je je vaak gehinderd door depressieve gevoelens of gevoelens van hopeloosheid?”, 2) “In de afgelopen maand, werd je vaak gehinderd door weinig interesse of geen plezier in de activiteiten die je deed?” en 3) “Wil je daar hulp voor krijgen?”. Wanneer er bij een cliënt sprake lijkt te zijn van depressieve klachten wordt de cliënt doorverwezen naar de zorgprofessional die voor de GLI-Depressieve Klachten de intake uitvoert (huisarts of POH-GGZ). De intaker neemt twee vragenlijsten af (CES-D en beweegvragenlijst), checkt de inclusiecriteria van het onderzoek, en motiveert de cliënt voor deelname aan het onderzoek. De cliënt krijgt een vast aanspreekpunt (bijvoorbeeld de POH-GGZ of huisarts). Dit vaste aanspreekpunt houdt regelmatig contact met de cliënt over de mate van depressieve klachten.

3. Psychologische begeleiding

De watchful waiting methode staat genoemd in de Zorgstandaard Depressie en de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. Met deze methode ziet de huisarts of POH-GGZ de cliënt één keer per maand voor een periode van drie maanden. De huisarts of POH-GGZ geeft in deze gesprekken heldere adviezen, kalmeert en monitort de deelnemer. Wanneer uit het derde gesprek blijkt dat de cliënt na deze drie maanden nog steeds depressieve klachten ervaart, verwijst de huisarts of POH-GGZ de cliënt naar een psychologische interventie. Een cliënt kan dus bijvoorbeeld gesprekken voeren met de eerstelijnspsycholoog, gedragstherapie ontvangen, of meedoen aan een online- of groeps cursus zoals “Kleur je Leven” of “In de put, uit de put”. De huisarts of POH-GGZ mag de cliënt gedurende de resterende tijd waarin de cliënt gevolgd wordt binnen het onderzoek (nog circa negen maanden), echter *niet* actief stimuleren tot meer bewegen of laten deelnemen aan een beweegprogramma. In het derde gesprek (drie maanden na inclusie) worden tevens vragenlijsten voor het onderzoek uitgedeeld aan de cliënt. Wanneer de depressieve klachten dermate zijn afgenomen dat geen psychologische interventie benodigd is, vindt geen verdere begeleiding plaats. Op zes en twaalf maanden na inclusie vindt door de huisarts of POH-GGZ een evaluatie plaats op de mate van depressieve klachten en worden vragenlijsten voor het onderzoek uitgedeeld aan de cliënt.

4. Financiering en borging

In het kostenoverzicht op pagina 10 zijn de geschatte uren voor het onderzoek weergegeven. Voor de gezondheidscentra in de controle conditie geldt dezelfde tijdsinvestering, behalve dat de uren voor de coördinatie van het onderzoek aanzienlijk lager zullen uitvallen (circa 10 uur i.p.v. 40 uur), dat geen logboek hoeft te worden bijgehouden en dat geen interviews in het kader van procesevaluatie plaats zullen vinden. Andere uren zijn overleggen van het projectteam (circa drie overleggen van 1,5 uur) en het voeren van de drie gesprekken door de huisarts of POH-GGZ (circa een uur per cliënt). De vergoeding vanuit het onderzoek is maximaal € 500,- waardoor de locatie zelf op zoek zal moeten gaan naar aanvullende financiële middelen. Dit zouden middelen vanuit de standaard huisartsenzorg, keten of DBC kunnen zijn. Voor andere aanvullende middelen zie kopje 7 op pagina 9.