



Op Kompas na depressie:

Richtlijn voor preventie van herval na ontslag bij patiënten met een unipolaire depressieve stemmingsstoornis met aandacht voor de levensdomeinen lichamelijk, psychisch, sociaal en seksueel functioneren

Katelijne Lenaerts

Erik Nuyts

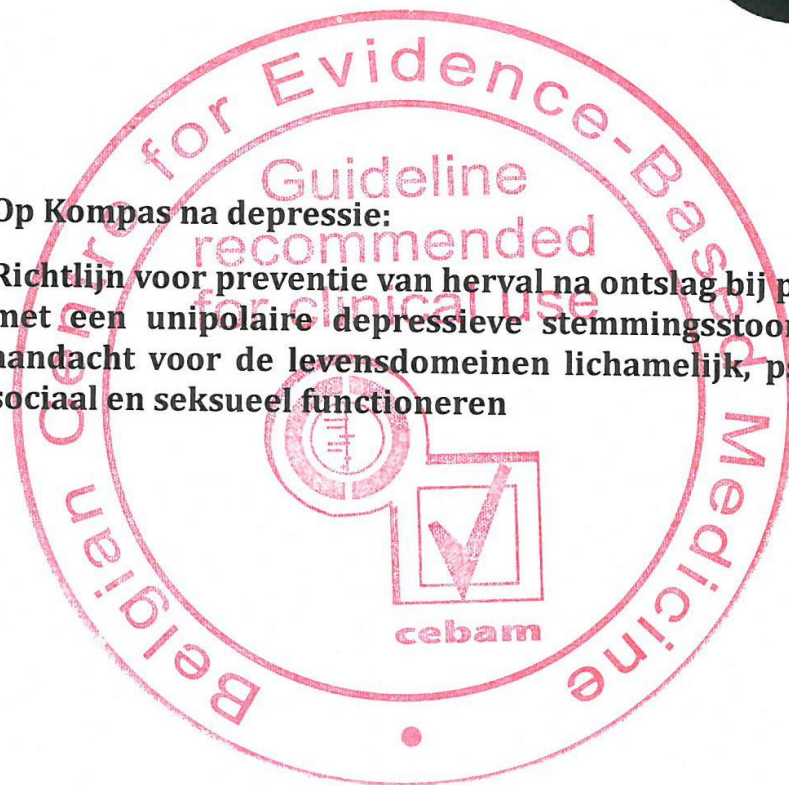
Anja Depoortere

Hasselt, augustus 2015



Op Kompas na depressie:

Richtlijn voor preventie van herval na ontslag bij patiënten met een unipolaire depressieve stemmingsstoornis met aandacht voor de levensdomeinen lichamelijk, psychisch, sociaal en seksueel functioneren



Katelijne Lenaerts

Erik Nuyts

Anja Depoortere

Hasselt, augustus 2015

INHOUDSOPGAVE

1	Samenvatting	11
2	Inleiding	13
2.1	Probleemstelling.....	13
2.2	Definitie Unipolaire depressie volgens DSM-V	14
2.3	Definitie van een richtlijn	14
2.4	Uitgangsvraag, structuur en doelgroep van deze richtlijn.....	15
2.4.1	<i>Opsplitsing in levensdomeinen</i>	15
2.4.2	<i>Doelgroep en exclusiecriteria</i>	15
2.5	Vorm van de richtlijn	15
2.6	Gebruik van de richtlijn.....	17
2.6.1	<i>Het gebruik van levensdomeinen</i>	17
2.6.2	<i>Toepassingsmogelijkheden van de richtlijn.....</i>	18
2.7	Bronvermeldingen.....	19
2.8	Methodologie	19
2.9	Bevorderende en belemmerende factoren en meting van de implementatie van de richtlijn.....	21
2.9.1	<i>Bevorderende en belemmerende factoren bij het toepassen van de richtlijn</i>	21
2.9.2	<i>Criteria om de implementatie van de richtlijn te meten.....</i>	22
3	Definiëring psycho-educatie	24
4	Levensdomein Lichamelijk functioneren.....	25
4.1	Comorbiditeit met lichamelijke klachten.....	25
4.2	Lichamelijke activiteit verhogen	26
4.3	Medicamenteuze therapietrouw.....	30
4.4	Stoppen met het gebruik van antidepressiva.....	35
4.5	Het gebruik van antidepressiva bij geplande zwangerschap, zwangerschap en borstvoeding.....	37
5	Levensdomein Psychisch functioneren	39
5.1	De patiënt voorlichten	39
5.2	Inspraak patiënt	41
5.3	Residuele symptomen	42
5.4	Lichamelijke activiteit verhogen	43
5.5	Psychologische interventies.....	44
5.5.1	<i>Cognitieve gedragstherapie (CBT).....</i>	44
5.5.2	<i>Psychodynamische therapie.....</i>	46
5.5.3	<i>Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT).....</i>	46
5.5.4	<i>Probleem oplossende counseling.....</i>	48
5.5.5	<i>Interpersoonlijke psychotherapie (IPT).....</i>	49
5.5.6	<i>Gedragsactivering (Behavioral activation, BA).....</i>	50
5.5.7	<i>Bewaken van een regelmatig dag-nacht ritme</i>	54

5.6	Stigmatisering voorkomen	54
6	Levensdomein Sociale contacten.....	58
6.1	Betrekken van de familie of het netwerk van de patiënt in de behandeling	58
6.2	Alert blijven voor (nieuwe) psychosociale problemen	59
6.3	Bestaande sociale netwerken (re)activeren.....	59
6.4	Sociale vaardigheidstrainingen	60
6.5	Buddywerking.....	61
7	Levensdomein Seksueel leven	63
7.1	Seksualiteit bespreekbaar stellen.....	63
7.2	Psycho-educatie i.v.m. seksuele dysfuncties	64
8	Domein overschrijdende aanbevelingen	65
8.1	Behandelingsmodellen	65
8.2	Hervalpreventie vanaf de eerste behandeling.....	68
8.3	Culturele aspecten.....	69
8.4	Aandachtspunten binnen nazorg	69
9	Overzicht Aanbevelingen.....	73
9.1	Comorbiditeit met lichamelijke klachten.....	73
9.2	Lichamelijke activiteit verhogen	73
9.3	Medicamenteuze therapietrouw.....	73
9.4	Stoppen met het gebruik van antidepressiva.....	74
9.5	Het gebruik van antidepressiva bij geplande zwangerschap, zwangerschap en borstvoeding.....	75
9.6	De patiënt voorlichten	75
9.7	Inspraak patiënt	76
9.8	Residuele symptomen	76
9.9	Lichamelijke activiteit verhogen	76
9.10	Psychologische interventies	76
9.11	Psychodynamische therapie.....	76
9.12	Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)	76
9.13	Probleem oplossende counseling	77
9.14	Interpersoonlijke psychotherapie (IPT).....	77
9.15	Gedragsactivering (Behavioral activation, BA).....	77
9.16	Bewaken van een regelmatig dag-nacht ritme	78
9.17	Stigmatisering voorkomen	78
9.18	Betrekken van de familie of het netwerk van de patiënt in de behandeling	78
9.19	Alert blijven voor (nieuwe) psychosociale problemen.....	78
9.20	Bestaande sociale netwerken (re)activeren.....	79

9.21	Sociale vaardigheidstrainingen	79
9.22	Buddywerking	79
9.23	Seksualiteit bespreekbaar stellen.....	79
9.24	Psycho-educatie i.v.m. seksuele dysfuncties	80
9.25	Behandelingsmodellen	80
9.26	Hervalpreventie vanaf de eerste behandeling.....	80
9.27	Culturele aspecten.....	80
9.28	Aandachtspunten binnen nazorg	81
10	Bibliografie	82
11	Appendix: gevonden richtlijnen.....	90

Organisatiestructuur

<i>Promotor Onderzoek</i>	
Anja Depoortere	<ul style="list-style-type: none"> - Bachelor verpleegkundige – Optie psychiatrie - Master Gezondheidswetenschappen - Opleidingshoofd Verpleegkunde en Zorgmanagement in Hogeschool PXL, Hasselt
<i>Onderzoekers literatuuronderzoek</i>	
Katelijne Lenaerts	<ul style="list-style-type: none"> - Bachelor verpleegkundige – Optie psychiatrie - Psychotherapeut - groepspsychotherapeut - Praktijklector opleiding verpleegkunde Hogeschool PXL, Hasselt
Prof. dr. Erik Nuyts	<ul style="list-style-type: none"> - Dr. in de wetenschappen - Methodoloog (PXL, Hasselt; UHasselt, Diepenbeek)
<i>Stuurgroep</i>	
Peter Beks / later vervangen door Hilde Dierickx	Peter Beks: <ul style="list-style-type: none"> - Master Clinical Psychology - Master Sport and exercise psychology - Postgraduaat, Psychoanalysis and Psychotherapy - Voormalig netwerkcoördinator Noolim - Suïcidepreventiewerker - Suïcidepreventie CGG DAGG Lommel
	Hilde Dierickx: <ul style="list-style-type: none"> - Licentiaat Psychologische en Pedagogische Wetenschappen - richting Orthopedagogiek - Licentiaat Medisch-Sociale Wetenschappen en Ziekenhuisbeleid - richting Beleid van Verzorgingsinstellingen - Algemeen directeur Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw (sinds 1 april 2014)
	<ul style="list-style-type: none"> - Netwerkcoördinator project NOOLIM, Rekem

David Dol	<ul style="list-style-type: none"> - Bachelor Ergotherapie, - Jobcoach - Arbeidstrajectbegeleider, Disability Case Manager - Netwerkcoördinator project RELING, Sint-Truiden
Prof dr. Eddy Neerinckx	<ul style="list-style-type: none"> - Doctor in de Motorische Revalidatie en Kinesitherapie - Docent Faculteit Bewegings- en Revalidatiewetenschappen K.U.Leuven - Docent Revalidatiewetenschappen en Kinesitherapie UHasselt
Roald Nelissen	<ul style="list-style-type: none"> - Bachelor verpleegkunde - Doctoraal diploma Gezondheidswetenschappen - Departementshoofd PXL Healthcare, Hasselt
Dr. Olga Van De Vloed	<ul style="list-style-type: none"> - Huisarts, Houthalen - Verbonden aan Domus Medica
Rob Vanhemel / later vervangen door Dirk Van Laethem	Rob Vanhemel:
	<ul style="list-style-type: none"> - Bachelor Verpleegkunde - Optie psychiatrie - Master, Health Policy and Organisation
	Dirk Van Laethem:
	<ul style="list-style-type: none"> - Master in Criminologie - Provinciaal directeur Familiehulp Limburg, Vlaams-Brabant en Brussel
Mia Willemsen	<ul style="list-style-type: none"> - Master in de psychologie - Gepensioneerd medewerker zorgmanagement ASSTER, Sint-Truiden
<i>Externe experts die de conceptrichtlijn hebben beoordeeld hebben</i>	
Brecht Aerts	<ul style="list-style-type: none"> - Bachelor Verpleegkunde - Optie sociale en psychiatrie - Opleiding tot hulpverlener bij alcohol- en drugproblemen, VAD - Noolim Mobiel Crisisteam
Kevin Berben	<ul style="list-style-type: none"> - Bachelor in de Verpleegkunde - optie psychiatrische verpleegkunde - Master of Science in de Verpleegkunde en Vroedkunde

	<ul style="list-style-type: none"> - Psychiatrisch Ziekenhuis Broeders Alexianen Tienen – Afdeling Prisma (algemene psychiatrie)
Niels Bijmens	<ul style="list-style-type: none"> - Psychiatrisch Verpleegkundige - Medisch Centrum St. Jozef Bilzen
Dette Court	<ul style="list-style-type: none"> - Bachelor verpleegkundige – Optie psychiatrie - Client-centered therapie - Systeem en gezinstherapie, - Rouwtherapeut - Opleiding ‘ groepen in organisaties’ - Reling - Teamleider Mobiel A Team Zuid
Ellen Cypers	<ul style="list-style-type: none"> - Master in het sociaal werk en sociaal beleid - Familiehulp - Stafmedewerker zorg- en dienstverlening - Regio Limburg en Leuven
Prof. dr. Lieve Dams	<ul style="list-style-type: none"> - Forensisch Psychiater - Directeur van Centrum Berkenwinning in Heusden-Zolder - Psychiater Revalidatie & MS Centrum VZW - Docent aan de Nationale researcheschool te Brussel, Lessius Hogeschool, Universiteit Maastricht
David Fransen	<ul style="list-style-type: none"> - Bachelor Verpleegkunde - Optie psychiatrie - Master seksuologie - Asster Stafid - Docent opleiding verpleegkunde Hogeschool PXL
Henri Gilissen	<ul style="list-style-type: none"> - Bachelor Verpleegkunde - Optie psychiatrie - Asster afdelingshoofd De Lier 2 - (behandeling depressie, angst en somatoforme stoornissen)
Tanja Graulus	<ul style="list-style-type: none"> - Bachelor Verpleegkunde - Optie pediatrie en psychiatrie - Postgraduaat Geestelijke Gezondheidszorg - Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem – Afdeling Neurosezorg

	<ul style="list-style-type: none"> - Stagebegeleiding opleiding verpleegkunde Hogeschool PXL
An Moons	<ul style="list-style-type: none"> - Bachelor verpleegkundige – Optie Psychiatrie - Mobiel Team GGZ Diest
Kristien Paesmans	<ul style="list-style-type: none"> - Master in de psychologie - Psycholoog en teamcoördinator Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Zuid Limburg – Groep LITP
Dominik Renson	<ul style="list-style-type: none"> - Bachelor verpleegkundige – Optie psychiatrie - Banaba zorgmanagement - Diensthoofd Afdeling St.-Jan (opname en behandeling) PZ Sint-Annendael Diest
Geert Rogiers	<ul style="list-style-type: none"> - Bachelor Verpleegkunde - Optie psychiatrie - Master in de gezondheidswetenschappen - Zorgmanager Triamant Haspengouw - Docent opleiding verpleegkunde Hogeschool PXL
Hanne Schoofs	<ul style="list-style-type: none"> - Dr. in de psychologie - Asster Zorgmanager De Lier - algemene psychiatrie
Lut Smeets	<ul style="list-style-type: none"> - Human Resources - Change Management - Organisatie-ontwikkeling - Gezins- en Relatiewetenschappen - Sociale Hogeschool- Maatschappelijk Werk - Netwerkcoördinator Noolim
Bart Vandergraesen	<ul style="list-style-type: none"> - Master in de psychologie - Psycholoog VZ Mondriaan Heerlen (Nederland - Afdeling Volwassenzorg - Dubbeldiagnose
Elise Van Meeuwen	<ul style="list-style-type: none"> - Master in de psychologie - Familiehulp - Stafmedewerker zorg- en dienstverlening
Maarten Vanwingh	<ul style="list-style-type: none"> - Bachelor verpleegkundige – Optie psychiatrie - Master Personal Leadership and Innovation - Manager Bedrijfsvoering VZ Mondriaan

	Heerlen (Nederland) - Afdeling Dubbele Diagnose - Docent Verpleegkunde Hogeschool PXL
--	---

Disclaimer

Deze richtlijn is tot stand gekomen door interne financiering van PWO-projecten binnen de PXL. Er is geen externe financiering geweest. Aangezien de toewijzing van de PWO-gelden door de hogeschool zelf bepaald wordt, en de onderzoekers volledig voor de PXL werkten, heeft deze vorm van financiering geen impact op de autonomie van de onderzoekers.

Er zijn geen conflicterende belangen bij de onderzoekers noch bij de leden van de stuurgroep.

1 Samenvatting

Achtergrond

Veel patiënten die een depressie hebben gehad, hervallen met een nieuwe opname als gevolg. In Limburg wordt zelfs 16% van patiënten die opgenomen waren omwille van een depressie, binnen de 3 maanden na ontslag opnieuw opgenomen. Er is dus een behoefte aan hulpmiddelen om het hervalproces te vertragen of zo mogelijk zelfs te stoppen.

Doel

Dit onderzoeksproject heeft als doel op basis van literatuurstudie om evidence based, multidisciplinaire richtlijnen te formuleren die een ondersteuning bieden in het beantwoorden van de vraag van professionelen: “Welke interventies binnen 4 levensdomeinen; lichamelijk functioneren, psychisch functioneren, sociale contacten en seksueel leven, werken hervalpreventief bij een patiënt (18 – 65 jaar) met een unipolaire depressie doorheen het zorgproces?” Uitgesloten zijn de postnatale depressies.

Methode

Binnen de literatuurstudie werden geen buitenlandse richtlijnen gevonden die specifiek gaan over hervalpreventie na depressie. Het was dus niet mogelijk om een bestaande richtlijn aan te passen naar de Belgische situatie. Uit de bestaande richtlijnen en reviews die handelen over depressie is informatie gedistilleerd die gekoppeld kon worden aan hervalpreventie, en beschreven in de vorm van een nieuwe richtlijn.

Resultaten van het literatuuronderzoek

Bij 50% van de depressieve patiënten die zich aanbieden bij de huisarts wordt de depressie niet gediagnosticeerd. Dat impliceert dat, ook al is een effectieve behandeling beschikbaar, een groot deel van de mensen met depressie niet het minimum aan adequate behandeling ontvangt.

Vroeg detecteren en behandelen van depressie werkt hervalpreventief en reduceert het lijden.

Chroniciteit en herval zijn meer regel dan uitzondering bij depressie. Daarom moet er van bij de aanvang van de behandeling gekozen worden voor vormen van behandeling die ook hervalpreventief zijn. Bij de aanvang van de acute behandeling wordt best ook een lange termijn strategie ontwikkeld en geadviseerd, rekening houdend met culturele verschillen.

Herval preventief behandelen vraagt eerder een proactieve dan een reactieve houding. Binnen de behandeling is onmiddellijk anticiperen op factoren die herval kunnen uitlokken noodzakelijk. Het actief beheren van comorbiditeit met andere psychische problematieken (zoals angst, middelengebruik, persoonlijkheidsproblematiek, ...) en fysieke problematieken doorheen het zorgtraject, zal het risico op herval aanzienlijk verminderen.

Het collaboratief zorgmodel, waarbij binnen de eerstelijns voorzieningen wordt gebruik gemaakt van een behandelingsteam (huisarts, depressie casemanager, psychiater, anderen) heeft een positief effect op het behandelingsproces, therapietrouw, kwaliteit van leven en de preventie van herval. Goede samenwerkingsinitiatieven tussen de residentiële en ambulante multidisciplinaire zorgverstrekkers zijn dus essentieel. De betrokken diensten en interventies zouden niet alleen gericht mogen zijn op het

reduceren van symptomen en het herstel van functioneren, maar ook op het voor mensen mogelijk maken om zelf hun problemen te hanteren en herval te voorkomen.

Depressie heeft impact op verschillende levensdomeinen. Het concept levensdomeinen is enkel onderzoeksmatig, theoretisch af te bakenen omdat ze in de realiteit elkaar continu onderling beïnvloeden.

Specifiek binnen het levensdomein lichamelijk functioneren dient men aandacht te besteden aan de comorbiditeit met lichamelijke klachten. De aanwezigheid van pijnbeleving wordt geassocieerd met een minder positieve reactie op antidepressiva en een groter risico op herval. Bepaalde medische problemen zijn een risicofactor voor het ontwikkelen van een depressie en depressie verhoogt de kans op het ontwikkelen van bepaalde medische problematieken. Deze richtlijn bevat aanbevelingen hoe men de lichamelijke activiteit kan verhogen en hoe men medicamenteuze therapietrouw kan bevorderen.

De aanbevelingen op het vlak van psychisch functioneren richten zich op voorlichting en inspraak van de patiënt, specifieke aandacht voor de aanwezigheid van residuele symptomen en psychologische interventies: cognitieve gedragstherapie, mindfulness based cognitive therapy, probleem oplossende counseling, interpersoonlijke psychotherapie, gedragsactivering, het bewaken van een regelmatig dag-nacht ritme en het voorkomen van stigmatisering.

Voor het levensdomein sociale contacten werden aanbevelingen geformuleerd rond het betrekken van de familie of het netwerk van de patiënt in de behandeling, alert blijven voor (nieuwe) psychosociale problemen, bestaande sociale netwerken (re)activeren, buddywerking en sociale vaardigheidstrainingen.

Binnen het levensdomein seksueel leven wordt als aanbeveling meegegeven om seksualiteit bespreekbaar te stellen binnen het volledige zorgtraject.

Key words

Depressie, herval preventie, levensdomein, evidence based, literatuuronderzoek, richtlijn

2 Inleiding

2.1 Probleemstelling

Volgens gegevens van de European Study on Epidemiology heeft één op vier mensen in onze samenleving in zijn leven ooit psychische problemen gekend. Het aantal meldingen van mensen met ernstige psychische problemen, in het bijzonder met een depressie, is het laatste decennium aanzienlijk toegenomen (Beleidsplan Geestelijke Gezondheidszorg Vlaanderen, 2010).

Een depressie heeft een grote impact op het dagelijkse leven. Volgens Bruffaerts et al (2008) functioneren depressieve mensen 60 dagen per jaar niet of suboptimaal. Bij ernstige depressies loopt dit zelfs op tot meer dan 100 dagen per jaar. Depressieve personen rapporteren drie- tot viermaal zo vaak suïcidegedachten, -plannen of -pogingen als anderen.

Analyses van de databank MPG (Minimale Psychiatrische Gegevens) tonen aan dat 16% van de patiënten met een depressie die met ontslag gaan, heropgenomen worden binnen de 3 maanden na ontslag (Depoortere et al, 2010).

Heropname is maatschappelijk gezien een belangrijke economische last. Ziekenhuisopnames zijn niet enkel duur, maar deze patiënten geraken ook niet of moeilijk opnieuw geïntegreerd in de arbeidsmarkt. Daarnaast betekent een heropname een ernstige vermindering van kwaliteit van leven voor de patiënt en zijn omgeving. Uit een niet gepubliceerd follow-up onderzoek bij patiënten met een unipolaire depressie gedurende 3 maanden na ontslag blijkt, uit de bevragingen van de QoLC (Quality of Life and Care), dat meer dan de helft van de respondenten (n=25) een hulpvraag formuleerden voor de domeinen lichamelijk functioneren, zelfstandig functioneren, psychisch functioneren, dagbesteding en persoonlijke relaties (Depoortere, Berben, Jughmans & Nuyts, unpublished). Anderzijds bleek dat deze patiënten na intramurale behandeling van depressie slechts op weinig levensgebieden hulp of ondersteuning ontvangen en daarenboven vaak aangeven dat de ontvangen hulp voor hen niet de juiste hulp bleek. Uit een vooronderzoek naar de richtlijnen in het kader van nazorg en preventie van herval bleek dat er, ook in de Nederlandstalige richtlijnen, zeer weinig advies geformuleerd wordt over hoe binnen de diverse levensdomeinen een aanbod tot nazorg te bieden bij patiënten met een depressie na ontslag.

Een praktisch probleem bij het uitwerken van een richtlijn over nazorg na opname is dat er nauwelijks literatuur te vinden is die als outcome van evidence based onderzoek 'heropname in een instelling' (rehospitalisation) heeft. Bijna alle literatuur, en zeker de literatuur in andere richtlijnen, heeft als outcome 'herval' (relapse, recurrence). Ook de Nederlandstalige richtlijnen over preventie van herval van depressie zijn beperkt. Het is echter vanzelfsprekend dat mensen die hervallen ook een grotere kans op heropname hebben. Daarom behandelt deze richtlijn een problematiek die de facto ruimer is dan preventie van heropname.

Deze richtlijn is er dus op gericht om evidence based aanbevelingen en handelingsinstructies te ontwikkelen om de kans op herval bij depressieve patiënten (18-65 jaar) te verminderen. De aanbevelingen zijn geformuleerd volgens 4 belangrijke levensdomeinen: lichamelijk functioneren, psychisch functioneren, sociale contacten en seksueel leven.

2.2 Definitie Unipolaire depressie volgens DSM-V

Volgens DSM-V zijn er bij een unipolaire depressie 2 hoofdsymptomen: de aanwezigheid van een sombere, depressieve stemming en een duidelijk verlies van interesse in activiteiten of de afwezigheid van plezier bij het ondernemen van activiteiten.

Om van een depressie te kunnen spreken moet er één van deze twee hoofdsymptomen aanwezig zijn, samen met minstens vier van de onderstaande symptomen (American Psychiatric Association, 2013):

- Toename of afname van het gewicht zonder een dieet te volgen. Er kan ook sprake zijn van toename of afname van de eetlust.
- Overmatig veel of juist heel weinig slapen.
- Psychomotorische agitatie of remming.
- Moeheid of verlies van energie.
- Het ervaren van gevoelens van waardeloosheid en/of overdreven, onterechte schuldgevoelens.
- Verminderd denkvermogen, verminderde concentratie en/of besluiteloosheid.
- Terugkerende gedachten aan de dood of aan suïcide, met of zonder een concreet plan tot uitvoering.

Deze symptomen moeten minstens twee opeenvolgende weken aanwezig zijn en dit gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag.

Deze symptomen komen niet voort uit een andere medische aandoening noch uit het gebruik van medicatie en/of drugs. Ook mag de depressieve stoornis niet te verklaren zijn door een stoornis uit het schizofrene spectrum of door een psychotische stoornis. Tenslotte mag de oorzaak evenmin toegeschreven worden aan de reactie op een belangrijke verlieservaring, tenzij deze reactie te lang aanhoudt en/of verergert. (American Psychiatric Association, 2013).

Er mag geen sprake zijn van een manische episode (American Psychiatric Association, 2013).

2.3 Definitie van een richtlijn

Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GZZ (2005) definieert een richtlijn als: *“Een richtlijn is – in het algemeen - een document met aanbevelingen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering en dient dan ook als zodanig gebruikt te worden. Een richtlijn berust op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en aansluitende meningsvorming door beroepsbeoefenaren en patiënten, gericht op het uitdrukkelijk omschrijven van goed handelen.”*

De richtlijn in dit onderzoek behandelt de **nazorg** van **volwassen** patiënten met een **unipolaire depressie, om herval te voorkomen na residentiële behandeling**.

Gezondheidszorg is het geheel van voorzieningen en maatregelen om zieken te genezen, ziek worden te voorkomen en gezondheid op peil te houden. Nazorg is gedefinieerd als een samenhangend hulpaanbod nadat iemand op ontslag gaat vanuit een opname binnen een residentiële setting van de geestelijke gezondheidszorg.

Richtlijnen kunnen de verschillende behandelmodules van een zorgprogramma zoveel mogelijk evidence based onderbouwen. De gebruikers van de richtlijnen zijn dan de professionelen die de nazorg verschaffen.

2.4 Uitgangsvraag, structuur en doelgroep van deze richtlijn

2.4.1 Opsplitsing in levensdomeinen

Om te zien of het met een patiënt met een unipolaire depressie beter gaat, is het zinvol om te kijken naar zijn kwaliteit van leven. Maar de kwaliteit van leven kan op veel manieren uitgedrukt worden. Het meetinstrument Quality of Life and Care meet deze kwaliteit van leven en de zorgbehoefte in 10 levensdomeinen: lichamelijk functioneren, psychisch functioneren, sociale contacten, seksueel leven, zelfstandig functioneren, wonen, dagbesteding, financiële situatie, persoonlijke situatie, vrije tijd (van Wijngaarden et al., 2008).

Idealiter zou deze richtlijn beschrijven welke acties er in deze 10 levensdomeinen ondernomen kunnen worden om herval bij een patiënt met een depressie tegen te gaan. Deze richtlijn focust, wegens beperking van tijd en middelen voor dit onderzoeksproject slechts op 4 van de 10 levensdomeinen, m.n. lichamelijk functioneren, psychisch functioneren, sociale contacten en seksueel leven. Voor meer informatie m.b.t. het levensdomein dagbesteding wordt verwezen naar het zorg-en-werkportaal: www.zorgenwerkportaal.be. Dit project werd gefinancierd door ESF (Europees Sociaal Fonds).

In deze richtlijn worden de professionele zorgverleners ondersteuning geboden bij volgende vraag:

“Welke acties kunnen binnen de nazorgfase betreffende de levensdomeinen lichamelijk functioneren, psychisch functioneren, sociale contacten en seksueel leven helpen om een herval van een patiënt met een depressie te voorkomen”.

2.4.2 Doelgroep en exclusiecriteria

De doelgroep bestaat uit volwassenen van 18 tot 65 jaar die omwille van een unipolaire depressie in een residentiële opname waren .

Zowel postnatale depressies, als depressies van jongeren of ouderen, als bipolaire depressies vereisen elk hun eigen aanpak. Deze doelgroepen werden dan ook geëxcludeerd bij het tot stand komen van deze richtlijn. De exclusiecriteria zijn bedoeld om het onderwerp voldoende af te bakenen en beheersbaar te houden.

2.5 Vorm van de richtlijn

In deze richtlijn worden de levensdomeinen elk in een apart hoofdstuk behandeld. Daarnaast is er nog een hoofdstuk over domeinoverschrijdende aanbevelingen.

Voor elk levensdomein worden verschillende onderwerpen besproken, elk in een apart deel-hoofdstuk. Naar analogie met de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (Trimbos Instituut, 2011) heeft elk deelhoofdstuk heeft in principe dezelfde vorm:

- *Inleiding*: Leidt het onderwerp in.
- *Uitgangsvraag*: Wat is de vraag waarop het deelhoofdstuk een antwoord wil geven.
- *Aanbevelingen*: Aanbevelingen aan zorgverleners, gebaseerd op de wetenschappelijke onderbouwing en de overige overwegingen.

- *Wetenschappelijke onderbouwing*: Dit is een summier literatuurstudie die onderbouwt waarom de aanbevelingen gedaan worden.
- *Overige Overwegingen*: Dit zijn overwegingen die gedaan worden, niet op basis van evidence based research, maar op basis van expertise en gezond verstand van personen uit het werkveld.

Niet elk item uit de lijst hierboven is altijd even relevant. Als een item niet relevant is, wordt het weggelaten in het betrokken deelhoofdstuk.

Net zoals bij EBMPracticenet (nd) worden de indicaties van GRADE gebruikt om het niveau van bewijskracht aan te geven.

Afhankelijk van de kwaliteit van de onderbouwende studies krijgt de aanbeveling een letter A, B, C of D. (EBMPracticenet, nd):

*A = Sterk op onderzoek gebaseerd bewijsmateriaal.
Veelvoudige relevante, hoogstaande wetenschappelijke studies met homogene resultaten.*

*B = Matig op onderzoek gebaseerd bewijsmateriaal.
Minstens één relevante, hoogstaande studie of veelvoudige adequate studies.*

*C = Beperkt op onderzoek gebaseerd bewijsmateriaal.
Minstens één adequate wetenschappelijke studie.*

*D = Geen wetenschappelijk bewijsmateriaal.
Evaluatie door deskundigen over andere informatie.*

Deze indeling wordt aangevuld door Van Royen (2008). RCT's (Randomized Clinical Trials) en reviews of meta-analyses die dergelijke RCT's bevatten, hebben het hoogste niveau van bewijskracht. Maar hun bewijskracht kan naar beneden gehaald worden als er beperkingen zijn bij de methodologische kwaliteit. Omgekeerd hebben observationele studies (of reviews die voor dat onderdeel enkel observationele studies bevatten) minder bewijskracht. Maar die bewijskracht kan stijgen als het Relatief Risico (RR) groot is. Bv. als uit een observationele studie blijkt dat het hervalrisico op een depressie na het aangaan van een partnerrelatie daalt met meer dan 50%, dan stijgt de bewijskracht van deze observationele studie van C naar B.

Van Royen (2008) formuleert het als:

“Studietype:

- *RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidentie van observationele studies = HOOG (A);*
- *RCT's met beperkingen of sterke evidentie van observationele studies = MATIG (B);*
- *observationele studies/ casestudies en RCT's met majeure beperkingen = LAAG (C).*

Factoren die de methodologische kwaliteit van studies doen dalen:

- *beperkingen van de studiekwaliteit,*
- *inconsistentie van de resultaten,*
- *indirectheid van evidentie (indirecte populatie, interventie, uitkomstmaten),*
- *onnauwkeurige of gebrekkige data (grote betrouwbaarheidsintervallen),*
- *kans op publicatiebias.*

Factoren die de methodologische kwaliteit van studies doen stijgen:

- *grootte van het effect of sterk bewijs van associatie (direct bewijs, $RR > 2$ of $RR < 0,5$) zonder mogelijke confounders of zeer sterk bewijs van associatie (direct bewijs, $RR > 5$ of $RR < 0,2$, geen bedreiging van validiteit);*
- *alle mogelijke confounders zouden het effect verminderd hebben;*
- *bewijs van dosis-responsgradiënt;”*

Het niveau van de aanbeveling wordt rechtsreeks gekoppeld aan de kwaliteit van de onderbouwende studies.

Niveau 1 = de onderbouwende literatuur heeft op zijn minst een Grade A.

Niveau 2 = de onderbouwende literatuur heeft op zijn minst een Grade B.

Niveau 3 = de onderbouwende literatuur heeft op zijn minst een Grade C.

Niveau 4 = de onderbouwende literatuur heeft enkel een Grade D.

Een groot aantal van de gebruikte bronnen zijn secundaire bronnen (richtlijnen of reviews). Aangezien verschillende delen van een review of richtlijn zich kunnen baseren op verschillende primaire bronnen, is het mogelijk dat dezelfde review op verschillende plaatsen een verschillende Grade krijgt. Waar uit de review de Grade van de onderliggende bron is af te leiden, is die overgenomen. Waar dat niet mogelijk is, is de primaire bron opgezocht en beoordeeld.

2.6 Gebruik van de richtlijn

2.6.1 Het gebruik van levensdomeinen

Depressie heeft impact op de kwaliteit van leven op verschillende levensdomeinen. Het concept levensdomeinen is enkel onderzoeksmatig, theoretisch af te bakenen omdat de levensdomeinen elkaar in de realiteit continu onderling beïnvloeden. Het gaat dus om interactie tussen fysieke, mentale en sociale dimensies. Bij een acute stoornis in één dimensie heeft dit een direct effect op de andere en leidt dit tot verstoring van een bij depressie toch al broos evenwicht. Het tijdig (h)erkennen van dreigende destabilisatie kan leiden tot proactieve en preventieve interventies.

Volgens Nuyens (2010) wordt binnen een holistisch zorgmodel elke gezondheidsbehoefte, elke zorgvraag geplaatst in de totaliteit van de unieke persoon en zijn specifieke context. In een dergelijke holistische benadering zijn niet alleen de verschillende aspecten en onderdelen op zich belangrijk maar krijgt de samenhang of coherentie van het zorgaanbod en de haalbare uitvoering ervan de hoofdaandacht. In tegenstelling tot gefragmentariseerde zorg verwijst integratie van zorg naar integratie op het niveau van de patiënt – alles wat rond en met patiënt gebeurt, moet bij elkaar worden gebracht.

Het benaderen vanuit verschillende levensdomeinen is echter een weergave van het holistisch perspectief. Want het holistisch perspectief is te groot om in één keer te beschrijven. Vandaar dat er in een richtlijn vanuit de ‘beperktere’ levensdomeinen gestart wordt. Maar vaak wordt vanuit de insteek van het ene levensdomein ook een connectie gemaakt met één of meerdere andere levensdomeinen.

Deze insteek vanuit één enkel domein weerspiegelt ook vaak de werkelijke zorgvraag. Een specifieke gezondheidsbehoefte kan ontstaan binnen een bepaald levensdomein, maar om goede zorg te bieden moet men waarschijnlijk meerdere levensdomeinen betreden, zodat men de persoon benadert vanuit zijn totaliteit, in zijn specifieke context. In samenspraak met de zorgvrager kunnen we, binnen het kader van herhalpreventie verschillende domein ingangspoorten benutten om herstelgericht samen te werken.

Een voorbeeld.

Lichamelijk functioneren is een levensdomein op zich. Het is logisch dat het verhogen van lichamelijke activiteit een positief effect resulteert binnen het lichamelijk welbevinden (Carta et al, 2008; NICE, 2009; Pilu et al, 2007; Babyak et al, 2000; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010; Knapen & Schoubs, 2006).

Lichamelijkheid is ook gelinkt aan andere levensdomeinen.

Het verhogen van lichamelijke activiteit heeft namelijk ook een positief effect op het psychisch functioneren en dit behoort tot het psychisch levensdomein (Knapen & Schoubs, 2006, Mata et al., 2012, NICE,2004).

Een vaak voorkomende bijwerking van het gebruik van antidepressiva is toegenomen eetlust, met gewichtstoename tot gevolg, wat een nadelig effect kan hebben op de medicamenteuze therapie trouw. In die zin beïnvloedt een lichamelijk aspect (gewicht) een psychologisch aspect (therapietrouw). Maar ook (een deel van) de behandeling zit op dit grensgebied: lichamelijke oefeningen helpen niet alleen tegen gewichtstoename, maar ze hebben bovendien ook een positief psychologisch effect (Dunner et al., 2007).

Bij het (her)opstarten van sporten als een mogelijk onderdeel van depressiebehandeling zijn meestal drie levensdomeinen betrokken. In eerste instantie het lichamelijk levensdomein. Het gaat om fysieke inspanning. Maar als die sport in groep of met een buddy wordt uitgeoefend betreft het ook het sociale levensdomein. Het gestructureerd inbouwen van deze sport kan een onderdeel zijn van gedragsactivering, wat behoort tot het psychologische levensdomein.

2.6.2 Toepassingsmogelijkheden van de richtlijn

Zoals eerder werd aangegeven bieden de aanbevelingen in deze richtlijn een antwoord op de vraag “Welke interventies binnen 4 levensdomeinen; lichamelijk functioneren, psychisch functioneren, sociale contacten en seksueel leven, helpen om een herhal van een patiënt (18 – 65 jaar) met een unipolaire depressie te voorkomen?”

De gebruikers van deze richtlijn vinden in de richtlijn aanbevelingen voor een aantal uitgangsvragen die vallen onder deze 4 levensdomeinen. Gebruikers kunnen zich situeren in de verschillende lijnen van de ambulante, de semi-residentiële en de residentiële gezondheidszorg. Deze lijnen zijn gedefinieerd als (Samenwerkingsinitiatief Eerste Lijnsgezondheidszorg, nd):

De eerste lijn: huisartsen, thuisverpleegkundigen, ergo- en kinesitherapeuten, podologen, eerstelijnspsychologen en psychotherapeuten, psychiatrische thuiszorg, diëtisten, apothekers,

De tweede lijn: zorg- en hulpverleners die na verwijzing kunnen worden geconsulteerd bijvoorbeeld een psycholoog, psychotherapeut of psychiater van een centrum voor geestelijke gezondheidszorg (CGG). Ook de algemene ziekenhuizen horen tot de tweede lijn.

De derde lijn: gespecialiseerde en intramurale zorg zoals de psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische verzorgingstehuizen.

De richtlijn biedt aanknopingspunten voor behandelaars in functie van het ontwikkelen van zorgstandaarden, klinische paden en zorgmodules die gericht zijn op herhalpreventie bij unipolaire depressie en/of dit onderwerp willen implementeren in hun behandelingsdoelen binnen de behandeling van depressie meer algemeen. Verder geeft ze aanknopingspunten bij de afstemming en regie in de samenwerking van de verschillende zorgcircuits en samenwerkingsinitiatieven, doorheen de verschillende lijnen van de gezondheidszorg.

De richtlijn biedt echter geen praktisch antwoord op de vraag hoe deze aanbevelingen nu te vertalen naar 'de dagelijkse praktijkvoering'. Er wordt geen 'vertaalslag' geboden van de onderzoeksbevindingen naar de zeer gevarieerde en gedifferentieerde, specifieke en concrete klinische praktijk.

2.7 Bronvermeldingen

Sommige aanbevelingen werden vaak teruggevonden (bv. cognitieve gedragstherapie is nuttig om herhal te voorkomen). Er worden niet telkens alle bronnen vermeld waar een bepaalde aanbeveling uit volgde.. De vermelde bronnen zijn dan de bronnen met de hoogste bewijskracht.

2.8 Methodologie

In eerste instantie is er gezocht naar binnen- of buitenlandse richtlijnen die specifiek gaan over herhalpreventie na depressie. Er is geen enkele richtlijn gevonden die dit onderwerp volledig behandelt. Het was dus niet mogelijk om met behulp van de AGREE-methodiek een bestaande richtlijn aan te passen naar de Belgische situatie. Een aantal richtlijnen bevatten echter wel paragrafen die relevant zijn voor dit onderwerp. Maar zelfs het samenvoegen van deze relevante paragrafen uit de verschillende richtlijnen, leverde niet voldoende informatie op om een nieuwe richtlijn uit samen te stellen. De gevonden richtlijnen zijn hierdoor eigenlijk niet meer dan secundaire bronnen, waaruit slechts beperkte informatie gedistilleerd kon worden.

Daarom is de zoektocht uitgebreid en is er, in de periode van 15 september 2012 tot juni 2013, niet enkel gezocht naar bestaande richtlijnen maar ook naar reviews die handelen over depressie. Er werd gezocht naar Engelse of Nederlandstalige literatuur die niet ouder was dan januari 2000. Uit deze bronnen is de informatie gedistilleerd die gekoppeld kon worden aan herhalpreventie.

Voor richtlijnen is gezocht in "G.I.N. guideline resources", "NHS Search Guidance" en "National Guideline Clearinghouse" naar alle richtlijnen met zoekwoorden "depression AND prevent* ". De lijst van de mogelijk relevante richtlijnen is gegeven in hoofdstuk 11: "Appendix: gevonden richtlijnen".

Bij G.I.N. guideline resources leverde dit 7 bronnen op. Dat leek zo beperkt dat er ook gezocht is op "depression AND relapse" en op "depression AND recurrence", maar dit leverde geen extra bronnen op.

NHS Search Guidance (<http://library.nhs.uk/guidance/>) is de huidige naam van de vroegere NEHL guidelinefinder. Zoeken op "depression AND prevent* " leverde, naast enkele waardevolle bronnen, ook bronnen op die zelfs niet aan het onderwerp gerelateerd waren. Na uitsluiting van richtlijnen die over andere ziektes gaan dan het onderwerp van deze studie, nl. unipolaire, niet postnatale depressie van volwassenen (uitsluiting: ziekte van Parkinson, schizofrenie, bipolaire stoornissen, depressie bij kinderen, en postnatale depressie) bleven er nog 11 richtlijnen over.

Dezelfde zoektermen leverden in National Guideline Clearinghouse eerst 326 bronnen op. Veel hiervan gingen letterlijk over preventie van een ziekte, niet over preventie van herhal. Zoektermen: “depression AND prevent* AND (relaps* OR recur*)” in National Guideline Clearinghouse leverde 155 bronnen op. Na uitsluiting van richtlijnen die over andere ziektes gaan dan het onderwerp van deze studie (uitsluiting: beroerte, obesitas, HIV-patiënten, ziekte van Parkinson, hepatitis, schizofrenie, en ook bipolaire stoornis, depressie bij kinderen, postnatale depressie) bleven er nog 12 richtlijnen over.

Voor reviews is gezocht in de Cochrane Database of Systematic Reviews en Pubmed.

De zoektermen “depression AND prevent*” bracht in de Cochrane Database of Systematic Reviews 51 bronnen op. Na uitsluiting van reviews die niet specifiek over unipolaire, niet postnatale depressie van volwassenen handelen (uitsluiting: beroerte, cardiovasculaire chirurgie, miskraam, reumatoïde artritis en ook bipolaire stoornis, depressie bij kinderen, postnatale depressie) bleven er nog 3 reviews over.

Pubmed bevat ook alle informatie uit Medline. De zoektermen: “depression AND prevent* AND (relaps* OR recur*)”, reviews van de laatste 10 jaar, leverde 97 bronnen op. Na uitsluiting van reviews die over andere ziektes gaan dan unipolaire, niet postnatale depressie van volwassenen (uitsluiting: artikels over heroïne, cannabisgebruik, manie, hepatitis, beroerte,.... en ook bipolaire stoornis, depressie bij kinderen, depressie bij ouderen, postnatale depressie) en artikels in het Duits, Hongaars, Japans... bleven er nog 44 reviews over.

Naast de referenties die op deze manier gevonden zijn, werden vanzelfsprekend ook relevante referenties die op minder systematische manier ter beschikking waren, mee verwerkt in deze richtlijn.

Met de 4 levensdomeinen in gedachten, is door de bronnen gekeken naar items in verband met herhalpreventie bij volwassenen met een unipolaire, niet-postnatale depressie. In de richtlijn zijn items dan ook geordend per levensdomein. Dit was een cumulatief proces. Er werd begonnen met een set van items die a priori bedacht waren. Als er daarna in een bron een item verscheen dat wel relevant was binnen één van de levensdomeinen, maar nog niet opgenomen in de richtlijn, dan werd het toegevoegd aan de set van items. Dan werden de eerder gelezen bronnen terug even doorgenomen voor dit nieuwe item, maar slechts zelden werd er dan ook extra informatie toegevoegd aan de richtlijn. Want als het item bij een eerdere bron wezenlijke informatie zou bevat hebben, dan was het item waarschijnlijk ook al eerder opgenomen in de richtlijn.

Omdat de voor deze richtlijn bruikbare informatie zich per bron soms beperkte tot één of twee relevante paragrafen, is elke gevonden bron (richtlijn of review of primaire bron) volledig gelezen. Indien er onzekerheid was over interpretatie van de bron, is die gelezen door twee verschillende personen.

De aanbevelingen zijn geformuleerd op basis van de praktische toepassingen van de wetenschappelijke onderbouwing. Delen van de wetenschappelijke onderbouwing, die het inzicht vergroten, maar niet rechtsreeks aanleiding geven tot een praktische toepassing, zijn dus niet mee opgenomen in de aanbevelingen.

Tijdens het project werden de onderzoekers begeleid door een stuurgroep. De stuurgroep was samengesteld uit een aantal interne en externe experts, met of inhoudelijke of wetenschappelijke expertise en werd systematisch tweemaal per jaar uitgenodigd voor een gezamenlijke projectbespreking. De stand van zaken werd op voorhand schriftelijk gerapporteerd. De stuurgroep kreeg op deze manier de kans om

opmerkingen en adviezen te formuleren die daarna door de projectgroep werden geïmplementeerd.

Na het literatuuronderzoek is er een conceptrichtlijn opgesteld. Deze is aan externe experts voorgelegd voor feedback op de conceptaanbevelingen, aanvullingen van de literatuur, toepasbaarheid van de richtlijn en voor opmerkingen in het algemeen. De experts hebben schriftelijk geantwoord, al dan niet met mondelinge toelichting. Sommige opmerkingen konden ondersteund worden door (aanvullende) literatuur, en zijn dan uitgewerkt bij 'Wetenschappelijke ondersteuning'. Andere opmerkingen konden niet evidence based ondersteund worden, en zijn dan behandeld bij 'Overige overwegingen'. Enkele opmerkingen vielen buiten het bestek van deze richtlijn omdat ze te diep ingingen op één enkel detail, waardoor het volledig uitwerken van deze opmerking de richtlijn onevenwichtig zou maken.

Hoewel dit een uitermate nuttige aanvulling zou zijn, was er in het project geen tijd om ook het patiënten perspectief te bevragen.

Binnen de beperkingen van de financiering, wordt er gepland om op basis van een literatuuronderzoek na 5 jaar een update te doen van de richtlijn. In dezelfde databanken of, als er ondertussen een wijziging is in het aanbod van databanken over gezondheidszorgliteratuur, in evenwaardige databanken wordt opnieuw gezocht naar richtlijnen en reviews over preventie van herval bij unipolaire depressie. Ook dan zullen alle gevonden artikels volledig gelezen worden, aangezien relevante informatie vaak verborgen zit in een beperkt aantal paragrafen. De huidige richtlijn wordt dan aangepast op basis van de nieuw gevonden informatie.

2.9 Bevorderende en belemmerende factoren en meting van de implementatie van de richtlijn

2.9.1 Bevorderende en belemmerende factoren bij het toepassen van de richtlijn

Bij de bevraging van de externe experts is er niet expliciet gevraagd naar belemmerende of bevorderende factoren. Maar uit de opmerkingen die de externe experts gaven, en zuiver reeds uit de vorm van de aanbevelingen, zijn wel enkele tendensen af te leiden.

Waarschijnlijk de meest bevorderende factor van het toepassen van de richtlijn door de zorgverlener, is dat bijna alle aanbevelingen gedrag behandelen dat ofwel de zorgverlener ofwel de zorgvrager, ofwel beiden moeten stellen. Er is voor het toepassen van de aanbevelingen door de zorgverlener zelden extra financiën nodig. Er moeten geen speciale ruimtes of ziekenhuizen of zo voor ontworpen worden, er moeten geen subsidies voor aangevraagd worden, enzovoorts. De aanbevelingen beogen de kennis van de zorgverlener te vergroten, en daardoor kan zijn gedrag gedeeltelijk wijzigen, maar het is nooit nodig dat de zorgverlener zich extreem moet aanpassen. Een aanbeveling als het verlenen van inspraak aan de patiënt kan misschien een mentaliteitswijziging vergen van de zorgverlener, maar daar waar echt extra vaardigheden en kennis nodig zijn, zoals bijvoorbeeld het geven van mindfulness, zijn er steeds andere experts die over deze eigenschappen beschikken. Dus daar waar er echt een grote kennis/competentie/gedragwijziging van de zorgverlener nodig zou zijn, volstaat meestal een doorverwijzing naar een andere expert. Dat maakt dat de belangrijkste voorwaarde voor het toepassen van de aanbevelingen eruit bestaat om open te staan voor eventuele (voor de zorgverlener) nieuwe ideeën.

Financiën kunnen wel een belemmerende factor vormen bij de zorgvrager. Een extra therapie volgen, langdurig medicatie nemen, kost geld. Echter, in vergelijking met de

kosten van herhaal en heropname is de kost niet zo groot, maar de patiënt moet overtuigd worden om de kosten vroeg te maken.

Een belemmerende factor bij het toepassen van de richtlijn is dat de aanbevelingen geen praktische vertaling geven naar individuele situaties. De experts geven enerzijds toe dat dit niet mogelijk is, maar anderzijds is daar toch wel behoefte aan. Ook al is men akkoord dat elke patiënt individueel is en als zodanig behandeld moet worden.

Eenzelfde tweeslachtig gevoel is er bij de opsplitsing van de aanbevelingen in levensdomeinen en kleinere items daarbinnen. Enerzijds vindt men dat het behandelen van patiënten holistisch moet gebeuren, maar anderzijds is men akkoord dat het onmogelijk is om een richtlijn te schrijven die op holistische wijze alles tegelijkertijd vat.. Merkwaardig genoeg bevordert de richtlijn dan ook weer het holistisch kijken, want enkel al door zijn structuur wijst de richtlijn elke gebruiker altijd op het bestaan van de andere levensdomeinen. Uit de grote hoeveelheid van positieve feedback concluderen we dat deze opsplitsing uiteindelijk als een bevorderende factor ervaren wordt

Ook de diepgang/detailering van de aanbevelingen wordt zowel bevorderend als belemmerend gevonden. Het overzicht over de verschillende invalshoeken wordt geapprecieerd, maar enkele experts vinden dat aspecten van hun vakgebied verder mochten worden uitgewerkt. Mits voldoende tijd en geld is het natuurlijk altijd mogelijk om elk hoofdstuk gedetailleerder uit te werken. Maar voor een algemene richtlijn als deze is een extra voorwaarde ook dat de verschillende hoofdstukken voldoende evenwichtig blijven.

Een laatste bevorderende factor is dat de nazorg meer nadruk krijgt dan gebruikelijk is in richtlijnen. Deze nadruk op herhaalpreventie ligt in de lijn van de preventieve aanpak die bevorderd wordt door de overheid.

2.9.2 Criteria om de implementatie van de richtlijn te meten

Er zijn minstens drie complementaire manieren om de implementatie en/of de impact van de implementatie te schatten. Elk van deze manieren heeft zijn goede (+) en mindere (-) eigenschappen.

- Als de richtlijn op een website staat, kan men loggen hoe vaak de richtlijn bekeken wordt.
 - + Dit is eenvoudig uit te werken.
 - + Dit loggen kan continu gebeuren, en het is eenvoudig om evoluties te meten.
 - Er is een onderschatting van het aantal keer dat de richtlijn in werkelijkheid bekeken wordt. Iemand die de richtlijn download/afprint, wordt gemeten als maar één keer bekeken.
 - Er is een overschatting van het aantal keer dat de richtlijn gevolgd wordt. Het is niet omdat iemand de richtlijn leest, dat hij die ook volgt.
- Bevraging bij potentiële gebruikers of ze de richtlijn gebruiken.
 - + Door de vragen goed te formuleren kent men het verschil tussen lezen en toepassen van de richtlijn.
 - + Men kan zowel vragen naar het gebruik van de aanbevelingen, als de gepercipieerde impact van de aanbevelingen van de richtlijn.
 - Het is moeilijk om de gebruikersgroep van deze richtlijn goed te definiëren. Men zou kunnen beginnen met de tweede lijn zorgverleners,

- omdat die waarschijnlijk de richtlijn vaak zullen gebruiken en omdat die nog redelijk in kaart te brengen zijn.
- + Digitaal bevragen heeft het voordeel dat er tegelijkertijd heel veel zorgverleners aangesproken kunnen worden. En een ruime meerderheid van tweede lijn zorgverleners geven hun e-mailadres vrij, waardoor een digitale enquête ook mogelijk is.
 - + Een goede start voor een databestand van de e-mailadressen van de tweede lijn zorgverleners is waarschijnlijk te bekomen vanuit de Sociale Kaart.
 - + Eenmaal de bevraging opgesteld is en de e-mailadressen bekend zijn, is het niet zo arbeidsintensief om bijvoorbeeld elk jaar of alle twee jaar de bevraging te herhalen.
- Men kan ook een experimenteel onderzoek opzetten. Een aantal zorgverleners gebruiken de richtlijn, en een aantal vergelijkbare zorgverleners gebruiken de richtlijn niet. Om te zorgen dat er voldoende patiënten met een depressie door deze zorgverleners begeleid worden, is het het interessantste om dit onderzoek uit te voeren bij de tweede of de derde lijn. Bij de twee patiëntengroepen wordt dan gekeken naar de hervalkansen en de tijd tot het volgende herval.
 - + Op deze manier bekomt men evidence based data, wat het sterkste resultaat oplevert om de impact van richtlijn te beoordelen.
 - Dit onderzoek laat niet toe om de implementatie (wie gebruikt de richtlijn?) te meten. Daarvoor blijft een enquête een veel beter hulpmiddel.
 - De tijd en de financiën die nodig zijn voor dergelijk onderzoek zijn groot, en herhalingen van de meting, bv. na 5 jaar, kosten dan bijna evenveel als het eerste onderzoek.
 - Misschien is het ook mogelijk om patiënten te bevragen of de zorgverleners ingespeeld hebben op de vier levensdomeinen, en zo ja op welke manier. Een groot praktisch probleem bij dit onderzoek is dat dit waarschijnlijk enkel kan via contactopname met de zorgverleners. Door het soort van vragen (vragen over de zorgverleners gesteld aan de patiënten) kunnen de zorgverleners zich geïmponeerd / gecontroleerd voelen. Doordat zij echter tussenpersonen bij het contact met de patiënt zijn, is er een heel grote kans op een niet-random medewerking van de zorgverleners, en dus een niet-representatief beeld van de situatie.

3 Definiëring psycho-educatie

Psycho-educatie kan voor alle levensdomeinen en in functie van heel veel interventies aangewend worden om de kans op herval te verminderen. Daarom bespreken we op voorhand kort wat psycho-educatie inhoudt.

Hoencamp en Haffmans (2008) definiëren psycho-educatie als een georganiseerde vorm van voorlichting die informatie biedt over ziekte, verschijnselen en effecten van medicijnen, die ondersteunt bij de verwerking van verlies van functies en een training geeft van copinggedrag. Het doel is de cliënt en andere betrokkenen meer inzicht te geven, zodat ze adequater met de ziekte en de gevolgen ervan kunnen omgaan. Tevens leggen Hoencamp en Haffmans (2008) in 'het overdragen van informatie' de nadruk niet op het verwerven van kennis, maar eerder op de therapeutische relatie tussen de cliënt, zijn omgeving en de behandelaar. Ze duiden dat gekeken dient te worden naar de beleving van de emotionele gevolgen van de gegeven informatie. In welke mate zal dit het verdere leven van de persoon beïnvloeden? Bij psycho-educatie staat dus de existentiële draagwijdte op het toekomstperspectief centraal (Hoencamp & Haffmans, 2008). Psycho-educatie werkt dan ook holistisch en gaat uit van de competenties van de zorgvrager om te komen tot samenwerking, coping en empowerment bij de zorgvrager en tenslotte een goede gezondheid (Lukens & McFarlane, 2004).

Volgens Trimbos (2005) kunnen de patiënt en zijn omgeving door psycho-educatie de situatie beter begrijpen en er beter mee omgaan. Tevens wordt de patiënt ontvankelijker voor de behandeling, raakt hij gemotiveerd om bepaalde leefregels na te volgen en wordt de zelfredzaamheid gestimuleerd. (Trimbos, 2005)

Psycho-educatie moet gezien worden als een belangrijk element binnen een cyclisch ziekteproces, waarbij het noodzakelijk is om herhaaldelijk dezelfde informatie met de patiënt te bespreken. De invulling van psycho-educatie hangt dus af van de ziekteontwikkeling bij de patiënt (Hoencamp & Haffmans, 2008).

Psycho-educatie heeft zijn nut bewezen voor patiënten die lijden aan ziektes die variëren van kanker over depressie en eetproblemen tot dementie en schizofrenie (Lukens & McFarlane, 2004).

4 Levensdomein Lichamelijk functioneren

Vanuit het meetinstrument Quality of Life and Care kan men het levensdomein lichamelijk functioneren benaderen vanuit het aan en/of afwezig zijn van het ervaren van lichamelijke beperkingen, lichamelijke klachten of ziekte en pijn, slaperigheid en het gebrek aan energie voor de activiteiten die men wil ondernemen (van Wijngaarden et al., 2008).

4.1 Comorbiditeit met lichamelijke klachten

Uitgangsvraag

Dient men voor herhalpreventie rekening te houden met de comorbiditeit met medische ziekten en de aanwezigheid van pijn?

Aanbevelingen

Niveau	Aanbeveling <i>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</i>
1	Houd rekening met een groter risico op depressie bij de aanwezigheid van comorbiditeit met medische ziekten en de aanwezigheid van pijnbeleving. <i>Seelig & Katon, 2008 (A); Shelton, 2009 (B); Anderson et al., 2008 (D);</i>
1	Somatische aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, diabetes en spierpijn zijn een risicofactor voor het ontwikkelen van een depressie en omgekeerd. Depressie verhoogt het risico op hart- en vaatziekten, diabetes en spierpijn. Deze moeten daarom zo goed mogelijk onder controle blijven. <i>Seelig & Katon, 2008 (A); Glassman et al., 2002 (A)</i>
1	Bij de behandeling van depressie moeten slaperigheidsproblemen mee behandeld worden. <i>Krystal, 2004 (A)</i>
3	Blijf voldoende alert voor het screenen op depressie wanneer mensen zich aanmelden met al dan niet verklaarbare pijnklachten. <i>Möller et al, 2003 (C)</i>

Wetenschappelijke onderbouwing

Mensen met depressie bieden zich vaak aan bij de huisarts met fysieke klachten, zonder zichzelf als depressief te zien (Seelig & Katon, 2008; Möller et al., 2003). Gemiddeld gaat 50% tot 80% van de mensen met depressie naar de huisarts met fysieke symptomen zoals (milde) klachten van hoofdpijn, vermoeidheid, buikpijn, diarree of diffuse pijnklachten (Seelig & Katon, 2008).

Essentieel is dat zowel fysieke als psychologische problemen gepaard gaan met fysieke symptomen (Seelig & Katon, 2008). Uit een studie uit 1995 bleek dat 20% van de

mensen die zich aanboden met fysieke klachten ook leden aan een onderliggende depressie. Ook al halen ze winst uit een behandeling die zich enkel richt op de fysieke klachten, dan blijft de onderliggende problematiek onbehandeld. (Möller et al., 2003)

Patiënten met depressie hebben emotionele, cognitieve en fysieke symptomen, maar zijn vaak gepreoccupeerd met de fysieke symptomen (Seelig & Katon, 2008, Möller et al., 2003). Dit komt vanuit de ingesteldheid dat fysieke symptomen reële en acceptabele redenen zijn om naar een huisarts te gaan. Mensen met pijnklachten kunnen ook rekenen op meer familiale ondersteuning, op meer begrip omwille van afwezigheid op de werkvloer en minder stigmatisering, dan mensen met psychische problemen. Patiënten met chronisch medische problemen in comorbiditeit met depressie neigen er naar de focus op de fysieke klachten te vergroten en de realiteit van de depressie als medeoorzaak van de fysieke klachten te verkleinen, wat kan leiden tot een onvolledige diagnose en behandeling. (Seelig & Katon, 2008)

De comorbiditeit met medische ziekten en de aanwezigheid van pijnbeleving wordt geassocieerd met een minder positieve reactie op antidepressiva en een groter risico op herval (Anderson et al., 2008; Shelton, 2009).

Er is een wederzijds oorzakelijk verband tussen depressie en slapeloosheid. Slapeloosheid heeft de neiging om depressie uit te lokken, en omgekeerd. Daarom is het van belang om, bij de behandeling van depressie, ook slapeloosheidsproblemen mee te behandelen. (Krystal, 2004) Anders kan na het ontslag uit een instelling het slapeloosheidsprobleem herval van de depressie uitlokken.

Bepaalde hart- en vaatziekten zijn een risicofactor voor het ontwikkelen van een depressie. En omgekeerd, bij patiënten met bepaalde hartziekten verhoogt een depressie de kans op cardiovasculaire ziekte en zelfs overlijden met een factor 2 tot 4. (Glassman et al., 2002, Seelig & Katon, 2008). Volgens Seeling & Katon (2008) geldt de wederzijdse beïnvloeding eveneens voor diabetesproblematiek en chronische spierpijn. Daarom is een gezonde levensstijl belangrijk om deze aandoeningen te voorkomen.

4.2 Lichamelijke activiteit verhogen

Inleiding

Personen die lijden aan ernstige psychiatrische aandoeningen zijn over het algemeen minder actief dan de doorsnee populatie. Dit geldt in het bijzonder voor patiënten met schizofrenie en met stemmings- en angststoornissen (Knapen & Schoubs, 2006).

Depressieve patiënten hebben een hoger relatief risico voor hart- en vaataandoeningen, diabetes en osteoporose dan de doorsnee populatie. Naast een hormonale ontregeling spelen leefstijlfactoren, zoals fysieke inactiviteit, hierbij een rol (Knapen & Schoubs, 2006). Deze afname van de fysieke fitheid is o.a. een gevolg van verschillende symptomen van het depressief syndroom zoals verlies aan energie, interesse en motivatie, gevoelens van waardeloosheid, veralgemeende vermoeidheid en in sommige gevallen gewichtstoename. Veel van deze symptomen leiden niet enkel tot een afname van fysieke fitheid, maar ook tot problemen bij het opvolgen van psychomotorische therapie.

Uitgangsvraag

Heeft het zin om de lichamelijke activiteit te verhogen, en zo ja, op welke manier ?

Aanbevelingen

Niveau	Aanbeveling <i>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</i>
1	Stimuleer fysieke activiteiten. Ze kunnen de depressieve symptomen en zelfs soms herval verminderen. <i>NICE, 2009 (A); Carta et al., 2008 (B); Babyak et al., 2000 (B)</i>
2	Stimuleer fysieke activiteiten. Ze verbeteren de lichamelijke conditie. <i>Carta et al., 2008 (B)</i>
2	Continuïteit is belangrijk. Bouw de fysieke activiteiten zo veel mogelijk in het dagelijkse leven in, want het effect op hervalpreventie is soms pas na 10 maanden merkbaar. <i>Babyak et al., 2000 (B)</i>
2	Zoek samen met de zorgvrager naar een bewegingsactiviteit die hem aanspreekt. <i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010 (B); Knapen & Schoubs, 2006 (D)</i>
4	Hoewel het positieve effect van de individuele inspanning op zich komt, is een groepsactiviteit aan te raden omdat die waarschijnlijk langer volgehouden wordt. <i>NICE, 2009 (D); Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010 (D);</i>
4	Externe bekrachtiging is bij het opstarten van de sportactiviteit van doorslaggevend belang. Volg daarom tijdens de nazorgfase de fysieke inspanningen van de zorgvrager op en bekrachtig deze. <i>Knapen & Schoubs, 2006 (D)</i>
4	Organiseer psychomotorische begeleiding na ontslag in het kader van nazorg. Werken volgens een faseplan kan de patiënt ondersteunen. <i>Knapen & Schoubs, 2006 (D)</i>

Wetenschappelijke onderbouwing

Lichamelijke factoren als pijn, slaapproblemen, energie en lichaamstevredenheid blijken in de herstelfase van een depressie vaak problematisch en zijn een risicofactor voor herval. Carta et al. (2008) vinden dat het verhogen van de lichamelijke activiteit gedurende 8 maand leidt tot een verhoogde kwaliteit van het lichamelijke functioneren.

Of het effect van fysieke activiteiten verder gaat dan zuiver een verbeterde fysiek is niet altijd eenduidig (Pilu et al., 2007; Carta et al., 2008). Maar ook al zijn de resultaten van alle studies niet eenduidig, NICE (2009) vindt als globaal resultaat dat bij mensen met persistente residuele symptomen lichaamsbeweging in groep bestaande uit drie sessies per week van gematigde duur (45 minuten tot 1 uur) meer dan 10 tot 14 weken (gemiddeld 12 weken), de depressieve symptomen vermindert.

Ook Babyak et al. (2000) vonden een effect dat verder ging dan zuiver lichamelijk functioneren. Ze voerden een vergelijkend onderzoek uit tussen personen die enkel bewegingstherapie (aerobics) kregen, of alleen medicamenteus (Sertraline) ondersteund

werden, of de combinatie van de twee. Na 16 weken was er weinig verschil merkbaar. Dit betekent dat het resultaat van 16 weken oefeningen vergelijkbaar was met het resultaat van 16 weken medicamenteuze therapie. Het ging nochtans om een bescheiden oefenprogramma. Bijvoorbeeld 3 x per week 30 minuten oefenen, aan 70% van de maximale hartslag, resulteert in een effectieve behandeling op lange termijn. Een verrassend resultaat is dat zorgvragers uit de groep met enkel bewegingstherapie na 10 maanden, beduidend minder herval vertoonden. Volgens Babyak et al. (2000) is het belangrijk na te gaan of zorgvragers thuis zelf de moed zullen vinden om de bewegingstherapie verder te zetten. Herval kan immers pas voorkomen worden als de therapie zes maanden of langer verdergezet wordt.

Verder geven Babyak et al. (2000) aan dat één van de psychologische voordelen van het systematisch oefenen, de ontwikkeling van een gevoel van persoonlijke controle en een positief zelfbeeld is.

NICE (2009) vindt voor personen die het fysieke programma volhouden geen verschil tussen individuele of groepsactiviteiten. Ook volgens het Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010) werd aangetoond dat de voordelen van fysieke activiteit niet in verband konden worden gebracht met het sociale groepsaspect. Het is dus de persoonlijke fysieke actie waar het voordeel uit volgt. Maar beiden stellen dat het volhouden van het activiteitenprogramma waarschijnlijk eenvoudiger is in groep dan alleen.

Als aanvullende behandeling voor depressie is een gestructureerd fysiek activiteitenprogramma zinvol, waarin minstens 3 maal per week een fysieke activiteit van gemiddelde duur (30 à 45 minuten) wordt nagestreefd (WHO, 2010; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010). Het vertrekpunt is het exploreren van een fysieke activiteit die de persoon zelf aantrekkelijk vindt, dit te ondersteunen en te starten en gradueel de lichamelijke activiteit te verhogen.

Volgende bedenkingen zijn niet meer specifiek voor depressie, maar gelden in het algemeen voor psychiatrische patiënten. Vanuit de vorige paragrafen geldt dit voor patiënten met een depressie voor patiënten in remissie. Er zijn drie belangrijke elementen om voortzetting van fysieke activiteit te bevorderen. Ten eerste dient de zorgvrager georiënteerd te worden naar een bewegingsactiviteit die hem aanspreekt (Knapen & Schoubs, 2006; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010). Ten tweede zou er psychomotorische begeleiding na ontslag georganiseerd moeten worden om behaalde voordelen te behouden. Hierbij is het nuttig de fysieke activiteiten zo veel mogelijk in te bouwen in het dagelijks leven van de zorgvragers, rekening houdend met hun fysieke mogelijkheden en beperkingen. Tenslotte zou het opvolgen en bekrachtigen van de fysieke inspanningen van de zorgvrager ook een aspect van nazorg moeten zijn. (Knapen & Schoubs, 2006).

Cliënten motiveren tot het zelfstandig ondernemen en volhouden van een sportactiviteit is niet eenvoudig. Volgens (Knapen & Schoubs, 2006) en gebaseerd op de veranderingscirkel van Prochaska en DiClemente dient dit motivatieproces gefaseerd te gebeuren.

1. In de 'voor'-beschouwingsfase hebben mensen niet de bedoeling om in de nabije toekomst een actie te ondernemen, meestal omwille van een gebrek aan kennis of aan motivatie. De meeste personen zijn zich niet bewust van de risico's van een sedentair leven en zijn niet op de hoogte van de concrete richtlijnen rond gezond bewegen. Het niet-ervaren van onmiddellijke effecten van fysieke activiteit kan leiden tot ontgoocheling en drop-out. In deze fase is kennistoename een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde voor gedragsverandering.

2. In de beschouwingsfase hebben mensen de intentie om hun gedrag in de nabije toekomst te veranderen. Het afwegen van de voordelen en de nadelen van een gedragsverandering is het belangrijkste proces in deze fase. De patiënt maakt samen met de psychomotorisch therapeut een kostenbaten analyse van zowel de verwachte psychologische, lichamelijke en sociale voordelen als de eventuele nadelen van deelname aan bewegingsactiviteiten. Zodra die balans in het voordeel van het gezonde gedrag begint over te hellen, groeit de bereidheid tot actie.
3. In de voorbereidingsfase hebben betrokkenen de bedoeling om in de nabije toekomst een actie te ondernemen. In deze fase hebben velen een concreet plan om hun levensstijl te veranderen. Zelfeffectiviteit is essentieel. Iemand zet de stap naar gedragsverandering pas, wanneer hij gelooft dat hij het gezonde gedrag met succes kan bestendigen. Het expliciteren van een bepaalde beslissing (bijvoorbeeld: 'ik doe korte verplaatsingen voortaan te voet of met de fiets en niet meer met de wagen') en de verbintenis om dat inderdaad vol te houden (bv. Een contract met een therapeut of arts afsluiten), zijn concrete hulpmiddelen. Hindernissen die mensen belemmeren de stap van contemplatie naar actie te zetten dienen geëxploreerd en oplossingsgericht bekeken te worden. Dit wil zeggen: niet gericht op probleemgedrag of klachten in het heden, maar focus op gewenst gedrag in de toekomst. De cliënt wordt niet bekeken als falend, maar als een deskundige in zijn authentieke situatie.
4. In de actiefase werkt de patiënt samen met een psychomotorisch therapeut een concreet plan voor gedragsverandering uit, waarbij doelstellingen specifiek, realistisch maar tegelijkertijd uitdagend en flexibel dienen geformuleerd te worden om de kans op succes te vergroten. Doelen worden het best opgesplitst in korte, middellange en lange termijn doelen. Zeker in het begin is het belangrijk te zorgen voor succeservaringen. Deze werken belonend en vergroten de kans dat de persoon zal volhouden. Het benadrukken van de onmiddellijke effecten van een fysieke inspanning (bv. een ontspannen gevoel na de inspanning) verhoogt de motivatie. Zelfeffectiviteit is in de actiefase meer doorslaggevend dan in de preparatiefase. Mensen met een sterk geloof in eigen bewegingsmogelijkheden zijn er van overtuigd dat zij regelmatig lichamelijk actief zullen zijn, ook in moeilijke omstandigheden bijvoorbeeld wanneer zij zich depressief voelen. In de actiefase verdwijnt het oude gedrag langzaam ten gunste van nieuw gedrag, dat echter nog geen gewoonte is. Terugvallen in het oude, ongezonde gedrag komt veelvuldig voor.
5. Wie het gezonde gedrag al meer dan zes maanden volhoudt, zit in de consolidatiefase. Bij fysieke activiteit haakt meer dan de helft van de mensen die aan een oefenprogramma beginnen, binnen de drie maanden af. Onderzoek bij depressieve patiënten naar het volhouden van fysieke activiteit na de begeleidende fase is in die zin bemoedigend. Drie studies rapporteren respectievelijk 53%, 64% en 64% 'volhouders' na minstens 6 maanden follow-up.

Overige Overwegingen:

Een beperking bij de meeste studies rond verhoogde lichaamsactiviteit, is volgens Saxena et al. (2005) dat de proefpersonen vrijwillig kandidaat waren. Dit kan een positieve invloed hebben op het resultaat, omdat deze personen positief staan t.o.v. fysieke activiteit. Het is niet duidelijk in hoeverre deze resultaten gegeneraliseerd mogen worden.

Knaepen en Schoubs (2006) benadrukken op het vlak van het verhogen van fysieke activiteit het belang van psychomotorische begeleiding om het motivatieproces constructief te faciliteren. In de praktijk van nazorgmogelijkheden blijkt deze vaak afwezig en dient men zich eerder te moeten oriënteren naar fitness-centra,

sportclubs/verenigingen, waar het specifiek motiverende begeleidingsaspect dreigt verloren te gaan. Nazorg georganiseerd binnen daghospitalisatie, dagcentra, ... lijkt de kans te vergroten op aanwezigheid van een gestructureerd aanbod psychomotorische begeleiding in functie van motivering tot verhoging van de fysieke activiteit.

De eerstelijns kan hiertoe ook bijdragen, vb. een verzorgende die aan huis komt, kan samen met de cliënt, in de omgeving van de cliënt, zoeken naar beweging die past bij de interesse en mogelijkheden van de cliënt.

Samen met de zorgvrager naar een bewegingsactiviteit zoeken die hem aanspreekt kan eventueel met de screeningslijst 'Eigen effectiviteit en zelfregulatie ten aanzien van sport en bewegen', ontwikkeld vanuit campagneonderzoek door de Wageningen Universiteit en Researchcentrum (WUR) en het Nederlands Instituut Voor Sport en Bewegen (NISB), om de activiteiten in kaart te brengen die in aanmerking komen voor lichamelijke activiteit (Anoniem, nd). Dit helpt om een keuze te maken.

4.3 Medicamenteuze therapietrouw

Inleiding

van de Lindt en Volker (2011) geven aan dat medicatieveiligheid en therapietrouw voorname aandachtspunten zijn. Een kwart van de cliënten wijst medicamenteuze behandeling af. Ze gaan niet met het recept naar de apotheek, beslissen in tweede instantie alsnog om niet te beginnen, of ze stoppen al binnen twee weken.

In een meta-analyse vond men dat depressieve personen 3 maal zo vaak ontrouw zijn aan medische voorschriften en aan behandeling dan niet-depressieve patiënten (Dimatteo et al., 2000).

Het doel van het voorschrijven van antidepressiva is niet alleen de symptoomreductie, maar ook het verbeteren van het psychosociaal functioneren, het verminderen van de problemen in de werksfeer, herval voorkomen en de kwaliteit van leven verbeteren (Möller et al., 2003).

Antidepressiva vormen vaak een eerste, belangrijke behandeling bij matige en zware depressies (Anderson et al., 2008; Trimbos, 2011; WHO, 2010). Omdat dus enerzijds de antidepressiva zo belangrijk zijn, en anderzijds depressieve patiënten een neiging hebben tot therapie-ontrouw, zijn acties om therapietrouw te verhogen uitermate belangrijk.

Uitgangsvragen:

Medicamenteuze therapietrouw kan bijdragen aan het voorkomen van herval bij een unipolaire depressie. Hoe kan de zorgvrager ondersteund worden bij de inname van de medicatie?

In deze richtlijn gaan we, net zoals in de meerderheid van de reviews en richtlijnen, niet in op de verschillen tussen de verschillende soorten antidepressiva. Reviews en richtlijnen die (iets) dieper ingaan op verschillen tussen soorten antidepressiva zijn Ministry of Health (2012), NICE (2009), Ruiloba (2007), Anderson et al. (2008), Claes & Pieters (2002)

Aanbevelingen

Niveau	Aanbeveling <i>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</i>
1	Verpleegkundigen en eerste lijn betrekken bij de behandeling helpt om de therapietrouw te verbeteren. <i>Vergouwen et al., 2002 (A)</i>
1	Bespreek met de zorgvrager de mogelijke gevolgen en nevenwerkingen van het opbouwen, gebruiken, afbouwen en stopzetten van antidepressiva. Bespreek ook expliciet de effecten van therapieontrouw. <i>Ministry of Health, 2012 (A); Anderson et al, 2008 (D); Deijen, 2000 (D); Claes & Pieters, 2002 (D); NICE, 2009 (D); WHO, 2010 (D); Navarro, 2010 (D);</i>
1	Als de patiënt therapieontrouw wordt omwille van angst voor verslaving, communiceer dat antidepressiva niet verslavend zijn. <i>Ministry of Health, 2012 (A); NICE, 2009 (C); WHO, 2010 (D)</i>
1	Hanteer een actievere opvolgstrategie. Telefoonopvolging en actieve bezoeken door een depressieverpleegkundige leiden tot betere symptoomcontrole, minder herval en adequater medicatiegebruik bij chronische recurrenente depressie in de eerste lijn. <i>Heyrman et al., 2008 (A)</i>
2	Houd bij de keuze van de medicamenteuze behandeling door de arts rekening met de wijze van toediening. Een smelttablet kan de therapietrouw verbeteren t.o.v. een conventioneel tablet. <i>Navarro, 2010 (B)</i>
2	Geef, mits toestemming van de zorgvrager, aan familie en vrienden en niet-medische hulpverleners van de zorgvrager, psycho-educatie over de bijwerkingen van antidepressiva en het belang van medicamenteuze therapietrouw. Hierdoor kunnen ze de zorgvrager ondersteunen in zijn therapietrouw. <i>Möller et al. 2003 (B); WHO, 2010 (D)</i>
3	Zorg dat psycho-educatie voor iedereen toegankelijk is. Vermijd moeilijke woorden of leg ze uit. Geef deze informatie zowel mondeling als schriftelijk, a.d.h.v. brochures, maar indien voorhanden, ook door het meegeven van CD's, CD-ROMS of DVD's. <i>Deijen, 2000 (C); NICE, 2009 (D);</i>
4	Maak gebruik van hulpmiddelen, zoals een pillenwekker, doseerdozen per dag of per week en medicatie verpakt per innamemoment om de zorgvrager te ondersteunen bij het nemen van zijn medicatie. <i>Mitchel en Selmes 2007 (D)</i>
4	Contacteer in het begin de zorgvrager wekelijks of om de twee weken om hem te ondersteunen en de effecten én de nevenwerking van de medicatie te evalueren. Want dan hebben de antidepressiva nog geen positief effect, maar al wel nevenwerkingen. <i>Anderson et al., 2008 (D)</i>

4	Adviseer de zorgvrager om het gebruik van medicatie en nevenwerkingen te bespreken met de behandelende arts en de mogelijkheid om eventueel een ander antidepressivum voorgeschreven te krijgen bespreekbaar te stellen. <i>Möller et al., 2003 (D)</i>
4	Als de reden voor de therapieontrouw gewichtstoename is, dan worden er lichamelijke oefeningen aangeraden. <i>Dunner et al. 2007 (D)</i>
4	Als de patiënt het positieve effect van de medicatie niet ziet, laat hen het zichzelf monitoren met gevalideerde schalen om hun toestand in te schatten, zowel tijdens de behandeling, als bij het verminderen of weglaten van medicatie. Dit leert hen de impact kennen van de medicatie. <i>Dunner et al. 2007 (D)</i>
4	Als therapieontrouw een gevolg is van vergetelheid, kunnen medicatiedozen, medicatiealarmen en/of herinneringsboodschappen via mail, email of telefoon helpen. <i>Mitchel & Selmes, 2007(D)</i>
4	Het is van belang dat de zorgverlener tijdens de follow up het seksueel functioneren blijft bevragen. Zelfs als patiënten het seksueel probleem al eens hebben benoemd, durven ze er vaak niet uit zichzelf op terugkomen. <i>Griffioen, 2008 (D)</i>

Wetenschappelijke onderbouwing

Er zijn verschillende medicatie-gerelateerde factoren m.b.t. medicamenteuze therapietrouw, zoals: aantal te nemen dosissen per dag, de complexiteit van het voorgeschreven regime, het aantal medicijnen dat tegelijk ingenomen moet worden, de duur van de therapie, de ernst van de bijwerkingen en de fysische kenmerken van de medicatie (grootte, vorm en smaak). Twee studies bij zorgvragers met een unipolaire depressie geven aan dat de therapietrouw vaak vooruit gaat als men overschakelt van een conventioneel tablet naar een smelttablet. Zorgvragers hebben dan geen water nodig om hun medicatie in te nemen. Hierdoor kan medicatie op publieke plaatsen discreet ingenomen worden. (Navarro, 2010)

In hun reviewartikel geven Mitchel en Selmes (2007) een aantal simpele interventies mee om therapietrouw te vergroten zoals het gebruik van medicatiedozen, medicatiealarmen en/of herinneringsboodschappen via e-mail of telefoon.

Het betrekken van verpleegkundigen en/of eerste lijn bij de behandeling helpt om therapietrouw te verbeteren (Vergouwen et al., 2002).

Omdat veel depressieve zorgvragers vroegtijdig stoppen met het innemen van hun medicatie is psycho-educatie aangewezen. Zorgvragers moeten geïnformeerd worden over de werking, neveneffecten en de tijd om te komen tot de effecten van de behandeling. (Deijen, 2000; Claes & Pieters, 2002; Anderson et al., 2008; NICE, 2009; Navarro, 2010; WHO, 2010).

Bij een actievere opvolgingsstrategie, mag een vergroting van de therapietrouw bij medicatie of aanvullende therapie mag worden verwacht (Heyrman et al, 2008).

Zo leidt actieve begeleiding van personen met een depressie met comorbiditeit tot vermindering van symptomen en actiever medicatiegebruik na twaalf maanden. Telefoonopvolging en actieve bezoeken door een depressieverpleegkundige leiden tot betere symptoomcontrole, minder herval en adequater medicatiegebruik bij chronische recurrenente depressie in de eerste lijn. (Heyrman et al., 2008)

Volgens Mitchel en Selmes (2007) zijn de stijl van communiceren van de arts tijdens de follow-up en de tevredenheid van de zorgvrager hierover, beiden voorspellend in functie van medicatie therapietrouw. Een samenwerkingscommunicatie tussen arts en zorgvrager verbetert de kennis van de medicatie bij de zorgvrager, de tevredenheid over de medicatie en de betrouwbaarheid van medicatie gebruik.

Volgens Deijen (2000), dient de zorgvrager zorgvuldig geïnformeerd te worden door de arts. Het is belangrijk dat een zorgvrager het advies van de arts begrijpt en onthoudt. Hierbij is het van belang dat de arts uitleg geeft over de ziekte en de reden van de voorgeschreven medicatie. Een goed geïnformeerde zorgvrager verhoogt de therapietrouw. Daarom wordt deze informatie best niet alleen mondeling, maar ook schriftelijk gegeven, zodat de zorgvrager de informatie thuis nog eens kan nalezen. Dit kan a.d.h.v. brochures, maar indien voorhanden, ook door het meegeven van CD's, CD-ROMS of DVD's.

Tijdens de eerste weken is er nog geen effect van de antidepressiva op de depressiviteit, terwijl bijwerkingen al wel kunnen voorkomen (Claes & Pieters, 2002; Anderson et al., 2008). Dit wordt best dadelijk meegedeeld aan de patiënt en zijn familie (WHO, 2010). Ondersteuning door familie verhoogt ook de therapietrouw (Möller et al., 2003). Anders bestaat er het risico dat patiënten de medicatie niet meer nemen omdat die ineffectief lijkt (Dimatteo et al., 2000). Daarom is er in het begin van de behandeling best elke week of om de twee weken contact met de zorgvrager om hem te ondersteunen en de effecten van de medicatie te evalueren (Anderson et al., 2008).

Volgens Möller et al. (2003) reageren 50% van de patiënten niet adequaat op de keuze van het eerst voorgeschreven antidepressivum en is het noodzakelijk om hierin verandering aan te brengen.

De patiënt wordt ook best geïnformeerd dat het overslaan van voorgeschreven dosissen niet enkel het positief effect van de antidepressiva onderuit haalt, maar ook milde ontweningsverschijnselen kan teweeg brengen. Soms zelfs ernstige ontweningsverschijnselen, met name als de antidepressiva abrupt worden gestopt. (NICE, 2009; WHO, 2010). Patiënten er op wijzen dat therapieontrouw een ernstige kans op herval geeft, helpt ook om therapietrouw te bevorderen (Dunner et al., 2007).

Exploreer bij slechte naleving van het voorschrift wat de oorzaak kan zijn (WHO, 2010). Redenen voor therapieontrouw en mogelijke middelen ter verbetering van therapietrouw kunnen zijn:

- Indien de patiënt de medicatie laat omwille van een gewichtstoename (Mitchell & Selmes 2007; Dunner et al. 2007), kan men lichamelijke oefeningen voorstellen. Lichamelijke oefeningen helpen tegen gewichtstoename, en hebben bovendien ook een positief psychologisch effect (Dunner et al. 2007).
- Ook al werkt de medicatie wel, dan zien sommige patiënten toch het positieve effect van de medicatie niet (Dimatteo et al. 2000). Het helpt dan om hen het effect zelf te laten meten. Zichzelf monitoren met gevalideerde schalen om hun toestand in te schatten, zowel tijdens de behandeling, als bij het verminderen of weglaten van medicatie, leert hen ook om de impact te kennen van de medicatie (Dunner et al. 2007).
- Het omgekeerde komt ook voor. Patiënten voelen zich beter en stoppen de medicatie, hoewel dit nog te vroeg is (Mitchell & Selmes 2007).

- Sommige patiënten hebben angst dat ze verslaafd zullen worden aan antidepressiva. Men kan hen uitleggen dat hun angst niet uitzonderlijk is, maar dat die angst ongegrond is: antidepressiva zijn niet verslavend (NICE 2009; WHO 2010; Ministry of Health 2012).
- Als gevolg van de cognitieve problemen, al dan niet door de depressie, zijn er patiënten die eenvoudigweg vergeten de medicatie in te nemen (Dimatteo et al. 2000; Navarro 2010). Er bestaan een aantal interventies om therapietrouw te vergroten zoals het gebruik van medicatiedozen, medicatiealarmen en/of herinneringsboodschappen via mail, e-mail of telefoon (Mitchel & Selmes 2007).
- Een klassieke bijwerking van antidepressiva is een seksuele dysfunctie (Waldinger 1999; Dunner et al. 2007). Vaak willen de patiënten daar niet over praten, en stoppen ze liever met de medicatie (Dunner et al. 2007). Maar ook voor veel hulpverleners is het moeilijk om te praten over seks. Slechts 17% van de psychiaters voelt zich competent om problemen rond seksualiteit zelf ter sprake te brengen. Ook al vindt 88% van hen dat seksueel goed functioneren wel belangrijk is voor de patiënten. Zorgverleners gaan er dan ook vaak van uit dat de patiënt zelf wel zal aangeven of er een seksueel probleem is. (Van Drunen et al. 2009) Aan de andere kant verwacht 70% à 80% van de patiënten dat de hulpverleners naar hun seksueel functioneren zal vragen (Montejo et al. 2001; Griffioen 2008). Het is dus van belang dat de zorgverlener tijdens de follow up het seksueel functioneren blijft bevragen. Zelfs als patiënten het seksueel probleem al eens hebben benoemd, durven ze er vaak niet uit zichzelf op terugkomen (Griffioen, 2008). Eenmaal het onderwerp bespreekbaar is, is het van belang uit te leggen dat de bijwerkingen omkeerbaar zijn. Soms kan dosisverlaging helpen of helpt toevoeging van een ander medicament. Ook omzetting naar een ander medicament kan een alternatief zijn. (Griffioen, 2008)
- Slikproblemen of een droge mond leiden ook soms tot verminderde medicatietrouw. Smelttabletten kunnen dan de oplossing bieden. (Navarro 2010)
- Bij chronische ziektes kan therapietrouw progressief verslechteren. (Deijen 2000)
- Sommige patiënten hebben geen ondersteuning van familie of vrienden en/of ze keren zich af van deze personen die hen zouden kunnen ondersteunen. Door deze sociale isolatie is er meer kans op therapieontrouw (Dimatteo et al. 2000; Navarro 2010). Mogelijke niet-familiale ondersteuning kan geboden worden via buddy's (Mead et al. 2010; Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2010) en patiëntenverenigingen.
- Financiële middelen kunnen de patiënt ook beperkingen opleggen (Dimatteo et al. 2000; Mitchell & Selmes 2007). Sociale diensten en ondersteuning via budgetbeheer zouden hier misschien kunnen helpen.
- Het gebrek aan energie en motivatie van de zorgvrager om de behandeling verder te zetten is een reden voor therapieontrouw (Dimatteo et al. 2000). Fysieke beweging en een activiteitenplan kunnen zorgen dat de patiënt, letterlijk, in beweging blijft. En deze beweging kan de fysieke energie ook weer verhogen (Carta et al. 2008).
- Sommige patiënten hebben schrik voor stigmatisering als anderen zien dat ze medicatie nemen (Mitchell & Selmes 2007). Het gebruik van een smelttablet maakt de inname discreter (Navarro 2010).

Een combinatie van medicamenteuze behandeling en psychotherapie geeft geen garanties op het vlak van hervалpreventie, maar het is wel effectiever dan enkel medicamenteuze behandeling. De American Psychiatric Association (APA) geeft dan ook aan dat de combinatiebehandeling voordelen heeft op het vlak van medicatietrouw. (Ruiloba, 2007).

Overige overwegingen

Volgens de experts is psycho-educatie geven aan niet-medische hulpverleners die eventueel aan huis komen (bijvoorbeeld diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg) eveneens gewenst.

Bij patiënten met HIV is therapietrouw eveneens van groot belang. Een middel dat bij HIV-patiënten therapietrouw bevordert is het gebruik van een dagelijkse, interactieve, gepersonaliseerde herinnering via het Global System for Mobile (GSM) tekstbericht (Dowshen, Kuhns, Johnson, Holoyda, Garofalo, 2012). Hoewel de situatie van HIV-patiënten en depressieve patiënten erg verschillen, kan dit middel waarschijnlijk toch ook ondersteuning bieden aan een aantal depressieve patiënten.

4.4 Stoppen met het gebruik van antidepressiva

Uitgangsvraag:

Zijn er specifieke aandachtspunten en interventies die men dient toe te passen wanneer iemand stopt met de behandeling met antidepressiva?

In deze richtlijn gaan we, net zoals in de meerderheid van de reviews en richtlijnen, niet in op de verschillen tussen de verschillende soorten antidepressiva. Reviews en richtlijnen die (iets) dieper ingaan op verschillen tussen soorten antidepressiva zijn Ministry of Health (2012), NICE (2009), Ruiloba (2007), Anderson et al. (2008), Claes & Pieters (2002)

Aanbevelingen

Niveau	Aanbeveling <i>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</i>
1	Als antidepressiva positief effect hebben, dan mogen ze 6 maand, en soms zelfs 2 jaar doorgegeven worden. Eventueel zelfs levenslang. <i>Anderson et al., 2008 (A); Dunner et al., 2007 (A); NICE, 2009 (A); Rytsälä, 2011 (A); Ministry of Health, 2012 (C); Heyrman et al., 2008 (D); Isometsä, 2009 (D)</i>
1	Overweeg jarenlange onderhoudsbehandeling als de patiënt terugkerende episodes van matige of meer ernstige depressieve stoornis gehad heeft. Raadpleeg een psychiater i.v.m. de noodzaak van een dergelijke onderhoudsbehandeling. <i>Rytsälä, 2011 (A); Isometsä, 2009 (D)</i>
1	Voorkom herval door bij risicopatiënten langer medicamenteus te behandelen en trager af te bouwen. <i>Heyrman et al., 2008 (A)</i>
4	Het afbouwen dient gedoseerd te gebeuren, meestal in een periode van 4 weken, en het advies van de arts dient gevraagd te worden bij lastige ontwenningverschijnselen. <i>Anderson et al., 2008 (D); NICE, 2009 (D)</i>

4	Bied specifieke psycho-educatie over het bewaken en beheren van de gevolgen van het stoppen met antidepressiva. <i>WHO, 2010 (D); Anderson et al., 2008 (D)</i>
4	Verhoog tijdens het afbouwen de frequentie van follow up afspraken en monitor specifiek of er een terugkeer is van de depressieve symptomen. <i>WHO, 2010 (D)</i>
4	Nadat volledige remissie is bereikt, houdt de volledige dosering ten minste 6-9 maanden aan. <i>Rytsälä, 2011 (D)</i>
4	Na een langere periode van behandeling (9-12 maanden) wordt aangeraden medicatie over een periode van minimaal drie maanden af te bouwen. <i>Heyrman et al., 2008 (D)</i>

Wetenschappelijke onderbouwing

Het nemen van antidepressiva kan neveneffecten hebben. Maar ook het afbouwen, en zeker abrupt stoppen van antidepressiva kan hinderlijke neveneffecten veroorzaken (NICE, 2004; WHO, 2010).

Ondersteun en moedig de zorgvrager aan (NICE, 2009) om gedurende een periode van minstens 6 maanden antidepressiva te blijven gebruiken omdat het hoogste risico op herval zich voor doet wanneer de antidepressiva worden stopgezet binnen de eerste 6 maanden (Anderson et al., 2008; Dunner et al., 2007; Heyrman et al., 2008; Isometsä, 2009). Helaas stoppen 40% van de patiënten die hun huisarts consulteren voor depressieve klachten, met de behandeling binnen de 6 weken en minder dan de helft gebruikt nog antidepressiva na 6 maanden (Seelig & Katon, 2008).

Herval kan volgens Heyrman et al. (2008) voorkomen worden door risicopatiënten medicamenteus langer te behandelen en trager af te bouwen.

Overweeg jarenlange onderhoudsbehandeling als de patiënt terugkerende episodes van matige of meer ernstige depressieve stoornis gehad heeft. Raadpleeg een psychiater i.v.m. de noodzaak van een dergelijke onderhoudsbehandeling. (Isometsä, 2009)

Patiënten die in het recente verleden al twee of meer depressieve episodes hadden met belangrijke functionele beperkingen als gevolg, moeten geadviseerd worden om gedurende twee jaar antidepressiva te nemen (NICE, 2004, 2009; Anderson et al., 2008). Eventueel moeten ze zelfs levenslang medicatie nemen (Anderson et al., 2008; Dunner et al., 2007; Ministry of Health, 2012).

Behandel patiënten met een hoger risico op herval langer met antidepressiva, bijvoorbeeld negen tot twaalf maanden in plaats van de gangbare periode van zes maanden. Na deze langere periode wordt aangeraden medicatie over een periode van minimaal drie maanden af te bouwen. (Heyrman et al., 2008)

Belangrijk is om tijdens de onderhoudsbehandeling de dosis te behouden die tijdens de acute depressieve episode effectief is gebleken, als de patiënt de neveneffecten van de medicatie aanvaardbaar vindt. (Dunner et al., 2007; NICE, 2009).

Nadat volledige remissie is bereikt, houdt de volledige dosering ten minste 6-9 maanden aan. Voor een patiënt met een voorgeschiedenis van depressieve stoornis, die eerder

positief gereageerd heeft op medicatie, kan de onderhoudstherapie zelfs gedurende enkele jaren nodig zijn. Na drie episodes van depressie is een lange onderhoudsbehandeling altijd aangewezen. (Rytsälä, 2011)

Afbouwen dient gedoseerd te gebeuren, meestal in een periode van 4 weken. Als zich lastige ontwenningssverschijnselen voordoen, moet het advies van een arts gevraagd worden (NICE, 2009; Anderson et al., 2008).

Volgens de WHO (2010), dient de frequentie van follow up momenten verhoogd te worden en dient er specifieke monitoring te gebeuren rond herval in voorgaande symptomen van de depressie (bv. verandering in slaap en eetlust voor meer dan 3 dagen). Verder geven ze aan dat bij terugval in depressieve symptomen het voordien gebruikte antidepressiva, in de vorige effectieve dosis opnieuw moet worden opgestart voor nog eens 12 maanden.

Het is zinvol om in dit stadium specifieke psycho-educatie te geven over het bewaken en beheren van de gevolgen van het stoppen met antidepressiva (duizeligheid, tintelingen, angst, prikkelbaarheid, vermoeidheid, hoofdpijn, misselijkheid, slaapproblemen) (WHO, 2010; Anderson et al., 2008)

Overige overwegingen

Volgens Ruiloba (2007) is er op het vlak van langdurig antidepressivagebruik, in het kader van hervalpreventie, nood aan vergelijkend onderzoek naar het effect van de verschillende soorten antidepressiva bij langdurig gebruik (monotherapie en combinaties), de bijwerkingen van deze producten op lange termijn en hun optimale gebruiksduur.

4.5 Het gebruik van antidepressiva bij geplande zwangerschap, zwangerschap en borstvoeding

Uitgangsvraag:

Zijn er extra aandachtspunten bij zwangerschap, geplande zwangerschap en voor vrouwen die borstvoeding geven?

Aanbevelingen

Niveau	Aanbeveling <i>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</i>
1	Overweeg en bespreek met de patiënt het continueren van antidepressiva tijdens zwangerschap. Want de negatieve gevolgen van een ernstige, niet behandelde depressie bij de moeder, kunnen groter zijn dan de negatieve gevolgen voor de baby bij blootstelling aan dergelijke medicatie in de baarmoeder. <i>Terhorst & Smit, 2009 (A); Dunner et al., 2007 (C); Cohen et al., 2006(C); Anderson et al., 2008 (D); WHO, 2010 (D);</i>
4	Volg regelmatig de toestand van moeder en baby op bij zwangerschap en borstvoeding. <i>WHO, 2010 (D); Terhorst & Smit, 2009 (D)</i>

Wetenschappelijke onderbouwing

Cohen et al. (2006) vinden dat het staken van antidepressiva voor zwangerschap bij 68% van de vrouwen leidt tot een terugkeer of verergering van de depressie. Voor de moeder is het dus beter om de medicatie verder te nemen. Anderzijds stelt het Ministry of Health (2012) dat medicatie enkel bij zware depressie moet gegeven worden, en dat afbouwen kan als dit gematigd gebeurt.

Daar tegenover staat dat het risico van het gebruik van antidepressiva op een foetus niet eenduidig bepaald is. Sommige bronnen geven aan dat antidepressiva geen effect hebben op de foetus, terwijl één bron zegt dat het nemen van een antidepressivum gecorreleerd was met aanhoudende pulmonale hypertensie bij het kind. (Dunner et al., 2007).

Om de keuze om al dan niet gebruik te maken van antidepressiva tijdens de zwangerschap te nemen is het noodzakelijk om enerzijds de ernst van de aandoening, de mogelijkheid tot overschakelen op een veiliger middel, het niet behandelen van de depressieve stoornis, de wens tot het geven van borstvoeding (Anderson et al., 2008; Terhorst & Smit, 2009) en anderzijds potentiële risico's van het gebruik van antidepressiva op de foetus of de baby (Anderson et al., 2008; WHO, 2010) in de besluitvorming te betrekken.

Welke behandeling men ook kiest, deze wordt best alleen gestart met schriftelijke 'informed consent' van de toekomstige ouders (Terhorst & Smit, 2009; Anderson et al., 2008). Nadien wordt er een verhoogde follow up aangeraden van moeder en kind (WHO, 2010; Terhorst & Smit, 2009).

Overige overwegingen

De experts benadrukken dat psychiatrische en gynaecologische specialisten hierbij goed moeten samenwerken. Ze ondersteunen ook de verhoogde follow-up van moeder (psychiatrisch, gynaecologisch) en kind (gynaecologisch) zoals gesuggereerd door het WHO.

5 Levensdomein Psychisch functioneren

Vanuit het meetinstrument Quality of Life and Care behandelt het levensdomein "Psychisch functioneren" de emoties en gevoelens, de manier van omgaan met grote en kleine gebeurtenissen in het dagelijks leven en de manier van denken (van Wijngaarden, 2008).

Ook verslaving valt hieronder (vaak voorkomende comorbiditeit), waar in deze richtlijn echter niet dieper op in is gegaan.

5.1 De patiënt voorlichten

Uitgangsvraag

Is het zinvol om de patiënt voorlichting (psycho-educatie) te geven over de verschillende aspecten van het ziektebeeld?

Aanbeveling

Niveau	Aanbeveling <i>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</i>
4	Licht de patiënt voor, zodat hij de voorgestelde behandeling begrijpt en vrijwillige, geïnformeerde toestemming kan geven tot behandeling. <i>WHO, 2010 (D)</i>
4	Gebruik bij voorlichting begrijpelijke taal die de patiënt beheerst en vermijdt vakjargon. Er zijn een aantal hoofdthema's (ziektebeeld, behandel mogelijkheden, ...) die best via psycho-educatie uitgelegd worden. <i>Trimbos, 2011 (D)</i>
4	Bespreek de negatieve en positieve aspecten van alle behandelingen, het risico op niet reageren op de behandeling en de tijdschaal voor symptoom verbetering. <i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010 (D)</i>
4	De informatieverstrekking wordt best gepersonaliseerd. <i>Coulter en Ellins, 2006 (D)</i>

Wetenschappelijke onderbouwing

Naast het wettelijk kader - de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt – waarin werd vastgelegd dat patiënten recht hebben op informatie over de persoonlijke gezondheidstoestand (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2010), adviseert de World Health Organisation (WHO, 2010) ook binnen het behandelingskader zich ervan te verzekeren dat de betrokken persoon de voorgestelde behandeling begrijpt en vrijwillige, geïnformeerde toestemming tot behandeling geeft.

De behandelaar probeert bij voorlichting begrijpelijke taal te spreken en overbodig medisch jargon te vermijden. De behandelaar voorziet psycho-educatie,

patiënteninformatie en interventies in een taal die de patiënt beheerst, voor zover als mogelijk. (Trimbos, 2011)

Concreet kan men psycho-educatie opdelen in: (Trimbos, 2011)

- Informatie geven over het ziektebeeld en behandelmogelijkheden.
- Komen tot een weloverwogen behandelovereenkomst.
- Bevorderen van begrip van en inzicht in het ziektebeeld bij de patiënt en bij diens familie en omgeving.
- Bevorderen van acceptatie van ziekte en kwetsbaarheid bij de patiënt en bij diens omgeving.
- Bevorderen van therapietrouw van de patiënt.

Het Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010) is hierin nog explicieter en vermeldt specifiek dat de negatieve en positieve aspecten van alle behandelingen, het risico op het niet reageren op de behandeling en de tijdschaal voor symptoomverbetering dienen besproken te worden.

Overige overwegingen

Volgens Coulter en Ellins (2006) wijst onderzoek op het belang van gepersonaliseerd 'maatwerk' in het aanbieden van informatie.

Vanuit patiëntperspectief zijn de behoeften aan informatie zeer gedifferentieerd en kunnen niet rechtlijnig en eenduidig geïdentificeerd en gedefinieerd worden. Deze nood aan informatie wordt mee vorm gegeven door demografische kenmerken zoals leeftijd, gender en sociaal economische status, maar ook door specifiek persoonsgebonden omstandigheden zoals overtuigingen, voorkeuren en copingstijl. Verder dient rekening gehouden te worden met vaardigheden en capaciteiten om, om te gaan met de aangeboden informatie en een eventueel gebrek aan 'gezondheid geletterdheid' (Coulter en Ellins, 2006).

De nood aan informatie wijzigt doorheen het ziekteproces. In de eerste fase die volgt op de diagnostisering is er vooral nood aan praktische informatie die het keuzep proces binnen behandelingsmogelijkheden kan ondersteunen. Later meer aan specifieke informatie wanneer lange termijn prognose en zelfzorg aan de orde zijn (Coulter en Ellins, 2006).

5.2 Inspraak patiënt

Uitgangsvraag

Is het zinvol om de patiënt inspraak te geven in zijn behandeling ?

Aanbeveling

Niveau	Aanbeveling <i>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</i>
4	Geef de patiënt goede informatie, zodat hij gefundeerd zijn voorkeur kan geven over de vorm van de nazorg met het oog op hervalpreventie. <i>Trimbos, 2011 (D); NICE, 2009 (D)</i>
4	Hou daarna ook rekening met deze voorkeur. <i>Trimbos, 2011 (D); Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2013 (D)</i>

Wetenschappelijke onderbouwing

Het is noodzakelijk dat mensen dusdanig geïnformeerd worden over hun aandoening, dat zij weloverwogen beslissingen kunnen nemen over en in kunnen stemmen met de behandeling ervan. Mogelijke behandelingen zijn het continueren van de medicatie inname, eventuele verhoging van de dosis van de medicatie of toename in intensiteit van de psychologische behandeling (CBT). De keuze van behandeling wordt mede bepaald door de voorkeur van de patiënt, de voorgeschiedenis van behandelingen met inbegrip van de gevolgen van een terugval, residuele symptomen, reacties op eerdere behandelingen en het eventuele verdwijnen van symptomen. (Trimbos, 2011; NICE, 2009)

Het proces van gezamenlijke besluitvorming verloopt via een aantal fasen: het uitwisselen van informatie, waaronder het gegeven dat er keuzemogelijkheden zijn ("choice talk"), het beschrijven en overwegen van de mogelijke opties en de voor- en nadelen daarvan ("option talk") en het helpen ontdekken van de eigen voorkeuren van de patiënt, uitmondend in besluitvorming over de te volgen behandeling ("decision talk"). Dit proces dient zo mogelijk ondersteund te worden door keuzehulpen (decision aids), die beschrijven wanneer in het zorgproces keuzes gemaakt moeten worden; informatie geven over opties, inclusief de mogelijkheid van het afzien van behandeling, en over uitkomsten op korte, middellange en lange termijn. Ook de uitvoering van de behandeling vindt in gezamenlijkheid plaats door het opstellen van een gezamenlijk behandelplan en het bepalen welke beslissingen de patiënt zelf kan nemen en welke handelingen de patiënt zelf uitvoert. Een arts stelt het kader op waarbinnen de handelingen moeten worden uitgevoerd en geeft de patiënt hiertoe instructies. Er worden afspraken gemaakt over terugkoppeling en controle en deze worden schriftelijk vastgelegd, bij voorkeur in een Individueel Zorgplan. (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2013)

5.3 Residuele symptomen

Uitgangsvraag

Is het zinvol om subklinische symptomen te inventariseren tot het voorkomen van herval?

Aanbeveling

Niveau	Aanbeveling <i>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</i>
1	Beoordeel de patiënt op residuele klachten. Indien die vastgesteld worden, is er een groter risico op herval, en wordt best een onderhoudsbehandeling voorzien. <i>Dunner et al., 2007 (A); Hardeveld et al., 2010 (A); Möller et al., 2003 (A); Lam et al. 2009 (B)</i>
2	Gebruik eventueel de Beck schaal, Beck Depression Inventory (BDI) en/of de Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) als hulpmiddel om restsymptomen te objectiveren. <i>Trimbos, 2011 (B)</i>

Wetenschappelijke onderbouwing

Anderson et al. (2008) geven aan dat naar schatting ongeveer 30% van de patiënten aan het eind van de acute behandeling voor depressie residuele symptomen blijven behouden. Deze leiden tot functionele handicap, een verhoogd zelfmoordrisico en verhoogde terugval percentages.

De twee belangrijkste factoren voor het voorspellen van herval zijn het aantal voorgaande depressieve episodes en de restsymptomen of subklinische symptomen na de depressie. Het inventariseren van deze restsymptomen helpt die zorgvragers te identificeren, die langdurig preventieve hulp nodig hebben. In die zin kan ook het herkennen van de voorspellende factoren een succesvol preventieprogramma zijn (Hardeveld et al., 2010; Möller et al., 2003; Lam et al., 2009).

In het zorgpad depressie (Trimbos, 2012), bedoeld als handreikingen of bouwstenen voor zorgpraktijken om zorgprocessen te optimaliseren, wordt aanbevolen om gebruik te maken van de Beck Depression Inventory (BDI) om residuele symptomen te inventariseren. In de multidisciplinaire richtlijnen van Trimbos (2011) staan aanbevelingen voor de HDRS en de BDI.

Volgens Trimbos (2011) geldt voor de HDRS dat herstel wordt gedefinieerd als een score < 8; partieel herstel is gedefinieerd als een score 8-14. Voor de BDI geldt dat herstel wordt gedefinieerd als een score < 14; partieel herstel is gedefinieerd als een score 14-20.

Zorgvragers met subklinische restsymptomen blijken drie keer sneller te hervallen dan een asymptotische groep (Anderson et al., 2008; Hardeveld et al., 2010; Paykel, 2008; Franzen & Buysse, 2008). De aanwezigheid van residuele symptomen na 7 maanden behandeling met antidepressiva geeft een groot risico voor herval aan (Möller et al., 2003).

Volgens Kennedy en Paykel (2003) en Hardeveld et al. (2010) is de voorspellende kracht van subklinische restsymptomen op korte tot middellange termijn duidelijk bewezen, maar op lange termijn beperkt. Ze baseren zich hiervoor op een onderzoek met 60 zorgvragers met een recidiverende unipolaire depressie en restsymptomen. Er werd een herval vastgesteld van 42% na één jaar en 56% na twee jaar bij de groep met restsymptomen. Bij de groep zonder subklinische restsymptomen was dit ‘slechts’ 20% en 42%. Na een follow-up van 8-10 jaar was er nauwelijks nog verschil, nl. 74% herval in de groep met subklinische symptomen en 70% in de groep zonder restsymptomen.

Volgens Paykel (2008) is het aanwezig blijven van residuele symptomen een belangrijk gevolg van ernstige depressie. Het weerspiegelt waarschijnlijk persistentie van de oorspronkelijke stoornis, in een mildere vorm. Daarom zouden patiënten met residuele symptomen een onderhoudsbehandeling moeten blijven krijgen (Dunner et al., 2007, Lam et al. 2009).

5.4 Lichamelijke activiteit verhogen

Uitgangsvraag:

Kan lichamelijke activiteit het psychisch functioneren ondersteunen, om zo herval te voorkomen?

Aanbevelingen

Niveau	Aanbeveling <i>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</i>
1	Bied de patiënt na ontslag psychomotorische therapie aan in de vorm van een postkuur of motiveer hem een sport (her) aan te vatten. Regelmatige lichamelijke activiteit heeft op korte termijn een positief effect op het gevoel van welbevinden en kan op langere termijn soms de hervalkans verminderen. <i>NICE, 2004 (A); Babyak et al., 2000 (B); Mata et al., 2012 (C); Knapen & Schoubs, 2006 (D)</i>

Wetenschappelijke onderbouwing

Regelmatige lichamelijke activiteit kan de behandeling en de preventie van depressie ondersteunen. Psychomotorische therapie beoogt de competentiebeleving op te bouwen door de patiënten succes- en plezierervaringen te leren kennen. Deze competentiebeleving zorgt voor een hogere zelfwaarde en ten slotte ook een betere stemming. Het is de moeite om de patiënt in de ontslagfase te oriënteren op de mogelijkheid om regelmatig te sporten (Knapen & Schoubs, 2006). Zelf geïnduceerd lichamelijk functioneren heeft een positief effect op het affect, en dus op het psychisch functioneren. Bovendien, hoe langer en hoe intensiever de lichamelijke activiteit, hoe hoger het positieve affect. (Mata et al., 2012)

In een uitgebreide review van 2004 vond NICE (2004) dat gestructureerde en gesuperviseerde fysische oefeningen een significante verbetering teweeg brengen bij patiënten met een milde of middelmatige depressie. Het soort lichamelijke oefening leek nauwelijks van belang. Maar ze vonden geen bewijs dat lichamelijke oefeningen ook op

lange termijn effectief zijn, of dat ze de kans op herval zouden verminderen. Dit in tegenstelling met Babyak et al. (2000), die wel een daling op de hervalkans vonden.

Overige overwegingen

De lichamelijke activiteit verhoogt de aanmaak van endorfines (Peluso & Guerra de Andrade, 2005). Deze verhogen op hun beurt het positief gevoel. Het psychisch functioneren waarnaar Knapen en Schoubs (2006) verwijzen is dus meer specifiek het gevoel van welbevinden.

5.5 Psychologische interventies

5.5.1 Cognitieve gedragstherapie (CBT)

Inleiding

Teasdale et al. (2000) geven aan dat bij elke episode van depressie, de associatie tussen een depressieve staat van zijn en negatieve denkpatronen worden versterkt. Als deze hypothese klopt, is het mogelijk dat elke dysfore gemoedstoestand het depressieve denkpatroon reactiveert en dus ook de depressieve spiraal opnieuw activeert. Volgens Monroe et al. (2007) worden vanuit deze hypothese, milieu factoren minder belangrijk voor de terugkerende depressie, omdat ruminatie of andere interne provocatie, deze gemoedstoestand opnieuw kunnen oproepen. Het kan dus belangrijk zijn om de manier van denken van de patiënt te wijzigen.

Volgens World Health Organisation (WHO, 2010) is cognitieve gedragstherapie (Cognitive Behavioural Therapy = CBT) gebaseerd op het gegeven dat emoties worden beïnvloed door het denken en het gedrag. Mensen met psychische stoornissen neigen naar onrealistische, vervormde gedachten, die, indien niet-gecontroleerd, kunnen leiden tot nutteloos gedrag.

CBT heeft meestal twee componenten: ten eerste een cognitieve component, daar CBT probeert het vermogen te verhogen om onrealistische en negatieve gedachten te identificeren en uit te dagen, en ten tweede een gedragscomponent.

Uitgangsvraag:

Helpt cognitieve gedragstherapie om herval te voorkomen?

Aanbevelingen

Niveau	Aanbeveling <i>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</i>
1	Beveel cognitieve gedragstherapie aan, zeker bij een vergroot risico op herval, zoals patiënten die al 3 of meer depressieve periodes hadden. <i>Barrera et al., 2007 (A); Anderson et al., 2008 (A); NICE, 2009 (A); Beshai et al., 2011 (A); Hensley et al., 2004 (A); Ministry of Health, 2012 (B);</i>
1	Cognitieve therapie heeft een bijkomend effect bovenop antidepressiva

indien er nog residuele symptomen aanwezig zijn. <i>Heyrman et al, 2008 (A)</i>
--

Wetenschappelijke onderbouwing

Volgens NICE (2009) is het aan te raden dat mensen met een groot risico op herval, die al eerder recidiveerden, ondanks behandeling met antidepressiva, of geen antidepressiva behandeling wensen of kunnen volgen en residuele symptomen hebben, individuele CBT te volgen. Dit geldt zeker voor patiënten die al 3 of meer depressieve episoden hadden (Beshai et al., 2011). Bij patiënten met een hoog risico op herval raadt de NICE richtlijn aan ofwel individuele CBT ofwel MBCT aan te bieden. Voor CBT gaat dit over ruwweg 16 tot 20 sessies in 3 tot 4 maanden. (NICE, 2009)

Er is evidentie dat Cognitive Behavioral Therapy (CBT) samen met antidepressiva de kans op herval vermindert in vergelijking met een behandeling enkel met antidepressiva (NICE, 2004; Heyrman et al, 2008), en dat CBT herval meer tegengaat dan 'clinical management' tot periodes van 4 jaar na de behandeling (NICE, 2004). Eén grote studie toonde aan dat de combinatie van CBT en antidepressiva beter is dan elk van beide apart (Keller et al., 2000). Hensley et al. (2004) tonen aan dat, zelfs onder de strengere analyse van intention-to-treat, waarbij alle drop-outs ook beschouwd worden als mislukkingen, de combinatie van cognitieve therapie en anti-depressiva herval beter voorkomt dan enkel het gebruik van antidepressiva. Volgens de Ministry of Health (2012) is CBT ook een effectieve onderhoudsbehandeling die wordt aanbevolen voor patiënten met terugkerende depressie die niet langer antidepressiva gebruiken.

Van allerlei therapieën levert alleen CBT bewijsmateriaal ter vermindering van het risico op later herval. CBT dient overwogen te worden in combinatie met de behandeling met medicatie voor patiënten met restsymptomen en/of een hoger hervalrisico (Barrera et al., 2007; Anderson et al., 2008;). Na de acute CBT behandeling is er een beveiliging tegen mogelijk herval in de volgende 1-2 jaar. Toevoeging van CBT aan de behandeling, na de eerste antidepressiva behandeling draagt bij tot volledig herstel en vermindert het risico op herval in de 1 – 3 volgende jaren bij mensen die reeds frequent hervielen (Dunner et al., 2007; Barrera et al., 2007; Anderson et al., 2008; Rucci et al., 2011).

Psychische interventies toegepast in de acute behandeling hebben, in tegenstelling tot farmacologische interventies, een hervalpreventieve werking na het stoppen met behandeling (Rodgers et al., 2012). Minstens tot 3,5 jaar na stopzetting van de cognitieve therapie blijft er effect (Paykel, 2008).

Cognitieve technieken en het verhogen van sociale ondersteuning hebben geen significante meerwaarde ten opzichte van de andere hervalpreventieprogramma's. Cognitieve therapie zou bovenop antidepressiva wel een duidelijke bijkomend effect hebben, zeker als er nog residuele symptomen aanwezig zijn. (Heyrman et al., 2008)

Volgens Beshai et al. (2011) is het nog onduidelijk of enkel CBT aangeboden in de acute fase van de depressie, dan wel de verder gezette CBT na de acute fase de hervalpercentages positief beïnvloeden.

Uit onderzoek blijkt dat cognitieve gedragstherapie via het ontwikkeld computersysteem 'Beating the blues' en zelfhulpboeken, gebaseerd op cognitieve gedragstherapeutische technieken, eveneens doeltreffend kan zijn (Simon en Cole-King, 2011).

CBT is volgens Anderson et al. (2008) op lange termijn, effectiever tegen herval dan medicatie. Dit specifieke voordeel werd volgens Anderson et al. (2008), niet aangetoond voor problem solving therapie (oplossingsgerichte therapie), relatietherapie, korte psychodynamische psychotherapie, advies en zelfhulp technieken.

Overige overwegingen

Op het vlak van psychotherapie is er in het kader van herhalpreventie nood aan gerandomiseerd onderzoek met controlegroep om de effectiviteit en optimale frequentie van de therapiesessies te bepalen en dit gericht naar de verschillende subtypes binnen het ziektebeeld depressie (Ruiloba, 2007).

5.5.2 Psychodynamische therapie

Inleiding

De primaire doelstelling van (korte termijn) psychodynamische therapie is het verbeteren van de patiënt zijn begrip, bewustwording en inzicht over repetitieve conflicten. Men gaat er van uit dat jeugdervaringen, onopgeloste conflicten uit het verleden en historische relaties iemands huidige leven sterk beïnvloeden. De therapeut concentreert zich op deze aspecten van het verleden om de patiënt terug te laten functioneren in het heden. Ook de wensen, dromen en fantasieën van de patiënt worden onderzocht. (Cuijpers et al., 2008)

Uitgangsvraag:

Helpt psychodynamische therapie om herhal te voorkomen?

Aanbevelingen

Niveau	Aanbeveling <i>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</i>
1	Beveel eventueel psychodynamische therapie aan, het is even effectief als de andere psychotherapieën. <i>Cuijpers et al., 2008 (A)</i>

Wetenschappelijke onderbouwing

In een meta-analyse onderzochten Cuijpers et al. (2008) het verschil in effectiviteit van 7 verschillende soorten psychotherapie: cognitieve gedragstherapie, niet-directieve ondersteunende therapie, gedragsactivering, psychodynamische therapie, probleemoplossende counseling, interpersoonlijke psychotherapie en sociale vaardigheidstraining. Ze vonden nauwelijks een verschil tussen de 7 therapieën, enkel dat interpersoonlijke therapie iets effectiever was, en niet-directieve ondersteunende therapie iets minder effectief.

5.5.3 Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)

Inleiding

De term Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) verzamelt een groep van interventies, die trachten herhal te verminderen via bewuste aandacht, aanvaarding en vaardigheden om de cognitieve en affectieve patronen gelinkt aan risico op herhal te doorbreken (Dimidjian & Davis, 2009).

Mindfulness kan worden beschreven aan de hand van twee componenten: (1) aandachtregulatie (waaronder gerichte, volgehouden, flexibele en executieve aandacht die een rol speelt in de inhibitie van secundaire mentale reacties) en (2) een niet-oordelende houding van openheid, nieuwsgierigheid en aanvaarding (Bishop et al., 2004).

Uitgangsvraag

Helpt Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) herval te voorkomen?

Aanbeveling

Niveau	Aanbeveling <i>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</i>
1	<p>Bij een vergroot risico op herval, zoals personen die al 3 keer of meer depressief waren, is het aangewezen om Mindfulness Based Cognitive Therapy aan te bieden.</p> <p><i>NICE, 2009 (A); Beshai et al., 2011 (A); Chiesa & Serretti, 2011 (A); Heyrman et al, 2008 (A) ; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010 (B)</i></p>

Wetenschappelijke onderbouwing

Een meta-analyse toonde aan dat Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) bovenop de gewone zorg de kans op herval significant vermindert bij patiënten die al 2 keer hervallen zijn (Chiesa & Serretti, 2011). Maar in het onderzoek van Barrera et al. (2007) leek het effect van CBT toch nog meer uitgesproken dan dat van MBCT. MBCT zou het beste werken voor mensen die 3 of meer depressieve perioden hebben doorgemaakt (Beshai et al., 2011).

MBCT is nu opgenomen in meerdere richtlijnen voor personen die reeds twee keer hervallen zijn (NICE, 2009; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010; Heyrman et al, 2008). Bij patiënten met een hoog risico op herval raadt de NICE richtlijn aan ofwel individuele CBT ofwel MBCT aan te bieden. MBCT zou normaal getraind moeten worden in groepen van 8 tot 15 participanten in sessies van 2 uur gedurende 8 weken en 4 follow-up sessies in het daaropvolgend jaar. (NICE, 2009

Alle onderliggende principes zijn nog niet duidelijk, maar het lijkt toch dat de tijd dat mindfulness beoefend wordt, correleert met de reductie in stemmingsstoornissen (Shawyer et al., 2012).

Overige overwegingen

Het zou kunnen dat MBCT aangeboden na de acute fase, de persoon met depressie helpt om zijn depressieve schema's, die worden versterkt in de loop van de aandoening, te wijzigen. Ook al werkt MBCT goed voor personen die al meerdere keren hervallen zijn, de therapeutische modaliteiten die vaardigheidstrainingen en adaptieve navigatie aspecten benadrukken, zullen beter werken voor personen met een kortere geschiedenis van herval, omdat ze het individu opnieuw controle geven over zijn externe omgeving. (Beshai et al., 2011).

Net zoals MBCT situeert Acceptance and Commitment Therapy (ACT) zich ook in de 'Derde generatie gedragstherapie' of ook de 'aandachts- en acceptatiegerichte gedragstherapie'. De nadruk ligt hier veel minder op het veranderen van (uitwendig)

gedrag of van gedachten, maar veel meer op het anders leren hanteren van ongewenste gedachten en gevoelens. (van Balkom, Oosterbaan, Visser, van Vliet, 2011)

Uit een studie van Forman, Shaw, Goetter, Herbert, Park en Yuen (2012) waarbij de lange termijn effecten van behandeling met CBT en ACT worden vergeleken bij angst en depressie bleek dat deelnemers van beide behandelingsvormen in eerste instantie van een significante en duurzame verbetering van hun symptomen profiteerden. Hun voorlopige bevindingen suggereren eveneens dat traditionele CBT op lange termijn voordelen ten opzichte van ACT heeft bij de behandeling van depressie en angst en in het verhogen van de algemene werking en de algehele kwaliteit van leven (Forman et al. 2012).

5.5.4 Probleem oplossende counseling

Inleiding

Oplossingsgerichte therapie wordt omschreven als een zelf-georiënteerd cognitief gedragsproces waarmee de zorgvrager zijn specifieke problemen in het dagelijks leven probeert te identificeren en leert efficiënte oplossingen te zoeken. Het is een methode om zorgvragers te leren begrijpen hoe bepaalde (foutieve) reacties op problematische situaties tot stand komen en deze reacties te leren veranderen (Argus & Thompson, 2007).

Uitgangsvraag

Hoe kan je de patiënt ondersteunen bij het omgaan met probleemsituaties om herval te voorkomen?

Aanbevelingen

Niveau	Aanbeveling <i>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</i>
1	Bied probleemoplossende therapie aan om het omgaan met probleemsituaties te ondersteunen en zo herval te voorkomen. <i>Gellis & Kenaley, 2008 (A)</i>
1	Oplossingsgerichte therapie kan worden gezien als een onderhoudsstrategie voor preventie van herval, doordat de coping-mechanismen in stressvolle situaties effectiever worden. <i>Bell en D'Zurilla, 2009 (A)</i>
4	Leer de zorgvrager voor zichzelf te inventariseren wat voor hem mogelijke oplossingen kunnen zijn binnen probleemsituaties en laat hem dit schriftelijk vastleggen in een persoonlijk hervalpreventieplan. <i>Curran et al., 2002 (D)</i>

Wetenschappelijke onderbouwing

Onderzoek heeft uitgewezen dat oplossingsgerichte therapie een effectieve behandeling is om normale dagelijkse problemen en depressieve symptomen te onderscheiden, de

identificatie en verklaring van symptomen gerelateerd aan problemen te herkennen, bruikbare doelen en oplossingen te formuleren en om steun bij relevante problemen te vinden (Pierce & Gunn, 2007).

Uit verschillende studies blijkt dat oplossingsgerichte therapie effectief is bij het verminderen van depressieve symptomen (Gellis & Kenaley, 2008; Bell & D'Zurilla, 2009). Bovendien zouden de effecten van oplossingsgerichte therapie op lange termijn voortduren en wordt er minder herval waargenomen (Gellis & Kenaley, 2008).

Oplossingsgerichte therapie zorgt dat de coping-mechanismen in stressvolle situaties effectiever worden, en vermindert de symptomen van depressie ook op langere termijn (Bell & D'Zurilla, 2009). Op deze manier kan deze therapie gezien worden als een onderhoudsstrategie voor preventie van herval,

Een belangrijk doel van oplossingsgerichte therapie is dat wat de zorgvrager heeft geleerd tijdens de therapie, ook wordt toegepast nadat deze therapie werd beëindigd, omdat hij heeft geleerd de persoonlijke symptomen te zien als problemen die oplosbaar zijn. Een onderdeel van deze behandeling is de zorgvrager te leren aanvaarden dat er in de toekomst opnieuw depressieve gevoelens zullen optreden. Hij moet dan gestimuleerd worden om zijn behandeling steeds opnieuw te evalueren in functie van wat hem kan helpen in de toekomst. Hij moet leren om de vertaling van persoonlijke symptomen naar problemen die oplosbaar zijn, vorm te geven in een gepersonaliseerd geschreven hervalpreventieplan. (Curran et al., 2002)

Een variant van oplossingsgerichte therapie is de sociale oplossingsgerichte therapie. Door zich te concentreren op het verbeteren van beperkingen in sociale probleemoplossende vaardigheden kunnen de depressieve symptomen verminderen (Anderson, Goddard en Powell, 2011).

5.5.5 Interpersoonlijke psychotherapie (IPT)

Inleiding

Interpersoonlijke psychotherapie is een psychologische behandeling die een persoon helpt bij het identificeren en aanpakken van problemen in zijn relaties met familie, vrienden, partners en andere mensen (WHO, 2010; Crowe et al., 2012).

De nadruk van IPT ligt niet alleen op het begrijpen van huidige geschillen, frustraties, angsten en wensen uit de interpersoonlijke context, maar beoogt deze ook door middel van een actieve strategie te wijzigen en/of te aanvaarden (Crowe en Luty, 2005).

Vaak worden verschillende strategieën toegepast zoals: communicatie-analyse, oplossingsgericht denken, effect-exploratie en rollenspel (Crowe et al., 2012).

Uitgangsvraag

Kan men psychologische interventies toepassen om de sociale contacten met familie en omgeving te bevorderen wat bij kan dragen tot hervalpreventie?

Aanbevelingen

Niveau	Aanbeveling <i>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</i>
1	IPT is een bruikbare behandelingsmethode bij depressie <i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010) (A);</i>
1	Overweeg IPT in de acute fase, om het risico van herval te verminderen, aanvullend bij antidepressiva. <i>Segal et al., 2002 (A); Anderson et al., 2008 (C)</i>
3	Overweeg voortzetting IPT (enkel als monotherapie), als de patiënt tijdens de acute fase (uitermate) goed reageerde op IPT. <i>Anderson et al., 2008 (C)</i>
4	Maar zorg dat de duur per sessie voldoende lang is en de focus niet verwordt tot een ondersteunend gesprek. Blijf gefocust op de interpersoonlijke thematische gebieden, anders vermindert het effect van hervalpreventie. <i>Dunner et al., 2007 (D)</i>

Wetenschappelijke onderbouwing

De combinatiebehandeling met antidepressiva en IPT in de acute behandeling vermindert de kans op herval (Segal et al., 2002 ; Anderson et al., 2008) zowel tijdens de herstelfase, als op lange termijn (Segal et al., 2002).

Overweeg voortzetting IPT als een aanvulling op antidepressiva bij patiënten met terugkerende depressie die positief reageerden op IPT in de acute fase van behandeling. Enkel als de patiënt tijdens de acute fase uitermate goed reageerde op IPT, kan IPT als monotherapie overwogen worden. (Anderson et al., 2008) Dit resultaat wordt nog sterker uitgedrukt door het Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010) dat vindt dat zelfs voor het afbouwen in zicht is, enkel IPT in een aantal studies even effectief is als enkel CBT, en als enkel medicatie, en dat de combinatie van IPT en medicatie geen meerwaarde heeft boven of IPT of medicatie.

Dunner et al. (2007) merken dan weer op dat IPT enkel werkt als de duur per sessie voldoende lang is en de focus niet verwordt tot een ondersteunend gesprek, maar men gefocust blijft op de interpersoonlijke thematische gebieden.

5.5.6 Gedragsactivering (Behavioral activation, BA)

Inleiding

Gedragsactivering is een psychologische behandeling die de persoon helpt te stoppen met het vermijden van activiteiten die de moeite waard zijn (WHO, 2010).

Volgens Jacobson, Martell en Dimidjian (2001) kan gedragsactivering worden gezien als een losstaand gedragsmatige onderdeel van de cognitieve gedragstherapie, dat even effectief is als de cognitieve gedragstherapie. Gedragsactivering berust op een aantal evidence based technieken die kunnen worden toegepast binnen de verschillende fasen

van behandeling, afhankelijk van de behoeften en doelstellingen van de individuele klant (Curran et al., 2002).

Veale (2008) geeft aan dat de elementen van gedragsactivatie zelfobservatie, gedragsanalyse en activiteitenplanning zijn.

De kern van deze therapie is gericht op het (h)erkennen van het vermijdingspatroon en het verminderen van het vermijdingsgedrag dat de zorgvrager aanneemt in een poging om de symptomen van unipolaire depressie te reduceren of te wijzigen (Curran et al., 2002).

Uitgangsvraag

Is gedragsactivering zinvol voor preventie van herval bij een unipolaire depressie?

Aanbevelingen

Niveau	Aanbeveling <i>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</i>
1	Gedragsactivering tijdens de acute fase draagt bij tot preventie van herval bij een unipolaire depressie. <i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2010 (A); Cuijpers et al. 2007 (A); Dimidjian & Davis, 2009 (A); Dobson et al. 2008 (B); WHO (D);</i>
2	Op lange termijn helpt gedragsactivering soms zelfs meer dan een zuiver medicamenteuze behandeling. <i>Dobson et al. 2008 (B)</i>
4	Gedragsactivering start bij het opbouwen en volhouden van een regelmatige structuur voor activiteiten uit het dagelijks leven zoals eten, werken en slapen. <i>Jacobson et al., 2001 (D)</i>
4	Stimuleer dat iemand zoveel mogelijk activiteiten blijft uitvoeren die hij/zij vroeger interessant of plezierig vond, ongeacht of dit nu misschien anders wordt beleefd. <i>WHO, 2010 (D)</i>
4	Vraag en motiveer de patiënt om zijn dagelijkse activiteiten te registreren en te noteren, of registreer als hulpverlener zelf de activiteiten van de patiënt en maak een activiteitenrapport. Op basis van dit rapport kan samen met de patiënt een gebalanceerd activiteitenplan opgesteld worden, oplopend van een dag- naar een weekprogramma. <i>Molenaar et al., 2009 (D); Trimbos, 2011 (D)</i>
4	Laat de zorgvrager dagelijks de uitgevoerde activiteiten registreren en zijn stemming bij deze activiteiten weergeven. Hierdoor zal de zorgvrager een overzicht krijgen van activiteiten die hij aangenaam en prettig vindt. Hij kan dit overzicht gebruiken bij de planning van nieuwe

	activiteiten. <i>Molenaar et al., 2009 (D);</i>
4	Laat de zorgvrager bij het plannen van minder aangename activiteiten deze best opsplitsen in kleinere deelactiviteiten. Hierdoor is de kans groter dat een deelactiviteit volbracht wordt, hetgeen een teleurstelling voorkomt en alzo een positieve invloed kan hebben op de stemming. Dit zal de motivatie tot het plannen en uitvoeren van een volgende deelactiviteit versterken. <i>Curran et al., 2002 (D)</i>
4	Adviseren om de zelfzorg van de patiënt te ondersteunen door vb. gebruik te maken van zelfhulpboeken of door aan te sluiten bij zelfhulpgroepen of andere regionale initiatie. <i>Heyrman et al., 2008 (D)</i>

Wetenschappelijke onderbouwing

De WHO (2010), benadrukt dat, voor zover als mogelijk, activiteiten die vroeger voor iemand interessant en plezierig waren best worden verder gezet, ongeacht of ze op dit moment interessant of plezierig lijken.

Gedragsactivering is niet alleen waardevol in de acute fase maar ook in het kader van hervalpreventie (Dimidjian & Davis, 2009). Ook de WHO (2010) en het Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010) bevelen gedragsactivering aan als behandelingsoptie voor depressie.

Volgens een meta-analyse van Cuijpers et al. (2007) was het effect van activiteitenplanning op depressie positief, zowel bij individuele als bij groepstherapieën. Eén tot zes maanden na het volgen van deze therapie was het effect nog steeds zeer positief. Dit kan een indicatie zijn voor het effect op langere termijn.

Dobson et al. (2008) beschrijven het onderzoek naar de efficiëntie op langere termijn van cognitieve therapie, gedragsactivering, medicamenteuze - en placebo-behandeling. De 106 deelnemers aan dit onderzoek bestonden uit ambulante zorgvragers die willekeurig werden toegewezen aan de 4 behandelingsmethoden. Tijdens de acute fase verkregen zij cognitieve therapie, gedragsactivering, medicamenteuze therapie of een placebo. Enkel zorgvragers die de acute behandelingsfase succesvol beëindigden, dus waarbij de depressieve symptomen verminderden, werden geïnccludeerd. Zij werden gedurende twee jaren opgevolgd vanaf het einde van de acute fase. De gegevens over de effectiviteit van de verschillende behandelingsmethoden werden geëvalueerd op 12 en 24 maanden. Tijdens het eerste jaar werd er geen significant verschil waargenomen betreffende terugval bij zorgvragers die voorafgaand cognitieve therapie, gedragsactivering of medicamenteuze therapie genoten. Er werd geen significant verschil waargenomen in het effect van cognitieve therapie en gedragsactivering op het einde van het tweede jaar van de follow-up. Na voorafgaande cognitieve therapie of gedragsactivering vermindert het risico op recidief met 63 % ten opzichte van behandeling met medicatie. Hierbij dient men op te merken dat de medicamenteuze behandeling tijdens het eerste jaar werd voortgezet en daarna werd afgebouwd. Het verkrijgen van gedragsactivering tijdens de acute fase leidt tot een blijvende verbetering en herstel van unipolaire depressie. Deze therapeutische interventie kent een positiever effect op lange termijn dan de medicamenteuze behandeling, die na 1 jaar werd afgebouwd.

Een referaat van Baas en Ruhé (2007) geeft aan dat gedrags(re)activatie het opnieuw ondernemen van activiteiten, die contacten die potentieel antidepressief werken, stimuleren en dit gedrag bekrachtigen. Specifieke interventies zijn registratieopdrachten, planning en [het volgen van een] dagstructuur, en het experimenteren met alternatieve gedragsstrategieën (Baas & Ruhé, 2007). Daarnaast helpt ook het (in)plannen van activiteiten om de persoon te helpen stoppen met het vermijden van activiteiten die de moeite waard zijn (WHO, 2010).

Jacobson, Martell en Dimidjian (2001) stellen dat gedragsactivering start bij het opbouwen en volhouden van een regelmatig structuur, voor de activiteiten uit het dagelijks leven zoals eten, werken en slapen. Deze routine moet geïncorporeerd worden. Het ontwikkelen van deze routine is vaak een eerste loskomen van de depressie omdat dit een vorm van stemmingsregulatie biedt. Voor het ontwikkelen van deze routine is planning van de dagstructuur noodzakelijk.

Trimbos (2011) beveelt ook aan, in het kader van gedragstherapeutische interventies, dat de verpleegkundige de activiteiten van de patiënt dient te registreren en een activiteitenrapport dient op te maken. Op basis van dit rapport stelt de verpleegkundige dan samen met de patiënt een gebalanceerd activiteitenplan op, oplopend van een dag naar een weekprogramma tot aan een programma voor de thuissituatie.

Voor Molenaar, Don, van den Bout, Sterk en Dekker (2009) is het noodzakelijk, om de dagelijkse activiteiten te plannen om de vicieuze cirkel van inactiviteit en isolement te doorbreken. Volgens hen vergroot inactiviteit het piekergedrag. Daarenboven 'bewijst' het aan de zorgvrager dat hij niets kan. Om deze cirkel te doorbreken is het nodig de dagelijkse activiteiten te plannen. Dit helpt om de activiteiten werkelijk te doen. Hierdoor vergroot tevens de kans op het meemaken van plezierige gebeurtenissen. Door de activiteiten te plannen en op te schrijven, is het bovendien gemakkelijker deze achteraf te beoordelen. Dit helpt de zorgvrager om een realistische kijk op zichzelf te ontwikkelen.

Geplande doelen, taken en activiteiten dienen vaak onderverdeeld te worden in realistisch haalbare minidoelen en deelactiviteiten die de kans op succes vergroten. (Curran et al., 2002)

Volgens de NICE (2009) is het bewijs voor effectiviteit van gedragsactivering minder dan bij Interpersoonlijke Psychotherapie (IPT) en Cognitieve Gedragstherapie (CBT), volgens Cuijpers et al. (2007) is er geen significant verschil,

Overige overweging

Een handig hulpmiddel om structuur in het leven van de zorgvrager te brengen, is o.a. de online tool "kleur je leven". Dit online zelfhulpprogramma werd ontwikkeld door Trimbos. Het biedt niet alleen structuur. Het moedigt de zorgvrager ook aan met persoonlijke e-mails. Via video's wordt er informatie gegeven aan de zorgvrager. Deze informatie wordt gevolgd door het laten uitvoeren van oefeningen. Er wordt ook verwacht dat de zorgvrager online een stemmingsdagboek bijhoudt, zodat hij inzicht krijgt in wat zijn stemming positief beïnvloedt (Trimbos, 2012).

Heyrman et al (2008) adviseren om de zelfzorg van de patiënt te ondersteunen door vb. gebruik te maken van zelfhulpboeken of door aan te sluiten bij zelfhulpgroepen of andere regionale initiatieven.

5.5.7 Bewaken van een regelmatig dag-nacht ritme

Uitgangsvraag

Kan het bewaken van een regelmatig dag- en nachtritme herval voorkomen?

Aanbeveling

Niveau	Aanbeveling <i>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</i>
4	Maak een functionele analyse van het slaappatroon en integreer indien nodig de slaaproutine in een activiteitenplanning. <i>Veale, 2008 (D)</i>

Wetenschappelijke onderbouwing

Nutt, Wilson en Paterson (2008) geven aan dat de slaapproblemen vaak niet worden opgelost door behandeling. Deze slaapproblemen leiden tot een vermindering van de levenskwaliteit en tot een groter risico op herval.

Veale (2008) ziet slaapmanagement als een onderdeel van gedragsactivering. Hij geeft aan dat veel mensen met depressie er een chaotisch slaappatroon op nahouden of slaap gebruiken om activiteiten te vermijden. Hij beveelt daarom een functionele analyse van het slaappatroon aan, indien nodig gekoppeld aan het integreren van de slaaproutine in de activiteitenplanning.

5.6 Stigmatisering voorkomen

Inleiding

Volgens Halter (2004) is stigma de perceptie dat een individu of een groep specifieke eigenschappen bezit waarop specifiek wordt gefocust, die niet of fout worden begrepen en in diskrediet worden gebracht. In het kader van psychische problematiek is stigmatisering gekoppeld aan de openlijk geuite of eerder onderliggende overtuiging, dat het hier gaat over een persoonlijk defect, zoals een moreel falen of een beperkte wilskracht. De basis voor stigmatisering is de angst voor wat niet wordt begrepen en dus een gebrek aan kennis of misverstanden rond psychische problematiek.

Stigmatisering kan o.a. uitgelokt worden door een probleem van kennis en/of een probleem van attitude (vooroordelen). Stigmatisering heeft op zijn beurt discriminatie als gevolg. (Thornicroft, Rose, Kassam en Sartorius, 2007).

Volgens Pinto-Foltz en Logsdon (2008) worden personen die zich gestigmatiseerd voelen omwille van psychische aandoeningen beroofd van belangrijke mogelijkheden in het leven. Gestigmatiseerde personen zoeken niet naar hulp in een poging te voorkomen gestigmatiseerd te worden door anderen en dit leidt tot onbehandelde medische voorwaarden evenals het vermijden van hospitalisatie.

Stigmatisering schaadt verschillende levensdomeinen, vooral met betrekking tot interpersoonlijke relaties, werkgelegenheid, wonen en ziekteherstel (Link et al., 2001).

Uitgangsvraag

Hoe kan men voorkomen dat stigmatisering herhal negatief beïnvloedt?

Aanbevelingen

Niveau	Aanbeveling <i>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</i>
1	Stigmatisering heeft een negatieve impact op de gezondheid. Ontwikkel strategieën die als doel hebben de aanwezige hulpverlening voor het publiek te verduidelijken en het stigma te verminderen. <i>Adriaensen et al., 2011(A); Pinto-Foltz & Logsdon, 2008 (C), WHO, 2010 (D); Bruffaerts et.al., 2008 (D)</i>
4	Heb als therapeut een accepterende, open en actief luisterende houding. Dit draagt bij tot het vermijden van stigmatisering. <i>NICE, 2004 (D).</i>
4	Vanuit een ruimer hulpverleningsperspectief kan op middelgrote schaal een instelling proberen een correct en positiever beeld van personen met een depressie te geven. <i>Persoonlijke communicatie Externe experts (D)</i>
4	Op grotere schaal helpt een permanente dialoog vanuit de Geestelijke Gezondheidszorg met de maatschappij via media en onderzoek: informatiecampagnes, sensibilisering, samenwerking tussen de welzijns- en gezondheidsactoren, destigmatiserende beeldvorming, ... <i>Beleidsplan Geestelijke Gezondheidszorg Vlaanderen, 2010 (D)</i>

Wetenschappelijke onderbouwing

Volgens wetenschappelijk onderzoek van Barney, Griffiths, Jorm en Christensen (2005) werd aangetoond dat mensen terughoudend zijn om professionele hulp te zoeken voor depressie. Dit kan zijn vanwege de impact van hun eigen stigmatiserende reacties op de diagnose 'depressie' en daarvoor hulp zoeken (zelf stigma) en ook vanuit hun perceptie van de negatieve reacties van anderen op hun diagnose 'depressie' en daarvoor hulp zoeken (waargenomen stigma).

Ondanks het vaak voorkomen van depressie en de grote impact van depressie op het dagelijks leven, stellen Bruffaerts et. al. (2008) dat hulp zoeken lang wordt uitgesteld. Secundaire preventie zou het lange uitstel voor men hulp zoekt, kunnen verminderen door, voor het grote publiek, de hulpverlening te verduidelijken en het stigma te verminderen. Hier kunnen strategieën die als doel hebben de aanwezige hulpverlening voor het publiek te verduidelijken en het stigma te verminderen mogelijke ingangspoorten zijn om het lange uitstel te beïnvloeden. (Bruffaerts et.al., 2008)

De met stigmatisering geassocieerde diagnose van depressie, heeft in het verleden vaak geleid tot het belangrijkste obstakel voor deze mensen om hulp te zoeken voor hun depressieve klachten (Seelig & Katon, 2008, Möller et al., 2003). Er is de laatste tijd een meer accepterende houding ten aanzien van depressie als 'ziekte' met als gevolg dat mensen voor hun klachten meer hulp zoeken bij een huisarts (Möller et al., 2003).

Eén derde van de patiënten aanhoort met tegenzin de diagnose van depressie (Seelig & Katon, 2008). In een prospectieve cohort studie werd slechts 23% van de patiënten die alle afspraken nakwamen bij hun huisarts doorverwezen naar een specialist in de geestelijke gezondheidszorg. Slecht 75% van deze patiënten maakte ook effectief een afspraak bij een specialist in de geestelijke gezondheidszorg. (Seelig & Katon, 2008)

Volgens Adriaensen, Pieters en De Lepeleire (2011) zijn psychiatrische patiënten het slachtoffer van zelfstigmatisering en van stigmatisering door maatschappij en artsen, wat leidt tot sociale exclusie en een slechtere gezondheidszorg. Aanpak van deze stigmatisering zou de levenskwaliteit van en de gezondheidszorg voor deze groep patiënten aanzienlijk kunnen verbeteren.

Beschadiging van de sociale status kan niet alleen vertraging veroorzaken in de behandeling of verlenging betekenen van de symptomen, maar heeft ook invloed op het verdere verloop van de aandoening (Pinto-Foltz & Logsdon, 2008). Stigmatisering kan de positieve effecten van rehabilitatie-programma's grotendeels teniet doet of zelfs hervat en heropname teweeg brengen (Van Speybroeck, 2010).

Het taboe dat rust op depressie kan er toe leiden dat zorgvragers zich ongemakkelijk voelen om hun medicatie te halen in de apotheek of in te nemen op publieke plaatsen. Dit leidt op zijn beurt tot therapieontrouw, met alle gevolgen die daarbij horen. (Navarro, 2010)

Stigmatisering, marginalisatie en discriminatie dienen voorkomen te worden en sociale inclusie van mensen met psychische problemen gepromoot, door het bevorderen van sterke banden tussen de sector geestelijke gezondheidszorg en werkgelegenheid, onderwijs, sociale (inclusief huisvesting) en andere relevante sectoren. (WHO, 2010)

De impact van veel verschillende psychologische behandelingen is o.a. een gevolg van de accepterende, open en actief luisterende houding van de therapeut, die de patiënt helpt om over zijn schaamte heen te komen, en zijn moraal weer op te beuren (NICE, 2004).

Volgens Thornicroft et al. (2007) dient men te beoordelen of een werkgever mensen met psychische problemen in dienst neemt in plaats van een werkgever te bevragen of hij/zij dat eventueel zou doen. Thornicroft et al. (2007) pleiten ervoor dat mensen met een psychische aandoening moeten gebruik kunnen maken van de antidiscriminatie wetten zoals dit ook van toepassing is bij mensen met een fysieke handicap.

Overige Overwegingen

Elke werkgever kan in zijn beleid aandacht geven aan hervatpreventie, bijvoorbeeld door begeleiding van werknemers die met een depressie gekampt hebben. Of door de collega's aan te moedigen om iemand die (na lange tijd) terugkeert naar het werk op te vangen en kansen te geven. Maar ook meer concreet kunnen er vanuit de gezondheidszorg initiatieven worden ontwikkeld, waarbij men, mits toestemming van en in samenwerking met de zorgvrager, het proces van opnieuw aan de slag gaan actief begeleidt, rekening houdend met de actuele kwetsbaarheden van de zorgvrager en de verwachtingen van de werkgever.

Via infosessies, tentoonstellingen en muzikale optredens, ... strevend naar een positieve en correcte beeldvorming ten aanzien van personen met problemen op het vlak van geestelijke gezondheid, tracht het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Annendael te Diest, al jaren het stilzwijgen actief te doorbreken.

Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Jo Vandeurzen gaf in zijn beleidsplan 'Beleidsplan Geestelijke Gezondheidszorg Vlaanderen' (2010) aan dat hij kiest voor meer preventie, een destigmatiserende beeldvorming, het sneller vaststellen

van psychische problemen, uitbreiding van het basisaanbod van de centra voor geestelijke gezondheidszorg en een betere samenwerking tussen de welzijns- en gezondheidsactoren.

In het Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020 onderstreept de Wereld Gezondheidsorganisatie in het kader van anti-stigmatisering het belang van het beschermen en promoten van de mensenrechten en includeert hierin de centrale rol van het aanbieden van gemeenschapsgerichte zorg en ondersteuning. Het Plan heeft tevens betrekking op onderwijs kansen, huisvesting en sociale diensten. Het benadrukt de noodzaak tot ontwikkeling van een sterke civiele samenleving en tot emancipatie van mensen met een mentale handicap. (WHO, nd)

6 Levensdomein Sociale contacten

Vanuit het meetinstrument Quality of Life and Care behandelt het levensdomein “Sociale contacten”, de omgang met anderen (familie, vrienden, kennissen, collega’s, burens, ...), het samen met anderen dingen doen (winkelen, koffie drinken, werken, ...), het bij elkaar op bezoek gaan en het sociale verkeer dat ontstaat vanuit vrije tijdsbesteding (bioscoop, café, sportvereniging, buurthuis, ...). Ook de persoonlijke relaties waarbij je kan denken aan de relatie met partner, kinderen, naasten, hechte vrienden, betekenisvolle mensen, onderling vertrouwen of wantrouwen hebben, steun van elkaar krijgen en steun ervaren vallen hier onder. (van Wijngaarden et al., 2008).

6.1 Betrekken van de familie of het netwerk van de patiënt in de behandeling

Uitgangsvraag

Is het zinvol om de familie of het netwerk van de patiënt in de behandeling te betrekken?

Aanbeveling

Niveau	Aanbeveling
	<i>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</i>
3	Betrek mits toestemming van de patiënt de familie of het netwerk van de patiënt in de behandeling, dit kan o.a. de therapietrouw en de communicatie verbeteren. <i>Vergouwen et al., 2002 (C); Trimbos, 2011 (D) Trangle et al., 2012 (D); Heyrman, 2008 (D); Isometsä, 2009 (D)</i>

Wetenschappelijke onderbouwing

Het is belangrijk de patiënt te behandelen in diens sociale context (partner/gezin/familie). Met toestemming van de patiënt kunnen partner/gezinsleden/familie bij de behandeling worden betrokken (Trimbos, 2011; Heyrman et al, 2008; Isometsä, 2009). Hiertoe dienen zij mondelinge en schriftelijke informatie over de aandoening, mogelijke oorzaken, het te verwachten verloop en individuele adviezen voor leefstijl, zelfmanagement, (begeleide) zelfhulp en behandelmogelijkheden te krijgen. Er kan gebruik gemaakt worden van websites en informatiebrochures van patiëntenorganisatie of beroepsverenigingen. (Trimbos, 2011)

Het betrekken van anderen bij de behandeling helpt om therapietrouw te verbeteren (Vergouwen et al., 2002).

Bovendien kan de familie, als ze op de hoogte is, mee alert blijven voor signalen en symptomen die kunnen wijzen op herstel en indien nodig snel ingrijpen door hulp te zoeken (Trangle et al., 2012).

Overige overwegingen

Het is belangrijk dat bij het betrekken van het netwerk in de behandeling, voldoende transparantie bestaat voor alle partijen rond de doelstellingen van deze interventie.

Ook voor de eerstelijns, m.n. verzorgenden die vaak aan huis komen bij cliënten, is het zinvol om te weten op welke signalen van herstel zij kunnen letten.

6.2 Alert blijven voor (nieuwe) psychosociale problemen

Uitgangsvraag

Is het belangrijk om specifiek aandacht te blijven besteden aan (nieuwe) psychosociale problemen binnen de behandeling om herval te voorkomen? Zo ja: hoe?

Aanbevelingen

Niveau	Aanbeveling <i>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</i>
4	Blijf alert voor (nieuwe) psychosociale problemen. Verwijs eventueel door naar specifieke hulpverlening. <i>WHO, 2010 (D)</i>

Wetenschappelijke onderbouwing

Men dient alert te blijven voor psychosociale problemen zoals relationele aspecten, leef- en financiële omstandigheden en alle andere eventuele 'lopende' stressvolle gebeurtenissen. Bied de kans om te spreken, bij voorkeur in een privéruimte en exploreer actief de huidige psychosociale stressoren en wat de persoon zelf ziet als subjectieve verklaring voor zijn/haar symptomen. Verwijs eventueel door naar specifiek toepasbare hulpverlening. (WHO, 2010)

6.3 Bestaande sociale netwerken (re)activeren.

Uitgangsvraag

Is het zinvol, in het kader van hervalpreventie, om bestaande sociale netwerken te (re)activeren?

Aanbevelingen

Niveau	Aanbeveling <i>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</i>
4	(re)Activeer bestaande sociale netwerken indien deze wenselijk/ondersteunend zijn. <i>Trimbos, 2011(D); WHO, 2010 (D)</i>

Wetenschappelijke onderbouwing

De WHO (2010) beveelt aan om de persoon zijn vroegere sociale activiteiten in kaart te laten brengen (identificeren en inventariseren) met het oog op het (her)installeren van mogelijke directe en indirecte psychosociale ondersteuning. Mogelijke voorbeelden van deze sociale activiteiten zijn familiebijeenkomsten, uitstapjes met vrienden, burens bezoeken, sociale activiteiten op werk, sport, activiteiten georganiseerd in de directe buurt.

Bouw zo mogelijk verder op deze voorafgaande activiteiten binnen de sociale context en/of leefgemeenschap. Moedig de zorgvrager aan, bouwend op zijn capaciteiten, om voorafgaande sociale activiteiten voor zover als mogelijk te hervatten. Faciliteer sociale ondersteuning vanuit activiteitenontwikkeling binnen de eigen leefgemeenschap (WHO, 2010).

Het is zinvol om de zorgvrager en zijn netwerk te informeren rond de werking van specifieke patiëntenorganisaties (Similes, zelfhulpgroepen, buddywerking, verenigingen voor ervaringsdeskundigen, ...) (Trimbos, 2011).

6.4 Sociale vaardigheidstrainingen

Inleiding

Sociale vaardigheid kan omschreven worden als het vermogen om met andere mensen te communiceren op een manier die zowel geschikt, als effectief is. Geschikt betekent dat het gedrag niet in strijd is met maatschappelijke waarden en normen of verwachtingen. Effectiviteit betekent dat het beoogde doel in die interactie bereikt of verwezenlijkt wordt (Segrin, 2000).

Uitgangsvraag

Kan sociale vaardigheidstraining bijdragen tot preventie van herval?

Aanbevelingen

Niveau	Aanbeveling
	<i>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</i>
1	Sociale vaardigheidstraining geven is zinvol. Dit kan de depressieve symptomen verminderen. <i>Segrin, 2000 (A)</i>
3	Sociale vaardigheidstraining stelt de zorgvrager in staat om beter om te gaan met stressvolle gebeurtenissen of situaties. Door het aanleren of optimaliseren van de sociale vaardigheden zal de zorgvrager minder kwetsbaar zijn voor de ontwikkeling of instandhouding van een unipolaire depressie. <i>Segrin 2000 (C); Segrin et al., 2007 (C)</i>
3	Focus de training van sociale vaardigheden op vaardigheden voor interacties met familie, vrienden, collega's en vreemden. Werkvormen zijn het geven van instructies, role-playing taken, feedback, modellering en positieve bevestiging. Er dient zorgvuldig aandacht gegeven te worden aan de moleculaire details van sociale interacties, met discussies over passende verbale reacties, juist gebruik van contact met de ogen, gebaren, glimlach, vocale toon, enzovoort. In een laatste fase wordt patiënten gevraagd om de nieuw aangeleerde vaardigheden in hun natuurlijke omgeving te oefenen. <i>Segrin, 2000 (C)</i>

Wetenschappelijke onderbouwing

Segrin (2000) onderzocht de relatie tussen verstoorde sociale vaardigheden en depressie. Er is een heel duidelijk verband tussen beide, maar wat oorzaak is, en wat gevolg, is zeker niet eenduidig. Er is weinig empirisch bewijsmateriaal dat aantoont dat een gebrek aan sociale vaardigheden een directe oorzaak is voor depressie. Maar een gebrek aan sociale vaardigheden zou wel een mediator kunnen zijn. Mensen met beperkte sociale vaardigheden bleken bij negatief ervaren life events, minder positieve versterking vanuit hun omgeving te krijgen, waardoor deze meer chronische interpersoonlijke stress ervaren. Vaak zijn ze minder goed in staat om bijstand en sociale steun te verwerven om om te gaan met deze stressoren, die hen zou kunnen helpen om de impact van stress te beperken. Bovendien zouden gebrekkige sociale vaardigheden een indicatie kunnen zijn voor herval, eerder dan een voorspeller voor een eerste depressie. (Segrin, 2000). Gebrekkige sociale vaardigheden als een kwetsbare factor om een depressie te ontwikkelen wordt ondersteund door Segrin et al. (2007)

Ook al is er twijfel of een gebrek aan sociale vaardigheden een oorzaak is voor depressie, sociale vaardigheidstrainingen zijn wel een bruikbare therapie. Bij zorgvragers die een sociale vaardigheidstraining genoten, registreerden onderzoekers een toename van sociale activiteiten en meer comfort binnen de sociale context. (Segrin, 2000). Bovendien waren in één studie de zelfgerapporteerde symptomen van depressie ook na 3 en 6 maand nog steeds beter. Andere studies tonen aan dat sociale vaardigheidstrainingen even goed zijn als andere therapieën voor de behandeling van depressie (Segrin, 2000). Bemerkt echter dat deze review dateert van 2000, en dus verwijst naar oudere studies.

De trainingen concentreren zich op vaardigheden voor interacties met familie, vrienden, collega's en vreemden. Werkvormen zijn het geven van instructies, role-playing taken, feedback, modellering en positieve bevestiging van de therapeut. Er wordt zorgvuldig aandacht gegeven aan de moleculaire details van sociale interacties, met discussies over passende verbale reacties juiste gebruik van contact met de ogen, gebaren, glimlach, vocale toon, enzovoort. In een laatste fase wordt patiënten gevraagd om hun nieuw aangeleerde vaardigheden in hun natuurlijke omgeving te oefenen. (Segrin, 2000).

6.5 Buddywerking

Inleiding

Buddywerking Vlaanderen overkoepelt met steun van de Vlaamse Overheid, alle regionale buddywerkingen in Vlaanderen en Brussel. Ze stellen dat het doel van buddywerking is om mensen met een psychische kwetsbaarheid uit hun sociaal isolement te halen, te destigmatiseren en hun integratiekansen te verhogen. (Buddywerking Vlaanderen, nd)

Buddywerking wordt omschreven als één vrijwilliger ('buddy') die wordt gekoppeld aan één persoon met psychische moeilijkheden ('deelnemer'). Ze ontmoeten elkaar om te praten, tewandelen, eens te fietsen of naar de film te gaan,... Voor de concrete invulling van het contact wordt rekening gehouden met de verwachtingen en mogelijkheden van beiden. (Buddywerking Vlaanderen, nd)

Uitgangsvraag

Kan het inschakelen van buddywerking herval voorkomen?

Aanbevelingen

Niveau	Aanbeveling <i>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</i>
1	Organiseer buddywerking. Dit kan in beperkte mate depressieve symptomen verminderen. <i>Mead et al., 2010 (A)</i>
4	Wend buddywerking aan in het kader van verhoging van fysieke activiteit. Buddywerking helpt de activiteit te structureren. <i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010 (D)</i>

Wetenschappelijke onderbouwing

Mead, Lester, Chew-Graham, Gask en Bower (2010) stellen vast dat verder onderzoek rond buddywerking noodzakelijk is, omdat op dit moment alleen kan aangetoond worden dat het op zich minder effectief is dan cognitieve gedragstherapie.

Uit de meta-analyse van Mead et al. (2010) blijkt dat buddywerking, in vergelijking met geen behandeling of klassieke behandeling, een klein maar significant extra effect heeft op depressieve symptomen en op emotionele problemen. Hoewel er geen meetbaar effect was op de ervaring van het ontvangen van sociale ondersteuning, stellen Mead et al. (2010) toch de hypothese dat het verstrekken van ondersteunende interventies door buddywerking bij de zorgvragers de waargenomen sociale ondersteuning doet toenemen. Dit versterkt dan de copingstrategie t.a.v. stress en werkt zo preventief en/of reducerend op depressieve symptomen.

De Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010) duidt buddywerking aan, als één van de helpende factoren, om binnen een gestructureerd oefenprogramma, zorgvragers te motiveren tot het verhogen van fysieke activiteit.

7 Levensdomein Seksueel leven

Vanuit het meetinstrument Quality of Life and Care komen binnen het levensdomein "Seksueel leven" frequentie, aard en beleving van de seksuele contacten aan bod. Dit impliceert o.a. seks hebben met een partner binnen een relationeel gegeven, een los contact, zelfbevrediging, ... en dit alles gekaderd binnen de seksuele geaardheid. (van Wijngaarden et al., 2008)

Een depressie gaat vaak gepaard met seksuele stoornissen. Deze seksuele disfuncties kunnen een gevolg zijn van een bij een depressie behorende gestoorde seksuele neurofysiologie of van secundaire, niet-seksuele factoren, zoals een verminderde belangstelling of geringe zelfwaardering. (Waldinger, 1999)

Nevenwerkingen van antidepressiva kunnen ook leiden tot seksuele stoornissen (Waldinger, 1999).

7.1 Seksualiteit bespreekbaar stellen

Uitgangsvraag

Is het belangrijk om het seksuele functioneren actief te blijven bevragen en bespreekbaar te stellen doorheen het volledige zorgtraject om herval te voorkomen?

Aanbevelingen

Niveau	Aanbeveling <i>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</i>
3	Overwin als zorgverlener de eigen schaamte, en plaats zelf seksualiteit als een normaal en standaard te bespreken onderwerp op de agenda binnen de hulpverleningsgesprekken. <i>Van Drunen et al., 2009 (C); Griffioen, 2008 (D)</i>
4	Blijf het seksueel functioneren open bespreken doorheen het volledige zorgtraject. <i>Griffioen, 2008 (D)</i>

Wetenschappelijke onderbouwing

Het is voor veel hulpverleners moeilijk om te praten over seks. Slechts 17% van de psychiaters voelt zich competent om problemen rond seksualiteit zelf ter sprake te brengen. Ook al vindt 88% van hen dat seksueel goed functioneren wel belangrijk is voor de patiënten. Zorgverleners gaan er dan ook vaak van uit dat de patiënt zelf wel zal aangeven of er een seksueel probleem is (Van Drunen et al., 2009)

Aan de andere kant verwacht 70% à 80% van de patiënten dat de hulpverleners naar hun seksueel functioneren zal vragen (Montejo et al., 2001; Griffioen, 2008) en durven ze er zelf niet over beginnen uit schaamte (Griffioen, 2008). Een meerderheid van de patiënten vindt dat de hulpverleners onvoldoende aandacht besteden aan hun seksuele problemen (Van Drunen et al., 2009).

Ook tijdens de follow up is het zinvol het seksueel functioneren te blijven bevragen. Zelfs als patiënten het seksueel probleem al eens hebben benoemd, durven ze er vaak niet uit zichzelf op terugkomen. (Griffioen, 2008)

Bijwerkingen van medicatie tasten de kwaliteit van leven aan en kunnen leiden tot een vaak niet-herkenbare verminderde therapietrouw, wat een risico vormt voor een herval in de depressie (Waldinger, 1999).

Het is van belang uit te leggen dat de bijwerkingen omkeerbaar zijn. Soms kan dosisverlaging helpen of helpt toevoeging van een ander medicament. Ook omzetting naar een ander medicament kan een alternatief zijn. (Griffioen, 2008)

7.2 Psycho-educatie i.v.m. seksuele dysfuncties

Uitgangsvraag

Kan psycho-educatie helpen bij het omgaan met seksuele dysfunctie bij een depressie?

Aanbevelingen

Niveau	Aanbeveling <i>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</i>
4	Geef psycho-educatie rond de eventuele seksuele bijwerkingen van antidepressiva en rond seksualiteit. <i>Östman, 2008 (D)</i>

Wetenschappelijke onderbouwing

Bijwerkingen van medicatie tasten de kwaliteit van leven aan en kunnen leiden tot een vaak niet-herkenbare verminderde therapietrouw, wat een risico vormt voor een herval in de depressie (Waldinger, 1999). In de diepte-interviews van Östman (2008) gaven zorgvragers aan dat ze nood hadden aan meer informatie omtrent hun psychische ziekte en hoe medicatie hun seksualiteit beïnvloedde.

8 Domein overschrijdende aanbevelingen

Tijdens het literatuuronderzoek zijn nog een aantal topics gevonden die niet in één van de vier levensdomeinen passen en/of van toepassing zijn binnen alle vier de levensdomeinen. Deze domein overschrijdende resultaten zijn in dit hoofdstuk weergegeven.

8.1 Behandelingsmodellen

Inleiding

In elke fase van de behandeling van een depressie kunnen er fouten gebeuren bij de behandeling. Is er een algemene houding bij de zorgverlener die de kans op het geven van een foutieve behandeling kan verminderen?

Vroeg *detecteren* en behandelen van depressie werkt op zich hervalpreventief en reduceert lijden (Halfin, 2007). Toch blijkt dat de stoornis vaak niet gediagnosticeerd wordt (Möller et al., 2003). Volgens Seelig & Katon (2008) betreft dit zelfs 50% van de depressieve patiënten die zich aanbieden met een depressie bij de huisarts.

Indien er een behandeling met antidepressiva wordt *opgestart* is de dosering vaak ontoereikend (Seelig & Katon, 2008, Möller et al., 2003). 50% van diegenen die een antidepressiva behandeling ontvangen, krijgen niet de juiste dosering (Seelig & Katon 2008). Vaak worden te lage doseringen van de niet meest recente antidepressiva voorgeschreven in een poging de bijwerkingen beperkt te houden (Möller et al., 2003). Een meer recente review (Furukawa et al., 2011) stelt echter dat het verhogen van de doseringen niet helpt. Dit laat vermoeden dat de opstart van de nieuwere medicatie eenduidiger en effectiever is dan vroeger. Een adequate behandeling in de acute fase is essentieel om de symptomen te reduceren en de kwaliteit van leven te bevorderen (Möller et al., 2003).

Volgens Llorca (2010) krijgt een groot deel van de mensen met depressie niet het minimum aan *adequate behandeling*. Dit minimum bestaat uit een combinatie van een passende eerstelijnsbehandeling, een aangepaste dosis medicatie gedurende een voldoende lange tijd. Een inadequate behandeling heeft een aantal consequenties waaronder het risico op langdurige en comorbide ziekteverschijnselen, die het lijden vergroten (Möller, 2003).

Tijdens de behandeling is de medicatietrouw vaak gebrekkig (Möller et al., 2003). Slechts 20% van de patiënten ontvangt degelijke follow-up behandelingen (Seelig & Katon, 2008).

Indien er een behandeling met antidepressiva wordt opgestart wordt de behandeling vaak *te vroeg gestopt* (Seelig & Katon, 2008, Möller et al., 2003).

Uitgangsvraag

Levert het stepped care model een meerwaarde binnen hervalpreventie?

Aanbevelingen

Niveau	Aanbeveling <i>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</i>
4	<p>Zorg dat de behandeling van een depressie niet statisch wordt. Er zijn meerdere modellen mogelijk om dit te bekomen, maar in elk model zijn er herevaluaties ingebouwd om de toestand van de patiënt te herevalueren.</p> <ul style="list-style-type: none">– Binnen het stepped caremodel wordt gewerkt vanuit een visie met een beperkt aantal op voorhand bepaalde stappen.– Binnen het matched care model wordt gesteld dat er maximaal moet gestreefd worden naar gepersonaliseerde zorg. <p><i>Möller et al., 2003 (D); Trimbos, 2011 (D); NICE, 2009 (D); Shelton, 2009 (D)</i></p>

Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de hulpverlener bestaat een adequate behandeling op zijn minst uit het voortdurend her-evalueren van de diagnosestelling, de medicamenteuze behandeling met eventuele aanpassingen, het actief bespreekbaar stellen van medicatietrouw (Möller et al, 2003). Volgens Möller et al (2003) kan dit al dan niet in combinatie met psychotherapie. Anderen (Keller et al., 2000; Hensley et al., 2004) beweren dan weer dat dit beter wel gebeurt in combinatie met psychotherapie.

In het algemeen kan men stellen dat het behandelingsaanbod bij depressie moet anticiperen op en zich aanpassen aan de noden van de zorgvrager doorheen het ziekteproces. (Shelton, 2009).

Trimbos (2011) is in zijn Multidisciplinaire richtlijn uitgegaan van het stepped-care model om op basis van consensus de behandelalternatieven in een voorkeursvolgorde te plaatsen. Op deze manier bekomen ze een behandelalgoritme. Het stepped-care model gaat ervan uit een behandeling te starten met zo min mogelijk invasieve interventies (evidence-based of consensus-based), om symptomen van depressie en verergering van de problematiek te verminderen. Dan wordt het behandelbeleid regelmatig geëvalueerd samen met de patiënt, om bij onvoldoende herstel tijdig over te stappen op een volgende interventie. In de voorkeursvolgorde is ook het patiëntenperspectief meegewogen. De stappenvolgorde geeft de volgorde van overwegen van interventies weer.

NICE (2009) beschrijft het stepped care model als een model dat voorziet in een bruikbaar kader om het aanbod van zorg te organiseren naar de zorgvragers en de zorgaanbieders te ondersteunen in de keuze van de minst opdringerige en meest doeltreffende interventies binnen het ziekteproces. Maar men geeft ook aan dat er degelijk wetenschappelijk onderzoek dient te gebeuren naar welk zorgsysteem: gepersonaliseerde zorg (matched care) of getrapte zorg (stepped care) het meest efficiënt is omdat op dit moment het stepped care model reeds vaak wordt geïmplementeerd als zorgmodel met beperkte wetenschappelijke onderbouwing.

Uitgangsvraag

Levert een collaboratief zorgmodel een meerwaarde binnen hervalpreventie?

Aanbevelingen

Niveau	Aanbeveling <i>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</i>
1	Maak gebruik van een collaboratief zorgmodel en geef vorm aan de rol van een depressie casemanager. Samenwerkingsinitiatieven tussen de residentiële en ambulante, multidisciplinaire zorgverstrekkers zijn in het kader van nazorgbehandeling essentieel. <i>Trangle et al., 2012 (A); Heyrman et al, 2008 (D)</i>
3	Maak gebruik van samenwerkingsvormen die regionaal voorhanden zijn <i>Heyrman et al, 2008 (A)</i>

Wetenschappelijke onderbouwing

Uit onderzoek blijkt dat het collaboratief zorgmodel, waarbij binnen de eerstelijns voorzieningen wordt gebruik gemaakt van een behandelingsteam (huisarts, depressie casemanager, psychiater, anderen) een positief effect heeft op het behandelingsproces, therapietrouw, kwaliteit van leven en de preventie van herval (Trangle et al., 2012).

Bij een collaboratief zorgmodel wordt er hulp aangeboden, gebaseerd op een evidence-based benadering en wordt er gebruik gemaakt van gestandaardiseerde meetinstrumenten voor het bepalen van de ernst van de depressie, het effect van de behandeling en graad van herstel. Er is een casemanager die op regelmatige basis contact houdt met de zorgvrager om therapietrouw te faciliteren, de effectiviteit van de behandeling in te schatten, te voorzien in psycho-educatie, zelfmanagement te ondersteunen en herval te voorkomen. (Trangle et al., 2012)

Hiertoe dient samenwerkingscommunicatie ontwikkeld te worden tussen eerstelijns zorg en de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg met als thema superviseren van het klinische toestandsbeeld van de zorgvrager en het bespreken van hoe de rechtstreekse contacten verlopen en welke noden van de zorgvrager aan de orde zijn (Trangle et al., 2012).

Er zijn aanwijzingen dat samenwerking de kwaliteit van de zorg voor depressieve patiënten verbetert, kosteneffectief is en een gunstig effect heeft in de preventie van herval (Heyrman et al., 2008).

Heyrman et al. (2008) adviseren multidisciplinair zorgoverleg binnen het Samenwerkingsinitiatief Thuiszorg (SIT): dit overleg kan worden ondersteund door een vast lokaal-regionaal adviesteam (Psychiatrische Zorg aan Huis) met enerzijds hulpverleners vanuit de GGZ (psychiater, psycholoog, maatschappelijk werker, psychiatrisch verpleegkundige) en anderzijds met mensen actief in de reguliere thuiszorg (huisarts, thuisverpleging, gezinshulp),

Overige overwegingen

Ook in België ging men van start met het concept 'collaboratief zorgmodel'. Alle bevoegde overheden verbonden zich ertoe hun bestaande gezondheidszorg-aanbod open te stellen voor de totstandkoming en/of het intensifiëren van de samenwerking tussen intramurale en extramurale voorzieningen (Anoniem, 2010).

8.2 Hervalpreventie vanaf de eerste behandeling

Uitgangsvraag

Dient men van bij aanvang van de behandeling van depressie rekening te houden met hervalpreventie?

Aanbevelingen

Niveau	Aanbeveling <i>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</i>
4	Adviseer een lange termijn strategie bij aanvang van de acute behandeling. <i>Shelton, 2009 (D)</i>
4	Kies voor therapievormen die niet alleen effectief zijn tijdens de acute fase van behandeling maar ook voor hervalpreventie (zoals bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie). <i>Shelton, 2009 (D)</i>
4	Ga doorheen heel het zorgtraject (pro)actief om met mogelijke risicofactoren die tot herval kunnen leiden en pas het behandelingsplan hiertoe aan waar nodig. <i>Shelton, 2009 (D)</i>
4	Benader in de behandeling de volledige problematiek en hou rekening met comorbiditeit. <i>Shelton, 2009 (D)</i>

Wetenschappelijke onderbouwing

Het vroeg detecteren en behandelen van depressie werkt hervalpreventief en reduceert het lijden (Halfin, 2007). De patiënt kan leren een (neiging tot) herval zelf vroeg te detecteren via mindfulness (Teasdale et al, 2000).

Omdat chroniciteit en herval meer regel dan uitzondering zijn bij depressie moet er van bij aanvang van de behandeling gekozen worden voor vormen van behandeling die ook hervalpreventief blijken te zijn. Adviseer een lange termijn strategie bij aanvang van de acute behandeling. (Shelton, 2009)

Herval preventief behandelen vraagt eerder een proactieve dan reactieve houding. Binnen de behandeling onmiddellijk anticiperen op factoren die herval kunnen uitlokken is noodzakelijk. (Shelton, 2009)

Het actief beheren van comorbiditeit met andere psychische problematieken (zoals angst, middelengebruik, persoonlijkheidsproblematiek, ...) en fysieke problematieken doorheen het zorgtraject zal het risico op herval aanzienlijk verminderen (Shelton, 2009).

Overige overwegingen

Llorca (2010) pleit er voor om op methodologische wijze medische en professionele aanbevelingen te bieden aan de huisartsen, die helpen om in bepaalde klinische

omstandigheden de meest geschikte zorg te bieden en/of te zoeken. Het doel van deze aanbevelingen zou moeten bestaan uit het actueel houden van hun kennis rond diagnostisering, therapeutische en preventieve ontwikkelingen van strategieën en dit vertaald naar toepassing binnen hun praktijk. Hierdoor kan men de behandelingspraktijken harmoniseren en de kloof tussen de wetenschappelijke stand van zaken en de praktische toepassingen verkleinen.

8.3 Culturele aspecten

Uitgangsvraag

Dient men in het kader van herhalpreventie rekening te houden met culturele verschillen?

Aanbeveling

Niveau	Aanbeveling
	<i>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</i>
4	Hou rekening met de zorgvrager zijn culturele en persoonlijke overtuigingen en zoek mogelijkheden om deze te integreren in het behandelingsplan. Gebruik tolken waar mogelijk. <i>Trangle et al., 2012 (D)</i>
4	Maak gebruik van appreciative inquiry (waarderende bevraging). <i>Trangle et al., 2012 (D)</i>

Wetenschappelijke onderbouwing

Culturele en persoonlijke ervaringen beïnvloeden overtuigingen en hebben dus ook impact op attitudes en voorkeuren. Daarom moet men rekening houden met de culturele en persoonlijke overtuigingen van de zorgvragers en zoeken naar mogelijkheden om deze te integreren in het behandelingsplan. Als deze ervaringen in aanmerking worden genomen, zal openheid voor en bereidheid tot verandering (met inbegrip van bereidheid om te zoeken en te voldoen aan behandeling) worden versterkt. (Trangle et al., 2012)

De kans op succesvolle zorg vergroot als er gebruik wordt gemaakt van 'appreciative inquiry' (waarderende bevraging). Hierbij worden vragen op zo'n manier gesteld, dat de zorgvrager antwoorden kan formuleren die de positieve mogelijkheden en sterke punten met betrekking tot zijn/haar culturele normen en overtuigingen weergeven. Dit proces kan bevorderd worden door het gebruik van tolken. (Trangle et al., 2012)

8.4 Aandachtspunten binnen nazorg

Inleiding

De Multidisciplinaire richtlijn Depressie van Trimbos (2010) beschrijft de samenhang en interactie tussen de verschillende beroepsgroepen en tussen opeenvolgende fasen in het zorgproces. Er worden verschillende fasen onderscheiden in het zorgproces. Deze fasen lopen van herkenning tot nazorg en kunnen in de eerste, tweede en derde lijn

plaatsvinden. Dit betekent dat verschillende disciplines in deze fasen betrokken kunnen zijn bij het zorgproces.

Hervalpreventie is een sleutelbegrip in de behandeling van depressie. Dus niet alleen 'weer beter worden' maar ook 'beter blijven'. Het risico op herval wordt na elke episode groter: 50% na 1 episode, 70% na 2 episoden en 90% na 3 episoden. (Trangle et al., 2012)

Nazorg is gedefinieerd als alle voortgaande zorgactiviteiten die volgen op verschillende klinische en ambulante interventies (de Wildt & Verster, 2005).

Belangrijke doelen binnen nazorg zijn volgens de Wildt en Verster (2005):

- het handhaven van de therapeutisch effecten die in de voorafgaande fase van de klinische behandeling zijn verkregen
- vermijden van de kans op terugval en beperken van de duur
- ernst van een eventuele terugval beperken
- integratie van de tijdens de behandeling geleerde vaardigheden in het dagelijkse leven van de cliënt
- het vergemakkelijken van de overgang van gestructureerde behandeling naar het minder gestructureerde leven.

Depressie heeft een impact op verschillende levensdomeinen en de hulpverleningsfocus doorheen het gehele zorgtraject, inclusief de nazorg dient zich dan ook multidisciplinair te richten op meerdere levensdomeinen.

Uitgangsvraag

Waar dient men rekening mee te houden in de organisatie van de nazorg?

Aanbevelingen

Niveau	Aanbeveling <i>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</i>
1	Bied vormen van onderhoudstherapie aan, waarin het opbouwen van vaardigheden en zelfmanagement aangeleerd worden via cognitieve, gedragsmatige en sociale oefeningen. <i>Trangle et al., 2012 (A)</i>
4	Zorg voor goede samenwerkingsinitiatieven tussen de residentiële en ambulante, multidisciplinaire zorgverstrekkers. Deze zijn in het kader van nazorgbehandeling essentieel. <i>DGPPN, 2012 (A)</i>
4	Rapporteer in het dossier relevante gegevens in verband met de interactiepatronen tussen de persoon en zijn familie en omgeving. <i>Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2010 (D)</i>
4	Identificeer zoveel mogelijk ondersteunende familieleden en betrek hen, mits toestemming van de zorgvrager, zo veel als mogelijk en passend in de behandeling. Doe ook beroep op contactpersonen (familie –

	omgeving) in geval van niet naleven van de nazorgafspraken. <i>WHO, 2010 (D)</i>
4	Telefonische contacten kunnen een onderdeel van de nazorg zijn. <i>WHO, 2010 (D)</i>
4	Verhoog de frequentie van nazorgafspraken bij vrouwen die een zwangerschap plannen, zwanger zijn, borstvoeding geven alsook bij ouderen. <i>WHO, 2010 (D)</i>
4	Beoordeel in het kader van de nazorg, vanuit een holistische benadering en dus een multidisciplinaire aanpak, de klinische status van de patiënt, de verwachtingen van en het begrip voor de behandeling, de therapietrouw. Corrigeer misvattingen en stimuleer zelfmonitoring van de symptomen. <i>WHO, 2010 (D)</i>

Wetenschappelijke onderbouwing

Goede samenwerkingsinitiatieven tussen de residentiële en ambulante, multidisciplinaire zorgverstrekkers zijn in het kader van nazorgbehandeling essentieel (DGPPN, 2012).

De betrokken diensten en interventies zouden niet alleen gericht mogen zijn op het reduceren van symptomen en het herstel van functioneren, maar ook op het voor mensen mogelijk maken om zelf hun problemen te hanteren en herval te voorkomen (Rodgers et al., 2012)

Identificeer zoveel mogelijk ondersteunende familieleden en betrek hen zo veel als mogelijk en passend in de behandeling. Benut de contacten met familie en omgeving in het kader van nazorg wanneer de persoon niet opdaagt op de afgesproken nazorgmomenten (WHO, 2010). In het kader van verslaggeving dienen de belangrijke aspecten uit de interacties met de persoon en zijn familie goed weergegeven te worden in het patiëntendossier. (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2010)

Het opvolgen van de nazorg kan ook telefonisch gebeuren (WHO, 2010).

In de gestructureerde nazorg dient men op regelmatige basis de klinische status te beoordelen. Daarnaast moet men ook regelmatig evalueren wat de persoon verwacht van de behandeling, en of de persoon behandeling en naleving van behandeling begrijpt. Dit verhoogt de mogelijkheden om misvattingen te corrigeren. Zelfcontrole van de symptomen wordt aangemoedigd en er wordt aangegeven wanneer er onmiddellijk (extra) zorg voor de situatie moet gezocht worden. (WHO, 2010)

World Health Organisation (WHO, 2010) geeft aan de frequentie van afspraken in het kader van nazorg te verhogen bij vrouwen die een zwangerschap plannen of zwanger zijn, borstvoeding geven alsook bij ouderen.

Onderhoudstherapie aanbieden, waarin het opbouwen van vaardigheden en zelfmanagement aangeleerd worden via cognitieve, gedragsmatige en sociale oefeningen, vermindert de kans op herval. (Trangle et al., 2012)

Overige overwegingen

De World Health Organisation legt de nadruk op een holistische benadering waarin wordt voldaan aan de behoeften van de geestelijke gezondheid van mensen met lichamelijke aandoeningen, alsook aan de behoeften van de lichamelijke gezondheid van mensen met psychische stoornissen (WHO, 2010). Voor deze holistische aanpak moet vaak multidisciplinair gewerkt worden.

Hoewel telefonisch contact voor een aantal personen een ondersteuning kan zijn, mag dit volgens de externe experts niet overschat worden. Voor de meerderheid van de patiënten is het 'samen op weg' gaan met face-to-face contacten veel meer ondersteunend. Na een opname de contactmogelijkheden vergroten is ook de kracht achter casemanager binnen het collaboratief model (zie 8.1) en de buddywerking (zie 6.5). Ook al vermoeden de externe experts dat de ondersteunende kracht van de nieuwe media (gsm, internet,...) en zelfs die van telefoon leeftijdsgebonden is, onderzoek toont aan dat telefonische steun het aantal zelfdodingen bij ouderen kan verminderen (De Leo et al. 2002). Telefonische steun is dus zeker niet iets dat voor jongeren moet voorbehouden worden.

9 Overzicht Aanbevelingen

9.1 Comorbiditeit met lichamelijke klachten

Niveau	Aanbeveling
1	Houd rekening met een groter risico op depressie bij de aanwezigheid van comorbiditeit met medische ziekten en de aanwezigheid van pijnbeleving.
1	Somatische aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, diabetes en spierpijn zijn een risicofactor voor het ontwikkelen van een depressie en omgekeerd. Depressie verhoogt het risico op hart- en vaatziekten, diabetes en spierpijn. Deze moeten daarom zo goed mogelijk onder controle blijven.
1	Bij de behandeling van depressie moeten slapeloosheidsproblemen mee behandeld worden.
3	Blijf voldoende alert voor het screenen op depressie wanneer mensen zich aanmelden met al dan niet verklaarbare pijnklachten.

9.2 Lichamelijke activiteit verhogen

Niveau	Aanbeveling
1	Stimuleer fysieke activiteiten. Ze kunnen de depressieve symptomen en zelfs soms herval verminderen.
2	Stimuleer fysieke activiteiten. Ze verbeteren de lichamelijke conditie.
2	Continuïteit is belangrijk. Bouw de fysieke activiteiten zo veel mogelijk in het dagelijkse leven in, want het effect op hervalpreventie is soms pas na 10 maanden merkbaar.
2	Zoek samen met de zorgvrager naar een bewegingsactiviteit die hem aanspreekt.
4	Hoewel het positieve effect van de individuele inspanning op zich komt, is een groepsactiviteit aan te raden omdat die waarschijnlijk langer volgehouden wordt.
4	Externe bekrachtiging is bij het opstarten van de sportactiviteit van doorslaggevend belang. Volg daarom tijdens de nazorgfase de fysieke inspanningen van de zorgvrager op en bekrachtig deze.
4	Organiseer psychomotorische begeleiding na ontslag in het kader van nazorg. Werken volgens een faseplan kan de patiënt ondersteunen.

9.3 Medicamenteuze therapietrouw

Niveau	Aanbeveling
1	Verpleegkundigen en eerste lijn betrekken bij de behandeling helpt om de therapietrouw te verbeteren.
1	Bespreek met de zorgvrager de mogelijke gevolgen en nevenwerkingen van het opbouwen, gebruiken, afbouwen en stopzetten van antidepressiva. Bespreek ook expliciet de effecten van therapie-

	ontrouw.
1	Als de patiënt therapieontrouw wordt omwille van angst voor verslaving, communiceer dat antidepressiva niet verslavend zijn.
1	Hanteer een actievere opvolgstrategie. Telefoonopvolging en actieve bezoeken door een depressieverpleegkundige leiden tot betere symptoomcontrole, minder herval en adequater medicatiegebruik bij chronische recurrenente depressie in de eerste lijn.
2	Houd bij de keuze van de medicamenteuze behandeling door de arts rekening met de wijze van toediening. Een smelttablet kan de therapietrouw verbeteren t.o.v. een conventioneel tablet.
2	Geef, mits toestemming van de zorgvrager, aan familie en vrienden en niet-medische hulpverleners van de zorgvrager, psycho-educatie over de bijwerkingen van antidepressiva en het belang van medicamenteuze therapietrouw. Hierdoor kunnen ze de zorgvrager ondersteunen in zijn therapietrouw.
3	Zorg dat psycho-educatie voor iedereen toegankelijk is. Vermijd moeilijke woorden of leg ze uit. Geef deze informatie zowel mondeling als schriftelijk, a.d.h.v. brochures, maar indien voorhanden, ook door het meegeven van CD's, CD-ROMS of DVD's.
4	Maak gebruik van hulpmiddelen, zoals een pillenwekker, doseerdozen per dag of per week en medicatie verpakt per inname-moment om de zorgvrager te ondersteunen bij het nemen van zijn medicatie.
4	Contacteer in het begin de zorgvrager wekelijks of om de twee weken om hem te ondersteunen en de effecten én de nevenwerking van de medicatie te evalueren. Want dan hebben de antidepressiva nog geen positief effect, maar al wel nevenwerkingen.
4	Adviseer de zorgvrager om het gebruik van medicatie en nevenwerkingen te bespreken met de behandelende arts en de mogelijkheid om eventueel een ander antidepressivum voorgeschreven te krijgen bespreekbaar te stellen.
4	Als de reden voor de therapieontrouw gewichtstoename is, dan worden er lichamelijke oefeningen aangeraden.
4	Als de patiënt het positieve effect van de medicatie niet ziet, laat hen het zichzelf monitoren met gevalideerde schalen om hun toestand in te schatten, zowel tijdens de behandeling, als bij het verminderen of weglaten van medicatie. Dit leert hen de impact kennen van de medicatie.
4	Als therapieontrouw een gevolg is van vergetelheid, kunnen medicatiedozen, medicatiealarmen en/of herinneringsboodschappen via mail, email of telefoon helpen.
4	

9.4 Stoppen met het gebruik van antidepressiva

Niveau	Aanbeveling
1	Als antidepressiva positief effect hebben, dan mogen ze 6 maand, en

	soms zelfs 2 jaar doorgegeven worden. Eventueel zelfs levenslang.
1	Overweeg jarenlange onderhoudsbehandeling als de patiënt terugkerende episodes van matige of meer ernstige depressieve stoornis gehad heeft. Raadpleeg een psychiater i.v.m. de noodzaak van een dergelijke onderhoudsbehandeling.
1	Voorkom herval door bij risicopatiënten langer medicamenteus te behandelen en trager af te bouwen.
4	Het afbouwen dient gedoseerd te gebeuren, meestal in een periode van 4 weken, en het advies van de arts dient gevraagd te worden bij lastige ontwenningverschijnselen.
4	Bied specifieke psycho-educatie over het bewaken en beheren van de gevolgen van het stoppen met antidepressiva.
4	Verhoog tijdens het afbouwen de frequentie van follow up afspraken en monitor specifiek of er een terugkeer is van de depressieve symptomen.
4	Nadat volledige remissie is bereikt, houdt de volledige dosering ten minste 6-9 maanden aan.
4	Na een langere periode van behandeling (9-12 maanden) wordt aangeraden medicatie over een periode van minimaal drie maanden af te bouwen.

9.5 Het gebruik van antidepressiva bij geplande zwangerschap, zwangerschap en borstvoeding

Niveau	Aanbeveling
1	Overweeg en bespreek met de patiënt het continueren van antidepressiva tijdens zwangerschap. Want de negatieve gevolgen van een ernstige, niet behandelde depressie bij de moeder, kunnen groter zijn dan de negatieve gevolgen voor de baby bij blootstelling aan dergelijke medicatie in de baarmoeder.
4	Volg regelmatig de toestand van moeder en baby op bij zwangerschap en borstvoeding.

9.6 De patiënt voorlichten

Niveau	Aanbeveling
4	Licht de patiënt voor, zodat hij de voorgestelde behandeling begrijpt en vrijwillige, geïnformeerde toestemming kan geven tot behandeling.
4	<i>Gebruik bij voorlichting begrijpelijke taal die de patiënt beheerst en vermijdt vakjargon. Er zijn een aantal hoofdthema's (ziektebeeld, behandel mogelijkheden, ...) die best via psycho-educatie uitgelegd worden.</i>
4	Bespreek de negatieve en positieve aspecten van alle behandelingen, het risico op niet reageren op de behandeling en de tijdschaal voor symptoom verbetering.
4	De informatieverstrekking wordt best gepersonaliseerd.

9.7 Inspraak patiënt

Niveau	Aanbeveling
4	Geef de patiënt goede informatie, zodat hij gefundeerd zijn voorkeur kan geven over de vorm van de nazorg met het oog op herhalpreventie.
4	Hou daarna ook rekening met deze voorkeur.

9.8 Residuele symptomen

Niveau	Aanbeveling
1	Beoordeel de patiënt op residuele klachten. Indien die vastgesteld worden, is er een groter risico op herhal, en wordt best een onderhoudsbehandeling voorzien.
2	Gebruik eventueel de Beck schaal, Beck Depression Inventory (BDI) en/of de Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) als hulpmiddel om restsymptomen te objectiveren.

9.9 Lichamelijke activiteit verhogen

Niveau	Aanbeveling
1	Bied de patiënt na ontslag psychomotorische therapie aan in de vorm van een postkuur of motiveer hem een sport (her) aan te vatten. Regelmatige lichamelijke activiteit heeft op korte termijn een positief effect op het gevoel van welbevinden en kan op langere termijn soms de hervalkans verminderen.

9.10 Psychologische interventies

Niveau	Aanbeveling
1	Beveel cognitieve gedragstherapie aan, zeker bij een vergroot risico op herhal, zoals patiënten die al 3 of meer depressieve periodes hadden.
1	Cognitieve therapie heeft een bijkomend effect bovenop antidepressiva indien er nog residuele symptomen aanwezig zijn.

9.11 Psychodynamische therapie

Niveau	Aanbeveling
1	Beveel eventueel psychodynamische therapie aan, het is even effectief als de andere psychotherapieën.

9.12 Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)

Niveau	Aanbeveling
1	Bij een vergroot risico op herhal, zoals personen die al 3 keer of meer depressief waren, is het aangewezen om Mindfulness Based Cognitive Therapy aan te bieden.

9.13 Probleem oplossende counseling

Niveau	Aanbeveling
1	Bied probleemoplossende therapie aan om het omgaan met probleemsituaties te ondersteunen en zo herval te voorkomen.
1	Oplossingsgerichte therapie kan worden gezien als een onderhoudsstrategie voor preventie van herval, doordat de coping-mechanismen in stressvolle situaties effectiever worden.
4	Leer de zorgvrager voor zichzelf te inventariseren wat voor hem mogelijke oplossingen kunnen zijn binnen probleemsituaties en laat hem dit schriftelijk vastleggen in een persoonlijk hervalpreventieplan.

9.14 Interpersoonlijke psychotherapie (IPT)

Niveau	Aanbeveling
1	IPT is een bruikbare behandelingsmethode bij depressie
1	Overweeg IPT in de acute fase, om het risico van herval te verminderen, aanvullend bij antidepressiva.
3	Overweeg voortzetting IPT (enkel als monotherapie), als de patiënt tijdens de acute fase (uitermate) goed reageerde op IPT.
4	Maar zorg dat de duur per sessie voldoende lang is en de focus niet verwordt tot een ondersteunend gesprek. Blijf gefocust op de interpersoonlijke thematische gebieden, anders vermindert het effect van hervalpreventie.

9.15 Gedragsactivering (Behavioral activation, BA)

Niveau	Aanbeveling
1	Gedragsactivering tijdens de acute fase draagt bij tot preventie van herval bij een unipolaire depressie.
2	Op lange termijn helpt gedragsactivering soms zelfs meer dan een zuiver medicamenteuze behandeling.
4	Gedragsactivering start bij het opbouwen en volhouden van een regelmatige structuur voor activiteiten uit het dagelijks leven zoals eten, werken en slapen.
4	Stimuleer dat iemand zoveel mogelijk activiteiten blijft uitvoeren die hij/zij vroeger interessant of plezierig vond, ongeacht of dit nu misschien anders wordt beleefd.
4	Vraag en motiveer de patiënt om zijn dagelijkse activiteiten te registreren en te noteren, of registreer als hulpverlener zelf de activiteiten van de patiënt en maak een activiteitenrapport. Op basis van dit rapport kan samen met de patiënt een gebalanceerd activiteitenplan opgesteld worden, oplopend van een dag- naar een weekprogramma.
4	Laat de zorgvrager dagelijks de uitgevoerde activiteiten registreren en zijn stemming bij deze activiteiten weergeven. Hierdoor zal de

	zorgvrager een overzicht krijgen van activiteiten die hij aangenaam en prettig vindt. Hij kan dit overzicht gebruiken bij de planning van nieuwe activiteiten.
4	Laat de zorgvrager bij het plannen van minder aangename activiteiten deze best opsplitsen in kleinere deelactiviteiten. Hierdoor is de kans groter dat een deelactiviteit volbracht wordt, hetgeen een teleurstelling voorkomt en alzo een positieve invloed kan hebben op de stemming. Dit zal de motivatie tot het plannen en uitvoeren van een volgende deelactiviteit versterken.
4	Adviseren om de zelfzorg van de patiënt te ondersteunen door vb. gebruik te maken van zelfhulpboeken of door aan te sluiten bij zelfhulpgroepen of andere regionale initiatie.

9.16 Bewaken van een regelmatig dag-nacht ritme

Niveau	Aanbeveling
4	Maak een functionele analyse van het slaappatroon en integreer indien nodig de slaaproutine in een activiteitenplanning.

9.17 Stigmatisering voorkomen

Niveau	Aanbeveling
1	Stigmatisering heeft een negatieve impact op de gezondheid. Ontwikkel strategieën die als doel hebben de aanwezige hulpverlening voor het publiek te verduidelijken en het stigma te verminderen.
4	Heb als therapeut een accepterende, open en actief luisterende houding. Dit draagt bij tot het vermijden van stigmatisering.
4	Vanuit een ruimer hulpverleningsperspectief kan op middelgrote schaal een instelling proberen een correct en positiever beeld van personen met een depressie te geven.
4	Op grotere schaal helpt een permanente dialoog vanuit de Geestelijke Gezondheidszorg met de maatschappij via media en onderzoek: informatiecampagnes, sensibilisering, samenwerking tussen de welzijns- en gezondheidsactoren, destigmatiserende beeldvorming, ...

9.18 Betrekken van de familie of het netwerk van de patiënt in de behandeling

Niveau	Aanbeveling
3	Betrek mits toestemming van de patiënt de familie of het netwerk van de patiënt in de behandeling, dit kan o.a. de therapietrouw en de communicatie verbeteren.

9.19 Alert blijven voor (nieuwe) psychosociale problemen

Niveau	Aanbeveling
4	Blijf alert voor (nieuwe) psychosociale problemen. Verwijs eventueel

	door naar specifieke hulpverlening.
--	-------------------------------------

9.20 Bestaande sociale netwerken (re)activeren.

Niveau	Aanbeveling
	<i>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</i>
4	(re)Activeer bestaande sociale netwerken indien deze wenselijk/ondersteunend zijn.

9.21 Sociale vaardigheidstrainingen

Niveau	Aanbeveling
1	Sociale vaardigheidstraining geven is zinvol. Dit kan de depressieve symptomen verminderen.
3	Sociale vaardigheidstraining stelt de zorgvrager in staat om beter om te gaan met stressvolle gebeurtenissen of situaties. Door het aanleren of optimaliseren van de sociale vaardigheden zal de zorgvrager minder kwetsbaar zijn voor de ontwikkeling of instandhouding van een unipolaire depressie.
3	Focus de training van sociale vaardigheden op vaardigheden voor interacties met familie, vrienden, collega's en vreemden. Werkvormen zijn het geven van instructies, role-playing taken, feedback, modellering en positieve bevestiging. Er dient zorgvuldig aandacht gegeven te worden aan de moleculaire details van sociale interacties, met discussies over passende verbale reacties, juist gebruik van contact met de ogen, gebaren, glimlach, vocale toon, enzovoort. In een laatste fase wordt patiënten gevraagd om de nieuw aangeleerde vaardigheden in hun natuurlijke omgeving te oefenen.

9.22 Buddywerking

Niveau	Aanbeveling
1	Organiseer buddywerking. Dit kan in beperkte mate depressieve symptomen verminderen.
4	Wend buddywerking aan in het kader van verhoging van fysieke activiteit. Buddywerking helpt de activiteit te structureren.

9.23 Seksualiteit bespreekbaar stellen

Niveau	Aanbeveling
3	Overwin als zorgverlener de eigen schaamte, en plaats zelf seksualiteit als een normaal en standaard te bespreken onderwerp op de agenda binnen de hulpverleningsgesprekken.
4	Blijf het seksueel functioneren open bespreken doorheen het volledige zorgtraject.

9.24 Psycho-educatie i.v.m. seksuele dysfuncties

Niveau	Aanbeveling
4	Geef psycho-educatie rond de eventuele seksuele bijwerkingen van antidepressiva en rond seksualiteit.

9.25 Behandelingsmodellen

Niveau	Aanbeveling
1	Maak gebruik van een collaboratief zorgmodel en geef vorm aan de rol van een depressie casemanager. Samenwerkingsinitiatieven tussen de residentiële en ambulante, multidisciplinaire zorgverstrekkers zijn in het kader van nazorgbehandeling essentieel.
3	Maak gebruik van samenwerkingsvormen die regionaal voorhanden zijn
4	Zorg dat de behandeling van een depressie niet statisch wordt. Er zijn meerdere modellen mogelijk om dit te bekomen, maar in elk model zijn er herevaluaties ingebouwd om de toestand van de patiënt te herevalueren. <ul style="list-style-type: none">– Binnen het stepped caremodel wordt gewerkt vanuit een visie met een beperkt aantal op voorhand bepaalde stappen.– Binnen het matched care model wordt gesteld dat er maximaal moet gestreefd worden naar gepersonaliseerde zorg.

9.26 Hervalpreventie vanaf de eerste behandeling

Niveau	Aanbeveling
4	Adviseer een lange termijn strategie bij aanvang van de acute behandeling.
4	Kies voor therapievormen die niet alleen effectief zijn tijdens de acute fase van behandeling maar ook voor hervalpreventie (zoals bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie).
4	Ga doorheen heel het zorgtraject (pro)actief om met mogelijke risicofactoren die tot herval kunnen leiden en pas het behandelingsplan hiertoe aan waar nodig.
4	Benader in de behandeling de volledige problematiek en hou rekening met comorbiditeit.

9.27 Culturele aspecten

Niveau	Aanbeveling
4	Hou rekening met de zorgvrager zijn culturele en persoonlijke overtuigingen en zoek mogelijkheden om deze te integreren in het behandelingsplan. Gebruik tolken waar mogelijk.
4	Maak gebruik van appreciative inquiry (waarderende bevraging).

9.28 Aandachtspunten binnen nazorg

Niveau	Aanbeveling
1	Bied vormen van onderhoudstherapie aan, waarin het opbouwen van vaardigheden en zelfmanagement aangeleerd worden via cognitieve, gedragsmatige en sociale oefeningen.
4	Zorg voor goede samenwerkingsinitiatieven tussen de residentiële en ambulante, multidisciplinaire zorgverstrekkers. Deze zijn in het kader van nazorgbehandeling essentieel.
4	Rapporteer in het dossier relevante gegevens in verband met de interactiepatronen tussen de persoon en zijn familie en omgeving.
4	Identificeer zoveel mogelijk ondersteunende familieleden en betrek hen, mits toestemming van de zorgvrager, zo veel als mogelijk en passend in de behandeling. Doe ook beroep op contactpersonen (familie – omgeving) in geval van niet naleven van de nazorgafspraken.
4	Telefonische contacten kunnen een onderdeel van de nazorg zijn.
4	Verhoog de frequentie van nazorgafspraken bij vrouwen die een zwangerschap plannen, zwanger zijn, borstvoeding geven alsook bij ouderen.
4	Beoordeel in het kader van de nazorg, vanuit een holistische benadering en dus een multidisciplinaire aanpak, de klinische status van de patiënt, de verwachtingen van en het begrip voor de behandeling, de therapietrouw. Corrigeer misvattingen en stimuleer zelfmonitoring van de symptomen.

10 Bibliografie

- Adriaensen, K., Pieters, G. & De Lepeleire, J., (2011). Stigmatisering van psychiatrische patiënten door huisartsen en studenten geneeskunde: een literatuuronderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53(12), 885-894.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, I., Ferrier, I., Baldwin, R., Cowen, P., Howard, L., Lewis, G., Matthews, K., McAllister-Williams, R., Peveler, R., Scott, J. & Tylee, A. (2008). Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology*, 22(4), 343–396.
- Anderson, R., Goddard, L. & Powell, J. (2011). Social problem-solving and depressive symptom vulnerability: the importance of real life problem-solving performance. *Cognitive Therapy and Research*. 35(1), 48-56
- Anoniem, (nd). *Eigen effectiviteit en zelfregulatie ten aanzien van sport en bewegen*. Geraadpleegd op 12 september 2013 op <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:6CEIPe2X0RwJ:www.nisb.nl/me-kompas/actieve-gezonde-leefstijl/eigen-effectiviteit-en-zelfregulatie-ten-aanzien-van-sport-en-bewegen.doc+&cd=1&hl=nl&ct=clnk&gl=be>
- Anoniem (2010). *Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken*. Geraadpleegd op 12 augustus 2013 op <http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Interministerialconferences/Protocols/guide/?fodnlang=nl>
- Argus, G. & Thompson, M. (2008). Perceived Social Problem Solving, Perfectionism, and Mindful Awareness in Clinical Depression: An Exploratory Study. *Cognitive Therapy and Research* 32, 745–757
- Baas, K.D. & Ruhé, H.G. (2007). Gedragsactivatie is effectief bij de behandeling van depressie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49(6), 411
- Babiyak, M., Blumenthal, J., Herman, S., Khatri, P., Doraiswamy, M., Moore, K., Craighead, E., Baldewicz, T. & Krishnan, K. (2000). Exercise Treatment for Major Depression: Maintenance of Therapeutic Benefit at 10 Months. *Psychosomatic Medicine*, 62, 633–638
- Barney, L., Griffiths, K., Jorm, A., Christensen, H. (2005). *Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions*. Canberra: Centre for Mental Health Research, Australian National University
- Barrera, A.Z., Torres, E.A. & Munoz R.F. (2007). Prevention of depression: The state of the science at the beginning of the 21st Century. *International Review of Psychiatry*, 19(6), 655–670
- Beleidsplan Geestelijke Gezondheidszorg Vlaanderen, (2010). Kabinet van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Geraadpleegd op 5 juli 2013 op http://netwerktegenarmoedebe.webhosting.be/documents/Geestelijke-gezondheid_beleidsplan-minister-Vandeurzen.pdf
- Bell A. & D’Zurilla T. (2009). Problem-solving therapy for depression: a meta-analyse. *Clinical Psychology*, 29, 348-535.

- Beshai, S., Dobson, K., Bockting, C. & Quigley, L. (2011). Relapse and recurrence prevention in depression: Current research and future prospects. *Clinical Psychology Review*, 31, 1349–1360
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. & Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A. & Demyttenaere, K. (2008). Het voorkomen van depressie in België. Stand van zaken en reflecties voor de toekomst. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50(10), 655-665
- Buddywerking Vlaanderen (nd). Website over buddywerking in Vlaanderen, waarbij echter elk deel steeds dezelfde URL heeft: <http://www.buddywerking.be/>
- Carta, M.G., Hardoy, M.C., Pihu, A., Sorba, M., Floris, A.L., Mannu, F.A., Baum, A., Cappai, A., Velluti, C. & Salvi M. (2008). Improving physical quality of life with group physical activity in the adjunctive treatment of major depressive disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4(1) doi: 10.1186/1745-0179-4-1
- Chiesa A. & Serretti A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 187, 441-453
- Claes, S. & Pieters, G. (2002). Psychofarmaca (1): antidepressiva in de behandeling van depressie. *Psychopraxis*, 4, 8-11
- Cohen, L., Altshuler, L., Harlow, B., Nonacs, Newport, J., Viguera, A., Suri, R., Burt, V., Hendrick, V., Reminick, A., Loughhead, A., Vitonis, A.N. & Stowe, Z., (2006). Relapse of Major Depression During Pregnancy in Women Who Maintain or Discontinue Antidepressant Treatment. *Journal of the American Medical Association*, 295(5), 499-508
- Coulter, A., & Ellins, J. (2006). *Patient-focused interventions. A review of the evidence*. The Health Foundation: London
- Crowe, M. & Luty, S. (2005). The Process of Change in Interpersonal Psychotherapy (IPT) for Depression: A Case Study for the New IPT Therapist. *Psychiatry*, 68(1), 43-54
- Crowe, M., Whitehead, L., Carly, D., McIntosh, V., Jordan, J., Joyce, P. & Carter, J. (2012). The process of change in psychotherapy for depression: helping clients to reformulate the problem. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 681–689
- Cuijpers P., van Straten A., Warmerdam L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis, *Clinical Psychology Review* 27, 318–326.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76(6), 909–922
- Curran, J., Rogers, P. & Gournay, K. (2002). Depression: Nature, assessment and treatment using behavioural activation. *Mental Health Practice*, 6(1), 29-37.
- De Leo D., Dello Buono M. & Dwyer J. (2002). Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 226-229

- de Wildt, W.A.J.M. & Verster, A. (2005). Nazorg na deeltijd en klinische behandeling; ontwikkelcentrum kwaliteit en innovatie van zorg. Project Resultaten Scoren. Amersfoort: GGZ Nederland
- Deijen, D. (2000). Therapietrouw en depressie. *Psychopraxis*, 2, 82-86
- Depoortere, A., Nuyts, E., Berben, K. & Jughmans, E. (2010). PWO project. 'De uitwerking van een actieplan om het draaideurfenomeen bij volwassen psychiatrische patiënten met stemmingsstoornissen aan te pakken'. Eindrapport P029. Hasselt: Provinciale Hogeschool Limburg.
- Depoortere, A., Nuyts, E., Berben, K. & Jughmans E. (2011). Heropname van patiënten met een unipolaire depressieve stemmingsstoornis. Rapport P029. Hasselt: Provinciale Hogeschool Limburg
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Editors for the Guideline Group Unipolar Depression) (2012). *S3-Guideline/National Disease Management Guideline Unipolar Depression. Short Version*. DGPPN, ÄZQ, AWMF - Berlin, Düsseldorf. Geraadpleegd op 19 juni 2013 op <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/pdf/s3-nvl-depression-kurz-engl.pdf>
- DiMatteo, M.R., Lepper, H.S. & Croghan, T.W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2101-2107.
- Dimidjian, S. & Davis, K., (2009) Newer Variations of Cognitive-Behavioral Therapy: Activation and Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Current Psychiatry Reports* 11, 453–458
- Dobson, K., Hollon, S., Dimidjian, S., Schmalting, K., Kohlenberg, R., Gallop, R., Rizvi, S., Gollan, J., Dunner, D. & Jacobson N. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 468-477
- Dowshen, N., Kuhns, L., Johnson, A., Holoyda, B. & Garofalo, R. (2012). Improving Adherence to Antiretroviral Therapy for Youth Living with HIV/AIDS: A Pilot Study Using Personalized, Interactive, Daily Text Message Reminders. *Journal of Medical Internet Research*, 14(2), e51
- Dunner, D.L., Blier, P., Keller, M.B., Pollack, Thase, M.E., & Zajecka, J.M. (2007). Preventing Recurrent Depression: Long-Term Treatment for Major Depressive Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 9(3), 214–223
- EBMPractinenet (nd). *Onze methodes*. Geraadpleegd op 15 okt 2012 op <http://www.ebmpractinenet.be/nl/Pages/Onze-methodes.aspx>
- Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (2010). *De wet op patiëntenrechten. Samenwerken aan een gezondheidszorg op maat*. Geraadpleegd op 9 april 2013 op http://www.sarb.be/nl/algemeen/anesthesie/patrechten/zorgverstrekkers/broch_nl.pdf
- Forman, E.M., Shaw, J.A., Goetter E.M., Herbert, J.D., Park, J.A., & Yuen, E.K, (2012). Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing acceptance and commitment therapy and standard cognitive behavior therapy for anxiety and depression. *Behavior Therapy*, 43(4), 801-811

- Furukawa, T.A., Akechi, T., Shimodera, S., Yamada, M., Mik, K., Watanabe, N., Inagaki, M. & Yonemoto, N. (2001). Strategic use of new generation antidepressants for depression: SUN(^_^)D study protocol. *Trials* 2011, 12:116. doi:10.1186/1745-6215-12-116.
- Franzen, P. & Buysse, D. (2008). Sleep disturbances and depression: risk relationships for subsequent depression and therapeutic implications. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10(4), 473-481
- Gellis, Z. & Kenaley, B. (2008). Problem-solving therapy for depression in adults: a systematic review. *Research on Social Work Practice Ltd*, 18, 117-131
- Glassman, A.H., O'Connor, C.M., Califf, R.M., Swedberg, K., Schwartz, P., Bigger, J.T. Jr, Krishnan, K.R., van Zyl, L.T., Swenson, J.R., Finkel, M.S., Landau, C., Shapiro, P.A., Pepine, C.J., Mardekian, J., Harrison, W.M., Barton, D. & McIvor, M. (2002). Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable angina. *Journal of the American Medical Association*, 288(6), 701-709.
- Griffioen, J.G. (2008). Seksuologie. In: Clijisen, M., Garenfeld, W., Kuipers, G., van Loenen, E. & van Piere, M. (Eds). *Leerboek Psychiatrie voor verpleegkundigen*. (pp 432-435). Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Halfin, A. (2007). Depression: The benefits of Early an Appropriate Treatment. *American Journal Of Managed Care*, 13, 92– 97.
- Halter, M. (2004). Stigma and help seeking, related to depression: a study of nursing students. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42(2), 42-51
- Hardeveld, F., Spijker, J., De Graaf, R., Nolen, WA. & Beekman, A. (2010). Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(3), 184-191
- Hensley, P., Deepa N. & Uhlenhuth, E.H. (2004). Long-term Effectiveness of Cognitive Therapy in Major Depression Disorder. *Depression and Anxiety*, 20, 1–7
- Heyrman J., Declercq T., Rogier R.s, Pas L., Michels J., Goetinck M., Habraken H. and De Meyere, de, M.(2010). Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts. 2008 - Laatste update 01/02/2010. Geraadpleegd via EBPracticenet op 05/06/2015
- Hoencamp, E., & Haffmans, P.M.J. (2008). Psycho-educatie in de GGZ en de verslavingszorg: theorie en praktijk. Assen: van Gorcum.
- Isometsä E. (2009) Depressie. Laatste update: 4-10-2009. Geraadpleegd via EBPracticenet op 17/06/2015.
- Jacobson, N.S., Martell, C.R. & Dimidjian, S. (2001). Behavioral Activation Treatment for Depression: Returning to Contextual Roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255-270
- Keller, M.B., McCullough, J.P., Klein, D.N., Arnow, B., Dunner, D.L., Gelenberg, et al. (2000). A comparison of Nefazodone, the Cognitive Behavioral-Analysis System of Psychotherapy, and Their Combination for the Treatment of Chronic Depression. *New England Journal of Medicine*, 342(20), 1462-1470
- Kennedy, N. & Paykel, E. S. (2003). *Residual symptoms at remission from depression: impact on long-term outcome Department of Psychiatry*. Cambridge: University of Cambridge.

- Knapen, J. & Schoubs, B. (2006). Motiveren tot bewegen in de geestelijke gezondheidszorg: interventiestrategieën op maat van het individu. *Psychopraxis*, 8, 15-21
- Krystal, A.D. (2004). Depression and Insomnia in Women. *Clinical Cornerstone*, 6 [Suppl 1B]:S19-S28.
- Lam, R.W., Kennedy S.H., Grigoriadis S., McIntyre R.S., Milev R., Ramasubbu R., Parikh S.V., Patten S.B., Ravindran A.V. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. III. Pharmacotherapy. *Journal of Affective Disorders*, 117, S26–S43
- Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GZZ (2005). *Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Link, B., Struening, E., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan J. (2001). The consequences of stigma for self-esteem of people with mental illness. *Psychiatric services*, 52, 1621-1626.
- Llorca, P.M. (2010). Qu'apportent les recommandations de pratique Clinique en ce qui concerne la prevention des récives depressives. *L'Encéphale*, Supplément 5, 150 – 154.
- Lukens, E.P. & McFarlane, W.R. (2004). Psychoeducation as Evidence-Based Practice: Considerations for Practice, Research, and Policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(3), 205-225
- Mata, J., Thompson, R.J., Jaeggi, S.M., Buschkuhl, M., Jonides, J., & Gotlib, I.H. (2012). Walk on the Bright Side: Physical Activity and Affect in Major Depressive Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(2), 297-308
- Mead, N., Lester, H., Chew-Graham, C., Gask, L. & Bower, P. (2010). Effects of befriending on depressive symptoms and distress: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 196(2), 96-101
- Ministry of Health (2012). *Depression. MOH Clinical Practice Guidelines 1/2012*. Singapore: Ministry of Health. Geraadpleegd op 26 februari 2013 op http://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/HPP/Doctors/cpg_medical/current/2012/depression/Depression%20CPG_R14_FINAL.pdf
- Mitchell, A. & Selmes, T. (2007). Why don't patients take their medicine? Reasons and solutions in psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 336–346
- Molenaar, P.J., Don, F.J., van den Bout, J., Sterk, F. & Dekker, J. (2009). Doorbreek je depressive. Werkboek voor de client. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Möller, H.J., Demyttenaere, K., Sacchetti, E., Rush, A.J. & Montgomery, S.A. (2003). Improving the chance of recovery from short- and long-term consequences of depression. *International Clinical Psychopharmacology*, 18(4), 219-225
- Monroe, S., Slavich, G., Torres, L. & Godlib, I. (2007). Major Life Events and Major Chronic Difficulties Are Differentially Associated With History of Major Depressive Episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1): 116–124.
- Montejo, A.L., Llorca, G., Izquierdo, J.A., & Rico-Villademoros, F. (2001). Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agent: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(suppl 3), 10-21.

- Navarro, V. (2010). Improving Medication Compliance in Patients with depression: Use of Orodispersible Tablets. *Advances in Therapy*, 27(11), 785-795
- NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence (2004). *Depression: Management of depression in primary and secondary care*. NICE clinical guideline 23, Geraadpleegd op 5 oktober 2012 op <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg023fullguideline.pdf>
- NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). Depression. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. Update Edition. NICE clinical guideline 90, Geraadpleegd op 13 maart 2015 op <http://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/cg90-depression-in-adults-full-guidance2>
- Nutt, D., Wilson, S. & Paterson, L. (2008). Sleep disorders as core symptoms of depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10(3), 329–336
- Nuyens, Y. (2010) Meer lijn in de eerste lijn. Syntheserapport. KU Leuven & UAntwerpen
- Östman, M. (2008). Severe depression and relationships: the effect of mental illness on sexuality. *Sexual and Relationship Therapy*, 23(4), 355–363
- Paykel, E. (2008). Partial remission, residual symptoms, and relapse in depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10(4), 431-437
- Peluso, M.A.M., Guerra de Andrade, L.H. (2005). Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *Clinics*, 60: 61–70.
- Penninx, B. W. J. H., & Van Dyck, R. (2010). Depressie en somatische comorbiditeit. *Nederlands Tijdschrift der Geneeskunde*, 154, A1784
- Pierce, D., & Gunn, G. (2007). Gps' use of problem solving therapy for depression: a qualitative study of barriers to and enablers of evidence based care. *BMC Family Practice*, 8, 24
- Pilu, A., Sorba, M., Hardoy, M.C., Floris, A.L., Mannu, F.A., Seruis, M.L., Velluti, C., Carpiello, B., Salvi, M. & Carta, M.G. (2007). Efficacy of physical activity in the adjunctive treatment of major depressive disorders: preliminary results. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3:8, doi: 10.1186/1745-0179-3-8
- Pinto-Foltz, M.D., & Logsdon, M.C. (2008). Stigma towards mental illness: a concept analysis using postpartum depression as an example. *Issues in mental health nursing*, 29, 21-36
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2013). *De participerende patiënt*. publicatienummer 13/02. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg: Den Haag
- Rytsälä H. (2011). Farmacologische behandeling van depressie. EBPractice Net, laatste update 30/09/2011, geraadpleegd op 17/06/2015 www.ebmpracticenet.be/nl/paginas/default.aspx?ebmid=ebm00721
- Rodgers, M., Asaria, M., Walker, S., McMillan, D., Lucock, M., Harden, M., Palmer, S. & Eastwood, A. (2012). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of low-intensity psychological interventions for the secondary prevention of relapse after depression: a systematic review. *Health Technology Assessment*, 16(28), 1-130
- Rucci, P., Frank, E., Calugi, S., Miniati, M., Benvenuti, A., Wallace, M., Fagiolini, A., Maggi, L., Kupfer, D. J., & Cassano, G.B. (2011). Incidence and predictors of relapse during continuation treatment of major depression with SSRI, interpersonal psychotherapy of their combination. *Depression and Anxiety*, 28, 955-962

- Ruiloba, J.V. (2007). Current situation of long-term treatment of depression. *Actas Espanolas Psiquiatria*, 35(5), 285 – 299
- Saxena, S., Van Ommeren, M., Tang, K., Armstrong, T. (2005). Mental health benefits of physical activity. *Journal of Mental Health*, 14(5), 445-451
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010). *Non-pharmaceutical management of depression in adults. A national clinical guideline*. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network
- Seelig, M. & Katon, W. (2008). Gaps in Depression Care: Why Primary Care Physicians Should Hone Their Depression Screening, Diagnosis, and Management Skills. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(4), 451-458
- Segal, Z., Vincent, P. & Levitt, A. (2002). Efficacy of combined, sequential crossover psychotherapy and pharmacotherapy in improving outcomes in depression. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 27(4), 281-290
- Segrin, C. (2000). Social skills deficits associated with depression. *Clinical Psychology Review*, 20(3), 379–403
- Segrin, C., Hanzal, A., Donnerstein, C., Taylor, M. & Domschke, T. (2007). Social skill, psychological well-being, and the mediating role of perceived stress. *Anxiety Stress Coping*, 20(3), 321-329
- Samenwerkingsinitiatief Eerste Lijnsgezondheidszorg, (nd). *Eerstelijnsgezondheidszorg*, geraadpleegd op 3 oktober 2014 op <http://www.vlaamseels.be/drupal/?q=node/2>
- Shawyer, F., Meadows, G.N., Judd, F., Martin, P.R., Segal, Z., & Piterman, L. (2012). The DARE study of relapse prevention in depression: design for a phase 1/2 translational randomised controlled trial involving mindfulness-based cognitive therapy and supported self monitoring. *BioMed Central Psychiatry*, 12(3), doi:10.1186/1471-244X-12-3
- Shelton, R. (2009). Long-Term Management of depression: Tips for Adjusting the Treatment Plan as the Patient's Needs Change. *Clinical Psychiatry*, 70(Suppl 6), 32–37
- Simon, C. & Cole-King, A. (2011). Non-pharmacological Treatments for Depression in Primary Care: An Overview. *InnovAiT*, 4(5), 265-271
- Teasdale, J., Segal, Z., Williams, J., Soulsby, J., Lau, M. & Ridgeway, V. (2000). Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615-623
- Terhorst, G. & Smit, J. (2009). Antidepressiva tijdens zwangerschap en borstvoeding. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51(5), 307-314
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A. & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *The British Journal of Psychiatry*, 190, 192-193
- Trangle, M., Dieperink, B., Gabert, T., Haight, B., Lindvall, B., Mitchell, J., Novak, H., Rich, D., Rossmiller, D., Setterlund, L. & Somers, K. (2012). *Major depression in adults in primary care*. Bloomington: Institute for Clinical Systems Improvement.
- Trimbos Instituut (2005). *Multidisciplinaire richtlijn Depressie*. Utrecht: Trimbos Instituut, Utrecht
- Trimbos Instituut (2011). *Multidisciplinaire richtlijn Depressie (tweede revisie)*. Utrecht: Trimbos Instituut, Utrecht
- Trimbos Instituut (2012). *Handleiding bouwstenen zorgpaden basis ggz*. Een coproductie van het Trimbos-instituut en stichting Robuust, geraadpleegd op 12

augustus 2013 op
http://www.rosrobuust.nl/Content/Downloads/COMPLETE_HANDLEIDING_bouwstenen_zorgpaden.pdf

- van Balkom, A.J., Oosterbaan, D., Visser, S., van Vliet, I.M. (red.) (2011) Handboek angststoornissen. Utrecht, De Tijdstroom.
- van de Lindt, S. & Volker, D., (2011) Eindtekst voor de Zorgstandaard Depressie. Versie 5.0. Werkgroep en Expertgroep zorgstandaard Depressiepreventie. Utrecht: Trimbos-instituut
- Van Drunen, P.R., Bijzitter, G.G.R., Geerts, E. & Van Beusekom J.A. (2009). Seksuele problemen bij psychiatrische patiënten: een verwaarloosd onderwerp. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 64(11), 998-1007
- Van Royen, P. (2008). Grade. Een systeem om niveau van bewijskracht en graad van aanbeveling aan te geven. *Huisarts Nu*, 37(9), 505- 509
- Van Speybroeck, J. (2010). *Beeldvorming geestelijke gezondheid Vlaanderen: verdere info*. Geraadpleegd op 13 augustus 2013 op <http://www.vvgg.be/media/docs/Beeldvorming%20en%20destigmatisering/2012/Beeldvorming%20-%20info.pdf>
- van Wijngaarden, B., Meije, D., Fotiadis, L., Wennink, H.J. & Kok, I. (2008). *Kwaliteit van leven en vervulling van zorgwensen: De ontwikkeling van de Quality of Life and Care (QoLC) vragenlijst*. Utrecht: Trimbos Instituut
- Veale, D. (2008). Behavioural activation for depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14, 29–36
- Vergouwen, A.C.M., Van Hout, H.P.J. & Bakker, A. (2002). Methoden om de therapietrouw bij het gebruik van antidepressiva te verbeteren. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 146, 204-207
- Waldinger, M.D. (1999). Seksuele bijwerkingen van antidepressiva. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 143, 1853-1857
- WHO, World Health Organization (nd) . *Comprehensive mental health action plan 2013–2020*. Geraadpleegd op 12 augustus 2013 op http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013
- WHO, World Health Organization (2010). *Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Versie 1.0*. Italië: World Health Organization, Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Geraadpleegd op 13 augustus 2013 op http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP_intervention_guide/en/

11 Appendix: gevonden richtlijnen

Voor richtlijnen is gezocht in “G.I.N. guideline resources”, “NHS Search Guidance” en “National Guideline Clearinghouse” naar alle richtlijnen met zoekwoorden “depression AND prevent* ”

Dezelfde zoektermen leverden in National Guideline Clearinghouse eerst 326 bronnen op. Veel hiervan gingen letterlijk over preventie van een ziekte, niet over preventie van herval. Zoektermen: “depression AND prevent* AND (relaps* OR recur*)” in National Guideline Clearinghouse leverde 155 bronnen op. Na uitsluiting van richtlijnen die over andere ziektes gaan dan het onderwerp van deze studie (uitsluiting: beroerte, obesitas, HIV-patiënten, ziekte van Parkinson, hepatitis, schizofrenie, en ook bipolaire stoornis, depressie bij kinderen, postnatale depressie) bleven er nog 13 richtlijnen over.

Er werden 7 mogelijk relevante richtlijnen gevonden in “G.I.N. guideline resources”:

- American Society of Anesthesiologists Task Force on Neuraxial Opioids. (2009). Practice Guidelines for the Prevention, Detection, and Management of Respiratory Depression Associated with Neuraxial Opioid Administration. *Anesthesiology* 2009; 110(2):218-230
- CKS. (nd). *Depression – Management. How should I manage someone who is responding, and how can I prevent relapse?* Geraadpleegd op 29/1/2013 op http://prodigy.clarity.co.uk/depression/management/scenario_ongoing_management#
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Editors for the Guideline Group Unipolar Depression) (2012). *S3-Guideline/National Disease Management Guideline Unipolar Depression. Short Version*. DGPPN, ÄZQ, AWMF - Berlin, Düsseldorf. Geraadpleegd op 19 juni 2013 op <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/pdf/s3-nvl-depression-kurz-engl.pdf>
- EGAPP Working Group. (2007). Recommendations from the EGAPP Working Group: testing for cytochrome P450 polymorphisms in adults with nonpsychotic depression treated with selective serotonin reuptake inhibitors. *Genetics in Medicine* 9(12):819–825
- Ministry of Health (2012). *Depression. MOH Clinical Practice Guidelines 1/2012*. Singapore: Ministry of Health. Geraadpleegd op 26 februari 2013 op http://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/HPP/Doctors/cpg_medical/current/2012/depression/Depression%20CPG_R14_FINAL.pdf
- NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009). *Vagus nerve stimulation for treatment-resistant depression*. Interventional procedure guidance 330
- U.S. Preventive Services Task Force. (2009). Screening for Depression in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*, 151:784-792

Er werden 11 mogelijk relevante richtlijnen gevonden in “NHS Search Guidance”:

- Anoniem (2006). Mental Disorder. In: Fisher, Brown & Cooke (eds). *UK Ambulance Service Clinical Practice Guidelines*. Ambulance Service Association, Londen.

- Anderson, I., Ferrier, I., Baldwin, R., Cowen, P., Howard, L., Lewis, G., Matthews, K., McAllister-Williams, R., Peveler, R., Scott, J. & Tylee, A. (2008). Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology*, 22(4), 343–396.
- NICE, National Institute for Clinical Excellence. (2003). Guidance on the use of electroconvulsive therapy. NICE Technology Appraisal 59. National Institute for Clinical Excellence, Londen
- NICE, National Institute for Clinical Excellence. (2005). Depression in children and young people. Clinical guideline 28. National Institute for Clinical Excellence, Londen
- NICE, National Institute for Clinical Excellence. (2006). Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety. Review of Technology Appraisal 51. National Institute for Clinical Excellence, Londen
- NICE, National Institute for Clinical Excellence. (2007). Varenicline for smoking cessation. NICE Technology Appraisal 123. National Institute for Clinical Excellence, Londen
- NICE, National Institute for Clinical Excellence. (2008). Cognitive behavioural therapy for the management of common mental health problems. Commissioning guide. National Institute for Clinical Excellence, Londen
- NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009a). Depression. The treatment and management of depression in adults. This is a partial update of NICE clinical guideline 23. National Institute for Clinical Excellence, Londen
- NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009b). Depression in adults with a chronic physical health problem. Treatment and management. Clinical guideline 91. National Institute for Clinical Excellence, Londen
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010). *Non-pharmaceutical management of depression in adults. A national clinical guideline*. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network
- WHO, World Health Organization (2010). *Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Versie 1.0*. Italië: World Health Organization, Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Geraadpleegd op 13 augustus 2013 op http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP_intervention_guide/en/

Er werden 12 mogelijk relevante richtlijnen gevonden in National Guideline Clearinghouse:

- National Guideline Clearinghouse. (2011). Depression. The treatment and management of depression in adults. Guideline Summary NGC-7598.
- National Guideline Clearinghouse. (2013). Major depression in adults in primary care. Guideline Summary NGC-9117.
- National Guideline Clearinghouse. (2008). Depression. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice.. Guideline Summary NGC-6344.
- National Guideline Clearinghouse. (2010). Practice guidelines for the prevention, detection, and management of respiratory depression associated with neuraxial opioid administration. An updated report by the American Society of

Anesthesiologists Task Force on Neuraxial Opioids.. Guideline Summary NGC-7426.

- National Guideline Clearinghouse. (2010). Screening for depression in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement.. Guideline Summary NGC-7507.
- National Guideline Clearinghouse. (2012). Depression in adults with a chronic physical health problem. Treatment and management. Guideline Summary NGC-7599.
- National Guideline Clearinghouse. (2012). VA/DoD clinical practice guideline for management of major depressive disorder (MDD). Guideline Summary NGC-7711.
- National Guideline Clearinghouse. (2012). Best evidence statement (BESt). Treatment of children and adolescents with major depressive disorder (MDD) during the acute phase. Guideline Summary NGC-7860.
- National Guideline Clearinghouse. (2012). Clinical practice guideline on major depression in childhood and adolescence. Guideline Summary NGC-8276.
- National Guideline Clearinghouse. (2012). Strategies to support self-management in chronic conditions: collaboration with clients. Guideline Summary NGC-8724.
- National Guideline Clearinghouse. (2012). Common mental health disorders. Identification and pathways to care. Guideline Summary NGC-8755.
- National Guideline Clearinghouse. (2012). Depression and mania in patients with HIV/AIDS.. Guideline Summary NGC-8645.

Daarnaast werden ook volgende richtlijnen nagelezen

- Heyrman J., Declercq T., Rogier R.s, Pas L., Michels J., Goetinck M., Habraken H. and De Meyere,de, M.(2010). Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts. 2008 - Laatste update 01/02/2010. Geraadpleegd via EBPracticenet op 05/06/2015
- Isometsä E. (2009) Depressie. Laatste update: 4-10-2009. Geraadpleegd via EBPracticenet op 17/06/2015.
- Trimbos Instituut (2005). Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Utrecht: Trimbos Instituut, Utrecht
- Trimbos Instituut (2011). Multidisciplinaire richtlijn Depressie (tweede revisie). Utrecht: Trimbos Instituut, Utrecht
- Rytsälä H. (2011). Farmacologische behandeling van depressie. EBPractice Net, laatste update 30/09/2011, geraadpleegd op 17/06/2015 www.ebmpracticenet.be/nl/paginas/default.aspx?ebmid=ebm00721