

Praktijktest

Richtlijn Depressie bij kinderen en jongeren in de jeugdgezondheidszorg

Daniëlle Volker & Henny Sinnema

Utrecht, april 2016

Inhoud

1.	Inleiding	3
1.1	Aanleiding	3
1.2	Doelstelling en onderzoeksvragen	3
2.	Methode	4
2.1	Doelgroep en werving	4
2.2	Gegevensverzameling en analyse	4
3.	Resultaten	5
3.1	Deelnemers	5
3.2	Uitvoering van de aanbevelingen	6
3.2.1	Beloop van depressieve klachten	6
3.2.2	Welke problematiek kan gepaard gaan met depressieve klachten	6
3.2.3	Risico- en beschermende factoren	6
3.2.4	Signaleren, ernst vaststellen en toeleiden naar zorg	7
3.2.5	Interventies	7
3.2.6	Samenwerken en ketenafspraken	8
3.3	Reactie werkgroep op commentaar uit praktijktest	8
3.4	BDS protocol	9
4.	Conclusie en aanbevelingen	9
4.1	Conclusie	9
4.2	Ervaringen met de praktijktest	10
4.3	Implementatie adviezen voor landelijke invoering richtlijn	10
	Referenties	12
	Bijlage 1. Redactionele opmerkingen	13
	Bijlage 2. Aangepaste flowchart	15

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

In opdracht van ZonMw heeft het Trimbos-instituut in samenwerking met een multidisciplinair samengestelde richtlijnwerkgroep en de richtlijnadviescommissie (RAC) de conceptrichtlijn voor depressie bij kinderen en jongeren in de jeugdgezondheidszorg ontwikkeld. De richtlijn geeft aanbevelingen voor herkenning, signalering, begeleiding en toeleiding naar diagnostiek/behandeling van depressie(ve) klachten bij kinderen en jongeren van 0-18 jaar. De richtlijn is bedoeld voor artsen en verpleegkundigen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg (JGZ), in deze richtlijn de JGZ-professionals. Bekend is dat verschillende factoren de implementatie van richtlijnen kunnen bevorderen of belemmeren (Grol & Wensing, 2006; Sinnema e.a. 2009; Mikolajczak e.a. 2009; Burgers e.a., 2011). De factoren kunnen gerelateerd zijn aan: kenmerken van de richtlijn of gebruikersversie zelf; de professional en/of de patiënt; de sociale omgeving; de organisatie, inclusief de samenwerking in de keten, en aan de maatschappij. Om de landelijke implementatie te vergroten is voor de totstandkoming van de definitieve richtlijn een praktijktest uitgevoerd, eveneens in opdracht van ZonMw. In de praktijktest is de conceptrichtlijn door verschillende JGZ-teams en JGZ-professionals getest op bruikbaarheid, uitvoerbaarheid, gebruikersvriendelijkheid en implementeerbaarheid en zijn beïnvloedende factoren bij de uitvoering van de richtlijn in kaart gebracht. De uitkomsten van de praktijktest zijn/worden verwerkt in de richtlijn. De praktijktest vond plaats van november 2015 tot februari 2016.

In deze rapportage wordt na de inleiding (hoofdstuk 1) de methode voor de uitvoering van de praktijktest beschreven (hoofdstuk 2), de resultaten (hoofdstuk 3) en tot slot worden conclusies getrokken en aanbevelingen voor landelijke implementatie de richtlijn gedaan (hoofdstuk 4).

1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

Het doel van de praktijktest was het in kaart brengen van de haalbaarheid, de uitvoerbaarheid, eventuele knelpunten in de uitvoering en de voorwaarden voor het opvolgen van de aanbevelingen uit de richtlijn, voor JGZ-professionals in de praktijk. In de praktijktest zijn de ervaringen van professionals met de toepassing van de richtlijnaanbevelingen inzichtelijk gemaakt. Op basis van deze inzichten wordt/is de richtlijn (indien nodig) aangepast en een definitieve versie gemaakt en zijn er aanbevelingen voor landelijke invoering van de richtlijn gedaan.

Een secundair doel van de praktijktest was het verkrijgen en/of vergroten van draagvlak voor de inhoud van de JGZ-richtlijn depressie, om daarmee het gebruik ervan te stimuleren en landelijke implementatie te vergemakkelijken.

De vraagstellingen in de praktijktest waren:

1. Zijn de aanbevelingen in de praktijk uitvoerbaar?
2. Welke factoren beïnvloeden de uitvoering van de aanbevelingen uit de richtlijn?
3. Welke randvoorwaarden zijn nodig voor de uitvoering van de aanbevelingen in de praktijk?
4. Welke aanbevelingen kunnen op basis van de praktijktest gedaan worden voor landelijke implementatie van de richtlijn?

Daarnaast had de praktijktest als doel om de registratie van aanbevelingen in de Basisdataset JGZ (BDS JGZ) te testen. De BDS JGZ vormt de inhoudelijke basis van het Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg. De BDS JGZ geeft een overzicht van aspecten die van belang zijn bij de ontwikkeling en gezondheid van kinderen. In de conceptrichtlijn staan aanbevelingen die geregistreerd kunnen worden in de BDS JGZ. Het BDS protocol depressie is aan de deelnemende teams voorgelegd en waar mogelijk uitgetest.

2. Methode

2.1 Doelgroep en werving

Om zicht te krijgen op de haalbaarheid, de uitvoerbaarheid, gebruikersvriendelijkheid en implementeerbaarheid van de conceptrichtlijn depressie bij kinderen en jongeren in de jeugdgezondheidszorg, werden JGZ organisaties gevraagd mee te doen aan de praktijktest. De werving heeft in samenwerking met het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid plaatsgevonden.

2.2 Gegevensverzameling en analyse

De praktijktest bestond uit twee delen, in het eerste gedeelte van de praktijktest lag de nadruk op het kennismaken met de richtlijn en in het tweede gedeelte met het daadwerkelijk uitvoeren van (een aantal van) de aanbevelingen uit de richtlijn. In het eerste gedeelte volgden de teams een ééndaagse startbijeenkomst. Tijdens deze bijeenkomst kregen de deelnemende teams/professionals informatie over de activiteiten binnen de praktijktest en de inhoud van de richtlijn. Vervolgens hebben de teams werkplannen gemaakt waarin afspraken werden vastgelegd over wie wat zou doen om de

uitvoer van de aanbevelingen gedurende de praktijktest te realiseren. Tevens werd alle deelnemers gevraagd om een nulmeting in te vullen. De nulmeting bestond uit een overzicht van alle aanbevelingen uit de richtlijn, met de vraag aan de professional of hij/zij deze aanbeveling op dit moment al toepast.

In het tweede gedeelte van de praktijktest gingen de professionals aan de slag met een aantal aanbevelingen uit de richtlijn. Gedurende deze periode hielden de professionals aan de hand van een registratieformulier, de vragenlijst “beïnvloedende factoren”, bij welke belemmerende en bevorderende factoren zijn tegenkwamen bij het toepassen van de aanbevelingen. In deze periode vond er 3-wekelijks een telefonische voortgangsbespreking plaats. Zo werden de ervaringen in het werken met de richtlijn nauwkeurig in kaart gebracht. Aan het einde van de praktijktest vond een groepsbijeenkomst (eindgesprek) plaats met de teamleden om verdieping aan te brengen in de door de teams gegeven feedback op de richtlijn.

De informatie uit de nulmeting, de telefonische voortgangsbesprekingen, de vragenlijst “beïnvloedende factoren” en het eindgesprek zijn verwerkt in de resultaten.

3. Resultaten

3.1 Deelnemers

De werving van JGZ-teams verliep in eerst instantie moeizaam, mede vanwege de gelijktijdige werving voor de praktijktest van de JGZ-richtlijn Angst. In overleg is daarom besloten om de praktijktest Depressie niet gelijktijdig met de praktijktest Angst te starten, maar twee maanden later zodat er extra tijd was om teams te werven. De volgende vier JGZ-teams hebben deelgenomen aan de praktijktest:

- GGD Amsterdam: twee jeugdartsen, twee jeugdverpleegkundigen en één jeugdarts in opleiding (doelgroep 12 tot 19 jaar)
- GGD Gelderland Zuid: één jeugdarts en twee jeugdverpleegkundigen (doelgroep 0 tot 23 jaar)
- Zuidzorg: één jeugdarts en drie jeugdverpleegkundigen (doelgroep 0 tot 4 jaar)
- RIVAS: één jeugdarts, twee jeugdverpleegkundigen en één assistente (doelgroep 4 tot 19 jaar)

Alle professionals hebben deelgenomen aan de startbijeenkomst. Bij het eindgesprek waren van alle teams één arts en één verpleegkundige aanwezig.

3.2 Uitvoering van de aanbevelingen

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de eerste drie onderzoeksvragen van de praktijktest, namelijk:

1. Zijn de aanbevelingen in de praktijk uitvoerbaar?
2. Welke factoren beïnvloeden de uitvoering van de aanbevelingen uit de richtlijn?
3. Welke randvoorwaarden zijn nodig voor de uitvoering van de aanbevelingen in de praktijk?

Per hoofdstuk uit de richtlijn worden de bovengenoemde vragen beantwoord aan de hand van de resultaten op de nulmeting en een overzicht barrières die de professionals hebben gerapporteerd. Een lijst met redactionele opmerkingen/suggesties die gedurende de praktijktest naar voren zijn gekomen, staan opgenomen in bijlage 1.

3.2.1 Beloop van depressieve klachten

Uit de nulmeting bleek dat de aanbevelingen uit het hoofdstuk 'beloop depressieve klachten' deels al goed worden opgevolgd door de deelnemende teams. Echter, het monitoren van het beloop van de depressieve klachten wordt niet door alle teams gedaan. Reden hiervoor is dat bij doorverwijzing het beloop niet meer gemonitord wordt, sommige JGZ-professionals plannen na doorverwijzing wel een consult op indicatie maar dat is niet standaard.

3.2.2 Welke problematiek kan gepaard gaan met depressieve klachten

Bij dit hoofdstuk hoort maar één aanbeveling, namelijk 'de JGZ-professional heeft kennis van de problematiek die gepaard kan gaan met depressieve klachten'. Uit de nulmeting bleek dat de inhoudelijke presentaties tijdens de startbijeenkomst de kennis over 'problematiek gepaard met depressieve klachten' heeft vergroot. Voor de startbijeenkomst gaf 60% van de deelnemende professionals aan voldoende kennis te hebben, na de startbijeenkomst was dit 93%.

3.2.3 Risico- en beschermende factoren

Uit de nulmeting bleek dat de meeste aanbevelingen uit het hoofdstuk 'risico- en beschermende factoren' al opgevolgd worden door de deelnemende teams en professionals. De volgende aanbeveling wordt echt (nog) niet opgevolgd 'de JGZ-professional weegt en registreert de risicofactoren en de beschermende factoren in het DD-JGZ volgens het BDS-protocol horend bij deze richtlijn'. Dit komt doordat het BDS-protocol nog niet beschikbaar en geïmplementeerd was toen de nulmeting werd ingevuld. Voor meer informatie zie paragraaf 3.4.

3.2.4 Signaleren, ernst vaststellen en toeleiden naar zorg

In de praktijktest zijn veel teams en professionals aan de slag gegaan met de aanbevelingen uit het hoofdstuk 'signaleren, ernst vaststellen en toeleiden'. De teams hebben de volgende belemmeringen ervaren:

- Protocol goed en volledig volgen kost veel tijd. Het consult zelf neemt veel tijd in beslag. Daarnaast is de ervaring dat je minimaal twee consulten nodig hebt om het volledig te doen.
- Het onderscheidt tussen licht, matig en ernstig zijn geen gebruikelijke termen in de JGZ en zorgen voor verwarring. De teams geven aan dat zij gewend zijn om te kijken naar de DSM 5 en onderscheid te maken tussen wel of geen vermoeden van depressie, in plaats van in delen in ernst. Echter, voor de vervolgstappen na een vermoeden op depressie is het wel van belang om een ernstinschatting te maken, het voorstel is om de huidige ernstinschatting te vereenvoudigen naar alleen een onderscheid tussen lichte en ernstige depressieve klachten. Dit voorstel is voorgelegd aan een aantal deelnemers van de praktijktest en door hun goedgekeurd. Zie bijlage 2 voor een aangepast stroomdiagram.
- In het stroomdiagram is het onduidelijk of bij stap 4 moet voldaan moet zijn aan de DSM 5 criteria om positief te scoren voor depressie. Een aangepast flowchart is voorgelegd aan een aantal deelnemers van de praktijktest en door hun goedgekeurd (zie bijlage 2).

Eén van de teams is gedurende de praktijktest aan de slag gegaan met de CDI en heeft daarbij de volgende bevorderende en belemmerende factoren ervaren:

- Belemmering – tijdsinvestering, de afname van de CDI vragenlijst is 15 minuten
- Belemmering - kosten verbonden aan de vragenlijst (het management van de meeste teams hebben om die reden ook besloten om de vragenlijst niet aan te schaffen)
- Bevorderende factor - depressie en ernst kan objectiever worden vast gesteld

3.2.5 Interventies

Eén van de aanbevelingen uit het hoofdstuk 'interventies' is dat de JGZ-professional kennis moet hebben van het actuele preventieve interventie-aanbod in de regio.

Gedurende de praktijktest zijn meerdere teams aan de slag gegaan om het preventie aanbod in hun gemeente/regio in kaart te brengen. Zij zijn daarbij de volgende bevorderende en belemmerende factoren tegen gekomen:

- Het maken van een interventie overzicht kost veel tijd vooral doordat het aanbod per gemeente verschilt. De CJG die in een grotere gemeente opereren hebben daar minder last van.

- Het wordt als zeer prettig ervaren om een dergelijk overzicht te hebben.
- Het is niet altijd gemakkelijk om de kosten en eventuele vergoeding van een bepaalde behandeling te achterhalen.
- Het is lastig om lijst van aanbieders actueel te houden (door transitie veel ontwikkelingen: bezuinigingen, ontslag personeel, verlies van aanbod van behandelingen en particuliere/kleine aanbieders)

3.2.6 Samenwerken en ketenafspraken

Bij de uitvoer van de aanbevelingen uit het hoofdstuk 'samenwerken en ketenafspraken' zijn er een aantal bevorderende en belemmerende factoren naar voren gekomen gedurende de praktijktest:

- Eén van de teams heeft een netwerkborrel georganiseerd voor ketenpartners waarin het onderwerp 'geluk' centraal stond, om zo de samenwerking en afstemming rondom dit onderwerp te verbeteren. De bijeenkomst is goed bezocht en heeft tot veel positieve reacties geleid. De ervaring van het team is dat de organisatie van de bijeenkomst veel tijd kostte maar dat het zeker de moeite waard is.
- Voor het aanwijzen en contact houden met een case manager is Matchpoint beschikbaar, echter wordt dit in de praktijk te weinig gebruikt. Daardoor is het lang niet altijd duidelijk wie er betrokken zijn rondom een leerling en ook wie de daadwerkelijke case manager is. Zou misschien goed zijn om Matchpoint expliciet te benoemen in de richtlijn.
- Een andere belemmerende factor die is ervaren door de teams is dat door de transitie jeugdzorg, Bureau Jeugdzorg moet afschalen en zij daardoor minder vaak als case manager betrokken zijn, terwijl het vaak gezinnen betreft die wel de zorg en tijd van Bureau Jeugdzorg nodig hebben om de zorg te blijven continueren en vervolgen.
- Een laatste belemmerende factor is dat in KIDOS er niet rechtstreeks een kopie van de verwijzing, via zorgmail naar de huisarts kan worden gestuurd. Hierdoor is het een tijdrovende klus om een kopie naar de huisarts te sturen, waardoor het vaak niet door iedereen wordt gedaan.

3.3 Reactie werkgroep op commentaar uit praktijktest

De werkgroep dankt de praktijkinstellingen voor hun input en heeft de meeste feedback verwerkt. Zie ook bijlage 1 en 2.

3.4 BDS protocol

De ontvangen commentaren op het BDS-protocol vanuit de praktijktest zijn zeer beperkt. Veel van de deelnemende JGZ-professionals gaven aan dat zij onvoldoende kennis hebben van BDS-protocollen en het doel ervan. Hierdoor vonden zij het lastig om het BDS-protocol depressie te beoordelen. Hieronder de commentaren die wij ontvangen hebben:

- Indien bij ernsttaxatie de matige depressie eruit gaat, dient dit ook te worden doorgevoerd in het BDS-protocol.
- Het BDS-protocol geeft aan om de interventies te registreren onder conclusie. Omdat er veel geregistreerd moet worden onder conclusie is de vraag is of het registreren van een interventie ook ergens anders zou kunnen, bijvoorbeeld bij verwijzing of voorlichting.
- De aanbevelingen willen we opnemen in KIDOS.

4. Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de conclusie en implementatie aanbevelingen voor landelijke invoer van de JGZ-richtlijn Depressie beschreven.

4.1 Conclusie

In de praktijktest hebben vier JGZ-teams de conceptrichtlijn getest in de praktijk op bruikbaarheid, uitvoerbaarheid, gebruikersvriendelijkheid en implementeerbaarheid en zijn beïnvloedende factoren bij de uitvoering van de richtlijn in kaart gebracht. De richtlijn is over het algemeen positief ontvangen door de deelnemers. De beïnvloedende factoren die de deelnemers hebben ervaren bij het uitvoeren van de richtlijn hadden met name betrekking op: extra tijd die nodig is voor de uitvoering van een aantal aanbevelingen, het monitoren van het beloop, ernst van de depressieve klachten bepalen en de samenwerking met ketenpartners. Daarnaast hebben de deelnemers redactionele feedback gegeven op de richtlijn (bijlage 1). De feedback van de deelnemers op de inhoud en de tekst is beoordeeld en (indien mogelijk) verwerkt door de richtlijnwerkgroep (paragraaf 3.3) in de definitieve richtlijn. De praktijktest heeft laten zien dat de richtlijn uitvoerbaar is, echter randvoorwaarden zijn nodig voor succesvolle implementatie (zie paragraaf 4.3).

Aan de JGZ-organisaties die hebben deelgenomen aan de praktijktest is gevraagd of de richtlijn voorgelegd kan worden in hun cliëntraad. Echter was dit in geen van de organisaties mogelijk doordat er geen cliëntraad was of de doelgroep niet vertegenwoordigd was.

4.2 Ervaringen met de praktijktest

De ervaring van de deelnemers aan de praktijktest waren positief. De startbijeenkomst werd goed ontvangen, alleen had er meer mogen worden ingegaan op het bevorderen van geluk bij jonge kinderen / depressie bij jonge kinderen. Tijdens het eindgesprek gaven de deelnemers aan dat wanneer de richtlijn geïmplementeerd wordt er scholing nodig is, omdat er veel in de richtlijn beschreven staat wat nog niet bekend was bij de deelnemers. Daarnaast gaven de teams aan dat de kennis en vaardigheden op dit moment erg verschillen tussen werknemers.

4.3 Implementatie adviezen voor landelijke invoering richtlijn

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op onderzoeksvraag vier: Welke maatregelen (randvoorwaarden) zijn nodig voor landelijke invoering van de richtlijn?

- Tijdens de praktijktest is naar voren gekomen dat scholing zeer belangrijk is, omdat volgens de deelnemers er veel informatie in de richtlijn staat die niet bekend is bij de gemiddelde JGZ-professional. De scholing zou minimaal moeten bestaan uit:
 - o Wat is depressie bij kinderen?
 - o Signalen en ernsttaxatie
 - o Interventies
 - o Samenwerken en ketenafspraken.

De scholing kan op verschillende manieren worden vormgegeven. Tijdens de startbijeenkomst van de praktijktest hebben de deelnemers een halve dag scholing van een JGZ-arts en JGZ-verpleegkundige uit de werkgroep gekregen in bovengenoemde onderwerpen. Deze training werd zeer goed ontvangen. Alleen dient uitgebreid te worden met extra aandacht voor depressie bij jonge kinderen. Omdat dit niet veel voorkomt stelden de teams tijdens het eindgesprek voor om dit het onderwerp bevorderen van geluk bij jonge kinderen meer aandacht te geven in de training.

- Mogelijkheden voor extra consultatiegesprekken.

Het uitvoeren van een aantal aanbevelingen uit de richtlijn kosten extra tijd, hiervoor is in sommige gevallen een extra consultatiegesprek mogelijk. Het gaat om de volgende handelingen:

 - o In kaart brengen van de risicofactoren
 - o Vaststellen van ernst.

- JGZ-organisaties maken structurele en formele afspraken met ketenpartners over wie doet wat. Bijvoorbeeld wie de casemanager is, en dat bij doorverwijzing de JGZ-organisatie op hoogte wil worden gehouden over het beloop.
- JGZ-organisatie maakt een overzicht van het aanbod van preventieve interventies in de gemeente / sociale kaart.

Referenties

Burgers, J., Ouwens, M., Splunteren, P. van, & Øvretveit, J. (2011). New perspectives on effective implementation of guidelines. Nijmegen, IQ Scientific Institute for Quality of Healthcare.

Grol, R., Wensing, M. (2006). Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Maarssen, Elsevier Gezondheidszorg.

Mikolajczak, J., Stals, K., Fleuren, M.A.H., Wilde, E.J. de & Paulussen T.G.W.M. (2009). Kennissynthese van condities voor effectieve invoering van jeugdinterventies. Leiden, TNO Kwaliteit van leven.

Sinnema, H., Franx, G., & Land, H. van 't. (2009). Multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ. Utrecht, Trimbos-instituut.

Bijlage 1. Redactionele opmerkingen

- Logische opbouw van richtlijn is in gedownloade versie van de richtlijn niet makkelijk herkenbaar, doordat de inhoudsopgave ontbreekt. Graag toevoegen van inhoudsopgave aan pdf-versie van de richtlijn.

Reactie werkgroep: inhoudsopgave is toegevoegd.

- De tabel met leeftijdsspecifieke signalen en symptomen graag ook in samenvatting opnemen.

Reactie werkgroep: kan het NCJ bij publicatie van de richtlijn de tabel als los document genereren? Het is niet geschikt voor een samenvatting.

- Het zou prettig zijn wanneer in de samenvatting iets opgenomen wordt over de interventies. Bijvoorbeeld psycho-educatie; de websites enz.

Reactie werkgroep: in de samenvattende tekst worden voorlichting en advies etc genoemd. Voor meer info moet de professional naar de tekst op pagina 57 en verder. In de publicatie kan door rekening te houden met kopjes de professional snel de juiste info vinden.

- De aanbevelingen op pagina 6 van het hoofdstuk “Beloop van depressieve klachten” zijn erg kort, graag uitgebreider beschrijven.

Reactie werkgroep: Het monitoren van de problematiek hangt af van de inschatting van de professional, de ernst van de problematiek en afspraken met de jeugdige en ouder. In de tekst van hoofdstuk 4 is beschreven wat monitoren inhoud en we verplaatsen de aanbeveling naar dat hoofdstuk. Wij verplaatsen de andere aanbeveling over suïcide naar hoofdstuk 4, Signaleren, ernst vaststellen en toeleiden naar zorg. Hoofdstuk 2 wordt samengevoegd met hoofdstuk 1.

- Bij ernstige depressie mist het uitvragen van suïcidaliteit en het inschakelen van de crisisdienst zo nodig.

Reactie werkgroep: Binnen de werkgroep is suïcidaliteit uitgebreid besproken. Het is zo'n specifiek onderwerp dat zij pleit voor de ontwikkeling van een aparte richtlijn voor de JGZ. Bij stap 5, ernst van de depressieve klachten bepalen, in het hoofdstuk over Signalering, wordt stil gestaan bij suïcidaliteit en eveneens wordt een aanbeveling gedaan: De JGZ-professional dient bij suïcidaliteit direct door te verwijzen naar de Jeugd-GGZ.

- In scholing over het onderwerp depressie komt vaak naar voren dat pubers met depressieve klachten vaak twee leefwerelden hebben. Zou hierover iets kunnen worden toegevoegd in deze richtlijn?

Reactie werkgroep: In de richtlijn wordt aangegeven dat pubers depressieve klachten kunnen maskeren. De twee leefwerelden is een algemeen kenmerk van

de puberteit en niet specifiek voor een depressie. Daarom nemen we er niet meer over op in de richtlijn.

- Algemene opmerking van het JGZ-team dat zich richt op de leeftijd 0-4 jaar is dat voor deze doelgroep het belangrijk is om het geluk te bevorderen / veerkracht te vergroten.

Reactie werkgroep: Het is een algemene taak van de JGZ en niet specifiek voor het onderwerp depressie. Wij nemen het daarom niet op in de richtlijn.

Bijlage 2. Aangepaste flowchart

Stroomdiagram depressieve klachten bij jeugdigen
Signaleren, begeleiden en toeleiden naar diagnostiek en behandeling

