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 stemmingstoornis 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 | Opsplitsing in levensdomeinen .................................................................................. | 15 |
| 2.4.2 | Doelgroep en exclusiecriteria ..................................................................................... | 15 |
| 2.5 | Vorm van de richtlijn ...................................................................................................... | 15 |
| 2.6 | Gebruik van de richtlijn .................................................................................................. | 17 |
| 2.6.1 | Het gebruik van levensdomeinen ................................................................................ | 17 |
| 2.6.2 | Toepassingsmogelijkheden van de richtlijn ................................................................ | 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 | Bevorderende en belemmerende factoren bij het toepassen van de richtlijn ................. | 21 |
| 2.9.2 | Criteria om de implementatie van de richtlijn te meten ............................................... | 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 | Cognitieve gedragstherapie (CBT) ................................................................................ | 44 |
| 5.5.2 | Psychodynamische therapie ......................................................................................... | 46 |
| 5.5.3 | Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) .............................................................. | 46 |
| 5.5.4 | Probleem oplossende counseling ................................................................................ | 48 |
| 5.5.5 | Interpersoonlijke psychotherapie (IPT) ....................................................................... | 49 |
| 5.5.6 | Gedragsactivering (Behavioral activation, BA) ............................................................. | 50 |
| 5.5.7 | Bewaken van een regelmatig dag-nacht ritme ............................................................... | 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

### Promotor Onderzoek

| Anja Depoortere | - Bachelor verpleegkundige – Optie psychiatrie  
|                 | - Master Gezondheidswetenschappen  
|                 | - Opleidingshoofd Verpleegkunde en Zorgmanagement in Hogeschool PXL, Hasselt |

### Onderzoekers literatuuronderzoek

| Katelijne Lenaerts | - Bachelor verpleegkundige – Optie psychiatrie  
|                    | - Psychotherapeut - groepspsychotherapeut  
|                    | - Praktijklektor opleiding verpleegkunde Hogeschool PXL, Hasselt |

| Prof. dr. Erik Nuyts | - Dr. in de wetenschappen  
|                      | - Methodoloog (PXL, Hasselt; UHasselt, Diepenbeek) |

### Stuurgroep

Peter Bekx / later vervangen door Hilde Dierickx

| Peter Bekx: | - Master Clinical Psychology  
|            | - Master Sport and exercise psychology  
|            | - Postgraduaat, Psychoanalysis and Psychotherapy  
|            | - Voormalig netwerkcoördinator Noolim  
|            | - Suïcidepreventiewerker - Suïcidepreventie CGG DAGG Lommel |

Hilde Dierickx:

| - 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)  
<p>| - Netwerkcoördinator project NOOLIM, Rekem |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Naam</th>
<th>Functionele rollen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>David Dol</td>
<td>- Bachelor Ergotherapie, - Jobcoach - Arbeidstrafjectbegeleider, Disability Case Manager - Netwerkcoördinator project RELING, Sint-Truiden</td>
</tr>
<tr>
<td>Roald Nelissen</td>
<td>- Bachelor verpleegkunde - Doctoraal diploma Gezondheidswetenschappen - Departementshoofd PXL Healthcare, Hasselt</td>
</tr>
<tr>
<td>Dr. Olga Van De Vloed</td>
<td>- Huisarts, Houthalen - Verbonden aan Domus Medica</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Rob Vanhemel / later vervangen door Dirk Van Laethem | Rob Vanhemel:  
- Bachelor Verpleegkunde - Optie psychiatrie  
- Master, Health Policy and Organisation  
Dirk Van Laethem:  
- Master in Criminologie  
- Provinciaal directeur Familiehulp Limburg, Vlaams-Brabant en Brussel |
| Mia Willemsen                | - Master in de psychologie - Gepensioneerd medewerker zorgmanagement ASSTER, Sint-Truiden                                                             |

*Externe experts die de conceptrichtlijn hebben beoordeeld hebben*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Naam</th>
<th>Functionele rollen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Brecht Aerts</td>
<td>- Bachelor Verpleegkunde - Optie sociale en psychiatrie - Opleiding tot hulpverlener bij alcohol- en drugproblemen, VAD - Noolim Mobiel Crisisteam</td>
</tr>
<tr>
<td>Kevin Berben</td>
<td>- Bachelor in de Verpleegkunde - optie psychiatrische verpleegkunde - Master of Science in de Verpleegkunde en Vroedkunde</td>
</tr>
<tr>
<td>Naam</td>
<td>Hoofdzaaklijke functies</td>
</tr>
<tr>
<td>------------------------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Niels Bijnens</td>
<td>Psychiatrisch Verpleegkundige Medisch Centrum St. Jozef Bilzen</td>
</tr>
<tr>
<td>Dette Court</td>
<td>Bachelor verpleegkundige – Optie psychiatrie Client-centered therapie Systeem en gezintherapie Rouwtherapeut Opleiding ‘groepen in organisaties’ Reling - Teamleider Mobiel A Team Zuid</td>
</tr>
<tr>
<td>Ellen Cypers</td>
<td>Master in het sociaal werk en sociaal beleid Familiezorg - Stafmedewerker zorg- en dienstverlening - Regio Limburg en Leuven</td>
</tr>
<tr>
<td>Prof. dr. Lieve Dams</td>
<td>Forensisch Psychiater Directeur van Centrum Berkenwinning in Heusden-Zolder Psychiater Revalidatie &amp; MS Centrum VZW Docent aan de Nationale rechercheschool te Brussel, Lessius Hogeschool, Universiteit Maastricht</td>
</tr>
<tr>
<td>David Fransen</td>
<td>Bachelor Verpleegkundige - Optie psychiatrie Master seksuologie Asster Staflid Docent opleiding verpleegkunde Hogeschool PXL</td>
</tr>
<tr>
<td>Henri Gilissen</td>
<td>Bachelor Verpleegkundige - Optie psychiatrie Asster afdelingshoofd De Lier 2 - (behandeling depressie, angst en somatoforme stoornissen)</td>
</tr>
<tr>
<td>Tanja Graulus</td>
<td>Bachelor Verpleegkundige - Optie pediatrie en psychiatrie Postgraduaat Geestelijke Gezondheidszorg Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem – Afdeling Neurosezorg</td>
</tr>
<tr>
<td>Naam</td>
<td>Functie /opleiding</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------------</td>
<td>-------------------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>An Moons</td>
<td>- Bachelor verpleegkundige – Optie Psychiatrie</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Mobiel Team GGZ Diest</td>
</tr>
<tr>
<td>Kristien Paesmans</td>
<td>- Master in de psychologie</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Psycholoog en teamcoördinator Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Zuid Limburg – Groep LiTP</td>
</tr>
<tr>
<td>Dominik Renson</td>
<td>- Bachelor verpleegkundige – Optie psychiatrie</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Banaba zorgmanagement</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Diensthooft Afdeling St.-Jan (opname en behandeling) PZ Sint-Annendael Diest</td>
</tr>
<tr>
<td>Geert Rogiers</td>
<td>- Bachelor Verpleegkunde - Optie psychiatrie</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Master in de gezondheidswetenschappen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Zorgmanager Triamant Haspengouw</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Docent opleiding verpleegkunde Hogeschool PXL</td>
</tr>
<tr>
<td>Hanne Schoofs</td>
<td>- Dr. in de psychologie</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Asster Zorgmanager De Lier - algemene psychiatrie</td>
</tr>
<tr>
<td>Lut Smeets</td>
<td>- Human Resources</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Change Management</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Organisatie-ontwikkeling</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Gezins- en Relatiewetenschappen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Sociale Hogeschool- Maatschappelijk Werk</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Netwerkcoördinator Noolim</td>
</tr>
<tr>
<td>Bart Vandergraesen</td>
<td>- Master in de psychologie</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Psycholoog VZ Mondriaan Heerlen (Nederland - Afdeling Volwassenzorg - Dubbeldiagnose</td>
</tr>
<tr>
<td>Elise Van Meeuwen</td>
<td>- Master in de psychologie</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Familiehulp - Stafmedewerker zorg- en dienstverlening</td>
</tr>
<tr>
<td>Maarten Vanwingh</td>
<td>- Bachelor verpleegkundige – Optie psychiatrie</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Master Personal Leadership and Innovation</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Manager Bedrijfsvoering VZ Mondriaan</td>
</tr>
</tbody>
</table>
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 handelden 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 behandelingssproces, 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.


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).


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 ontvingen 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 suiïcide, 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.


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 zorgbehoeften 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.


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 deel hoofdstuk heeft in principe dezelfde vorm:

- **Inleiding**: Leidt het onderwerp in.
- **Uitgangsvraag**: Wat is de vraag waarop het deel hoofdstuk 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 gedaald 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:

“Studiotype:

- 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 gezondheidsbehoeftte, 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 ‘beperkktere’ 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 hervalpreventie 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; Piu 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).


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 herval 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 hervalpreventie 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 zorgcirkuits 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 herval 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 hervalpreventie 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 handelden 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 hervalpreventie.

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 guidelinemaker. 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 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 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 hervalpreventie 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 rechtstreeks 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 experten, 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/gedragswijziging 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 herval 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/detaillering 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 hervalpreventie 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.


  - 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 gevoeld / 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.


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, slapeloosheid 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 hervalpreventie rekening te houden met de comorbiditeit met medische ziekten en de aanwezigheid van pijn?

Aanbevelingen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Houd rekening met een groter risico op depressie bij de aanwezigheid van comorbiditeit met medische ziekten en de aanwezigheid van pijnbeleving.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Seelig &amp; Katon, 2008 (A); Shelton, 2009 (B); Anderson et al., 2008 (D);</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Seelig &amp; Katon, 2008 (A); Glassman et al., 2002 (A)</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Bij de behandeling van depressie moeten slapeloosheidsproblemen mee behandeld worden.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Krystal, 2004 (A)</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Blijf voldoende alert voor het screenen op depressie wanneer mensen zich aanmelden met al dan niet verklaarbare pijnklachten.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Möller et al, 2003 (C)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 van de depressie uitlokken.


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 vaatziekten, 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, veralgemene vermoedendheid 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**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td><em>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</em></td>
</tr>
</tbody>
</table>
| 1      | Stimuleer fysieke activiteiten. Ze kunnen de depressieve symptomen en zelfs soms herval verminderen.  
*NICE, 2009 (A); Carta et al., 2008 (B); Babyak et al., 2000 (B)* |
| 1      | 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.  
*Babyak et al., 2000 (B)* |
| 2      | Zoek samen met de zorgvrager naar een bewegingsactiviteit die hem aanspreekt.  
*Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010 (B); Knapen & Schoubs, 2006 (D)* |
| 4      | Hoewel het positieve effect van de individuele inspanning op zich komt, is een groepsactiviteit aan te raden omdat die waarschijnlijk langer volgehouden wordt.  
*NICE, 2009 (D); Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010 (D)* |
| 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.  
*Knapen & Schoubs, 2006 (D)* |
| 4      | Organiseer psychomotorische begeleiding na ontslag in het kader van nazorg. Werken volgens een faseplan kan de patiënt ondersteunen.  
*Knapen & Schoubs, 2006 (D)* |

**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 residuelle 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.


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 fysische 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 fysische activiteiten zo veel mogelijk in te bouwen in het dagelijks leven van de zorgvragers, rekening houdend met hun fysische mogelijkheden en beperkingen. Tenslotte zou het opvolgen en bekraftigen van de fysische 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 motivering. 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 fysische activiteit kan leiden tot ontgoocheling en drop-out. In deze fase is kennistoonname 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.


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 termijndoelen. 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 fysische 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 fysische activiteit na de begeleide 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. fysische activiteit. Het is niet duidelijk in hoeverre deze resultaten gegeneraliseerd mogen worden.

Knaepen en Schoubs (2006) benadrukken op het vlak van het verhogen van fysische 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 eerstelijn 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**


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**
<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| 1      | Verpleegkundigen en eerste lijn betrekken bij de behandeling helpt om de therapietrouw te verbeteren.  
   Vergouwen et al., 2002 (A) |
| 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.  
   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); |
| 1      | Als de patiënt therapietrouw wordt omwille van angst voor verslaving, communiceer dat antidepressiva niet verslavend zijn.  
   Ministry of Health, 2012 (A); NICE, 2009 (C); WHO, 2010 (D) |
| 1      | Hanteer een actievere opvolgstrategie. Telefoonopvolging en actieve bezoeken door een depressieverpleegkundige leiden tot betere symptoomcontrole, minder herval en adequater medicatiegebruik bij chronische recurrente depressie in de eerste lijn.  
   Heyrman et al., 2008 (A) |
| 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.  
   Navarro, 2010 (B) |
| 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.  
   Möller et al. 2003 (B); WHO, 2010 (D) |
| 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.  
   Deijen, 2000 (C); NICE, 2009 (D); |
| 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.  
   Mitchel en Selmes 2007 (D) |
| 4      | Contacteer in het begin de zorgvrager wekelijks of om de twee weken om hem te ondersteunen en de effecten én de nevenwerkingen van de medicatie te evalueren. Want dan hebben de antidepressiva nog geen positief effect, maar al wel nevenwerkingen.  
   Anderson et al., 2008 (D) |
| 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.  
*Möller et al., 2003 (D)* |
|---|---|
| 4 | Als de reden voor de therapietrouw gewichtstoename is, dan worden er lichamelijke oefeningen aangeraden.  
*Dunner et al. 2007 (D)* |
| 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.  
*Dunner et al. 2007 (D)* |
| 4 | Als therapietrouw een gevolg is van vergetelheid, kunnen medicatiedozen, medicatiealarmen en/of herinneringsboodschappen via mail, email of telefoon helpen.  
*Mitchel & Selmes, 2007(D)* |
| 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.  
*Griffioen, 2008 (D)* |

**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 recurrente 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 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.

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 ontwenningsverschijnselen kan teweeg brengen. Soms zelfs ernstige ontwenningsverschijnselen, met name als de antidepressiva abrupt worden gestopt. (NICE, 2009; WHO, 2010). Patiënten er op wijzen dat therapietrouw 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 therapietrouw 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 medicatiezorg. Smelltabletten 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.


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).


Een combinatie van medicamenteuze behandeling en psychotherapie geeft geen garanties op het vlak van hervalpreventie, 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 medicatiezorg. (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, Holoya, 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Als antidepressiva positief effect hebben, dan mogen ze 6 maand, en soms zelfs 2 jaar doorgegeven worden. Eventueel zelfs levenslang. 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)</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>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. Rytsälä, 2011 (A); Isometsä, 2009 (D)</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Voorkom herval door bij risicopatiënten langer medicamenteus te behandelen en trager af te bouwen. Heyrman et al., 2008 (A)</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>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 ontwenningsverschijnselen. Anderson et al., 2008 (D); NICE, 2009 (D)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| 4 | Bied specifieke psycho-educatie over het bewaken en beheren van de gevolgen van het stoppen met antidepressiva.  
    WHO, 2010 (D); Anderson et al., 2008 (D) |
|---|---|
| 4 | Verhoog tijdens het afbouwen de frequentie van follow up afspraken en monitor specifiek of er een terugkeer is van de depressieve symptomen.  
    WHO, 2010 (D) |
| 4 | Nadat volledige remissie is bereikt, houdt de volledige dosering ten minste 6-9 maanden aan.  
    Rytsälä, 2011 (D) |
| 4 | Na een langere periode van behandeling (9-12 maanden) wordt aangeraden medicatie over een periode van minimaal drie maanden af te bouwen.  
    Heyrman et al., 2008 (D) |

**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 ontwenningsverschijnselen 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>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. Terhorst &amp; Smit, 2009 (A); Dunner et al., 2007 (C); Cohen et al., 2006(C); Anderson et al., 2008 (D); WHO, 2010 (D);</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Volg regelmatig de toestand van moeder en baby op bij zwangerschap en borstvoeding. WHO, 2010 (D); Terhorst &amp; Smit, 2009 (D)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Wetenschappelijke onderbouwing


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 gecorrereerd 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

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

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 sprekken 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 symptoom verbetering dienen besproken te worden.

**Overige overwegingen**


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 keuzeproces binnen behandelmogelijkheden 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_

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

_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, uitmonddend 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 hieruit 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

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

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 residuale symptomen 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 de zorgvrager 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 residuale 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.

Zorgvrager met subklinische restsymptomen blijven drie keer sneller te hervallen dan een asymptomatiche groep (Anderson et al., 2008; Hardeveld et al., 2010; Paykel, 2008; Franzen & Buysse, 2008). De aanwezigheid van residuale 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 zorgvrager 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.


5.4 **Lichamelijke activiteit verhogen**

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

**Aanbevelingen**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
</table>
| 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.  

*NICE, 2004 (A); Babyak et al., 2000 (B); Mata et al., 2012 (C); Knapen & Schoubs, 2006 (D)* |

**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 gesupervisede fysieke 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**


5.5 **Psychologische interventies**

5.5.1 **Cognitieve gedragstherapie (CBT)**

*Inleiding*


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**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
<th>Literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Beveel cognitieve gedragstherapie aan, zeker bij een vergroot risico op herval, zoals patiënten die al 3 of meer depressieve periodes hadden.</td>
<td><em>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)</em>;</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Cognitieve therapie heeft een bijkomend effect bovenop antidepressiva</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

indien er nog residuele symptomen aanwezig zijn.

Heyrman et al, 2008 (A)

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 leveren alleen CBT bewijsmateriaal ter vermindering van het risico op later herval. CBT dient overwogen te worden in combinatie 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 hervalpreventie programma’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 hervalpreventie 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 herval te voorkomen?

Aanbevelingen

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

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 herval te vermijden via bewuste aandacht, aanvaarding en vaardigheden om de cognitieve en affectieve patronen gelinkt aan risico op herval 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?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
<th>Literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>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.</td>
<td>NICE, 2009 (A); Beshai et al., 2011 (A); Chiesa &amp; Serretti, 2011 (A); Heyrman et al, 2008 (A); Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010 (B)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**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 werden vergeleken bij angst en depressie bleek dat deelnemers van beide behandelingen vormen 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
<th>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Bied probleemoplossende therapie aan om het omgaan met probleemsituaties te ondersteunen en zo herval te voorkomen.</td>
<td>Gellis &amp; Kenaley, 2008 (A)</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Oplossingsgerichte therapie kan worden gezien als een onderhoudsstrategie voor preventie van herval, doordat de coping-mechanismen in stressvolle situaties effectiever worden.</td>
<td>Bell en D’Zurilla, 2009 (A)</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>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.</td>
<td>Curran et al., 2002 (D)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 verminderd 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 problemoplossende 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 draag tot hervalpreventie?
**Aanbevelingen**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</strong></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
| 1 | IPT is een bruikbare behandelingsmethode bij depressie  
*Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010) (A)*; |
| 1 | Overweeg IPT in de acute fase, om het risico van herval te verminderen, aanvullend bij antidepressiva.  
*Segal et al., 2002 (A); Anderson et al., 2008 (C)* |
| 3 | Overweeg voortzetting IPT (enkel als monotherapie), als de patiënt tijdens de acute fase (uitermate) goed reageerde op ITP.  
*Anderson et al., 2008 (C)* |
| 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.  
*Dunner et al., 2007 (D)* |

**Wetenschappelijke onderbouwing**

De combinatiebehandeling met antidepressiva en IPT in de acute behandeling verminderd 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 aannemt 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**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
</table>
| 1      | Gedragsactivering tijdens de acute fase draagt bij tot preventie van herval bij een unipolaire depressie.  
Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2010 (A); Cuijpers et al. 2007 (A); Dimidjian & Davis, 2009 (A); Dobson et al. 2008 (B); WHO (D); |
| 2      | Op lange termijn helpt gedragsactivering soms zelfs meer dan een zuiver medicamenteuze behandeling.  
Dobson et al. 2008 (B) |
| 4      | Gedragsactivering start bij het opbouwen en volhouden van een regelmatige structuur voor activiteiten uit het dagelijks leven zoals eten, werken en slapen.  
Jacobson et al., 2001 (D) |
| 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.  
WHO, 2010 (D) |
| 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.  
Molenaar et al., 2009 (D); Trimbos, 2011 (D) |
| 4      | Laat de zorgvrager dagelijks de uitgevoerde activiteiten registeren 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 activities.  

51
|   | activiteiten.  
|   | *Molenaar et al., 2009 (D);*  
| 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.  
|   | *Curran et al., 2002 (D)*  
| 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.  
|   | *Heyrman et al., 2008 (D)*  

**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.


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.


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

5.5.7 Bewaken van een regelmatig dag-nacht ritme

Uitgangsvraag
Kan het bewaken van een regelmatig dag- en nacht ritme herval voorkomen?

Aanbeveling

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>4</td>
<td>Maak een functionele analyse van het slaappatroon en integreer indien nodig de slaaproutine in een activiteitenplanning.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Veale, 2008 (D)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Wetenschappelijke onderbouwing

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 (vooroordeelen). Stigmatisering heeft op zijn beurt discriminatie als gevolg. (Thornicroft, Rose, Kassam en Sartorius, 2007).
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 herval negatief beïnvloedt?

**Aanbevelingen**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>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.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td><em>Adriaensen et al., 2011</em> (A); <em>Pinto-Foltz &amp; Logsdon, 2008</em> (C), <em>WHO, 2010</em> (D); <em>Bruffaerts et al., 2008</em> (D)</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Heb als therapeut een accepterende, open en actief luisterende houding. Dit draagt bij tot het vermijden van stigmatisering.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td><em>NICE, 2004</em> (D).</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Vanuit een ruimer hulpverleningsperspectief kan op middelgrote schaal een instelling proberen een correct en positievere beeld van personen met een depressie te geven.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td><em>Persoonlijke communicatie Externe experten (D)</em></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>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, …</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td><em>Beleidsplan Geestelijke Gezondheidszorg Vlaanderen, 2010</em> (D)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**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 psychiatsche 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 herval 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 antidiscriminatiewetten zoals dit ook van toepassing is bij mensen met een fysieke handicap.

**Overige Overwegingen**

Elke werkgever kan in zijn beleid aandacht geven aan hervalpreventie, 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.

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, buren, …), 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td><em>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</em></td>
</tr>
</tbody>
</table>
| 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.  
*Vergouwen et al., 2002 (C); Trimbos, 2011 (D) Trangle et al., 2012 (D); Heyrman, 2008 (D); Isometsä, 2009 (D)* |

Wetenschappelijke onderbouwing

Het is belangrijk de patiënt te behandelen in diens sociale context (partner/gezin/familie). Met toestemming 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 herval 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 eerstelijn, m.n. verzorgenden die vaak aan huis komen bij cliënten, is het zinvol om te weten op welke signalen van herval 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_

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>4</td>
<td>Blijf alert voor (nieuwe) psychosociale problemen. Verwijs eventueel door naar specifieke hulpverlening.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td><em>WHO, 2010 (D)</em></td>
</tr>
</tbody>
</table>

_Wetenschappelijke onderbouwing_

6.3 Bestaande sociale netwerken (re)activeren.

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

_Aanbevelingen_

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>4</td>
<td>(re)Activeer bestaande sociale netwerken indien deze wenselijk/ondersteunend zijn.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td><em>Trimbos, 2011(D); WHO, 2010 (D)</em></td>
</tr>
</tbody>
</table>

_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, buren bezoeken, sociale activiteiten op werk, sport, activiteiten georganiseerd in de directe buurt.

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**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Sociale vaardigheidstraining geven is zinvol. Dit kan de depressieve symptomen verminderen.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td><em>Segrin, 2000 (A)</em></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>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.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td><em>Segrin 2000 (C); Segrin et al., 2007 (C)</em></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>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.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td><em>Segrin, 2000 (C)</em></td>
</tr>
</tbody>
</table>
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 zorgvrager 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 therapeutieën voor de behandeling van depressie (Segrin, 2000). Bemerk 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, te wandelen, 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**

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

**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.

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>3</td>
<td>Overwin als zorgverlener de eigen schaamte, en plaats zelf seksualiteit als een normaal en standaard te bespreken onderwerp op de agenda binnen de hulpverleningsgesprekken.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td><em>Van Drunen et al., 2009 (C); Griffioen, 2008 (D)</em></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Blijf het seksueel functioneren open bespreken doorheen het volledige zorgtraject.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td><em>Griffioen, 2008 (D)</em></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
</table>
| 4      | Geef psycho-educatie rond de eventuele seksuele bijwerkingen van antidepressiva en rond seksualiteit.  
Östman, 2008 (D) |

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?


Indien er een behandeling met antidepressiva wordt opgestart is de dosering vaak onteerend (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 te beperken (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).


Tijdens de behandeling is de medicatie秃rouw 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
-------|-----------------

<table>
<thead>
<tr>
<th>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</th>
</tr>
</thead>
</table>
| 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.

- 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.

Möller et al., 2003 (D); Trimbos, 2011 (D); NICE, 2009 (D);
Shelton, 2009 (D)

Wetenschappelijke onderbouwing


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 behandelebeleid 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>1</strong></td>
<td>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. <em>Trangle et al., 2012 (A); Heyrman et al, 2008 (D)</em></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>3</strong></td>
<td>Maak gebruik van samenwerkingsvormen die regionaal voorhanden zijn <em>Heyrman et al, 2008 (A)</em></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 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)*

Hierdoor 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 toetstandkoming en/of het intensifieren 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

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

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 hervalpreventie rekening te houden met culturele verschillen?

**Aanbeveling**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td><em>Aanbeveling literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</em></td>
</tr>
</tbody>
</table>
| 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.  
*Trangle et al., 2012 (D)* |
| 4      | Maak gebruik van appreciative inquiry (waarderende bevraging).  
*Trangle et al., 2012 (D)* |

**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**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td><em>literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)</em></td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Bied vormen van onderhoudstherapie aan, waarin het opbouwen van vaardigheden en zelfmanagement aangeleerd worden via cognitieve, gedragsmatige en sociale oefeningen. <em>Trangle et al., 2012 (A)</em></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Zorg voor goede samenwerkingsinitiatieven tussen de residentiële en ambulante, multidisciplinaire zorgverstreekers. Deze zijn in het kader van nazorgbehandeling essentieel. <em>DGPPN, 2012 (A)</em></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Rapporteer in het dossier relevante gegevens in verband met de interactiepatronen tussen de persoon en zijn familie en omgeving. <em>Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2010 (D)</em></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>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 –</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Telefoonische contacten kunnen een onderdeel van de nazorg zijn.

*WHO, 2010 (D)*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nummer</th>
<th>Inhoud</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>4</td>
<td>Verhoog de frequentie van nazorgafspraken bij vrouwen die een zwangerschap plannen, zwanger zijn, borstvoeding geven alsook bij ouderen.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>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.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 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.

Onderhoudsterapie 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Houd rekening met een groter risico op depressie bij de aanwezigheid van comorbiditeit met medische ziekten en de aanwezigheid van pijnbeleving.</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Bij de behandeling van depressie moeten slapeloosheidsproblemen mee behandeld worden.</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Blijf voldoende alert voor het screenen op depressie wanneer mensen zich aanmelden met al dan niet verklaarbare pijnklachten.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

9.2 Lichamelijke activiteit verhogen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Stimuleer fysieke activiteiten. Ze kunnen de depressieve symptomen en zelfs soms herval verminderen.</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Stimuleer fysieke activiteiten. Ze verbeteren de lichamelijke conditie.</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>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.</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Zoek samen met de zorgvrager naar een bewegingsactiviteit die hem aanspreekt.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Hoewel het positieve effect van de individuele inspanning op zich komt, is een groepsactiviteit aan te raden omdat die waarschijnlijk langer volgehouden wordt.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>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.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Organiseer psychomotorische begeleiding na ontslag in het kader van nazorg. Werken volgens een faseplan kan de patiënt ondersteunen.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

9.3 Medicamenteuze therapietrouw

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Verpleegkundigen en eerste lijn betrekken bij de behandeling helpt om de therapietrouw te verbeteren.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| 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-
<table>
<thead>
<tr>
<th>1</th>
<th>Als de patiënt therapieontrouw wordt omwille van angst voor verslaving, communiceer dat antidepressiva niet verslavend zijn.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Hanteer een actievere opvolgstrategie. Telefoonopvolging en actieve bezoeken door een depressieverpleegkundige leiden tot betere symptoomcontrole, minder herval en adequater medicatiegebruik bij chronische recurrente depressie in de eerste lijn.</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>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.</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>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.</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>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.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>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.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>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.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>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.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Als de reden voor de therapieontrouw gewichtstoename is, dan worden er lichamelijke oefeningen aangeraden.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>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.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Als therapieontrouw een gevolg is van vergetelijkheid, kunnen medicatiedozen, medicatiealarmen en/of herinneringsboodschappen via mail, email of telefoon helpen.</td>
</tr>
<tr>
<td>9.4</td>
<td><strong>Stoppen met het gebruik van antidepressiva</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Niveau</strong></td>
<td><strong>Aanbeveling</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Als antidepressiva positief effect hebben, dan mogen ze 6 maand, en</td>
</tr>
</tbody>
</table>
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 ontwenningsverschijnselen.

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>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.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Volg regelmatig de toestand van moeder en baby op bij zwangerschap en borstvoeding.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

9.6 De patiënt voorlichten

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>4</td>
<td>Geef de patiënt goede informatie, zodat hij geformeerd zijn voorkeur kan geven over de vorm van de nazorg met het oog op hervalpreventie.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Hou daarna ook rekening met deze voorkeur.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 9.8 Residuele symptomen

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

### 9.9 Lichamelijke activiteit verhogen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>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.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 9.10 Psychologische interventies

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Beveel cognitieve gedragstherapie aan, zeker bij een vergroot risico op herval, zoals patiënten die al 3 of meer depressieve periodes hadden.</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Cognitieve therapie heeft een bijkomend effect bovenop antidepressiva indien er nog residuele symptomen aanwezig zijn.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 9.11 Psychodynamische therapie

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Beveel eventueel psychodynamische therapie aan, het is even effectief als de andere psychotherapieën.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 9.12 Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>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.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 9.13 Probleem oplossende counseling

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Bied probleemoplossende therapie aan om het omgaan met probleemsituaties te ondersteunen en zo herval te voorkomen.</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Oplossingsgerichte therapie kan worden gezien als een onderhoudsstrategie voor preventie van herval, doordat de coping-mechanismen in stressvolle situaties effectiever worden.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>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.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 9.14 Interpersoonlijke psychotherapie (IPT)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>IPT is een bruikbare behandelmethode bij depressie</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Overweeg IPT in de acute fase, om het risico van herval te verminderen, aanvullend bij antidepressiva.</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Overweeg voortzetting IPT (enkel als monotherapie), als de patiënt tijdens de acute fase (uitermate) goed reageerde op ITP.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>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.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 9.15 Gedragsactivering (Behavioral activation, BA)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Gedragsactivering tijdens de acute fase draagt bij tot preventie van herval bij een unipolaire depressie.</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Op lange termijn helpt gedragsactivering soms zelfs meer dan een zuiver medicamenteuze behandeling.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Gedragsactivering start bij het opbouwen en volhouden van een regelmatige structuur voor activiteiten uit het dagelijks leven zoals eten, werken en slapen.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Stimuleer dat iemand zoveel mogelijk activiteiten blijft uitvoeren die hij/zij vroeger interessant of plezierig vond, ongeacht of dit nu misschien anders wordt beleefd.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Vraag en motiveer de patiënt om zijn dagelijkse activiteiten te registreren en te noteren, of registreren 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.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Laat de zorgvrager dagelijks de uitgevoerde activiteiten registeren en zijn stemming bij deze activiteiten weergeven. Hierdoor zal de</td>
</tr>
</tbody>
</table>
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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>4</td>
<td>Maak een functionele analyse van het slaappatroon en integreer indien nodig de slaaproutine in een activiteitenplanning.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

9.17 Stigmatisering voorkomen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>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.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Heb als therapeut een accepterende, open en actief luisterende houding. Dit draagt bij tot het vermijden van stigmatisering.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Vanuit een ruimer hulpverleningsperspectief kan op middelgrote schaal een instelling proberen een correct en positiever beeld van personen met een depressie te geven.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>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, …</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>3</td>
<td>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.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

9.19 Alert blijven voor (nieuwe) psychosociale problemen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
</table>
| 4      | Blijf alert voor (nieuwe) psychosociale problemen. Verwijs eventueel
door naar specifieke hulpverlening.

### 9.20 Bestaande sociale netwerken (re)activeren.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>4</td>
<td>(re)Activeer bestaande sociale netwerken indien deze wenselijk/ondersteunend zijn.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Literatuur (grade voor het relevante deel van de bron)**

### 9.21 Sociale vaardigheidstrainingen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Sociale vaardigheidstraining geven is zinvol. Dit kan de depressieve symptomen verminderen.</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>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.</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>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.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 9.22 Buddywerking

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Organiseer buddywerking. Dit kan in beperkte mate depressieve symptomen verminderen.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Wend buddywerking aan in het kader van verhoging van fysieke activiteit. Buddywerking helpt de activiteit te structureren.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 9.23 Seksualiteit bespreekbaar stellen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>3</td>
<td>Overwin als zorgverlener de eigen schaamte, en plaats zelf seksualiteit als een normaal en standaard te bespreken onderwerp op de agenda binnen de hulpverleningsgesprekken.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Blijf het seksueel functioneren open bespreken doorheen het volledige zorgtraject.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 9.24 Psycho-educatie i.v.m. seksuele dysfuncties

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>4</td>
<td>Geef psycho-educatie rond de eventuele seksuele bijwerkingen van antidepressiva en rond seksualiteit.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 9.25 Behandelingsmodellen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>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.</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Maak gebruik van samenwerkingsvormen die regionaal voorhanden zijn</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| 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.  
  - 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

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

### 9.27 Culturele aspecten

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>4</td>
<td>Hou rekening met de zorgvrager zijn culturele en persoonlijke overtuigingen en zoek mogelijkheden om deze te integreren in het behandelingssplan. Gebruik tolken waar mogelijk.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Maak gebruik van appreciative inquiry (waarderende bevraging).</td>
</tr>
</tbody>
</table>
## 9.28 Aandachtspunten binnen nazorg

<table>
<thead>
<tr>
<th>Niveau</th>
<th>Aanbeveling</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Bied vormen van onderhoudstherapie aan, waarin het opbouwen van vaardigheden en zelfmanagement aangeleerd worden via cognitieve, gedragsmatige en sociale oefeningen.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Zorg voor goede samenwerkingsinitiatieven tussen de residentiële en ambulante, multidisciplinaire zorgverstrekkers. Deze zijn in het kader van nazorgbehandeling essentieel.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Rapporteer in het dossier relevante gegevens in verband met de interactiepatronen tussen de persoon en zijn familie en omgeving.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>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.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Telefonische contacten kunnen een onderdeel van de nazorg zijn.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Verhoog de frequentie van nazorgafspraken bij vrouwen die een zwangerschap plannen, zwanger zijn, borstvoeding geven alsook bij ouderen.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>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.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
10 Bibliografie


Baas, K.D. & Ruhé, H.G. (2007). Gedragsactivatie is effectief bij de behandeling van depressie. Tijdschrift voor Psychiatrie, 49(6), 411


Buddywerking Vlaanderen (nd). Website over buddywerking in Vlaanderen, waarbij echter elk deel steeds dezelfde URL heeft: http://www.buddywerking.be/


Trimbos Instituut (2012). Handleiding bouwstenen zorgpaden basis ggz. Een coproductie van het Trimbos-instituut en stichting Robuust, geraadpleegd op 12


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*”.


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

- 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

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


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

- 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.


Daarnaast werden ook volgende richtlijnen nagelezen


