



Multidisciplinaire
Richtlijnontwikkeling

GGZ

Trimbos-
instituut
*Netherlands Institute
of Mental Health
and Addiction*



MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN

Depressie

Patiëntenversie

Multidisciplinaire richtlijn

Depressie

Patiëntenversie

2005

Deze patiëntenversie is mede ontleend aan de Multidisciplinaire Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een depressie (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2005)

Colofon

Financiering

ZonMw



ZonMw

Auteurs

mw. drs. K. Hofstra, Trimbos-instituut

mw. drs. E. Fischer, Trimbos-instituut

Eindredacteur

dhr. drs. L. Oosterhout

Productiebegeleiding

dhr. drs. P. Anzion

Omslag

Conefrey/Koedam, Zeist

Opmaak en druk

Ladenius Communicatie BV, Houten

Deze uitgave is te bestellen bij het Trimbos-instituut via www.trimbos.nl/producten of via de Afdeling bestellingen, postbus 725, 3500 AS Utrecht, tel: 030 297 11 80; fax: 030 297 11 11; e-mail: bestel@trimbos.nl.

Onder vermelding van artikelnummer AF0630. U krijgt een factuur voor de betaling.

Deze patiëntenversie (en de multidisciplinaire richtlijnen voor de GGZ) zijn te ook downloaden op www.ggzrichtlijnen.nl.

ISBN 90-5253-490-X

© 2005 Trimbos-instituut, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Trimbos-instituut.

INHOUD

	Inleiding	5
1	Wat is een depressie?	7
2	Hoe wordt een depressie vastgesteld?	9
3	Behandelmogelijkheden bij een depressie	13
4	Samen beslissen	17
5	De behandelingen beschreven	19
	• Medicatie	19
	• Psychologische behandeling	24
	• Overige en aanvullende behandelingen	27
6	De behandelaar	31
7	Omgaan met depressie	35
8	Familie en partners van mensen met een depressie	37
9	Praktische informatie	39
	Bijlage 1 Werkgroep Samen Beslissen	45
	Bijlage 2 Informatie over de multidisciplinaire richtlijnen en de patiëntenversies	47

INLEIDING

In deze patiëntenversie vindt u informatie over depressies; wat is een depressie, welke mogelijke behandelingen stelt uw behandelaar in eerste instantie voor en bij welke behandelaars kunt u daarvoor terecht? Ook kunt u lezen wat u zelf kunt doen en waar u terecht kunt voor extra informatie, praktische hulp en emotionele ondersteuning.

De behandelingen die in deze patiëntenversie beschreven worden zijn wetenschappelijk onderzocht en zijn effectief voor de behandeling van een depressie. De beschrijving van de verschillende behandelingen is een 'vertaling' van de behandelingen die beschreven worden in de multidisciplinaire richtlijn Depressie. Daarin staan aanbevelingen voor behandelaars voor de diagnostiek en behandeling van volwassenen met een depressie¹.

In de praktijk wordt onderscheid gemaakt tussen een *depressieve stoornis*, een *dysthyme stoornis* en een *manisch-depressieve stoornis (bipolaire stoornis)*. Bij een dysthyme stoornis is net als bij een depressieve stoornis sprake van een depressie, maar de klachten zijn langduriger en meestal minder intens dan bij een depressieve stoornis. Bij een manisch-depressieve stoornis worden depressieve periodes afgewisseld met manische perioden. De dysthyme stoornis en de manisch-depressieve stoornis worden in deze patiëntversie niet behandeld.

Aan de hand van deze patiëntenversie kunt u samen met uw behandelaar een geschikt behandeltraject uitstippelen. U kunt beoordelen of de voorgestelde behandeling bij u past door samen met uw behandelaar te kijken naar uw persoonlijke omstandigheden en uw eigen voorkeuren. In een aantal gevallen maakt het niet uit of u start met een psychologische behandeling of met medicijnen. In dat geval bespreekt u met uw behandelaar wat het best bij u past. Het kan ook zijn dat u bezwaar heeft tegen de voorgestelde behandeling. U bespreekt dan met uw behandelaar of er alternatieven zijn en hoe goed die zijn. Met uw behandelaar maakt u afspraken over de evaluatie: de momenten waarop u met uw behandelaar nagaat of de behandeling effectief is en of er een nieuwe behandelstap nodig is.

U kunt deze patiëntenversie gebruiken als naslagwerk. In de inhoudsopgave vindt u waar welke informatie staat.

¹ Deze aanbevelingen zijn algemeen en houden geen rekening met individuele omstandigheden en eigen voorkeuren. Daarom kan uw behandelaar zonodig en in overleg met u afwijken van de aanbevelingen in de richtlijn.

I WAT IS EEN DEPRESSIE?

Depressie is een ziekte waarbij de twee hoofdkenmerken zijn

- Een sombere of depressieve stemming, leegheid
- Het verlies van interesse en plezier, niet meer blij kunnen zijn

Soms gaat een depressie gepaard met klachten als lusteloosheid, paniek- of angstgevoelens, prikkelbaarheid of snel geïrriteerd zijn, vergeetachtigheid, verminderde seksuele gevoelens, veel of juist niet kunnen huilen, gevoelens van hopeloos- en hulpeloosheid, lichamelijke klachten waarvoor geen oorzaak gevonden wordt, het leven zonder zin of doel vinden of verwaarlozing van zichzelf, het huis of sociale contacten².

Om van een depressie te kunnen spreken moeten -naast een of twee van de bovenstaande hoofdkenmerken- meerdere van de volgende zeven klachten of symptomen aanwezig te zijn. Ook moeten deze klachten een verstoring van het dagelijks functioneren met zich meebrengen en gedurende minimaal twee weken het grootste deel van de dag aanwezig zijn:

- Een gevoel van waardeloosheid of schuldgevoelens
- Slaapstoornissen: te weinig of teveel slapen
- Verminderde of grotere eetlust of duidelijke gewichtsverandering
- Weinig energie of vermoeidheid
- Concentratieproblemen of besluiteloosheid
- Traagheid of juist aanhoudende lichamelijke onrust
- Terugkerende gedachten over de dood of zelfdoding

Hoe vaak komt het voor?

Depressies komen vaak voor en brengen veel leed met zich mee. Uit onderzoek blijkt dat 6% van de volwassen Nederlandse bevolking tot 65 jaar lijdt aan een depressie of daar pas geleden mee te kampen heeft gehad. Bij jongeren is dat 2 tot 3% en bij ouderen ongeveer 2%. In totaal zijn dat ongeveer 750.000 inwoners van Nederland.

Hoe verloopt de ziekte?

Herstel van een depressie kan heel snel gaan, ook als mensen niet behandeld worden.

De helft van alle mensen met een depressie is binnen 3 maanden hersteld. Ruim 60% van de mensen is na zes maanden weer beter. Daarna wordt herstel steeds moeilijker, mensen met langer durende klachten hebben minder kans op herstel. Bij 20% van de mensen is de depressie chronisch, dat wil zeggen dat de klachten langer dan 2 jaar aanwezig zijn.

² Deze beschrijving is een bewerking van de tekst van de website van het Depressie Centrum van het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid (NFGV). Dit centrum behartigt de belangen van mensen met een depressie en hun verwanten. Het adres van de website is: www.depressiecentrum.nl/depressie.

2 HOE WORDT EEN DEPRESSIE VASTGESTELD?

Als mensen last hebben van de hiervoor genoemde klachten, kunnen ze hiermee naar de huisarts gaan. Ook bestaat er een depressie zelftest, die mensen zelf kunnen gebruiken om na te gaan of ze misschien aan een depressie lijden. Zo'n test geeft echter hooguit een indicatie. Het kan voorkomen dat men de klachten zelf niet herkent maar veel last heeft van bijvoorbeeld lichamelijke klachten. Om een depressie vast te stellen is het belangrijk meerdere zaken met uw behandelaar te bespreken. Als het goed is wordt u uitgenodigd om uw *eigen verhaal* te vertellen. De behandelaar zal *doorvragen* op bepaalde aspecten en eventueel een *vragenlijst* gebruiken. Het is belangrijk dat de behandelaar een goed beeld krijgt van wat er aan de hand is. In het gesprek met u kunnen de volgende vragen aan de orde komen:

- Hoe komt de depressie tot uiting?
- Wat is het beloop: bestaat het al langer, heeft u eerder een depressie gehad, zijn de klachten seizoensgebonden, trad het op voor of na een bevalling?
- Hoe ernstig is het: hoeveel klachten heeft u, in hoeverre wordt uw dagelijks functioneren beperkt, ziet, hoort of ruikt u dingen die andere mensen niet opmerken, zijn er gedachten aan zelfdoding (of pogingen daartoe)?

Uw eigen verhaal

Als u hulp zoekt bij depressieve klachten begint de behandelaar – meestal de huisarts – met één of meer gesprekken waarin u samen de problemen in kaart brengt. Het is belangrijk dat u de ruimte neemt uw eigen verhaal te vertellen. U kunt hiervoor een dubbele afspraak maken zodat u meer tijd heeft. Ook kunt u desgewenst uw partner of een andere direct betrokkene meenemen om u te helpen uw klachten goed in beeld te brengen. Het kan handig zijn om thuis alvast op te schrijven wat u wilt bespreken. Het onderstaande rijtje met vragen kan u helpen uw verhaal te vertellen:

- Wat zijn de klachten? U kunt bijvoorbeeld depressieve klachten hebben als: somber zijn, moe, overal tegenop zien, minder interesse in dingen, het gevoel dat veel dingen niet lukken. Ook kunt u eventuele andere klachten noemen zoals slecht slapen, of een veranderde eetlust.
- Hoe lang heeft u al klachten en hoe verlopen de klachten (bent u gedurende de meeste dagen van de week depressief, wordt het steeds erger, gaat het af en toe beter)?
- Hangen de klachten mogelijk samen met bijvoorbeeld stress, overbelasting, relatieproblemen, werkproblemen, een lichamelijke ziekte, het gebruik van medicijnen, gebeurtenissen uit het verleden?
- Wat zijn de gevolgen van de klachten voor het dagelijks leven? Het kan zijn dat u zich depressief voelt maar dat het u nog wel lukt de dagelijkse dingen te

doen. Het kan ook dat u nergens meer toe komt.

- Mogelijke gedachten aan de dood en/of doodswens. Voor het stellen van de diagnose is het belangrijk dat u deze gedachten – als u ze heeft – ook vertelt.
- Wat heeft u zelf eventueel al gedaan om uw depressieve gevoelens te verminderen?
- Wat hoopt u te bereiken met de behandeling?

Doorvragen tijdens het vaststellen van de depressie (de diagnosestelling)

Uw behandelaar zal doorvragen op uw verhaal, om te kijken of er sprake is van een depressie en te bezien of er misschien meer of iets anders aan de hand is. Zo moet de behandelaar bepalen of aanvullend onderzoek nodig is om andere ziekten uit te sluiten. Aanvullend lichamenlijk en psychologisch onderzoek kan nodig zijn om de juiste diagnose te stellen.

Andere ziektes waarbij depressieve klachten kunnen optreden zijn:

- Spanningsklachten, overspanning, een burn-out, rouwreacties
- Angststoornissen, bipolaire stoornis (manische depressie), schizofrenie en beginnende dementie
- Middelengebruik (alcohol, drugs, geneesmiddelen) of contact met schadelijke middelen (bijvoorbeeld werken met giftig materiaal)
- Persoonlijkheidsstoornissen
- Lichamenlijke problemen, bijvoorbeeld beginnende dementie, schildklierziekte, CVA

Vragenlijsten

Tijdens de diagnosestelling worden soms korte testen en vragenlijsten gebruikt. Met een korte test (of screener) wil de behandelaar snel nagaan of inderdaad aan een depressie gedacht moet worden. Vervolgens kunnen vragenlijsten gebruikt worden om na te gaan of iemand daadwerkelijk een depressie heeft en hoe ernstig de depressie is. Later kunnen vragenlijsten gebruikt worden om het beloop van de klachten te meten en te evalueren of een behandeling effectief is.

De diagnosestelling

Vaak lukt het om een diagnose te stellen. Soms lukt het niet om een precieze diagnose te stellen. Het kan zijn dat uw klachten niet precies binnen één diagnose passen. Dat hoeft geen probleem te zijn als uw behandelaar met u bespreekt wat hij ervan vindt en wat zijn conclusies zijn. Ga bij uzelf na of u zichzelf in de diagnose of de beschrijving van uw behandelaar herkent. Vraag zonedig om meer uitleg. Als u twijfelt kunt u vragen om een tweede - deskundige - mening van een andere behandelaar (second opinion).

Het is zinvol om regelmatig met uw behandelaar te bekijken of de diagnose depressie nog klopt of überhaupt juist was. Klachten kunnen veranderen en soms

komen nieuwe problemen naar boven tijdens een behandeling. Ook kan het zijn dat de klachten in het begin op een depressie leken te wijzen maar toch een andere oorzaak hebben. Een bipolaire stoornis wordt bijvoorbeeld niet altijd meteen herkend.

3 BEHANDELMOGELIJKHEDEN BIJ EEN DEPRESSIE

Depressies kunnen in veel gevallen goed behandeld worden. Er zijn verschillende behandelingen mogelijk, vaak valt er dus ook te kiezen. Veel van de hier besproken behandelingen zijn goed onderzocht en in onderzoekssituaties effectief gebleken. Toch is het niet mogelijk om van te voren precies te weten welke behandeling bij u zal aanslaan. U zult samen met de behandelaar goed moeten kijken naar de behandeling die het best bij u past. Daarbij zijn een paar dingen belangrijk.

Heeft u een ernstige depressie of niet?

Behandelaars maken onderscheid tussen ernstige en niet-ernstige depressies. Bij dit onderscheid gaat het er in feite om in welke mate u door uw depressie beperkt wordt in het dagelijks leven. Bij een ernstige depressie bent u erg ziek en kunt u uw normale leven niet leiden. Het lukt dan niet om uzelf en anderen te verzorgen, boodschappen te doen of om te werken. Vaak komen mensen met een ernstige depressie niet hun bed uit en hebben ze geen contact met anderen. Ook kan het zijn dat doodsgedachten voorop staan, of dat ze dingen zien, horen of proeven die andere mensen niet waarnemen. Voor de patiënt zelf en zijn omgeving is dit erg zwaar.

Bij een niet-ernstige depressie zijn veel mensen in staat de gewone dagelijkse activiteiten te doen. Een aantal activiteiten lukt niet zoals contact zoeken met vrienden en familie.

Duurt uw depressie al langer?

Het is belangrijk om te kijken naar de duur van de depressieve klachten. In meer dan de helft van de gevallen gaat een depressie binnen 6 maanden over, met of zonder behandeling. Als een depressie langer duurt neemt de kans op blijvende klachten toe.

Een stapsgewijze behandeling

Er zijn verschillende behandelingen die kunnen helpen bij depressie. De behandelaar gaat daarbij uit van een stapsgewijze aanpak, ook wel *stepped care* genoemd. Dit betekent minimale hulp als het kan en intensieve hulp als het nodig is. Een lichte depressie die voor het eerst optreedt gaat vaak vanzelf over. Bij een ernstige depressie of bij een terugval (een nieuwe depressie na een eerdere depressieve periode) is snel ingrijpen vereist. Dus als de depressie niet ernstig is en nog niet lang bestaat probeert men eerst een korte behandeling, waarbij mensen snel hun oude krachten weer terug vinden. Als dit niet helpt of als mensen wel een ernstige depressie hebben, wordt meteen een meer intensieve depressiebehandeling ingezet. Het is belangrijk dat u samen met de behandelaar in de gaten houdt of een behandeling aanslaat.

Behandelingen bij niet-ernstige en kortdurende depressies

Bij een niet-ernstige depressie is de kans op herstel groot. Mensen beschikken gelukkig over mogelijkheden om zelf of met kortdurende hulp weer het oude leven op te pakken. Er zijn behandelingen die hier goed in ondersteunen. Sommige daarvan zijn effectief in het wegnemen van de depressieve klachten of in het voorkomen van een ernstige depressie. Van andere behandelingen weten we dat patiënten ze in de praktijk op prijs stellen, ook al is er uit onderzoek weinig over bekend. Mogelijke behandelingen zijn:

- Voorlichting en psycho-educatie
- Zelfzorg
- Problem Solving Therapy: gesprekken met de behandelaar om uw vaardigheden om oplossingen te zoeken te vergroten
- Counseling/Casework: gesprekken die stimuleren om aan de slag te gaan met bepaalde activiteiten of doelen
- Fysieke inspanning

Meer informatie over deze behandelingen kunt u vinden in hoofdstuk 5, Medicatie, hoofdstuk 5, Psychologische behandeling en hoofdstuk 5, Overige en aanvullende behandelingen.

Behandelingen bij langer durende depressies

Bij patiënten met een depressie die langer duurt dan 3 maanden zijn de belangrijkste mogelijkheden:

- Psychotherapie
- Medicatie (een antidepressivum)
- Een combinatie van beide

Als de behandeling niet voldoende resultaat heeft, wordt gekeken wat de oorzaak daarvan kan zijn en wordt zonodig een andere behandeling gekozen. Vaak zullen patiënten en behandelaars bij de keuze voor behandeling afgaan op de voorkeur of eerdere ervaringen van de patiënt. Als een psychologische behandeling wordt gekozen en dat onvoldoende resultaat geeft, is het advies de behandeling te combineren met een antidepressivum of helemaal over te stappen naar een antidepressivum. Als direct voor medicatie wordt gekozen en dat onvoldoende resultaat geeft, is het advies over te stappen naar andere medicatie en dit te combineren met een psychologische behandeling of om helemaal over te stappen naar een psychologische behandeling.

Bij een chronische depressie is er geen voorkeur voor een psychologische behandeling of medicatie. Er bestaat geen bewijs dat een bepaalde behandeling beter werkt dan een andere. Daarom wordt de keuze gemaakt op grond van uw eigen voorkeur en op de eventuele behandelingen die in het verleden bij u succesvol waren.

Meer informatie over deze behandelingen kunt u vinden in hoofdstuk 5, Medicatie en in hoofdstuk 5, Psychologische behandeling.

Behandelingen bij ernstige depressies

Bij een ernstige depressie zal een behandelaar medicijngebruik voorstellen, eventueel gecombineerd met een psychologische behandeling.

Meer informatie over deze behandelingen kunt u vinden in hoofdstuk 5, Medicatie en in hoofdstuk 5, Psychologische behandeling.

Behandelingen bij seizoensgebonden depressies

Bij mensen met depressieve klachten in specifieke seizoenen, vooral in de winter, wordt eventueel lichttherapie aangeraden.

Meer informatie over deze behandeling kunt u vinden in hoofdstuk 5, Medicatie.

4 SAMEN BESLISSEN

De behandelaar stelt in eerste instantie een behandeling voor die:

- Bij wetenschappelijk onderzoek effectief is gebleken
- Bij de meeste mensen de meeste kans blijkt te hebben op betere resultaten dan andere behandelingen
- Minder ernstige of ingrijpende bijwerkingen of gevolgen voor het dagelijks leven heeft dan andere behandelingen

Het blijft echter de vraag of de voorgestelde behandeling ook voor u de beste keuze is. Daarom is er altijd ruimte voor overleg. U kunt altijd *samen* met uw behandelaar *beslissen* om toch voor iets anders te kiezen.

Uw behandelaar dient u goed te informeren over de verschillende behandel-mogelijkheden en wat deze inhouden. De volgende punten horen tijdens dit gesprek aan de orde te komen.

- Welke behandel-mogelijkheden zijn er?
- Waarom stelt de behandelaar deze behandeling voor?
- Wat houdt deze behandeling in?
- Wanneer kan verbetering verwacht worden?
- Hoe lang duurt een behandeling gemiddeld genomen?
- Wat zijn de mogelijke bijwerkingen (of – wat zijn de gevolgen voor mijn dagelijks leven)?
- Informatie over en de keuze tussen de verschillende behandelaars die depressies behandelen.
- Een doorverwijzing naar een andere behandelaar als de stoornis beter door een andere behandelaar behandeld kan worden.
- Indien gewenst: informatie over de stoornis voor de familie en partner.
- Nazorg om de kans op terugval te verkleinen (dit kan ook bij de afronding van de behandeling besproken worden).

In een aantal gevallen maakt het wat het verwachte effect betreft niet uit of gestart wordt met medicijnen of een psychologische behandeling. Het kan ook dat u zelf een sterke voorkeur heeft voor medicijnen of juist een psychologische behandeling. In beide gevallen beslist u samen met uw behandelaar waarmee u start. Bij het bepalen van een keuze kunt u samen met uw behandelaar nagaan wat van alle reële mogelijkheden de voor- en nadelen zijn³:

Ter overweging

- Kans op verbetering
- Snelheid waarmee effect is te verwachten

³ De prijs van een behandeling kan ook een rol spelen bij de keuze. Als er geen andere goede redenen zijn om te kiezen voor een bepaalde behandeling, wordt er gekozen voor de goedkoopste behandeling. Er is geen verband tussen de kwaliteit van de behandeling en de prijs.

- Mate waarin de behandeling u aanspreekt/ u vertrouwen heeft in de behandeling
- Kans op bijwerkingen
- Emotionele en/of fysieke belasting van de behandeling
- Mate waarin de behandeling is in te passen in het dagelijks leven
- Aantal leefregels (zoals geen alcohol, niet autorijden, op vaste tijden eten)
- Mate waarin de behandeling wordt vergoed
- Aanwezigheid wachtlijst
- Afstand tot uw huis en de plaats waar de behandeling wordt aangeboden

Desgewenst kunt u ook anderen betrekken bij deze beslissing. U kunt uw familie, partner of direct betrokkenen vragen mee te denken. U kunt ook contact opnemen met een patiëntenorganisatie, die u helpt om tot een keuze te komen op grond van datgene wat voor u belangrijk is.

Beoordelen of de behandeling voldoende effect heeft

Niet iedereen reageert hetzelfde op een bepaalde behandeling. Het is niet van te voren te bepalen of de gekozen behandeling bij u inderdaad werkt zoals dat zou moeten. Om na te kunnen gaan of de behandeling effectief, heeft u de volgende informatie nodig.

- Welke effecten (verbetering, bijwerkingen) horen bij de behandeling? Welke effecten zijn een teken dat de behandeling mogelijk niet goed is?
- Na hoeveel tijd is er verbetering te verwachten?
- Hoe gaat uw behandelaar na of inderdaad verbetering is opgetreden?
- In de praktijk schiet een evaluatie er soms bij in, u kunt zelf aangeven dat u een evaluatie wilt.

Als de behandeling werkt, wordt besproken of en hoe verder wordt gegaan.

Als de behandeling niet voldoende resultaat heeft, wordt eerst gekeken naar de mogelijke oorzaak hiervan. Zonodig wordt voor een andere behandeling gekozen. Ook kan de behandeling worden aangevuld met een andere behandeling. U volgt bijvoorbeeld een psychologische behandeling en gaat ook medicijnen gebruiken. Bij de nieuwe (of gewijzigde) behandeling heeft u evenveel kans als ieder ander dat deze behandeling werkt. Uw kansen op verbetering zijn niet kleiner geworden omdat een andere behandeling niet effectief was.

Dat betekent niet dat iedereen gegarandeerd een passende behandeling vindt voor zijn of haar klachten. Er zijn mensen die nagenoeg altijd last houden van depressie. Deze mensen krijgen begeleiding hoe ze – ondanks hun depressieve klachten – hun leven kunnen inrichten.

Voor mensen die wel een passende behandeling vinden, geldt dat ze bijna altijd een verhoogde kwetsbaarheid hebben om opnieuw depressief te worden. Het advies is om alert te zijn op mogelijke terugval.

5 DE BEHANDELINGEN BESCHREVEN

Medicatie

De werking van medicijnen

Een medicijn is een chemische stof, bedoeld om een aandoening te genezen of om de symptomen van een aandoening te verminderen of te laten verdwijnen. Medicijnen kunnen op verschillende manieren ingenomen worden. De meeste medicijnen worden geslikt in de vorm van tabletten, capsules of druppels. Via het maagdarmkanaal komt de werkzame stof uiteindelijk in het bloed terecht. Het bloed transporteert de werkzame stof naar de plek waar die zijn werk moet doen. In het geval van een depressie gaat het om de hersenen. Een medicijn werkt pas wanneer de juiste hoeveelheid van de stof in het bloed zit. De werkzame dosering kan per persoon verschillen. Factoren die hierbij een rol spelen zijn; leeftijd, geslacht en gewicht.

Medicijnen zijn niet alleen werkzaam op de plekken waar dat gewenst is, ze beïnvloeden ook andere lichaamsprocessen met bijwerkingen als mogelijk gevolg. Bij een verkeerde (te hoge of te lage) dosering wordt de kans op bijwerkingen vergroot. De kans op bijwerkingen wordt ook vergroot door onjuist gebruik van medicatie, of door een mogelijke wisselwerking met andere medicijnen die u gebruikt. Uw behandelaar probeert bij u een goed evenwicht te vinden tussen optimale werkzaamheid en minimale bijwerkingen.

Het gebruik van medicijnen

Bij het gebruik van medicijnen is voorlichting en begeleiding door de behandelaar van groot belang. In de richtlijn wordt aanbevolen om in het begin minstens eens in de twee weken een gesprek met de behandelaar te plannen om te controleren of alles goed verloopt en eventuele vragen te bespreken. Na langer gebruik zijn dergelijke afspraken minder nodig maar het blijft gewenst om eens in de zoveel tijd een afspraak te maken. Overleg met uw behandelaar hoe vaak. Hieronder staat een lijst van zaken en onderwerpen die u met uw behandelaar kunt bespreken:

Werking

Bij sommige medicijnen verergeren bepaalde klachten in het begin. Ook zijn er medicijnen waarbij snel verbetering is te verwachten, bij andere kan dat langer duren. Bij de medicatie die tegen depressie wordt voorgeschreven duurt het meestal een aantal weken voor er een verbetering te merken is.

Instelling juiste dosis

Pas als vastgesteld is wat voor u de goede dosering is, kan na de vastgestelde periode (een aantal weken) beoordeeld worden of het medicijn bij u werkt.

Gebruik

Afspraken over hoeveel slikken, wanneer slikken, hoe lang slikken? Kan het middel in combinatie met alcohol of andere medicatie? Is het verantwoord te combineren met dagelijkse activiteiten als autorijden of het bedienen van bepaalde machines? Kan het medicijn worden gebruikt bij zwangerschap en borstvoeding?

Bijwerkingen

Welke bijwerkingen kunnen mogelijk optreden? Wat kunt u aan eventuele bijwerkingen doen? Een veel voorkomende bijwerking is toename van de klachten in het begin. Andere veelvoorkomende bijwerkingen zijn slaapstoornissen en misselijkheid. Om bijwerkingen te beperken of te voorkomen is het soms mogelijk een medicijn tegen de bijwerkingen te slikken. Soms helpt het als u het medicijn op een ander tijdstip inneemt of eerst iets eet. Ernstige bijwerkingen komen zelden voor. Toch is het belangrijk dat u er alert op bent omdat u in dat geval snel uw behandelaar op de hoogte moet brengen. Dat kan het geval zijn als u erg ziek wordt door het gebruik van medicatie (koorts, ademhalingsmoeilijkheden, hartproblemen, geel worden van de huid), of als u merkt dat uw emoties er negatief door beïnvloed worden (onrust, gedachten aan de dood). Als u last heeft van dergelijke ernstige bijwerkingen, kunt u dat het beste snel bespreekbaar maken met uw behandelaar.

Evaluatie

U kunt samen met uw behandelaar beoordelen of het medicijn (nog steeds) werkt zoals bedoeld. Als uw behandelaar er zelf niet over begint, kunt u vragen om een evaluatie.

Afbouw

U kunt afspraken maken over het verminderen van de hoeveelheid medicatie en het eventueel stoppen met medicatie. Soms moet uw lichaam eraan wennen dat de medicijnen niet meer geslikt worden. Deze onttrekkingsverschijnselen kunt u ook ter sprake brengen. Wijzigingen in de dosering of het afbouwen van de medicatie dienen in overleg met uw behandelaar te gebeuren.

Eerste keuze bij medicijnen

Bij depressie wordt in eerste instantie meestal een antidepressivum voorgeschreven. Een benzodiazepine, dat is een slaap- en kalmeringsmiddel, wordt bij een depressie regelmatig voorgeschreven maar kortdurend en alleen als middel tegen de tijdelijke toename van klachten die bij antidepressiva kunnen optreden bij het begin van het gebruik. Bij een niet ernstige depressie is Sint-Janskruid een mogelijk alternatief. Als u een winterdepressie heeft, wordt eventueel gestart met lichttherapie⁴.

⁴ Lichttherapie is geen medicijn. Omdat het echter, net als medicijnen, zich richt op het beïnvloeden van lichamelijke reacties (en niet de geest), wordt het hier behandeld. Behandelingen die zich richten op lichamelijke reacties worden ook wel biologische interventies genoemd.

Antidepressiva

Volgens de richtlijn zijn antidepressiva de eerste keus bij behandeling met medicijnen van een depressie. Antidepressiva zijn wetenschappelijk goed onderzocht. Ze zijn voor veel mensen effectief en worden redelijk goed verdragen. Antidepressiva beïnvloeden de chemische processen in onze zenuwen. De zenuwen in ons lichaam geven signalen aan elkaar door via bepaalde stoffen: neurotransmitters. Deze neurotransmitters beïnvloeden de angstige en/of depressieve stemming. Antidepressiva hebben invloed op de (her-)opname van bepaalde neurotransmitters. Antidepressiva werken niet direct, het duurt een aantal weken voor u merkt of ze effect hebben.

Een aantal mensen wil geen antidepressivum gebruiken of stopt met het gebruik vanwege de bijwerkingen. Anderen kiezen wel voor antidepressiva omdat deze middelen in veel gevallen wel goed werken. Het is niet zeker dat u veel last zult hebben van bijwerkingen, dat verschilt per persoon. Bovendien kunt u voor sommige bijwerkingen medicijnen krijgen die de klachten beperken.

Antidepressiva worden onderverdeeld in selectieve serotonine her-opname remmers (SSRI's) en tricyclische antidepressiva (TCA's). Hoewel ze meestal even effectief zijn verschilt de werking en de bijwerkingen per antidepressivum. Omdat SSRI's over het algemeen beter verdragen worden, zijn die meestal eerste keus. Voor mensen die zijn opgenomen is een TCA de eerste keus, omdat ze effectiever zijn bij deze groep patiënten. Ook bij een depressie met psychotische kenmerken wordt in eerste instantie voor een TCA gekozen. Als een bepaald antidepressivum niet werkt, is overschakelen op een ander antidepressivum vaak een goede keuze. Omdat ze allemaal net iets anders werken, is er een goede kans dat een ander type wel het beoogde effect heeft.

Hieronder treft u de mogelijke bijwerkingen van SSRI's en TCA's:

- SSRI's
Voorbeelden van SSRI's zijn: citalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine en sertraline (de stofnaam). Mogelijke bijwerkingen zijn: maag- en darmklachten (zoals misselijkheid, braken en diarree) nervositeit, hoofdpijn, slapeloosheid, seksuele stoornissen (zoals impotentie) en bloedingsstoornissen (waardoor sneller blauwe plekken kunnen ontstaan).
- Tricyclische antidepressiva (TCA's)
Voorbeelden van TCA's zijn clomipramine en imipramine (de stofnaam). Mogelijke bijwerkingen zijn: droge mond, moeilijk plassen, droge ogen, wazig zien, verstopping van de darmen. Ook komen seksuele functiestoornissen (zoals minder zin in seks) duizeligheid, versnelde hartslag door tijdelijk verlaagde bloeddruk, sufheid, gewichtstoename (door meer eetlust) en verminderde hartwerking voor.

Nogmaals: het is beslist niet gezegd dat u van (alle) bijwerkingen last krijgt of dat u last krijgt van ernstige bijwerkingen. En nadat u stopt met de medicijnen, houden de bijwerkingen na verloop van tijd op. Het is verstandig om met uw behan-

delaar te bespreken welke bijwerkingen er bij een bepaald medicijn zijn, en hoe u ze eventueel kunt beperken.

Benzodiazepinen

Een benzodiazepine is een slaap- en kalmeringsmiddel. Bij een depressie worden ze kortdurend voorgeschreven aan mensen die net begonnen zijn met een antidepressivum en last hebben van angst of slaapproblemen, een tijdelijke toename van klachten of bijwerkingen. Het effect is dat u kalmer wordt en dat uw angstgevoelens worden geremd. Benzodiazepinen worden meestal goed verdragen. Een mogelijke en veelvoorkomende bijwerking is wel dat het reactievermogen wordt beïnvloed, soms zelfs zonder dat u dat merkt. Autorijden en het bedienen van machines kunnen daardoor gevaarlijk zijn. Ook andere bezigheden waarvoor concentratie vereist is, bijvoorbeeld op een keukentrapje staan om iets schoon te maken, kunnen gevaar opleveren. Behalve dat is er kans op onder andere sufheid, hoofdpijn, spierpijn, vermoeidheid, duizeligheid, depressiviteit. Door combinatie met bepaalde andere medicijnen of met alcohol worden de bijwerkingen erger. Benzodiazepinen worden bijna altijd kortdurend voorgeschreven. Bij langer gebruik (al na 6 weken) is er namelijk een grote kans op verslaving, zowel psychisch (u denkt niet meer zonder te kunnen) als lichamelijk (uw lichaam geeft aan het middel nodig te hebben). Benzodiazepinen zijn wetenschappelijk goed onderzocht en blijken effectief te zijn.

Sint-Janskruid:

Sint-Janskruid is waarschijnlijk het oudste medicijn tegen depressie. Het werd zo'n 2000 jaar geleden al gebruikt. Uit onderzoek is gebleken dat (extracten van) het Sint-Janskruid de symptomen van milde tot matig ernstige depressies kan verlichten. De werkzame stof is hypericin. De optimale dosering en de optimale behandelduur is nog onduidelijk. De meeste mensen ervaren verbetering in 2 tot 3 weken, de werkzaamheid op lange termijn is niet bekend. Sint-Janskruid kan een goed alternatief zijn voor patiënten die erg gevoelig zijn voor bijwerkingen of sceptisch staan tegenover de gebruikelijke antidepressiva.

Sint-Janskruid heeft weinig bijwerkingen, maar geeft wel kans op interacties met andere medicatie zoals bijvoorbeeld de pil, maar ook antidepressiva. Als u al antidepressiva slikt, is het beslist af te raden om op eigen houtje er Sint-Janskruid bij te gebruiken. Sint-Janskruid kunt u zonder recept kopen maar overleg over het gebruik van Sint-Janskruid altijd met uw behandelaar omdat het mogelijk reageert op andere medicijnen die u gebruikt. Sint-Janskruid is redelijk goed onderzocht en blijkt effectief te zijn.

Lichttherapie

Lichttherapie is waarschijnlijk effectief als u een seizoensgebonden depressie heeft (meestal een winterdepressie) en is in dat geval ook de meest voor de hand liggende behandeling.

Voor lichttherapie wordt het zogenaamde *volspectrumlicht* gebruikt. Dit licht is

samengesteld uit alle kleuren van de zon, en heeft ook de intensiteit van zonlicht op een normale heldere dag. Het volspectrumlicht is in speciale lichtbakken ingebouwd. Er zijn verschillende bedrijven die deze bakken verhuren. Lichttherapie bestaat meestal uit één of meerdere kuren van 5 tot 10 sessies gedurende 5 tot 7 dagen aan het begin van of tijdens de winter.

De meest voorkomende, over het algemeen lichte, bijwerkingen zijn vermoeide ogen, misselijkheid en hoofdpijn. Eventueel kunt u meer opgewonden raken of moeite hebben met inslapen. Bij hoge uitzondering kan de depressie omswaaien in een manie. Tijdens een manische periode verliest u het zicht op de realiteit. U kunt zich ontregeld voelen, wat zich kan uiten in over-activiteit, afwijkend sociaal gedrag, slapeloosheid, onverantwoord omgaan met geld en bezit en afwijkend sociaal gedrag. Lichttherapie is wetenschappelijk niet goed onderzocht maar is volgens de mening van deskundigen (behandelaars en patiënten) wel effectief.

Als de medicatie niet werkt

Na een aantal weken (meestal 6 soms wel 12, afhankelijk van hoe snel het medicijn werkt) bekijkt u samen met uw behandelaar of de behandeling voldoende effect heeft. Als dat het geval is, wordt doorgedaan op de ingeslagen weg. Bij onvoldoende effect kunnen de volgende stappen worden ondernomen:

- Er wordt onderzocht of de aanvankelijke diagnose wel klopt.
- Er wordt gekeken in hoeverre de depressie in stand wordt gehouden door bepaalde factoren of omstandigheden (bijvoorbeeld door slechte sociale omstandigheden, of als er sprake is van een andere aandoening die vaak samengaat met een depressie).
- De therapietrouw wordt nagegaan: worden de medicijnen gebruikt zoals afgesproken?
- De behandeling wordt geoptimaliseerd: de dosering wordt verhoogd. In sommige gevallen wordt de bloedspiegel gecontroleerd.
- De behandelperiode wordt verlengd.

Als blijkt dat de behandeling nog steeds onvoldoende effect heeft, zijn er de volgende mogelijkheden:

- Overstappen naar een ander medicijn⁵.
- Toevoegen van een psychologische behandeling of overstappen naar een psychologische behandeling.

Als de (nieuwe) behandeling beter door een andere behandelaar kan worden vervolgd of gedaan, wordt u doorverwezen.

⁵ In deze patiëntenversie staan niet alle medicijnen beschreven. Als u een nieuw medicijn krijgt voorgeschreven omdat de eerste keuze niet werkte, krijgt u uiteraard de nodige voorlichting van uw behandelaar. U kunt daarbij navragen waarom hij een bepaald medicijn voorschrijft en hoe effectief het is.

Psychologische behandeling

Een psychologische behandeling wordt toegepast bij psychische klachten en problemen. De behandeling bestaat uit gesprekken met een deskundige behandelaar. Dat kan een gezondheidszorgpsycholoog (gz-psycholoog) zijn, die de behandeling uitvoert volgens vastgelegde stappen, of een psychotherapeut of klinisch psycholoog voor meer complexe behandelingen en psychotherapie. Ook een psychiater is bevoegd deze psychologische behandelingen uit te voeren.

In de gesprekken bespreekt u met uw behandelaar uw klachten en problemen. De behandelaar lost geen problemen voor u op, maar helpt u moeilijke situaties anders aan te pakken, pijnlijke gevoelens te verwerken of ingrijpende problemen anders te bekijken. Het doel van de psychologische behandeling is uw psychische klachten of problemen op te heffen, of zoveel te doen verminderen dat u er minder last van hebt.

Een psychologische behandeling, waaronder psychotherapie, heeft geen bijwerkingen zoals die bij medicatie kunnen voorkomen. Toch kan zo'n behandeling behoorlijk belastend zijn. Als u het moeilijk vindt om de behandeling vol te houden is het belangrijk dat met uw behandelaar te bespreken.

Bij de behandeling van depressie zijn er drie vormen van psychotherapie die alledrie even effectief zijn. Als er behalve depressie ook sprake is van relatieproblemen, ligt een gedragstherapeutische relatietherapie voor de hand. Deze is effectief voor zowel het bestrijden van de depressie als het aanpakken van de relatieproblemen.

Hieronder worden de mogelijke behandelingen besproken. Begonnen wordt met cognitieve gedragstherapie, omdat die in de richtlijn als eerste keus wordt aanbevolen.

Cognitieve gedragstherapie

In de cognitieve gedragstherapie gaat het om het verband tussen uw depressie, uw gedachten en uw gedrag. Wanneer u negatieve gedachten heeft, bijvoorbeeld 'ik ben geen goede moeder', wordt u onzeker en mislukt er van alles (gedrag) waardoor u zich somber gaat voelen (depressie). Bij cognitieve gedragstherapie wordt veel aandacht besteed aan het doorbreken van negatief denken, omdat dit negatieve denken de depressie in stand houdt. Uw behandelaar zal samen met u kijken welke gedachten u hebt over uzelf, over wat anderen van u vinden, over wat u vindt dat u moet doen, over schuldgevoelens, enzovoort. Door dit samen te bespreken, zal langzamerhand duidelijk worden welke gedachten realistisch zijn en welke niet. Ook zult u gaan oefenen om in situaties anders te denken en zich anders te gedragen. De niet realistische gedachten zullen door het aanleren van realistische gedachten veranderen of verminderen. Hierdoor zult u merken dat uw negatieve en sombere gevoelens afnemen. Bij cognitieve gedragstherapie is het gebruikelijk om een dagboek bij te houden. U beschrijft uw negatieve gedachten en u wordt uitgedaagd om daar realistischere gedachten tegenover te plaatsen.

Gedragstherapie

Mensen met een depressie denken vaak dat ze ‘waardeloos’ of ‘mislukt’ zijn. Door uw gedachten over uzelf of over een situatie te veranderen, kunnen de depressieve klachten minder worden. Mensen met een depressie gaan zich ook anders gedragen. Voorbeelden zijn: u onderneemt niets meer, u gaat mensen uit de weg, u laat uw hobby's links liggen, enzovoort. Door dit gedrag komt u in een neerwaartse spiraal terecht, waardoor uw depressie alleen maar erger wordt. Tijdens de therapie wordt geprobeerd dit gedrag te veranderen. Er wordt een plan gemaakt om meer (soms minder!) activiteiten te ondernemen. Ook kan geprobeerd worden andere, meer plezierige activiteiten te beoefenen. Op die manier krijgt u weer meer voldoening over uzelf en meer plezier in wat u doet. Meestal wordt bij gedragstherapie ook aandacht geschonken aan uw contact met andere mensen. Mensen met een depressie voelen zich in de omgang met anderen vaak niet op hun gemak. Om die reden gaan ze bijvoorbeeld niet meer naar de sportvereniging of naar een feestje. Tijdens de behandeling leert u hoe u zich in dit soort situaties beter op uw gemak kunt voelen. Vaak gebeurt dit met oefeningen. Bijvoorbeeld oefeningen om voor uw mening uit te komen.

Interpersoonlijke therapie

Interpersoonlijke therapie is speciaal ontworpen voor het behandelen van een depressie. ‘Interpersoonlijk’ betekent letterlijk: ‘tussen mensen’. Bij interpersoonlijke therapie wordt gekeken naar het contact, de relaties die u heeft met andere mensen. De therapie gaat ervan uit dat uw depressie te maken heeft of gepaard gaat met een verandering in uw omgang met anderen (‘uw sociale relaties’).

Bijvoorbeeld:

- U bent een belangrijk persoon in uw leven verloren (door een echtscheiding of omdat iemand is gestorven).
- U heeft een conflict met een belangrijke naaste over de verwachtingen die u van elkaar heeft.
- Er is een belangrijke verandering in uw leven, zoals de geboorte van een kind of u bent met pensioen gegaan.
- Het contact met anderen gaat u in het algemeen niet goed af, waardoor het moeilijk is om vriendschappen of een relatie te beginnen of goed te houden.

In de behandeling wordt eerst uitgezocht wat bij u een rol speelt. Als dat meer dan één onderwerp is, bespreekt u samen met uw behandelaar waar u het eerst aan wilt werken. Het kan bijvoorbeeld dat uw depressie verband houdt met het verlies van een naaste en dat u dat verlies niet goed kunt verwerken (men noemt dit ‘een vastgelopen rouwproces’). In de therapie wordt dit rouwproces weer op gang gebracht, zodat het verlies van de naaste verwerkt kan worden.

Cognitieve gedragstherapie, gedragstherapie en interpersoonlijke therapie zijn wetenschappelijk goed onderzocht en blijken effectief te zijn. Er is geen verschil in effectiviteit tussen deze drie therapieën aangetoond. Deze therapieën kunnen zowel individueel als in groepsverband worden aangeboden.

Gedragstherapeutische relatietherapie

Als naast de depressie ook relatieproblemen bestaan, kan (gedragstherapeutische) relatietherapie een goede keus zijn die zeker overwogen zal worden. Bij relatietherapie helpt de behandelaar u om de problemen met uw partner te bespreken en te proberen een oplossing te vinden. Bij gedragstherapeutische relatietherapie wordt ook naar het gedrag gekeken dat mogelijk de relatieproblemen veroorzaakt, verergert of in stand houdt. Net als bij gedragstherapie maakt u samen met uw behandelaar (en in dit geval ook uw partner) plannen om bepaald gedrag te veranderen. Bijvoorbeeld hoe u samen met uw partner leuke dingen kunt doen of op een positievere manier kunt ruziemaken.

Gedragstherapeutische relatietherapie is wetenschappelijk niet goed onderzocht maar is naar de mening van deskundigen (behandelaars en patiënten) wel effectief.

Overige en aanvullende behandelingen

Een aantal behandelingen kan worden ingezet naast de reguliere behandeling. Dit zijn *zelfzorg*, *alternatieve behandelingen* en *ondersteunende behandelingen*. Bij de behandeling van een niet-ernstige depressie kan een ondersteunende behandeling ook op zichzelf staan.

Zelfzorg

Er is veel wat u zelf kunt doen om uw depressie sneller te overwinnen. Als u leuke, zinvolle en voldoende activiteiten onderneemt en als u lichamelijk goed voor uzelf zorgt, voelt u zich beter en is het makkelijker om u minder depressief te voelen. Een goede hulp is het maken van een dagprogramma waarin u zorgt voor regelmaat en voor verschillende activiteiten die u helpen u beter te voelen. Het helpt als u zorgt voor vaste momenten om te slapen en te eten en voor activiteiten als sociale contacten, sporten, wandelen in de natuur, zelfexpressie (dagboek, tekenen). U hoeft uzelf niet te dwingen om een overladen programma af te werken maar het is wel goed uzelf te dwingen in ieder geval dagelijks een paar dingen te ondernemen. Er is een depressie zelfzorgboek. Meer informatie daarover vindt u in het laatste hoofdstuk.

Zelfzorg kunt u combineren met andere behandelingen. U kunt ook bij een niet-ernstige depressie uw behandelaar om zelfzorgadviezen vragen en dat als eerste stap van de behandeling doen. Bij een lichte depressie heeft u een goede kans dat dat voldoende is om de depressie te overwinnen⁶.

Zelfzorg is ook goed te gebruiken om een eventueel nieuwe depressieve periode te voorkomen (preventie).

Een speciale vorm van zelfzorg is bibliotherapie. Hierbij bestudeert u zelfstandig allerlei schriftelijke informatie waaruit u bepaalde sociale en cognitieve vaardigheden kunt aanleren, hoe u ontspanningsoefeningen kunt doen en plezierige activiteiten kunt ondernemen. Met name bibliotherapie wordt vaak aangeboden als eerste behandeling bij een niet-ernstige depressie. Als er na 6 weken geen of onvoldoende verbetering is, wordt een andere behandeling overwogen.

Zelfzorg is wetenschappelijk redelijk goed onderzocht en blijkt effectief te zijn.

Alternatieve behandelingen

In de praktijk blijkt dat veel mensen met een depressie (ook) buiten het reguliere aanbod op zoek gaan naar hulp. In het alternatieve circuit zijn veel verschillende mogelijkheden. Over het effect van deze behandelingen zijn geen algemene uitspraken te doen. Uw behandelaar en ook patiëntenorganisaties kunnen u mogelijk ondersteunen om op een verantwoorde manier met alternatieve mogelijkheden om te gaan. Als u een alternatieve behandeling overweegt of al volgt, dan is het verstandig om dit met uw behandelaar te bespreken. Het kan zijn dat uw behandelaar u meer informatie kan geven (bijvoorbeeld of de behandeling wetenschap-

⁶ De behandelaar zal behalve zelfzorgadviezen u ook meer informatie over wat een depressie is geven (voorlichting).

pelijk onderzocht is en wat het effect is) en het kan nodig zijn de alternatieve behandeling af te stemmen op de behandeling die u al volgt. Het volgen van een alternatieve behandeling kan een negatief effect hebben op de reguliere behandeling. Het kan bijvoorbeeld gevaarlijk zijn bepaalde medicijnen gelijktijdig te slikken, ook als één van die medicijnen een alternatief middel is.

Ondersteunende behandelingen

Er zijn veel mogelijkheden voor ondersteunende behandelingen. Ze worden naast de gewone behandeling toegepast maar kunnen ook onafhankelijk worden ingezet, bijvoorbeeld bij een lichte depressie. Ondersteunende behandeling worden ook vaak gebruikt om een nieuwe depressieve periode te voorkomen. Van de hieronder genoemde behandelingen is bekend dat ze een positief effect kunnen hebben.

Psycho-educatie

In het begin van de behandeling is het belangrijk dat uzelf (en uw belangrijke naasten) concrete informatie krijgen over een depressie. Het gaat hier om de verschijnselen die horen bij het ziektebeeld, de verschillende manieren waarop een depressie kan verlopen, de behandelmogelijkheden, het belang om u te houden aan de behandelafspraken, de risico's op terugval, hoe u terugval kunt herkennen en wat u dan kunt doen. De behandelaar heeft meer de rol van docent dan van behandelaar. Psycho-educatie is een wezenlijk onderdeel van de behandeling van depressie. Bij een lichte depressie kan het de eerste stap van de behandeling zijn. Pas als psycho-educatie onvoldoende werkt, wordt een andere stap overwogen.

Psycho-educatie is wetenschappelijk niet goed onderzocht maar is naar de mening van deskundigen (behandelaars en patiënten) wel effectief.

Problem Solving Therapy

Dit is een inhoudelijk en tot in detail uitgewerkt gespreksmodel dat de vaardigheden om oplossingen te zoeken van patiënten met een depressie vergroot. Problem Solving Therapy is wetenschappelijk goed onderzocht en blijkt effectief te zijn.

Counseling/Casework

Bij counseling en casework wordt u via ondersteunende gesprekken gestimuleerd aan de slag te gaan met bepaalde activiteiten of doelen. Ook kunt u begeleid worden bij het opstellen van een problemenlijst, hulp krijgen bij het begrijpen van uw gevoelens, het opzetten van een sociaal netwerk, of bij het organiseren van vakanties of familiebijeenkomsten.

Counseling/casework is wetenschappelijk weinig onderzocht maar blijkt in de praktijk wel effectief en wordt bovendien door veel patiënten zeer gewaardeerd.

Psychomotorische therapie

Voldoende lichamelijke beweging (bijvoorbeeld joggen, wandelen, fietsen en zwemmen) kan bijdragen aan de behandeling, en mogelijk ook aan het voorkómen van depressies. Te weinig bewegen leidt tot een verslechtering van de lichamelijke conditie, gebrek aan energie en snellere vermoeidheid bij geringe inspanning. Deze symptomen versterken de depressie en houden de depressie in stand. Deze vicieuze cirkel kan doorbroken worden door systematische de lichamelijke fitheid en het prestatievermogen te verbeteren.

Running therapie (hardlopen) is de meest onderzochte vorm van psychomotore therapie. Looptraining kan bijdragen aan het verhogen van het (te lage) energieniveau en kan het aantal depressieve klachten verminderen. Psychomotore therapie is wetenschappelijk redelijk onderzocht en blijkt effectief te zijn.

Muziektherapie

Muziektherapie is een vorm van creatieve therapie. Door middel van muziek (luisteren en maken) wordt geprobeerd een aantal positieve veranderingen te bewerkstelligen op emotioneel gebied, in het gedrag, op lichamenlijk gebied en op cognitief en sociaal gebied. Muziektherapie is wetenschappelijk niet goed onderzocht maar er zijn aanwijzingen dat deze therapie werkzaam kan zijn als aanvullende behandeling.

Dramatherapie

Dramatherapie is een vorm van creatieve therapie. Door middel van spel wordt geprobeerd een aantal positieve veranderingen te bewerkstelligen op emotioneel gebied, in het gedrag, op lichamenlijk gebied en op cognitief en sociaal gebied. Dramatherapie is wetenschappelijk niet goed onderzocht maar er zijn aanwijzingen dat deze therapie werkzaam kan zijn als aanvullende behandeling.

Beeldende therapie

Beeldende therapie is een vorm van creatieve therapie. Door middel van het maken van beelden (zoals tekenen, schilderen, kleien) wordt geprobeerd een aantal positieve veranderingen te bewerkstelligen op emotioneel gebied, in het gedrag, op lichamenlijk gebied en op cognitief en sociaal gebied. Beeldende therapie is wetenschappelijk niet goed onderzocht maar er zijn aanwijzingen dat deze therapie werkzaam kan zijn als aanvullende behandeling.

6 DE BEHANDELAAR

Met welke behandelaars kunt u te maken krijgen?

Veel mensen gaan in eerste instantie met hun depressieve klachten naar de huisarts. Het kan zijn dat de huisarts vervolgens ook de behandeling uitvoert. Als een andere behandelaar geschikter is voor het uitvoeren van de behandeling, zal de huisarts u doorverwijzen. Behandelaars waar u mogelijk mee te maken krijgt zijn:

Huisarts	diagnose, bij niet ernstige klachten mogelijk ook gesprekken, behandeling of begeleiding, medicatie
Gezondheidszorgpsycholoog	diagnose, volgens vastgestelde stappen verlopen- de behandeling (geprotocolleerde behandeling)
Psychotherapeut/ Klinisch psycholoog	diagnose, gespecialiseerde psychologische behandelingen
Psychiater	diagnose, gespecialiseerde psychologische behandeling, medicijnen
Vaktherapeut	ondersteunende behandeling waarbij gebruik wordt gemaakt van creatieve expressie of beweging (zoals creatieve therapie en psycho- motorische therapie)
Verpleegkundige	begeleiding bij het omgaan met klachten, ondersteuning bij de behandeling (zoals psycho-educatie)
Maatschappelijk werker	praktische en emotionele ondersteuning

Ook bij de keuze voor behandelaars geldt de ‘stepped care’ gedachte. Bij niet ernstige klachten zal een huisarts u zelf behandelen of doorverwijzen naar een maatschappelijk werker, verpleegkundige of psycholoog.

In sommige gevallen is het mogelijk dat u 2 behandelaars heeft. Zo kan het zijn dat u voor psychotherapie terechtkomt bij een psycholoog terwijl uw medicatie wordt voorgeschreven door een psychiater. Het is belangrijk voor u en uw behandelaars dat de zorg op elkaar wordt afgestemd. Het heeft de voorkeur dat zij werken vanuit één behandelplan. U kunt dit met hen bespreken.

Wat mogen u en uw behandelaar van elkaar verwachten?

Wat mag u van uw behandelaar verwachten?

U mag tenminste verwachten dat de behandelaar deskundig is. Voor bovenstaande behandelaars geldt dat ze bevoegd moeten zijn om u te mogen behandelen. Deze bevoegdheid is voor een aantal beroepen vastgelegd in een BIG-registratie (zie hoofdstuk 9). Ook mag u verwachten dat de behandelaar respectvol met u omgaat, u van de nodige informatie voorziet, u desgewenst betreft in beslissingen, u niet zonder toestemming behandelt en zorgvuldig omgaat met uw privacy (WGBO – in de volksmond: patiëntenwet, zie hoofdstuk 9). Daarnaast zijn de volgende aspecten van belang:

- Vertrouwen: het gevoel dat de behandelaar daadwerkelijk kan bijdragen aan verbetering.
- Ervaring in het behandelen van depressie.
- Patiënten die al eens behandeld zijn voor een depressie zeggen dat het belangrijk is dat het 'klikt' tussen henzelf en de behandelaar. Of dat het geval is, is aan uzelf om te bepalen. Het kan gaan om sympathie, veiligheid, het gevoel serieus genomen te worden of het feit dat u en uw behandelaar hetzelfde doel nastreven. Om goed te behandelen moet de behandelaar weten waarvoor u behandeld wilt worden en welke behandelingen bij u passen. Dat kan alleen als het contact tussen u en uw behandelaar dusdanig is dat u zich uitgenodigd voelt vrijuit te praten over uw wensen en problemen.

Wat mag de behandelaar van u verwachten?

U bent zelf medeverantwoordelijk voor het slagen van de behandeling. Hieronder staat wat er van u verwacht wordt:

- Vragen stellen als iets onduidelijk is of als u informatie mist.
- Open zijn over uw klachten.
- Aan afspraken houden.
- Therapietrouw: de behandeling volhouden en zeker niet stoppen zonder overleg met de behandelaar.
- Als het u niet lukt de behandeling vol te houden dit bespreekbaar maken.
- Ook zelf in de gaten houden of de behandeling effect heeft.
- Eventueel huiswerk maken, bijvoorbeeld als u de opdracht krijgt een dagboek bij te houden.

U bent niet verplicht samen met uw behandelaar over de te kiezen behandeling te overleggen. Een aantal patiënten laat deze keuze graag over aan de behandelaar.

Een goede behandelaar vinden

Het vinden van een geschikte behandelaar kan via:

- De behandelaar die u al heeft (vaak: de huisarts). U kunt uw behandelaar vragen actief mee te zoeken naar een geschikte behandelaar.
- De patiëntenorganisatie.
- Lotgenotencontact.

- Vrienden, buren, familie e.d.

In de praktijk is het aantal keuzemogelijkheden beperkt. Er is een beperkt aantal behandelaars in de buurt, er zijn wachtlijsten, sommige verzekeringen vergoeden de zorg van een vrijgevestigde behandelaar niet. In alle gevallen heeft u wel de keuze om niet bij een behandelaar te blijven waar u geen vertrouwen in heeft. U mag van behandelaar veranderen.

Vergoedingen

Vraag voor u een behandeling start na bij uw verzekeraar welke en hoeveel hulp vergoed wordt. Vaak is er een grens aan het aantal behandelingen, ook als u nog niet vrij van klachten bent. Soms wordt maar een deel van de kosten vergoed. Sommige verzekeraars vergoeden de hulp van een vrijgevestigde behandelaar niet. De mate waarin alternatieve zorg wordt vergoed, loopt erg uiteen bij de verschillende verzekeraars.

7 OMGAAN MET DEPRESSIE⁷

Erkenning en acceptatie

Het kan lastig zijn om te erkennen en te accepteren dat u een depressie heeft. Ook mensen in uw omgeving kunnen er moeite mee hebben. Iemand met een depressie kan te maken krijgen met veel onbegrip van zijn naasten of van de behandelaar. Andersom kan ook: de omgeving ziet het wel maar loopt bij degene die het aangaat tegen een muur van onbegrip op. Erkenning en acceptatie volgt niet altijd meteen na de diagnose, dat kost tijd.

Verantwoordelijkheid

In het begin vinden sommige mensen met een depressie (meestal degenen met een ernstige depressie) het prettig om de verantwoordelijkheid voor beslissingen over de behandeling bij een ander te leggen of willen die verantwoordelijkheid wel nemen maar lukt dat niet. Als dat voor u ook geldt, gun uzelf dat dan ook. Snel genoeg komt het moment dat er wel van u verwacht wordt dat u actief meedenkt en meedoet. Er is een groot verschil tussen de beginperiode en de periode daarna wat betreft het aankunnen van verantwoordelijkheid. Het verschilt per persoon wanneer iemand toe is aan meer eigen verantwoordelijkheid maar gaandeweg in het proces moet u steeds meer zelf doen en kunt u dat ook.

Perspectief

Tijdens een depressieve periode kunt u veel verliezen: gevoel van eigenwaarde, sociale contacten, het vermogen om goed voor uzelf te zorgen. Het kan een grote klap zijn als u tijdens uw depressie uw werk verliest. Werk levert eigenwaarde op en biedt structuur. Bij het verliezen van werk verliest u ook die eigenwaarde en de structuur.

Uiteindelijk – volgens een aantal ervaringsdeskundige patiënten - komt er een moment dat u weer dingen terugkrijgt. Ook blijkt dat veel mensen selectief zijn in wat ze terug willen, namelijk alleen wat ze echt willen hebben. Voor wat ze niet terug willen, komen andere dingen in de plaats die meestal beter passen. Mensen die eerder depressief zijn geweest ontlenen hier in een nieuwe depressieve periode zelfs een zekere rust uit: de depressieve periode gaat voorbij, er komt weer ruimte om het oude deels te herkrijgen en voor nieuwe dingen. Ook het gevoel van eigenwaarde komt terug.

Hoe donker een depressieve periode ook is, een verbetering van de situatie is te verwachten.

⁷ Veel van deze informatie komt uit de focusgroep voor mensen met een depressie, de focusgroep voor familie van mensen met een depressie of angststoornis, reacties van behandelaars op de focusgroepen, de werkgroep. Het gaat hier dus niet om harde feiten maar om uitspraken van ervaringsdeskundige mensen die naar beste weten en inzicht geprobeerd hebben rekening te houden met de belangen van alle mensen met een depressie.

Sociaal netwerk

Een aantal mensen heeft de neiging zich tijdens een depressieve periode te isoleren en slecht te communiceren. Het is waardevol als er dan toch mensen zijn die als sociaal vangnet voor u kunnen functioneren. Mensen die regelmatig depressieve perioden hebben, kunnen overwegen om tijdens een niet-depressieve periode zo'n vangnet te mobiliseren. Uw behandelaar zou u daarbij kunnen ondersteunen, bijvoorbeeld via counseling/netwerk (zie hoofdstuk 5 van deze brochure)

Aandachtspunten van ervaringsdeskundigen

- U incapabel voelen tijdens een depressieve periode kan erbij horen maar gaat over.
- U kunt met uw behandelaar ingaan op de waarom-vraag, zowel vanuit de medische als de alternatieve hoek.
- Alternatieve zorg is een optie maar zorg eerst voor reguliere hulp.
- Als u na veel therapieën nog steeds depressief bent kunt u ook leren er mee te leven: *Nee, het blijkt bij mij niet over te gaan. Maar uit elke depressieve periode heb ik veel geleerd en kom ik sterker te voorschijn* (reactie van een patiënt die als ervaringsdeskundige werkt).
- Ook als u een zwakke plek houdt (kans op terugval) is daar goed mee te leven.
- Begrip van de omgeving kan tegen vallen. Als het bijvoorbeeld uw overtuiging is dat uw depressie veroorzaakt wordt door het feit dat veel in deze maatschappij niet goed is, kan dat op veel weerstand stuiten.
- Maak met uw behandelaar van te voren schriftelijke afspraken hoe u tijdens een eventuele crisis behandeld wil worden (welke behandeling, wie mag daarover beslissen).
- Ga tijdens crisissituaties acuut op zoek naar hulp. In andere periodes kunt u rustig op zoek naar reguliere en alternatieve hulp die bij u past.
- Zelfzorg.
- Uw emotionele reacties op uw behandelaar (het komt bijvoorbeeld voor dat iemand verliefd wordt op zijn behandelaar).

Lotgenotencontact

- Er zijn niet veel mogelijkheden voor bijeenkomsten met lotgenoten. Een mogelijke reden is dat door de beperkingen van mensen met een depressie dergelijke bijeenkomsten moeilijk van de grond komen. Niet iedereen heeft er ook behoefte aan: 'Het is juist fijn om het niet over je depressie te hebben.'⁸ Anderen geven wel aan dat contact met lotgenoten waardevol kan zijn. Als u wel behoefte heeft aan erkenning en herkenning door lotgenoten zijn er forums op internet over depressie en kunt u bellen met hulp telefoons. Hulp telefoons worden vaak bemand door mensen die zelf ook een depressie hebben ervaren en zo niet, nauw samenwerken met mensen met een depressie.
- Er zijn vriendendienstprojecten en maatjesprojecten.

⁸ Focusgroep mensen met een depressie

8 FAMILIE EN PARTNERS VAN MENSEN MET EEN DEPRESSIE⁹

Rol familie en partners

Vaak zijn de familie en partners goed op de hoogte van wat er aan de hand is. Het komt regelmatig voor dat zij eerder dan de patiënt signaleren dat er sprake is van ernstige problemen en dat er hulp gezocht zou moeten worden. Als de patiënt en het familielid dit willen kan het goed zijn dat ze samen naar de behandelaar gaan zodat er een completer beeld kan worden geschetst. Veel familieleden en partners willen graag ondersteuning bieden.

De patiënt is hier echter bepalend in. Zonder toestemming van de patiënt wordt de familie niet geïnformeerd en/of betrokken. De gevolgen zijn dan wel dat de familie ook minder aanknopingspunten heeft om te ondersteunen.

Het kan voorkomen dat de familie en partners zich als een soort co-therapeut opstellen (al dan niet op verzoek van patiënt en/of behandelaar). Patiënten hebben echter hun familie en partners juist nodig voor de gewone ondersteuning. Als de familie en partners zich als een therapeut opstellen, wordt de normale verhouding verstoord. En juist die normale verhouding met familie en naasten is belangrijk in het herstelproces.

Steun voor familie en partners

Familie en partners hebben vaak ook behoefte aan steun. Leven met iemand die een depressie heeft is altijd in meer of mindere mate een psychische belasting.

Vaak komen daar nog praktische taken bij die ze overnemen van de patiënt.

Vanuit de professionele zorg is steun voor de familie niet vanzelfsprekend.

Sommige behandelaars hebben er een goed oog voor en bieden ook de familie ondersteuning. Dit wordt vaak erg gewaardeerd! Anderen bieden het wel aan maar het gebeurt vervolgens niet, weer anderen hebben alleen oog voor de patiënt. Het kan wel maar het kan een heel gezoek zijn waar en hoe ondersteuning voor de familie wordt geboden. Mogelijkheden zijn:

- Maatschappelijk werk - vooral praktische hulp en adviezen.
- Thuiszorg - vooral praktische ondersteuning (door taken over te nemen).

Lotgenotencontact (samen komen met een groep lotgenoten die ook familie of partners zijn van iemand met een depressie) biedt emotionele ondersteuning en kan ook informatief zijn. Herkenning en erkenning zijn sleutelwoorden. Daarbij geeft het ruimte: het is een uitje, het zijn vaak prettige en positieve avonden (of andere dagdelen) waar ook gelachen wordt en waar je eens echt kunt praten

⁹ Veel van deze informatie komt uit de focusgroep voor mensen met een depressie, de focusgroep voor familie van mensen met een depressie of angststoornis, reacties van behandelaars op de focusgroepen, de werkgroep. Het gaat hier dus niet om harde feiten maar om uitspraken van ervaringsdeskundige mensen die naar beste weten en inzicht geprobeerd hebben rekening te houden met de belangen van alle mensen met een depressie.

over waar je mee zit. Een familielid noemt het 'een luchtige vorm van therapie'. Veel patiënten staan er positief tegenover als hun partner of familielid naar dit soort bijeenkomsten gaat. Informatie over lotgenotencontact kunt u krijgen via de patiënten- en familieorganisaties.

Steun van familie en vrienden valt vaak tegen. Ze zien de problemen niet, ontkennen de ernst en maken opmerkingen waaruit onbegrip en onwetendheid blijkt. Als het langer duurt dan een paar weken vindt men dat je er maar eens over op moet houden. Ook werkgevers reageren vaak met onbegrip.

Voor kinderen is er ondersteuning mogelijk vanuit KOPP (Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen), een door behandelaars begeleid lotgenotencontact voor kinderen. De GGZ-instelling in de regio kan hierover informeren. Veel ouders proberen de kinderen – zeker als ze klein zijn – er buiten te houden. Dat lukt niet altijd en sommige kinderen willen dat ook niet. Het is belangrijk dat ouders alert zijn op gevolgen voor hun kinderen en hun kinderen zonodig ondersteunen. Kinderen zien en merken meer dan je als ouder denkt. Ontkenning en verbloeming (dit is niet hetzelfde als de kinderen er zoveel mogelijk buiten houden) kan leiden tot meer afstand en vervreemding. Eerlijkheid is belangrijk en maakt het op het moment zelf – en achteraf – makkelijker te accepteren. Het is belangrijk kinderen de ruimte te geven in de mate waarin ze geïnformeerd en betrokken willen zijn. Het is verstandig om daarbij niet uitgebreid achterliggende problemen met de kinderen te bespreken. Voorkomen moet worden dat het kind zich verantwoordelijk gaat voelen voor de ouderlijke problemen en zichzelf een verzorgende rol oplegt.

Tips van familie en partners voor familie en partners

- Cijfer uzelf niet helemaal weg. Familie en partners hebben de neiging er helemaal in mee te gaan. Dat is niet verstandig: voorkom dat u in een isolement raakt en houdt uw sociale contacten, stel grenzen en creëer tijd voor uzelf. Probeer ook leuke dingen te doen. De patiënt en uzelf hebben er niets aan als u het allemaal niet meer aankunt.
- Accepteer alle hulp die u kunt krijgen. Thuishulp is er bijvoorbeeld ook om de familie en partners te ontlasten.
- Verwacht niet teveel van een behandeling, schat het effect en de tijd die nodig is om te herstellen realistisch in.
- Ga op zoek naar lotgenotencontact. Hier vindt u herkenning en krijgt u erkenning. Daardoor krijg u zelf meer ruimte.

9 PRAKTISCHE INFORMATIE

Patiënten- en familieorganisaties¹⁰

Via patiënten- en familieorganisaties kunt u veel informatie krijgen over uw aanpak en over de behandeling. Zij weten wat vanuit het patiënten- en familieperspectief belangrijk is. Zij zijn goed op de hoogte van wettelijke regelingen en wat u kunt doen als u een klacht heeft. Zij organiseren zelf lotgenotencontact of verwijzen u naar mogelijkheden voor lotgenotencontact.

Angst Dwang en Fobie stichting

Bezoek- en postadres: Hoofdstraat 122 3972 LD Driebergen

Telefoon: 0900 - 200 87 11, € 0,35 p/m

Email: info@adfstichting.nl

Homepage: www.adfstichting.nl

Openingstijden: inloopochtend do 9.30 - 11.30 uur

Telefonisch spreekuur: ma t/m vr 9.00 - 13.30 uur; ma t/m do 19.00 - 20.30 uur.

Aan de telefoon zitten ervaringsdeskundigen.

De Angst Dwang Fobie stichting is een patiëntenvereniging van en voor mensen met angst- en dwangklachten. We werken samen met gespecialiseerde, geregistreerde en ervaren gedrags- en psychotherapeuten alsmede alle angstpoliklinieken, over heel Nederland verspreid.

Er zijn folders en brochures beschikbaar.

NFGV - Depressie Centrum (voorheen de Depressie Stichting)

Bezoekadres: Da Costakade 45 3521 VS Utrecht

Postadres: Postbus 5103 3502 JC Utrecht

Telefoon: 0900 - 903 90 39 Info- en advieslijn, € 0,20 p/m (ma tm vr 10.00 - 16.00)

030 - 297 11 97 Secretariaat

Fax: 030 - 297 11 98

Email: info@depressiecentrum.nl

Homepage: www.depressiecentrum.nl

Telefonisch spreekuur: ma t/m vr 9.00 - 17.00 uur

Het NFGV zet zich in voor mensen met een depressie en hun naasten. Het centrum wil iedereen die, op wat voor manier dan ook met depressie te maken heeft, zo goed mogelijk informeren over preventie, diagnostiek en behandeling van depressies.

De doelstellingen zijn: erkenning van depressie als een ziekte, adequate voorlichting over depressie aan alle betrokkenen, optimale zorg en behandeling voor mensen met een depressie. Er zijn folders en brochures beschikbaar.

¹⁰ Voor een overzicht van alle patiënten- en familieorganisaties, zie www.npcf.nl

Stichting FobieVRienden

Postadres: Teunisbloemlaan 24 2116 TD Bentveld

Telefoon: 09.00 - 17.00 uur, werkdagen, 0252 - 51 86 89 / 52 04 06 paniekopvang, steun en informatie

Telefoon: 24 uur per dag, 7 dagen per week 0900 - 6161611 (0,50 p/m) crisis, paniekopvang, steun, informatie, psychologisch advies en medicijninformatie/begeleiding

Homepage: www.npcf.nl/fobie.htm

De SFVR is een stichting van, voor en door (ex-)patiënten en hun familie, mensen met angsten, dwang en/of depressie. Zij biedt lotgenotencontact, voorlichting, opvang, steun, psychologische adviezen en testen. De stichting is gespecialiseerd in medicijnbegeleiding bij gebruik van moderne antidepressiva en heeft een psychologische adviesdienst, waar u met de meest uitlopende vragen over uzelf, uw klachten en psychotherapie terecht kunt. Er zijn folders en brochures beschikbaar.

Stichting Labyrint - In Perspectief

Bezoekadres: Meerkoethof 40, 3582 DA Utrecht

Postadres: Postbus 12132, 3500 AC Utrecht

Telefoon: 030 - 254 68 03, secretariaat

0900 - 254 66 74 Telefonische Hulplijn, € 0,20 p/m

Email: secretariaat@labyrint-in-perspectief.nl

Homepage: www.labyrint-in-perspectief.nl

Openingstijden: ma, di, do, vr 10.00 - 12.30 uur (secretariaat)

Telefonisch spreekuur: ma t/m vr 9.00 - 12.00 uur, ma, wo, vr 13.00 - 16.00 uur, di, do 19.00 - 21.30 uur (Telefonische Hulplijn)

Stichting Labyrint / In Perspectief is een landelijke zelfhulporganisatie van en voor betrokkenen bij psychiatrische patiënten. Er zijn folders en brochures beschikbaar.

Stichting Pandora

Postadres: 2e Constantijn Huygensstraat 77 1054 CS Amsterdam

Telefoon: 020 - 685 11 71 bureau

0900 - 612 09 09 Pandora Depressielijn

Fax: 020 - 612 36 99

Email: informatie_advieslijn@stichtingpandora.nl en depressielijn@stichtingpandora.nl

Homepage: www.stichtingpandora.nl en www.zogeknogriet.nl

Openingstijden: ma t/m vr 9.00 - 17.30 uur

Telefonisch spreekuur: Pandora Informatie- & Advieslijn, ma t/m do 10.00 - 16.30, Pandora Depressielijn ma t/m do 19.00 - 21.00 uur

De stichting wil de maatschappelijke positie van (ex-)psychiatrische patiënten verbeteren. Het uitgangspunt bij haar werkzaamheden is het cliëntenperspectief. De Pandora-depressielijn biedt lotgenotencontact. Aan de telefoon zitten mensen die zelf een depressie hebben meegemaakt. Er zijn folders en brochures beschikbaar.

Boeken

Het perspectief van cliënten op de hulpverlening bij angststoornissen: een inventarisatie van ervaringskennis ten behoeve van de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn angststoornissen / C. van der Veen; A. Wieman; A. Eland, Utrecht, Trimbos-instituut, 2002.

Het perspectief van cliënten op de hulpverlening bij depressie: Een inventarisatie van ervaringskennis ten behoeve van de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn depressie / A. Eland; G. Franx; A. Wieman, Utrecht, Trimbos-instituut 2001.

Via de Stichting September zijn zorgboeken beschikbaar over diverse onderwerpen, zoals:

- Zelfzorgboek depressie, Amsterdam 2003
- Zorgboek Angst, Fobie en Paniek, Amsterdam, Stichting September 2003
- Zorgboek Dwang, Amsterdam 2003
- Deze boeken zijn verkrijgbaar bij de apotheek of online via www.boekenoverzichten.nl

Richtlijnen

Multidisciplinaire Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een depressie. Utrecht, Trimbos-instituut, 2005.

Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Samenvatting. Utrecht, Trimbos-instituut, 2005.

Multidisciplinaire Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis. Utrecht, Trimbos-instituut, 2003.

Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Samenvatting. Utrecht, Trimbos-instituut, 2005.

De multidisciplinaire richtlijnen zijn ook te downloaden via: www.ggzrichtlijnen.nl.

Wetgeving

WGBO (zie ook www.minvws.nl)

De WGBO regelt de relatie tussen patiënt en hulpverlener en legt hun rechten en plichten vast. De rechten van de patiënt zijn de plichten voor de hulpverlener.

Recht op informatie

De hulpverlener vertelt de patiënt duidelijk wat er aan de hand is, welke behandeling nodig is en of daaraan risico's zijn verbonden. Eventueel wijst de hulpverlener op alternatieven. Met deze informatie kan de patiënt weloverwogen beslissen over de behandeling.

Toestemmingsvereiste

De hulpverlener mag de patiënt alleen behandelen als deze toestemming geeft. Vaak gaan hulpverleners stilzwijgend van toestemming uit. Bij ingrijpende behandelingen wordt uitdrukkelijk om toestemming gevraagd. In acute situaties, als de patiënt buiten kennis is, hoeft de hulpverlener geen toestemming van de patiënt af te wachten.

Inzage in het medisch dossier

De patiënt heeft recht op inzage in zijn medisch dossier; hij mag ook een kopie vragen. Alleen hijzelf en de hulpverleners die hem behandelen mogen het dossier inzien. Als de patiënt het niet eens is met de inhoud, kan hij de hulpverlener verzoeken om deze aan te passen of een eigen verklaring toevoegen.

Privacy

Het medisch dossier en de gesprekken tussen patiënt en hulpverlener zijn vertrouwelijk. Alleen personen die bij de behandeling zijn betrokken zijn op de hoogte.

Vertegenwoordiging

Als de patiënt niet in staat is om zelf te beslissen (bijvoorbeeld wegens dementie of coma), kan hij zich door een ander laten vertegenwoordigen. Dat kan een officieel benoemde curator zijn, of een familielid of partner. Deze vertegenwoordiger besluit in het belang van de patiënt. In een wilsverklaring kunnen patiënten hun wensen vastleggen om niet behandeld te worden, voor het geval ze zelf niet meer kunnen beslissen. Bij kinderen tot twaalf jaar beslissen de ouders of voogd, kinderen tussen twaalf en zestien jaar moeten samen met hun ouders/voogd toestemmen in behandeling. Boven de zestien jaar kunnen mensen zelfstandig beslissen.

Plichten van de patiënt

De patiënt moet de hulpverlener duidelijk en volledig informeren en de hulpverlener betalen voor zijn diensten.

Wet BIG (zie ook www.minvws.nl)

De Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg bevat regels voor zorgverlening door beroepsbeoefenaren. De Wet BIG richt zich op de kwaliteit van de beroepsbeoefening en bescherming van de patiënt. BIG is een kaderwet, die alleen de grote lijnen aangeeft. Een belangrijk onderdeel van de wet vormt de bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen. Deze regeling geeft aan onder welke voorwaarden dergelijke handelingen, zoals injecties en catherisaties, mogen worden uitgevoerd.

Wet Klachtenrecht Cliënten Zorgsector

Op grond van deze wet is elke instelling verplicht een klachtencommissie te hebben. Als u een klacht heeft, kunt u bij deze commissie uw klacht indienen.

Steun bij het indienen van een klacht

Voor steun of advies bij het indienen van een klacht kunt u zich wenden tot een Informatie en Klachtenbureau Gezondheidszorg (IKG). Er zijn 27 IKG's in Nederland. Een IKG kan u bijvoorbeeld helpen uw klacht goed te formuleren of met het schrijven van een brief. Het adres van een IKG bij u in de buurt kunt u krijgen via het Landelijk Informatiepunt voor Patiënten (LIP), telefoon: 030 – 266 16 61 (tijdens kantooruren), homepage: www.sokg.nl, email: lip@sokg.nl.

Patiënten- en familieorganisaties kunnen vaak ook behulpzaam zijn bij het indienen van een klacht.

Adressen beroepsverenigingen

Federatie Verpleegkunde in de Geestelijke Gezondheidszorg (FVGGZ)
 Postbus 3135
 3502 GC UTRECHT
secretariaat@fvggz.nl
www.fvggz.nl

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
 Postbus 3231
 3502 GE UTRECHT
info@nhg-nl.org
www.nhg-nl.org

Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
 Postbus 9921
 1006 AP AMSTERDAM
info@psynip.nl
www.psynip.nl

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
 Postbus 20062
 3502 LB UTRECHT
nvvp@xs4all.nl
www.nvvp.net

Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)
 Maliebaan 50 B
 3581 CS UTRECHT
nvpst@euronet.nl
www.psychotherapie.nl

Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde (NVAB)

Postbus 1594
5602 BN EINDHOVEN
nvab@planet.nl
www.nvab-online.nl

Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW)
Leidseweg 80
3531 BE UTRECHT
maatswk@nvmw.org
www.nvmw.org

Phorza Beroepsorganisatie van professionals in sociale, (ortho)pedagogische en
hulpverlenende functies (voorheen NVSPH)
Postbus 257
1000 AG AMSTERDAM
kantoor@phorza.nl
www.phorza.nl

Nederlandse Vereniging voor Creatieve Therapie (NVCT)
Fivelingo 253
3524 BN UTRECHT
info@creativetherapie.nl
www.creativetherapie.nl

Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT)
Fivelingo 253
3524 BN UTRECHT
info@nvpmt.nl
www.nvpmt.nl

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA)
Postbus 30460
2500 GL DEN HAAG
nvza@knmp.nl
www.nvza.nl

BIJLAGE I

WERKGROEP SAMEN BESLISSEN

Deze patiëntenversie is ontwikkeld door de werkgroep Samen Beslissen

dhr. dr. mr. F. Dekkers, onafhankelijk voorzitter

dhr. dr. S. Colijn, psychotherapeut
 mw. drs. A. van Geleuken, NFGV-Depressie Centrum
 mw. dr. M. Grol, huisarts
 mw. M. Mannak Bouman, Stichting Labyrint/In Perspectief
 mw. M. van der Linden, Angst Dwang en Fobie stichting
 mw. drs. M. K. Taams, Stichting FobieVRrienden
 dhr. drs. T. Vriens, Stichting Pandora

mw. drs. E. Fischer, Trimbos-instituut (projectmedewerker)
 dhr. dr. L. Henkelman, Trimbos-instituut (projectleider)
 mw. drs. K. Hofstra, Trimbos-instituut (projectmedewerker)

Met medewerking van

De focusgroep patiënten met een depressie
 De focusgroep patiënten met een angststoornis
 De focusgroep familie/partner patiënten met een depressie of angststoornis
 De focusgroep behandelaars
 De klankbordgroep 'Samen Beslissen'

Begeleiding/advies

Angst Dwang en Fobie stichting
 Landelijke Commissie Cliëntenparticipatie
 Stichting FobieVRrienden
 NFGV – Depressie Centrum
 Stichting Labyrint/In perspectief
 Stichting Pandora
 mw. drs. G. Franx, Trimbos-instituut
 dhr. prof. dr. J. Swinkels

BIJLAGE 2

INFORMATIE OVER DE MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJNEN EN DE PATIËNTENVERSIES

Multidisciplinaire richtlijnen

In Nederland worden sinds 2001 landelijke richtlijnen voor de geestelijke gezondheidszorg gemaakt. Een richtlijn is een document met aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de besluitvorming van behandelaars en patiënten, berustend op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming.

Deze richtlijnen worden ontwikkeld door behandelaars die afgevaardigd zijn door hun beroepsvereniging en door leden van patiënten- en familieorganisaties, zij vormen samen de richtlijnwerkgroep. Deze richtlijnwerkgroep inventariseert welke knelpunten, onduidelijkheden en controversies ervaren worden in de praktijk rondom een bepaald stoornis, deze knelpunten kunnen zowel door de behandelaars als patiënten ervaren worden. De knelpunten worden omgezet in zogenaamde uitgangsvragen, dat zijn vragen waarop de richtlijn een antwoord wil geven. Vervolgens wordt er gezocht naar wetenschappelijk onderzoek dat een antwoord op deze vragen kan geven. Alleen wetenschappelijk onderzoek is veelal niet voldoende om een bruikbare aanbeveling voor de praktijk te formuleren.

De richtlijnwerkgroep probeert daarom de vertaalslag te maken van wetenschap naar praktijk door ook te kijken naar het perspectief van de patiënt, de veiligheid, de beschikbaarheid van voorzieningen, de zorgorganisatie etc. etc.

De onafhankelijke Stichting Pandora heeft meegewerkt aan, maar niet ingestemd met de multidisciplinaire richtlijn Depressie. Voor de volledige motivering wordt verwezen naar: www.stichtingpandora.nl

Richtlijnen worden zoals gezegd ook voor patiënten ontwikkeld omdat steeds meer mensen het uitgangspunt onderschrijven dat patiënten over dezelfde wetenschappelijke kennis dienen te beschikken als behandelaars. Met deze kennis zouden zij beter in staat zijn een eigen afweging te maken, te overleggen met hun behandelaar en de voor hen benodigde hulp te vragen. Hoewel patiënten en hun omgeving betrokken worden bij de ontwikkeling van richtlijnen zijn de definitieve teksten van de richtlijnwerkgroepen meestal ongeschikt voor verspreiding onder grote groepen patiënten. Ze zijn te medisch-technisch opgesteld, te omvangrijk, gebruiken de taal van de behandelaars, gaan overwegend uit van onderzoeksgegevens en niet van de dagelijkse praktijk en geven nauwelijks informatie over ervaringen van patiënten en andere aspecten die van belang zijn bij het nemen van beslissingen. De aanbevelingen uit de richtlijn behoeven een vertaling, toevoeging van aanvullende informatie en een dusdanige presentatie dat patiënten ze kunnen gebruiken in hun eigen individuele context en de kennis uit de richtlijnen als onderhandelingskader tussen patiënt en behandelaar kunnen dienen.

De patiëntversies van de richtlijnen hebben dan ook tot doel de richtlijnen geschikt te maken voor gebruik door patiënten en hun omgeving.

Patiëntversies van de multidisciplinaire richtlijnen

Een patiëntversie is een voor patiënten en familie toegankelijk gemaakte vertaling van de multidisciplinaire richtlijn, aangevuld met andere, voor patiënten belangrijke informatie, die niet of in onvoldoende mate in de multidisciplinaire richtlijn is opgenomen. Daarbij gaat het om:

- Een vertaling van medisch-technische behandeladviezen uit de multidisciplinaire richtlijn in begrijpelijke taal,
- Een uitwerking van globale opmerkingen uit de multidisciplinaire richtlijn over het patiëntperspectief,
- Een aanvulling betreffende zaken die bewust minder aandacht kregen in de moederrichtlijn omdat die niet passend waren, maar die patiënten wel belangrijk vinden, zoals individuele ervaringen en mogelijkheden van ondersteuning via de patiënten- en familieorganisaties.

De werkwijze is zoveel mogelijk afgestemd op de werkwijze die gehanteerd wordt bij de multidisciplinaire richtlijnontwikkeling. Er is een werkgroep samengesteld bestaande uit vertegenwoordigers van patiënten- en familieorganisaties, behandelaars, adviseurs vanuit het Trimbos-instituut en een onafhankelijk voorzitter. Er zijn uitgangsvragen geformuleerd, hiervoor is gekeken naar de uitgangsvragen die in de multidisciplinaire richtlijn behandeld zijn en patiënten, familie en behandelaars hebben, middels focusgroepbijeenkomsten, aangegeven wat zij belangrijke informatie voor in de patiëntversie vinden. Deze inventarisatie heeft geleid tot een aantal uitgangsvragen die in de patiëntversie beantwoord zijn. Deze antwoorden zijn gebaseerd op literatuur en aansluitende meningsvorming. De conceptversies van de patiëntversies zijn tweemaal beoordeeld door een klankbordgroep, bestaand uit een brede kring van betrokkenen.



Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling

GGZ

Deze patiëntenversie komt voort uit de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. Dit boekje wil patiënten en hun omgeving objectief en volledig inlichten over de mogelijkheden, effecten en gevolgen van de hulpverlening. Ook kunnen zij hiermee, samen met hun hulpverlener en op basis van gelijkwaardige communicatie, kiezen voor hulp die past bij hun persoonlijke omstandigheden en doelstellingen.

Met deze patiëntenversie hebben patiënten en familie toegang tot beschikbare wetenschappelijke kennis, de ervaringskennis van andere patiënten en de praktijkkennis van hulpverleners.

In deze patiëntenversie van de Richtlijn Depressie komt aan de orde wat een depressie is, hoe een depressie wordt vastgesteld en kan worden behandeld. Verder wordt beschreven hoe patiënt en behandelaar samen kunnen vaststellen wat de beste en meest passende zorg is.

Tot slot geeft dit boekje informatie hoe om te gaan met een depressie, zowel door patiënten als door familieleden. Het boekje sluit af met praktische informatie over relevante (patiënten)organisaties, boeken, adressen en wetgeving.

Deze patiëntenversie is gebaseerd op de Richtlijn. In deze Richtlijn zijn de laatste wetenschappelijke inzichten verwerkt. Van de Richtlijn is ook een samenvatting verkrijgbaar.

De informatie is aangevuld met relevante patiënteninformatie, die naar voren is gebracht in de werkgroep *Samen beslissen* en de focusgroepen *Patiënten met een depressie*, *Familie/partner patiënten met een depressie*, en *Behandelaars*.

Postbus 725
3500 AS Utrecht
T (030) 297 1100
F (030) 297 1111
www.trimbos.nl

Trimbos-
instituut
*Netherlands Institute
of Mental Health
and Addiction*

