

SAMENWERKING BINNEN DE EERSTE LIJN

Geactualiseerde versie, juli 2014

© Netwerkgorg COPD Waterland, Stichting Gezond Monnickendam

INHOUD	pagina
Samenwerkingsafspraken en multidisciplinair overleg	2
Samenwerking met de apotheek	3
Samenwerking met fysiotherapeut	4
Samenwerking met de ergotherapeut	6
Samenwerking met diëtist	7
Samenwerking met thuiszorg	9
Verwijzing naar POH-ggz, SPVer, AMW	10
Bijlage 1, format samenwerkingsafspraken	11
Bijlage 2, classificatie volgens BODE-index	12
Bijlage 3, DKL4, HADS en distresstest	13

De eerste versie van deze richtlijn (2012) was deels gebaseerd op bestaande werkaafspraken in de huisartspraktijken Overlander en HOED Monnickendam.

In 2013 en 2014 is de richtlijn geactualiseerd door een werkgroep bestaande uit:

- Ibo Souwer, huisarts
- Stefan Aal, huisarts
- Jikke Voorneman, POH
- Carla Bruin, fysiotherapeut
- Bob Nuij, fysiotherapeut
- Ben Kruissel, apotheker
- Geertje Tuijp, apotheker
- Els Pereboom, diëtist
- Joyce Drogen, ergotherapeut
- Kees van der Plas, huisarts, eindredactie

Geïntegreerde eerstelijnszorg is bij COPD van groot belang. In de recente lijst met kwaliteitsindicatoren van Picasso wordt multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn nadrukkelijk als een belangrijke kwaliteitsindicator genoemd.

In ons project gaan we uit van samenwerkingsgroepen (“praktijkgroepen”), geformeerd rondom een huisartspraktijk of een groep van huisartspraktijken, bestaande uit huisarts, POH, apotheker, fysiotherapeut en diëtist. Bij het organiseren en uitvoeren van de samenwerking kan de POH een centrale rol spelen. Maar er moet wel voldoende steun en medewerking van de kant van de huisarts zijn.

- Maak duidelijke onderlinge afspraken. Deze zullen grotendeels gebaseerd zijn op wat hieronder wordt beschreven. Probeer het beleid van alle disciplines op één lijn te krijgen. **Leg de samenwerkingsafspraken schriftelijk vast.** Er is daarvoor vanuit het project een eenvoudig format beschikbaar ([bijlage 1](#)).
- Zorg ook voor een **multidisciplinair overleg (MDO)**, waarbij vooral huisarts, POH, apotheker, fysiotherapeut en diëtist aanwezig zijn (eventueel ook POH- ggz en longverpleegkundige thuiszorg). Organiseer dit MDO drie à vier keer per jaar. Maak een agenda en notuleer de daar gemaakte afspraken
- De wijze waarop het MDO per praktijkgroep is georganiseerd hoeft niet altijd dezelfde te zijn. De groep kan bijvoorbeeld ook kiezen voor ad hoc overleg. Het is dan toch verstandig op één keer allemaal bij elkaar te komen en het beleid onderling af te stemmen.

Ook de apothekers nemen deel aan het project Netwerkzorg COPD Waterland. Contactpersoon is Ben Kruissel, Monnickendam. Apothekers hebben eigen richtlijnen voor procedures op het gebied van therapietrouw, comorbiditeit, comediatie, bijwerkingen en medicatiebegeleiding.

Probeer preferente afspraken te maken tussen huisarts en apotheek/apotheken op het terrein van inhalatie-instructie en de signalerende rol van de apotheek..

Betrek als huisarts de apotheker in het multidisciplinair overleg

Signalerende rol apotheek

De apotheek heeft een actief signalerende rol. Wie in een bepaalde situatie wat doet hangt af van de afspraken die de apotheker hierover maakt met de huisarts. De apotheek signaleert in de volgende situaties::

- astma(16-45 jaar): indien gemiddeld >2 inh/week kortwerkende bronchusverwijder zonder ICS: doorverwijzing naar POH
- astma(16-45 jaar): indien gemiddeld >2 inh/week kortwerkende bronchusverwijder met ICS: doorverwijzing naar arts
- astma (16-45) jaar drie of meer stootkuren prednisolon: terugkoppeling naar de huisarts
- astma (16-45 jaar) monotherapie lang werkende luchtwegverwijder zonder ICS
- COPD (>45 jaar) twee of meer stootkuren prednisolon zonder ICS: terugkoppeling naar HA
- COPD (>45 jr) patiënten met 2 of meer stootkuren per jaar ondanks behandeling met inhalaticorticosteroid
- twijfels over therapietrouw ICS
- aanwijzingen voor overgebruik kortwerkende of langwerkende luchtwegverwijder
- gebruik van acetylcysteïne, cromoglycinezuur of nedocromil
- gebruik van (niet) selectieve bètablokkers zowel oraal als in oogdruppels
- gebruik van orofaryngeale antimycotica bij gebruik inhalaticorticosteroid
- gebruik dosisaerosol zonder (nieuwe) voorzetkamer (ouder dan 12-24 maanden)

Voorbeelden van afspraken:

- Spreek af wie de eerste inhalatie-instructie doet, de POH (heeft ons inziens de voorkeur) of de apotheek bij

- eerste voorschrift door de huisarts
- eerste voorschrift door POH
- bij tweede uitgifte
- bij controle na 1 jaar.

- Spreek af wie wanneer actie onderneemt bij wegblijven na de eerste afgifte.

- Geef de eerste herhaling van medicatie een vaste plek in het samenwerkingschema, bijvoorbeeld na 4 weken.

Uitwisseling van gegevens:

Zorg voor uniforme uitwisseling van gegevens, afhankelijk van HIS

Rapporterende rol apotheek: De apotheek kan zoekacties doen op farmacologische kwaliteitsindicatoren met behulp van bijvoorbeeld het SKF-ondersteuningsprogramma.

De indicatie voor fysiotherapie is ruim. Bijna iedere COPD-patiënt vanaf GOLD-2 kan er voor in aanmerking komen. Vanaf Gold-2 wordt de behandeling vergoed vanuit de basisverzekering, waarbij de eerste 20 behandelingen eenmalig vallen onder de aanvullende verzekering. De vergoeding van de eerste 20 behandelingen hangt dus af van het verzekeringspakket van de patiënt.

Een eerste reguliere verwijzing valt altijd te overwegen. Fysiotherapeuten brengen de fysieke fitheid van de patiënt in kaart en passen de behandeling van de noodzakelijke zorg aan naar de behoefte van de patiënt en de mogelijkheden van de zorgverzekering

Zij wijzen de patiënten op hun eigen verantwoordelijkheid om meer te gaan bewegen

(zelfmanagement). Verwijzing resulteert altijd in een advies en/of trainingsprogramma.

Sommige fysiotherapiepraktijken bieden naast het reguliere trainingsprogramma ook COPD-fitness aan.

Kwaliteitseisen fysiotherapie

Maak alleen gebruik van fysiotherapeuten die geschoold zijn in de behandeling van COPD, bijvoorbeeld fysiotherapeuten die deel uitmaken van het regionale fysiotherapienetwerk COPD¹, of fysiotherapeuten met een speciale scholing bijvoorbeeld bij het NPI of Hogeschool Leiden. Probeer één of twee fysiotherapiepraktijken als preferente praktijken voor COPD te gaan beschouwen en nodig hen uit voor het MDO.

Verwijscriteria:

- vanaf GOLD 2
- kortademigheid, loopt daardoor langzamer dan leeftijdgenoten
- afgenomen inspanningsvermogen
- fysieke inactiviteit
- gestoord mucustransport
- recidiverende infecties
- discrepantie klachten en objectieve bevindingen
- slechte ademhalingsstechniek, hoge ademhaling

Voorwaarden: - voldoende motivatie

- geen comorbiditeit die meer bewegen niet goed mogelijk maakt

- meegeven: individueel zorgplan met persoonlijke streefdoelen

- meegeven: FER, FEV1, MRC, CCQ, BMI, GOLD, ernst ziektelast (staat in

individueel zorgplan)

- comorbiditeit

- medicatie (ook eventueel gebruik bètablokkers vermelden)

De POH kan zelfstandig het initiatief nemen om te verwijzen.

¹ Sinds 2004 is in de regio Waterland een COPD nazorggroep actief voor patiënten die al een reactiveringstraject hebben doorlopen in het Waterlandziekenhuis, maar door een perifeer werkende fysiotherapeut verder begeleid worden. Deze fysiotherapeuten hebben regelmatig contact met elkaar, doen aan onderlinge kwaliteitsbewaking en werken zoveel mogelijk uniform en *evidence based*.

Doel interventie:

- verbeteren van inspanningsvermogen
- opbouw spiermassa
- mucusklaring
- ademhalingsoefeningen
- adviezen t.a.v. belasting
- verbeteren copingstijl

GOLD 3-4: gaat vaak via de longarts. Het betreft dan nazorg van de multidisciplinaire longrevalidatie in het ziekenhuis. In dat geval zet de fysiotherapeut het longrevalidatieprogramma voort. Dit wordt alleen gedaan door fysiotherapeuten die deel uitmaken van het regionale fysiotherapienetwerk COPD.

Overweeg om afspraken te maken met de preferente fysiotherapiepraktijken over een reguliere verwijzing fysiotherapie bij voldoende gemotiveerde patiënten met \geq GOLD II en/of matig ernstige ziektelast.

POH levert spirometrie, BMI, MRC en CCQ aan en indien aanwezig ook de VVM i.

Doel: verhogen motivatie tot reactivering en verlagen drempel.

De fysiotherapeut bepaalt de BODE-index⁽²⁾, met als belangrijkste onderdeel de 6 minuten wandeltest, en stimuleert de patiënt zo nodig tot voldoende bewegen, zelfstandig dan wel in groepsvorm.

Terugrapportage

De fysiotherapeut rapporteert terug zoals gebruikelijk (per brief, of elektronisch). Daarnaast maakt de fysiotherapeut aantekeningen in het Individueel Zorgplan (bijv de BODE-index, of andere waarden, rookstatus, motivatie).

[terug naar inhoudsopgave](#)

² De BODE-index is door Niels Chavannes in ons project geïntroduceerd en is opgebouwd uit:

B= BMI (te optimaliseren door dieetadviezen)

O= obstructie (FEV1, te optimaliseren door goed instellen van medicatie en snelle actie op exacerbaties en stoppen met roken).

D=Dyspnoe score met de gemodificeerde MRC (MMRC). (Deze is te optimaliseren door toename fitheid (hartfunctie, bloedsomloop, ademhalingsfunctie en kracht ademspieren) en afname benauwdheid. Verder ook sterk te beïnvloeden door verbeteren ademtechniek, vooral bij inspanning.

E= Exercise De 6 minuten wandel test (6MWT). De loopafstand is te verbeteren met training

De fysiotherapeut heeft vooral invloed op D en E

De BODE-index kan in het individueel zorgplan worden opgenomen. Zo kan een patiënt ook zelf zien hoe hij ervoor staat, welke parameters hij zelf kan beïnvloeden door zijn leefstijl te verbeteren (voeding en bewegen, niet roken) en therapietrouw (onderhoudsmedicatie en adequaat omgaan met exacerbaties). Voor de berekening van de BODE index: zie [bijlage 2](#).

De rol van de ergotherapeut

[terug naar inhoudsopgave](#)

Ergotherapie kan geïndiceerd zijn bij alle stadia van COPD. Voorwaarde is dat de patiënt beperkingen ervaart in de uitvoer van zijn dagelijkse activiteiten: mobiliteit, productiviteit, zelfverzorging en ontspanning.

Kortademigheid bij inspanning kan angst voor bewegen geven, waardoor activiteiten worden vermeden. Maar er zijn ook patiënten die de lichaamssignalen negeren, zij gaan juist over hun grenzen heen. Vermoeidheid komt vaak voor en wordt ervaren als een belangrijke hinder in het dagelijkse leven.

Ergotherapeutische behandeling:

Het doel van de behandeling is het zelfmanagement van de cliënt bij dagelijkse handelingen te vergroten.

Mogelijke interventies van de ergotherapeut:

- educatie over COPD, de (ziekte)verschijnselen en de beperkingen;
- aanleren van "energiemanagement";
- integreren van fysieke inspanning in het dagelijkse handelen;
- aanleren en toepassen van ergonomische principes bij dagelijkse activiteiten;
- leren toepassen van ademregulatie tijdens activiteiten;
- advisering ten aanzien van belastende omgevingsfactoren;
- begeleiding en advisering van het cliëntsysteem: de mensen om de patiënt heen.

Kwaliteit:

Er wordt een landelijke ergotherapeutische richtlijn voor COPD gemaakt met o.a. aanbevelingen omtrent valide meetinstrumenten.

Financieringsvorm eerste lijn:

Er wordt tien uur per kalenderjaar vergoed vanuit de basisverzekering. Afhankelijk van de zorgverzekeraar worden extra uren ergotherapie vergoed vanuit de aanvullende verzekering.

Toegankelijkheid:

Een verwijzing via de huisarts of longarts is noodzakelijk.

Bereikbaarheid:

De ergotherapie van Zorgcirkel is bereikbaar via behandelsecretariaat de Zorgcirkel locatie Novawhere: tel 0299-314446.

De ergotherapeut van Evean is bereikbaar via tel: 0299-394560.

Het is belangrijk dat mensen met COPD een goede voedingstoestand hebben. Onbedoeld afvallen betekent verlies van vetweefsel én van spierweefsel. Verkeerde voedingsgewoontes moeten worden gesignaleerd. Met energie- en eiwitverrijkte voeding wordt gestreefd naar behoud of opbouw van spiermassa. Daarvoor is ook voldoende beweging noodzakelijk. Onbedoeld afvallen verslechtert de prognose.³

Maak zoveel mogelijk gebruik van één vaste diëtist en nodig die uit op het MDO. Huisarts, POH en fysiotherapeut werken samen bij indicatiestelling en verwijzing. Vanuit de basisverzekering wordt drie uur per jaar vergoed. Verdere vergoeding hangt af van het verzekeringspakket.

Doel interventie:

- gewichtsbehoud of gewichtstoename bij lage BMI
- bewust gewichtsverlies met behoud van spiermassa bij hoge BMI
- verbeteren of behouden van de voedingstoestand met nadruk op toename van de vetvrije massa
- patiënt inzicht geven in het belang van goede voeding bij COPD
- begeleiding bij stoppen met roken en gewichtstoename

Verwijscriteria:

- BMI <21
- onbedoeld gewichtsverlies:
 - $\geq 5\%$ in 1 maand (3 kg in 1 maand)
 - $\geq 10\%$ in 6 maanden (6 kg in halfjaar)
- BMI ≥ 27 , of een te grote buikomvang (mannen: > 102, vrouwen: > 88)
- BMI 25-27:
 - gewicht gerelateerde klachten
 - onvoldoende kennis volwaardige voeding bij COPD
 - bij comorbiditeit (bijv. hypertensie, DM, hypercholesterolemie)
- lage VVM i: mannen ≤ 16 , vrouwen ≤ 15
- als screeningsinstrumenten adviseren wij SNAQ⁶⁵⁺ en Gewicht & gewichtsverlies⁶⁵⁻. Deze houden ook rekening met de leeftijd. Er is een [online-versie](#) en een [PDF-versie](#) beschikbaar.

³ [Onbedoeld afvallen](#) komt bij COPD betrekkelijk vaak voor.

Ernstig gewichtsverlies wordt onderverdeeld in drie types die, al of niet in combinatie, ook bij COPD voorkomen:

- Cachexie. Bij COPD wordt dit vooral uitgelokt door infecties, soms sluimerend, met een verhoogd CRP. Er is meestal een snelle gewichtsafname. Behandelen van de infectie is onderdeel van de behandeling.

- Spierzwakte bij ouderen (sarcopenie). Ontstaat door veroudering en te weinig gebruik van de spieren. Gaat langzaam. Naast de voedingsadviezen, moet de patiënt ook worden gestimuleerd om te bewegen.

- *Wasting*: gewichtsverlies door psychische of sociale oorzaken. Behandeling: adequate voeding en beweging, behandelen van de psychische of sociale oorzaak.

Bij ouderen kan spierzwakte samengaan met *wasting*.

Voorwaarden:

- voldoende motivatie
- meegeven: individueel zorgplan
- meegeven: GOLD ratio, MRC, ziektelast
- overzicht relevante comorbiditeit, medicatie en relevant laboratoriumonderzoek (bijvoorbeeld de nierfunctie)

Aanvullende dieetpreparaten

Als de normale voeding met de aanvullende adviezen niet geoptimaliseerd kan worden of als normale voeding teveel energie kost, kunnen energie- en eiwitverrijkte dieetpreparaten geadviseerd worden, bij voorkeur door de diëtist. De diëtist regelt de aanvraag voor vergoeding vanuit de basisverzekering. Bij ernstige ondervoeding heeft klinische behandeling de voorkeur.⁴

Bio-impedantiemeting

Maak bij voorkeur gebruik van bio-impedantiemeting (VVM i) om de lichaamssamenstelling (vetmassa en vetvrije massa) te kunnen meten. Deze meting kan door de POH of door de diëtist worden gedaan.

Terugrapportage

De diëtist rapporteert terug zoals gebruikelijk (per brief, of elektronisch). De diëtist maakt aantekeningen in het Individueel Zorgplan: BMI, VVMi, andere waarden, motivatie.

Zelf adviezen geven

De huisarts of de POH kan uiteraard ook zelf al voedingsadviezen geven, als verwijzing nog niet nodig lijkt, of op een of andere manier niet goed lukt. De basisprincipes zijn:

Minimaal:

- gezonde voeding
- 125 gram vlees of vis en meer dan 4 porties zuivel/kaas per dag
- 2 stuks fruit en 200 gram groenten per dag

Zo nodig:

- extra energierijke en eiwitrijke voedingsmiddelen
- aanvullen met dieetpreparaten ([formulier](#)), echter bij voorkeur via de diëtist

Bij training: eerder naar diëtist verwijzen

Bij overgewicht BMI ≥ 27 of grote buikomvang: energiebeperkt dieet, maar wel eiwitverrijkt

⁴ Bij de behandeling van ernstig gewichtsverlies is er kans op *refeeding*: een reactieve overvulling van het vaatstelsel, die fataal kan zijn. Daarom moet de orale of parenterale voedingssuppletie bij ernstig gewichtsverlies gecontroleerd worden toegediend.

Inschakelen longverpleegkundige thuiszorg[terug naar inhoudsopgave](#)

De longverpleegkundige van de thuiszorg kan in alle stadia van COPD worden ingeschakeld.

In de 1^e lijn worden veelal COPD patiënten gezien met een lichte ziektelast, maar ook dan kan inschakelen van de longverpleegkundige van de thuiszorg nuttig zijn. Denk daarbij aan de volgende omstandigheden;

- een vermoeden dat de woonomstandigheden de klachten van de patiënt negatief beïnvloeden, bijvoorbeeld schimmeligroei, sigarettenrook of stof
- de patiënt heeft extra uitleg, instructie en begeleiding nodig, of er is behoefte aan signalering van een mogelijk compliance probleem met de medicatie
- er zijn twijfels over de keuze van devices
- er zijn hulpmiddelen of aanpassingen in huis nodig
- de mantelzorg en/of de patiënt wordt overbelast, waardoor thuiszorgondersteuning nodig is (huishoudelijke hulp, ADL, verpleging)

Na een ziekenhuisopname worden patiënten met ernstige ziektelast meestal ook naar de longverpleegkundige van de thuiszorg verwezen. Indien de longverpleegkundige niet is ingeschakeld, kan de huisarts dit alsnog doen.

Ook na een ernstige exacerbatie zonder opname kan de huisarts of de POH de longverpleegkundige van de thuiszorg inschakelen.

De longverpleegkundige van Eveen Thuiszorg is telefonisch bereikbaar: 0299-394560

Mensen met COPD zijn over het algemeen minder tevreden met het leven en minder gelukkig dan de algemene bevolking. Hun kwaliteit van leven wordt nadelig beïnvloed door beperkingen bij de dagelijks activiteiten en het sociaal functioneren. Het is dan ook verklaarbaar dat psychische klachten bij hen vaker voorkomen. Psychische klachten bepalen vervolgens weer voor een belangrijk deel de kwaliteit van leven, de ernst van de ziektelast en ook de prognose. Voldoende aandacht voor de psychosociale situatie is bij COPD daarom belangrijk. Problemen op dit terrein kunnen bovendien aanleiding zijn voor moeizaam coping-gedrag.

De POH kan bij signalen van depressie of angst wijzen op de mogelijkheid van verwijzing naar POH-ggz of SPVer. Vaak zullen patiënten daar afwijzend tegenover staan, want zij beschouwen zich niet als geestelijk ziek. De verwijzing moet daarom goed (en laagdrempelig) uitgelegd worden: “om beter te leren omgaan met de problemen die u ervaart door uw lichamelijke ziekte”. Bij sociale problematiek kan verwijzing naar Algemeen Maatschappelijk Werk worden overwogen. Psychosociale behandeling heeft betrekking op het veranderen van cognities (gedachten), emoties en gedrag zodat de patiënt zelf verandert en adequaat met zijn aandoening om kan gaan (acceptatie van ziekte). Het bespreken van barrières in verandering van de leefstijl is een belangrijk aandachtspunt.

Over de effecten van deze interventies is echter nog maar weinig bekend.

Gebruik bij vermoeden op een psychische oorzaak eventueel een vragenlijst. Om depressie uit te sluiten voldoet de eenvoudigere HADS-test ([bijlage 3](#)). Maak onderscheid tussen een echte depressie en somberheid als uiting van moeizame verwerking van de lichamelijke ziekte. Betrek een in de praktijk werkzame POH-ggz of SPVer bij voorkeur bij het MDO.

Verwijscriteria:

- moeizaam coping-gedrag
- tekenen van depressie/stress/angst
- sociale factoren die coping belemmeren

Terugverwijzen en tussentijds rapporteren door de POH-ggz/SPVer

- per brief
- zo nodig aantekening in het Individueel Zorgplan



Afspraken multidisciplinair overleg bij COPD

De deelnemers aan het multidisciplinair overleg spreken af dat ze samenwerken bij de behandeling van COPD en daarbij uitgaan van de aanbevelingen in de landelijke **Zorgstandaard COPD** en de regionale **Richtlijn samenwerking binnen eerste lijn** van het project Netwerkzorg COPD Waterland. Daarbij gelden de volgende aantekeningen:

Organisatie multidisciplinair overleg:

- Afgesproken wordt om regelmatig een bijeenkomst voor multidisciplinair overleg te organiseren. Bijzonderheden (frequentie, welke deelnemers, notulen?):
- Afgesproken wordt om alleen ad hoc overleg te hebben. Bijzonderheden :

Afspraken apotheek:

- Wij volgen het beleid van de regionale richtlijn. Bijzonderheden:
- Ander beleid:

Afspraken fysiotherapie:

- Wij volgen het beleid van de regionale richtlijn. Bijzonderheden:
- Ander beleid:

Afspraken diëtist:

- Wij volgen het beleid van de regionale richtlijn. Bijzonderheden:
- Ander beleid:

Afspraken ergotherapie:

- Wij volgen het beleid van de regionale richtlijn. Bijzonderheden:
- Ander beleid:

Afspraken GGZ:

- Wij volgen het beleid van de regionale richtlijn. Bijzonderheden (bijvoorbeeld beschikbaarheid POH-ggz of SPV-er):
- Ander beleid:

Datum:

Namen en functie van de deelnemers aan het overleg:

BIJLAGE 2[terug naar inhoudsopgave](#)**CLASSIFICATIE COPD volgens BODE-index**

- B:** Body Mass Index (kg/lengte m²)
O: Obstruction (FEV1-waarde volgens voorspeld)
D: Dyspnoe index volgens MCR-scale
E: Exercise; 6 minuten wandeltest (in meters).

Berekening BODE-index:

	0	1	2	3
BMI	>21	<21		
FEV1	>65	50-64	36-49	<35
Dyspnoe index MRC	1-2	3	4	5
6 min wandeltest (m)	>350	250-349	150-249	<149

BODE: een schaal van 0-10 punten:

0-2 punten: goed

3-4 punten: matig

5-6 punten: slecht

7-10 punten: zeer slecht.

Bij een BODE-score van 6 of > is 50% van die patiëntengroep overleden binnen 4 jaar.

* de FEV1 indeling is hier een andere dan de GOLD indeling

BIJLAGE 3

[terug naar inhoudsopgave](#)

4DKL, HADS en distresstest

Voor het opsporen en uitsluiten van psychische factoren zijn drie testen beschikbaar. Maar de waarde ervan is toch betrekkelijk.

1. De 4DKL.

Dit is een vrij lange en uitgebreide test op depressie, angst en stress. Deze is geschikt om depressie of angst aan te tonen of uit te sluiten. Voor depressie is dit goed onderzocht in de Nederlandse huisartspraktijk. Iemand met een depressiescore van 7 of hoger heeft waarschijnlijk een depressieve stoornis, iemand met een score lager dan 4 heeft waarschijnlijk geen depressieve stoornis.

2. De HADS-test.

Een veel eenvoudiger test, die scoort op angst en depressie. In de huisartspraktijk is hiermee vooral depressie goed uit te sluiten. Bij waarden onder 9 is de kans dat er geen depressie is groot (90%). Bij waarden daarboven is de kans op het wel aanwezig zijn van een depressie 50%, (dat zegt dus niets). Test en interpretatie staan op de volgende pagina's afgedrukt.

3. De distresstest.

Scoort met slechts drie vragen op depressie, angst of stress. Ook hier geldt weer dat de test niets zegt over de kans dat een depressie wel aanwezig is, maar wel iets over de kans dat er geen depressie is (ruim 90%). De vragen zijn echter zo simpel dat de toegevoegde waarde van het laten uitvoeren van de test ons gering lijkt.

Suggestie:

Voer als screening de HADS test uit. Bij een waarde onder de 9 is de kans op een echte depressie erg klein geworden. Over een angststoornis zegt de test niet zo veel.

Vaar vooral op de anamnese en de klinische indruk. Overweeg bij twijfel laagdrempelig een doorverwijzing naar de POH-ggz of de SPVer. De 4DKL zou dan een volgende stap kunnen zijn, bij voorkeur pas uitgevoerd na verwijzing.

De distresstest kan eventueel als eenvoudig hulpmiddel bij de anamnese worden gebruikt. Maar ook de CCQ kan daarvoor gebruikt worden.

Hieronder volgen de vragen, de score en de interpretatie van HADS en de distresstest.

HADS-NL

Lees elke vraag aandachtig door. Zet een kruisje in het vierkantje voor het antwoord dat het beste weergeeft hoe u zich gedurende de afgelopen week gevoeld heeft. Denk niet te lang na. Uw eerste reactie is waarschijnlijk de meest nauwkeurige.

- | | | |
|----|---|---|
| 1. | Ik voel me gespannen: | <input type="checkbox"/> Bijna altijd
<input type="checkbox"/> Vaak
<input type="checkbox"/> Soms
<input type="checkbox"/> Nooit |
| 2. | Ik geniet nog steeds van de dingen waar ik gewoonlijk van kon genieten: | <input type="checkbox"/> Zeker zo veel
<input type="checkbox"/> Wat minder
<input type="checkbox"/> Duidelijk minder
<input type="checkbox"/> Nauwelijks nog |
| 3. | Ik heb een angstig gevoel alsof er iets vreselijks gaat gebeuren: | <input type="checkbox"/> Zeer zeker
<input type="checkbox"/> Zeker
<input type="checkbox"/> Een beetje
<input type="checkbox"/> Helemaal niet |
| 4. | Ik kan lachen en de dingen van de vrolijke kant zien: | <input type="checkbox"/> Net zoveel als gewoonlijk
<input type="checkbox"/> Nu wat minder
<input type="checkbox"/> Nu duidelijk minder
<input type="checkbox"/> Helemaal niet meer |
| 5. | Ik maak me zorgen: | <input type="checkbox"/> Heel vaak
<input type="checkbox"/> Vaak
<input type="checkbox"/> Niet zo vaak
<input type="checkbox"/> Heel soms |
| 6. | Ik voel me opgewekt: | <input type="checkbox"/> Nooit
<input type="checkbox"/> Heel af en toe
<input type="checkbox"/> Soms
<input type="checkbox"/> Meestal |
| 7. | Ik kan me ontspannen: | <input type="checkbox"/> Altijd
<input type="checkbox"/> Meestal
<input type="checkbox"/> Af en toe
<input type="checkbox"/> Nooit |
| 8. | Ik heb het gevoel dat bij mij alles moeizamer gaat: | <input type="checkbox"/> Bijna altijd
<input type="checkbox"/> Heel vaak
<input type="checkbox"/> Soms
<input type="checkbox"/> Nooit |

9. Ik heb een angstig, gespannen gevoel in mijn buik:
- Nooit
 - Soms
 - Vrij vaak
 - Heel vaak
10. Het interesseert me niet meer hoe ik er uit zie:
- Inderdaad, het interesseert me helemaal niet meer
 - Ik besteed minder aandacht aan mijzelf dan ik zou moeten
 - Ik besteed misschien iets minder aandacht aan mijzelf
 - Ik besteed minstens net zoveel aandacht aan mijzelf als gewoonlijk
11. Ik voel me onrustig:
- Inderdaad, zeer vaak
 - Tamelijk vaak
 - Soms
 - Nooit
12. Ik kijk met plezier uit naar dingen:
- Net zo veel als gewoonlijk
 - Iets minder dan gewoonlijk
 - Veel minder dan gewoonlijk
 - Nauwelijks
13. Ik raak plotseling in paniek:
- Inderdaad, zeer vaak
 - Tamelijk vaak
 - Soms
 - Nooit
14. Ik kan genieten van een goed boek of een radio - of televisie-programma:
- Vaak
 - Regelmatig
 - Af en toe
 - Zelden

Wilt u alstublieft controleren of u alle vragen beantwoord heeft?

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE © R.P. Snaith and A.S. Zigmond 1983, 1992, 1994, translated by F. Pouwer, F.J. Snoek and H.M. van der Ploeg by permission of the publishers NFER-NELSON, Darville House, 2 Oxford Road East, Windsor SL4 1DF. All rights reserved. Record form items originally published in "Acta Psychiatrica Scandinavica 67, 361-70 © Munksgaard International Publishers Ltd, Copenhagen, 1983. (version 6/3/97).

[terug naar inhoudsopgave](#)

Uitleg puntentelling HADS score

Vraag 1, 3, 5, 7, 9,11 en 13 hebben betrekking op ANGST

Vraag 2, 4, 6, 8, 10, 12 en 14 hebben betrekking op DEPRESSIE

Puntentelling per gekozen antwoord

vraag 1:

bijna altijd 3, vaak 2, soms 1, nooit 0

vraag 2:

zeker zoveel 0, wat minder 1, duidelijk minder 2, nauwelijks nog 3

vraag 3:

zeer zeker 3, zeker 2, een beetje 1, helemaal niet 0

vraag 4:

net zoveel als gewoonlijk 0, nu wat minder 1, nu duidelijk minder 2, helemaal niet 3

vraag 5:

heel vaak 3, vaak 2, niet zo vaak 1, heel soms 0

vraag 6:

nooit 3, heel af en toe 2, soms 1, meestal 0

vraag 7:

altijd 0, meestal 1, af en toe 2, nooit 3

vraag 8:

bijna altijd 3, heel vaak 2, soms 1, nooit 0

vraag 9:

nooit 0, soms 1, vrij vaak 2, heel vaak 3

vraag 10:

inderdaad...3, ik besteed minder 2, ik besteed misschien 1, ik besteed minstens 0

vraag 11:

inderdaad.. 3, tamelijk vaak 2, soms 1, nooit 0

vraag 12:

net zoveel..0, iets minder 1, veel minder 2, nauwelijks 3

vraag 13:

inderdaad...3, tamelijk vaak 2, soms 1, nooit 0

vraag 14:

vaak 0, regelmatig 1, af en toe 2, zelden 3

Interpretatie van de score

Angst < 10 punten: kans op angsttoestand gering (is onvoldoende onderbouwd)

Depressie > 9 punten: kans op een echte depressie 50% (zegt dus niets)

< 9 punten kans op een echte depressie erg klein: 10%

Distresstest

[terug naar inhoudsopgave](#)

Deze test bestaat uit drie vragen, waarop steeds drie antwoorden mogelijk zijn:

- | | |
|--|---------------------------------|
| 1. Had u de afgelopen week last van piekeren? | nee / soms / regelmatig of vaak |
| 2. Had u de afgelopen week last van lusteloosheid? | nee / soms / regelmatig of vaak |
| 3. Voelde u zich de afgelopen week gespannen? | nee / soms / regelmatig of vaak |

Score voor ieder item

nee = 0.

soms = 1

regelmatig / vaak = 2

Bij een score van 4 of hoger is er waarschijnlijk een "matige distress". Vrij vertaald: er is waarschijnlijk een psychische factor van betekenis aanwezig. Specifiek voor depressie geldt dat bij een waarde onder de 4 de kans op een echte depressie erg klein wordt (10%).