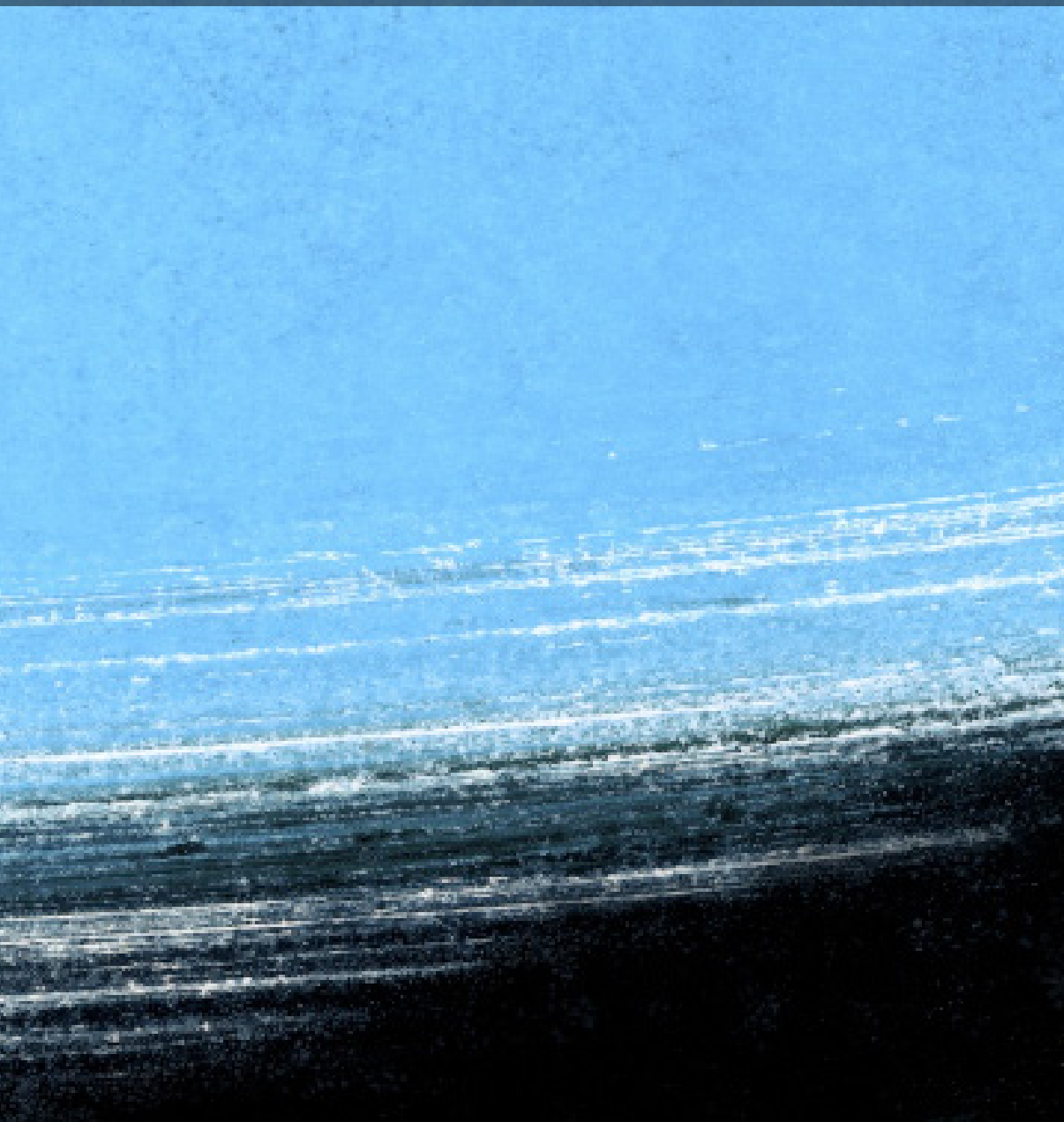


Filip Smit, Moniek Vlasveld, Aartjan Beekman, Pim Cuijpers,
Robert Schoevers, Marijke Ruiter, Brigitte Boon

Depressiepreventie

Stand van zaken, nieuwe richtingen



Depressiepreventie

Stand van zaken, nieuwe richtingen

Trimbos-instituut, Utrecht, november 2013

Motto: "To connect, learn and share"

Colofon

Dit project wordt mogelijk gemaakt door:



Auteurs

Prof.dr. Filip Smit^{1,2,3*}

Dr. Moniek Vlasveld¹

Prof.dr. Aartjan Beekman⁴

Prof.dr. Pim Cuijpers^{3,5}

Prof.dr. Robert Schoevers⁶

Dr. Marijke Ruiter¹

Dr. Brigitte Boon¹

¹ Trimbos-instituut (Netherlands Institute of Mental Health and Addiction; and WHO Collaborating Centre for Mental Health), Utrecht

² Vakgroep Epidemiologie en Biostatistiek (EMGO⁺ Institute for Health and Care Research), Vrije Universiteit, VU medisch centrum, Amsterdam

³ Vakgroep Klinische Psychologie (EMGO⁺ Institute for Health and Care Research), Vrije Universiteit en VU medisch centrum, Amsterdam

⁴ Vakgroep Psychiatrie (EMGO⁺ Institute for Health and Care Research), Vrije Universiteit, VU medisch centrum, Amsterdam

⁵ Lufthansa Universität, Lüneburg, Duitsland

⁶ Vakgroep Psychiatrie, Universiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen.



umcg



* Correspondentie

Filip Smit
Trimbos-instituut
Postbus 725, 3500 AS, Utrecht
Mail: fsmit@trimbos.nl

Inhoudsopgave

Leeswijzer	5
1. Achtergrond	7
2. Preventie van postpartum depressie	15
3. Depressiepreventie bij jongeren	22
4. Depressiepreventie in de beroepsbevolking	29
5. Depressiepreventie bij huisartspatiënten	35
6. Depressiepreventie bij chronisch zieken en ouderen	40
7. Depressiepreventie bij mantelzorgers	47
8. Depressiepreventie vanuit de praktijk	52
9. Depressiepreventie vanuit de wetenschap	59
10. Samenvatting en aanbevelingen	67
Literatuur	76
Bijlage: Criteria voor onderzoeksprioritering	86

Leeswijzer

Welk onderzoek kan bijdragen aan de verdere verbetering van de preventieve ggz voor één van de belangrijkste volksziekten, depressieve stoornis, is het onderwerp van deze ZonMw Programmeringsstudie.

Belang

In de eerste hoofdstuk geven we aan wat de stand van zaken is en waarom efficiencyverbetering van depressiepreventie belangrijk is. Daartoe gaan we beknopt in op de huidige stand van zaken bij depressiepreventie en betrekken enkele maatschappelijke ontwikkelingen die verdere efficiencyverbetering van depressiepreventie motiveren.

Doelgroepen

Daarop volgende hoofdstukken bieden per doelgroep een systematisch overzicht van de stand van zaken bij depressiepreventie bij de betreffende doelgroep. De gekozen doelgroepen hangen samen met keuzen in het Nationaal Preventie Programma van VWS en bestaan uit:

- Pas bevallen moeders met een verhoogd risico op perinatale depressie. Zij zijn uiteraard te vinden in de perinatale setting;
- Jongeren (met name scholieren en kinderen van ouders met een psychisch probleem). Zij zijn veelal goed bereikbaar in de schoolsetting;
- De beroepsbevolking, met name groepen met stress en burn-out, in de werksetting;
- Patiënten die zich met depressieve gevoelens of recidiverende depressies presenteren bij de huisarts, dus in de huisartsgeneeskundige setting (de 'generalistische basis ggz');
- Ouderen en dan in het bijzonder ouderen met chronische lichamelijke ziekten, deels bereikbaar in de verzorgings- en verpleeghuissetting;
- En ten slotte de grote groep mantelzorgers die veel voor anderen doen, maar daarbij een aanzienlijk verhoogd risico lopen om zelf een depressieve stoornis te ontwikkelen.

Per doelgroep wordt aangegeven waarom depressiepreventie juist bij hen van belang is, hoe de betreffende doelgroepen verder toegespitst kunnen worden op specifieke risicogroepen met een aanzienlijk verhoogd risico op het ontwikkelen van een depressieve stoornis. Vervolgens gaan we per doelgroep in op de werkzaamheid van de beschikbare interventies en de kosteneffectiviteit van die interventies. Per groep worden tot slot de belangrijke kennishiaten systematisch in kaart gebracht – één en ander ten bate van nadere onderzoeksprogrammering door ZonMw, maar ook ter verdere ondersteuning van het beleid van VWS inzake het Nationaal Preventie Programma voor zo ver dat betrekking heeft op depressiepreventie.

Praktische en wetenschappelijke onderzoeksrichtingen

Achtereenvolgens gaan we in op praktische kennisvragen en kennisbehoeften uit het veld van de preventieve ggz, en geven aandacht aan belangwekkende ontwikkelingen in de wetenschap op het gebied van depressiepreventie. Dat zijn ontwikkelingen waarvan we momenteel mogen vermoeden dat zij interessant genoeg zijn om nader onderzoek te rechtvaardigen. Ook daarmee wordt een onderbouwing geboden voor verdere onderzoeksprogrammering door ZonMw. Beide hoofdstukken (en de paragrafen binnen

die hoofdstukken) worden weer afgesloten met aanbevelingen voor verdere onderzoeksprogrammering.

Samenvatting en aanbevelingen

De programmeringsstudie wordt afgesloten met een samenvatting en een overzicht van de meest saillante gezichtspunten en aanbevelingen.

Bijlage: criteria voor prioritering

Aan het einde van de programmeringsstudie bevindt zich een checklist met criteria om onderwerpen te prioriteren voor nader onderzoek, daarbij het wetenschappelijk en maatschappelijk kennisbelang wegend en met het oog op de praktische toepasbaarheid van de te verkrijgen kennis.

Met dit rapport streven wij naar een systematisch overzicht van de meer pregnante kennishiaten rondom een zestal maatschappelijke doelgroepen voor depressiepreventie. Daarnaast beschouwen we kennisvragen en kennisbehoeften vanuit beleid, praktijk en de wetenschap op het gebied van de preventieve ggz. Daartoe werd de literatuur doorgenomen, gesproken met vele wetenschappers, beleidsmakers en natuurlijk met de beroepsgroepen die werkzaam zijn in de preventieve ggz. Zo werd op ZonMw een werkconferentie gehouden waarbij de programmeringsstudie in bredere kring besproken werd.

De auteurs verwachten dat met het aangedragen materiaal ZonMw toegerust zal zijn een onderzoeksagenda samen te stellen op het gebied van depressiepreventie. Wanneer, zoals we hopen, ook de financiële middelen voor het beoogde onderzoek beschikbaar worden gesteld, kan er een gerichte en sterke doorstart gemaakt worden met het wetenschappelijk onderzoek op één van de belangrijkste gebieden van de geestelijke gezondheidszorg: depressiepreventie.

De auteurs

Utrecht, november 2013

1. Achtergrond

Depressie

Een depressie is een stemmingsstoornis. De diagnostische criteria voor een depressie staan beschreven in de DSM-IV (APA, 1994) en de ICD-10 (<http://www.who.int/classifications/icd/en/>). Iemand beantwoordt aan de diagnostische criteria van een depressie wanneer er sprake is van een abnormaal sombere stemming of verlies van belangstelling ook voor zaken die men normaal gesproken leuk vindt. Deze uitholling van de stemming is voor het grootste deel van de dag aanwezig, bijna iedere dag en dat voor de duur van ten minste twee weken. Daarnaast zijn er nog een aantal andere klachten zoals problemen met slapen, gebrek aan energie, piekeren, concentratieproblemen, veranderde eetlust, gevoelens van schuld en terugkerende gedachten aan de dood en suïcide. Het resulterende gebrek aan motivatie werkt verlamdend met als gevolg dat iemand slecht of niet functioneert in het gezin, op het werk en in diens vrije tijd.

Ernstniveaus

Gemeten naar ernst, komen depressies voor in gradaties. We onderscheiden subklinische depressie, waarbij enkele depressieklachten aanwezig zijn, maar die niet beantwoorden aan de diagnostische criteria van een depressieve stoornis. In de Engelse taal maakt men daartoe het onderscheid tussen 'minor depression' de subklinische variant, en 'major depression', de klinische variant. Om hetzelfde onderscheid aan te duiden, spreken huisartsen van 'depressieve gevoelens' ter onderscheid van een 'depressieve stoornis'.

Naar ernst gemeten zijn de depressieve stoornissen onder te verdelen naar lichte, matige en ernstige depressies. Bij een lichte depressie kan iemand meestal binnen drie maanden weer vooruit en wordt de depressie vaak op eigen kracht, dus zonder professionele hulp, overwonnen. Bij een matige depressie lukt het niet meer om goed te functioneren in het eigen gezin thuis of op het werk. Ook is de kans afgenomen dat de klachten vanzelf weer overgaan. Bij een ernstige depressie lukt het echt niet meer om thuis en op het werk te functioneren, alles lijkt een zwart gat en gevoelens van waardeloosheid domineren de stemming. Ernstige depressies kunnen ook gepaard gaan met waangedachten waarbij de greep op de werkelijkheid verloren is gegaan. Professionele hulp is dan zeker geïndiceerd.

Bij benadering zijn de ernstniveaus van depressie in cijfers uit te drukken. Het betreffende ziektelastgewicht ligt op een schaal van 0 tot 1 waarbij 0 geen ziektelast betekent en men goed functioneert, terwijl 1 een hoge ziektelast voorstelt waarbij men in het geheel niet meer kan functioneren. Op die schaal hebben lichte, matige en ernstige depressies respectievelijk ziektelastgewichten van 0,14, 0,35 en 0,76 (Stouthard et al., 1997). Uiteraard zijn er vloeiende overgangen tussen de ernstgradaties en kan iemand afwisselend moeilijkere of lichtere perioden meemaken. Daardoor kan het soms moeilijk zijn om aan te geven hoe ernstig iemands depressie is.

Beloop

De ziekteduur van een depressie varieert. In 50% van de gevallen is de duur van een depressie beperkt tot drie maanden waarna herstel optreedt, al dan niet onder de

werking van een therapie. Echter, bij 15-20% duurt de depressie langer dan twee jaren en heet dan 'chronisch' te zijn. Al met al duurt een depressieve episode gemiddeld zes maanden. Therapieresistente depressies vormen een verhaal apart. Dat zijn persisterende depressies waarbij conventionele therapieën geen respons opleveren.

Depressie kan eenmalig zijn of terugkerend. Bij de helft van de mensen die ooit een depressie hebben gehad, komt de depressie terug, gemiddeld zeven tot acht keer gedurende hun levensloop. Mensen met zulke recidiverende depressies brengen gemiddeld 21% van hun levensduur door in een depressieve conditie – een reden waarom een belangrijk deel van de ziektelast van depressie op conto van recidief gezet moet worden (Vos et al., 2004). In recidiverende depressies hebben nieuwe episoden een groter risico op ontstaan naarmate de patiënt een geschiedenis heeft met meer eerdere episoden (Judd, 1997; Kruijshaar et al., 2005). Het gaat mogelijk om kwetsbare mensen bij wie de (neurobiologische) kwetsbaarheid toeneemt op basis van het aantal eerdere episoden (Post, 1992; Stroud et al., 2011).

Met afstand is depressie één van de belangrijkste risicofactoren voor suïcide en suïcidepogingen. Depressie draagt ook op een meer indirecte manier bij aan vroegsterfte. Dat komt omdat mensen met een depressie vaak ongezonder leven. Wanneer mensen met een depressie behandeld worden voor een lichamelijke ziekte zijn zij dikwijls minder therapietrouw, waardoor hun sterfterisico toeneemt. Elders berekenden wij dat het risico op vroegsterfte een factor 1,65 hoger is bij mensen met een depressie in vergelijking tot mensen zonder depressie (Cuijpers en Smit, 2002). Suïcide en vroegsterfte kunnen gezien worden als de meest ingrijpende gevolgen van depressie. Daarom wordt depressiepreventie vaak in één adem genoemd met suïcidepreventie, al gaan er nadrukkelijk stemmen op om beide soorten preventie van elkaar te onderscheiden, zeker ook wat betreft hun aanpak.

Epidemiologie

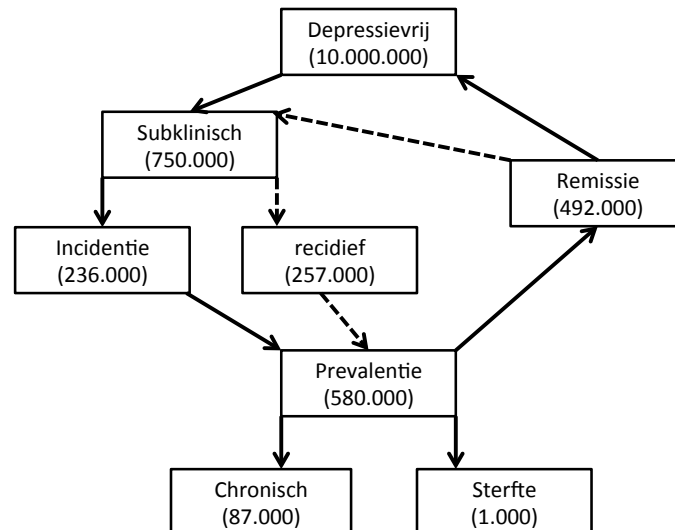
Op basis van de Nemesis studie hebben we de epidemiologie van depressie goed in kaart kunnen brengen voor de leeftijdsgroep van 18 – 64 jaar. In Nederland bestaat die leeftijdsgroep uit bijna 11 miljoen personen, maar voor het volgende rekenen we in ronde getallen en gaan we uit van een bronpopulatie van 10 miljoen.

Figuur 1.1 laat zien hoe groepen personen door diverse ziektestadia stromen. Die ziektestadia lopen vanaf de depressievrije ('gezonde') populatie naar stadia waarin depressie voor het eerst of opnieuw ontstaat, de acute fase bereikt en waarin herstel optreedt. Omdat depressie vaak een recidiverend beloop heeft, zijn er (grote) groepen die meermaals door deze cyclus heen gaan (de gestippelde lijnen in figuur 1.1). Daarmee is de epidemiologie van depressie dus in zekere zin te zien als een kringloop, waarbij mensen transities kunnen maken van de ene naar de andere gezondheidsconditie en dikwijls de hele cyclus herhalen. In een gegeven jaar bevinden zich dan bepaalde aantallen personen in de diverse stadia binnen deze kringloop.

Uitgaande van een bronpopulatie van 10 miljoen 'depressievrije' personen krijgen in een gegeven jaar 750.000 mensen een subklinische depressie. We bedenken daarbij dat de subklinische groep eigenlijk uit drie groepen bestaat: (1) mensen met beginnende klachten die later een eerste depressie ontwikkelen, (2) mensen die na een (partieel) herstel van een eerdere depressieve stoornis nog restsymptomen hebben en daarmee een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van een zoveelste depressie,

en (3) mensen die een (kortdurende) 'minor' depressie hebben dan wel een (langdurende) dysthyme stoornis.

Figuur 1.1: Epidemiologie van depressie (per 10 miljoen bevolking in 1 jaar)



Een deel van de groep met subklinische klachten ontwikkelt vervolgens een depressieve stoornis die aan de diagnostische criteria van een depressie voldoet, hetzij voor het eerst (incidentie) of voor een zoveelste keer (recidief). Gerekend vanaf de bronpopulatie van 10 miljoen is er dus een kans van 2,4% om binnen een jaar voor het eerst een depressieve stoornis te ontwikkelen.¹

De incidentie groep maakt deel uit van de prevalentie groep van 580.000 personen en voegen zich als het ware toe aan de groep mensen die dat jaar al een depressie hebben. Bekeken vanuit de prevalentie groep is zo'n 40% een 'nieuw' geval die althans dat jaar voor het eerst een depressie ontwikkelde en 44% een recidiverend geval. Deze enorme instroom van nieuwe en recidiverende personen is tevens één van de belangrijkste redenen om ons niet alleen te verlaten op behandeling van bestaande gevallen (dat zou neerkomen op dweilen met de kraan open), maar via (terugval)preventie ons zeker ook te richten op het indammen van die nogal omvangrijke instroom van nieuwe en recidiverende gevallen.

In de leeftijdsgroep van 18 – 64 jaar en nog altijd uitgaande van een bronpopulatie van 10 miljoen personen zijn er in een gegeven jaar 580.000 mensen met een depressieve stoornis. De Nemesis-studie laat overigens zien dat hiervan zo'n 80% in contact komt met enerlei vorm hulpverlening, maar meestal niet binnen één jaar, maar gemiddeld na 2,8 jaren nadat de depressieve klachten begonnen. Dus niet iedereen met een depressie zoekt hulp, zelden wordt de hulp snel gezocht en bovendien is niet gezegd

¹ Rechtstreekse berekeningen op de Nemesis data geven een hogere schatting van de incidentie, maar die schatting is vrijwel zeker te hoog omdat het moeilijk is goed te corrigeren voor de groep die niet een eerste, maar een zoveelste depressie meemaakt (cf. Kruijshaar et al., 2005).

dat de hulpzoekers gepaste zorg kregen voor hun depressie. Een groot deel van de depressies blijft onbehandeld (Ten Have et al., 2013).

Het goede nieuws is dat velen weer herstellen van een depressieve episode, behoudens de mensen die stierven en de groep (87.000 personen) die een chronische depressie ontwikkelt waarbij de depressie langer dan twee jaren duurt. Herstel kan volledig zijn of partieel. In het laatste geval zijn er nog restsymptomen van de depressie aanwezig. De aanwezigheid van zulke restsymptomen kan er op attenderen dat de depressie weer terugkomt. Dat gebeurt bij een relatief grote groep van circa 257.000 personen.

Consequenties

De hoge prevalentie, de individuele ziektelast en het sterfterisico maken dat depressie jaarlijks leidt tot een verlies van 183.000 gezonde levensjaren. Gemeten naar deze ziektelast neemt depressie de plaats in van volksziekte nummer 4, net achter coronaire hartziekten, beroerte en de gezamenlijke ziektelast van alle angststoornissen (Gommer et al., 2010). Zoals gezegd werkt depressie verlamdend op het functioneren. Die beperkingen doe zich voor thuis in het eigen gezin, als student in opleiding, als collega op het werk, en ook in de vrije tijd. Dit is niet zonder economische gevolgen. Alleen al in de leeftijdsgroep van 18-64 jaar veroorzaakt depressie, inclusief lichte vormen van depressie, een maatschappelijke kostenpost van 3,98 miljard euro per jaar. Bij deze leeftijdsgroep ontstaat het leeuwendeel (85%) van de kosten door productieverliezen door ziekteverzuim, het restant (15%) staat op conto van zorggebruik (Smit et al., 2006; De Graaf et al., 2011). Depressie is bovendien een risicofactor voor het voortbestaan (of de verergering) van meerdere lichamelijke ziekten en zodoende zijn de zorgkosten van patiënten met lichamelijke ziekten aanmerkelijk hoger wanneer er tevens sprake is van een bijkomende depressie.

Aangrijppunten

Zojuist beschreven we de epidemiologie van depressie als een kringloop van stadia en transitie tussen die stadia. De gezondheidszorg is gericht op het beïnvloeden van die transitie: de kans op een ongewenste overgang maken we klein en dat noemen we preventie; de kans op een gewenste overgang maken we groot en dat noemen we behandeling.

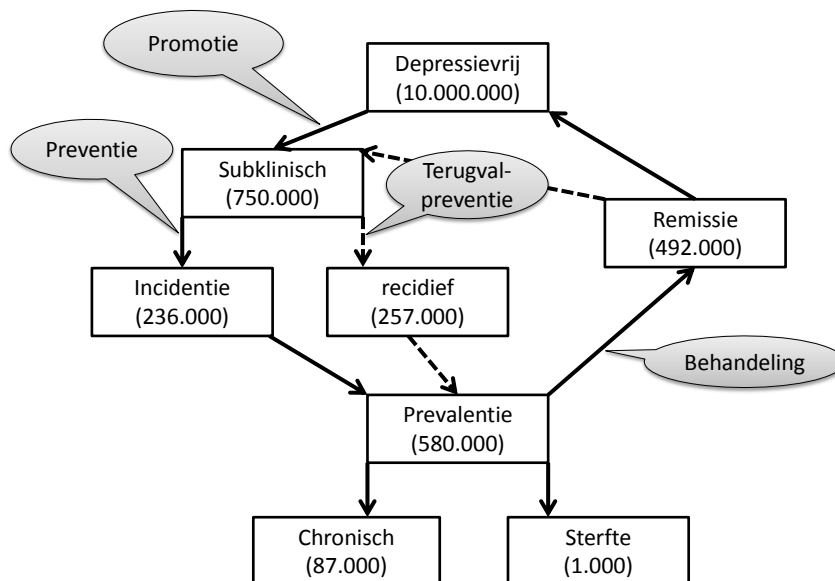
Hier merken we op dat de epidemiologie voor elke stoornis anders is. De epidemiologische kringloop van depressie wordt vooral gekenmerkt door de relatief grote instroom van nieuwe en recidiverende gevallen. Dat is niet voor alle stoornissen zo en maakt preventie van het ontstaan van een eerste depressieve episode of van een zoveelste episode een specifiek belang voor depressie. Figuur 1.2 toont waar de belangrijkste aangrijppunten zitten om vanuit de publieke gezondheid de ziektelast van depressie te reduceren.

Om de overgang van de 'gezonde' bevolking naar subklinische depressie klein te maken, kan men gebruik maken van geestelijke gezondheidsbevordering, ook gezondheidspromotie of kortweg 'promotie' genaamd. Daarbij kan men denken aan het versterken van vaardigheden om beter om te gaan met tegenslag, of meer in het algemeen, aan het vergroten van de mentale veerkracht of weerbaarheid in de bevolking.

Binnen de groep mensen met een subklinische depressie kan men (geïndiceerde) preventie bedrijven om zo de kans op het krijgen van een depressieve stoornis te reduceren.

De prevalentie groep met een acute depressie vormt de doelgroep voor behandeling. Behandeling is er dan op gericht de ziekteduur te verkorten en de kans op een transitie naar depressievrij te vergroten.

Figuur 1.2: Aangrijppunten voor publieke gezondheid



Herstel kan volledig zijn of partieel. In het laatste geval blijven er residuele symptomen voortbestaan en keert de persoon eigenlijk niet terug naar de depressievrije populatie, maar naar de groep met subklinische klachten. Juist bij de laatste groep is de kans groot dat er terugval plaatsvindt, hetzij in dezelfde (oude) depressieve episode, dan wel een recidief naar een nieuwe depressieve episode.

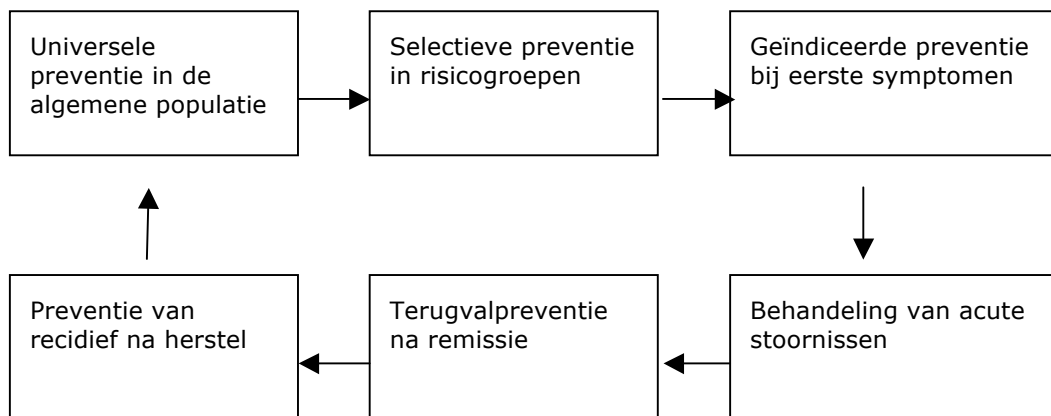
De vier opties om in te grijpen in de epidemiologie van depressie (promotie, primaire preventie, behandeling en terugvalpreventie) worden vooral ingegeven door de grote aantallen personen die daarmee gemoeid zijn. Vanuit de publieke geestelijke gezondheid zien we hier dus taken.

Typen depressiepreventie

We onderscheiden meerdere vormen van preventie: (1) *universele preventie* (eerder gezondheidsbevordering of promotie genaamd) die zich richt op gehele bevolkingsgroepen ongeacht hun risicostatus, (2) *selectieve preventie* die zich richt op groepen met een verhoogd risico op het krijgen van een depressie omdat zij werden blootgesteld aan risicofactoren die het ontstaan van een nadere depressie voorspellen, en (3) *geïndiceerde preventie* bij mensen met eerste symptomen van een depressie zonder dat zij daarmee al beantwoorden aan de diagnostische criteria van een depressieve stoornis (Mrazek & Haggerty, 1994). Daarnaast onderscheiden we

behandeling van acute depressies, terugvalpreventie na remissie en preventie van recidief na herstel. Figuur 1.3 geeft een overzicht.

Figuur 1.3: Interventievormen



Naar: Beekman, 2004.

Depressiepreventie in Nederland

In Nederland wordt een inspanning geleverd om het ontstaan van nieuwe depressies te voorkomen. Zo is sinds 2007 depressiepreventie een speerpunt in het preventief volksgezondheidsbeleid. Hiermee loopt Nederland in de pas –en vaak voorop– met doeleinden die in breder Europees verband onderschreven worden (Wahlbeck & Mäkinen, 2008). Dit wordt gedaan vanuit het besef dat depressieve stoornissen belangrijke veroorzakers zijn van vermijdbare ziektelast en dat 'niets' doen gepaard gaat met aanzienlijke persoonlijke, sociale en economische kosten.

Effecten van depressiepreventie

Afgemeten naar de groep mensen die per jaar een depressieve stoornis ontwikkelt (zo'n 350.000 personen wanneer we niet alleen naar de leeftijdsgroep van 18 – 64 jaar kijken, maar ook naar jongeren en ouderen), heeft het bereik van depressiepreventie in Nederland jarenlang rondom de 1% à 2% gelegen. Dat bereik was laag en daarmee had depressiepreventie nauwelijks impact. Daarom werd nog in 2006 geconcludeerd dat depressiepreventie leek op de spreekwoordelijke druppel op de gloeiende plaat (Meijer et al., 2006). Hierbij dient vermeld te worden dat ten hoogste 2% van het budget voor de ggz besteed wordt aan preventie van geestelijke stoornissen. Berekeningen van het Trimbos-instituut, laten zien dat inmiddels wordt met diezelfde 2% van het ggz budget 14% van de doelgroep bereikt. Hierbij speelt preventieve e-health een steeds grotere rol, omdat e-health schaalbaar, betaalbaar en acceptabel is. Met een bereik van 14% van de doelgroep, komen ook de maatschappelijke opbrengsten van depressiepreventie beter in beeld, zowel in termen van behaalde gezondheidswinst in de Nederlandse populatie, als de (gunstige) economische consequenties van het investeren in depressiepreventie (Lokkerbol et al., 2013). De evidentie hiervoor kan als volgt worden samengevat.

Effectiviteit van geïndiceerde depressiepreventie

Internationaal gezien, tellen we momenteel 32 gerandomiseerde effectstudies waarin de effectiviteit van depressiepreventie wordt geëvalueerd. Daarnaast zijn er 24 trials waarbij gekeken werd naar de effectiviteit van preventie van recidiverende depressie. Al deze studies werden streng geselecteerd: aan het begin van de studie mochten proefpersonen niet beantwoorden aan de diagnostische criteria van een depressieve stoornis en bij de follow-up werd opnieuw bekeken of ze aan de diagnostische criteria beantwoordden. Daarnaast zijn er nog zeer vele studies uitgevoerd waarbij niet met diagnostische criteria werd gewerkt, maar met schalen waarop veranderingen in de ernst van de depressie werd vastgesteld. Al met al is depressiepreventie waarschijnlijk een van de best onderzochte vormen van preventie in de ggz.

Meta-analyses van de streng geselecteerde preventietrials laten zien dat de kans om een eerste depressie te ontwikkelen tussen de 10% en 30% kleiner wordt wanneer mensen geïndiceerde preventie hebben ontvangen (Cuijpers et al., 2008; Muñoz et al., 2010; Dennis & Dowswell, 2013; Biesheuvel-Lelieveld et al., subm.; Van Zonen et al., in voorbereiding). Zo dienen gemiddeld 8 tot 13 mensen geïndiceerde preventie te ontvangen om één nieuwe depressie te voorkomen (Cuijpers et al., 2008). Dat is een getalsverhouding die zich gunstig verhoudt tot wat elders in de preventieve geneeskunde gezien wordt, zoals de ruim 100 personen die preventief behandeld moeten worden met statinen (cholesterolsyntheseremmers) om bij één van hen het ontstaan van een cardiovasculair incident te voorkomen (Thompson et al., 2011).

Psychologische interventies voor depressie blijken effectief als ze worden aangeboden als e-health: de e-health interventie kan even effectief zijn als de face-to-face interventie in het verminderen van depressieve klachten (Andrews et al., 2010), maar vooral wanneer naast de e-health interventie enige begeleiding wordt geboden (Spek et al., 2006). Dit biedt belangwekkende kansen op het aanbieden van interventies op grote schaal tegen bescheiden aanbiedingskosten. Wij verwijzen daarvoor naar de kennissynthese die momenteel wordt uitgevoerd door Riper en collega's (2013).

Andere studies laten zien dat depressiepreventie wanneer aangeboden in een stepped-care format effectiever wordt: de kans op het krijgen van depressie neemt dan af met 50% (Van 't Veer-Tazelaar et al., 2009; Dozeman et al., 2012), waarbij het effect ook over de langere termijn behouden blijft (Van 't Veer-Tazelaar et al., 2011).

Kosteneffectiviteit van depressiepreventie

Economische evaluaties laten vervolgens zien dat geïndiceerde depressiepreventie in de regel kosteneffectief is (Smit et al., 2006; Mihalopoulos et al., 2011), vanuit maatschappelijk perspectief zelfs kostenbesparend omdat er minder productiviteitsverliezen ontstaan, en dat een zorgsysteem met preventieve e-health als geheel betaalbaarder wordt en beter rendeert met zulke preventieve interventies dan een zorgsysteem zonder preventie (Lokkerbol et al. in druk). Door preventie worden immers niet alleen latere stoornissen bij patiënten voorkomen, maar worden ook behandelkosten vermeden die in de

regel aanzienlijk hoger liggen dan de kosten van een preventieve interventie. Zo verdient depressiepreventie zichzelf gedeeltelijk of zelfs geheel terug (van den Berg et al., 2011).

Verdere efficiencyverbetering

Niettemin is er ruimte voor verdere verbetering van de doelmatigheid van depressiepreventie. De wens om tot verdere efficiencyverbetering te komen, wordt ingegeven door een aantal belangrijke maatschappelijke ontwikkelingen.

- In de huidige innovatieve, kennis- en diensteneconomie zijn onze mentale vermogens belangrijker dan ooit, gelijktijdig stelt de samenleving hogere eisen aan onze mentale vermogens en zet die daarmee onder druk. In de hedendaagse economie lopen mensen dus sneller op tegen functionele beperkingen wanneer zij in emotioneel, sociaal of cognitief opzicht niet goed functioneren. Hierdoor ontstaan hulpvragen in een vroeger stadium dan voorheen en komen relatief veel mensen bij hun huisarts wanneer zij eerste tekenen (klachten, symptomen) hebben van een naderende of terugkerende depressie.
- De zorg komt als gevolg van de huidige economische maar ook demografische ontwikkelingen onder druk te staan. De levensverwachting stijgt in Nederland. De keerzijde daarvan is dat de bevolking snel vergrijst. Een vergrijzende bevolking zal druk uitoefenen op het zorgsysteem door een toenemende zorgvraag. Om die toenemende zorgbehoefte op te vangen zouden er in 2030 circa 500.000 extra mensen in de zorg moeten werken. Volgens de ministeries van VWS en SZW moet met zulke scenario's rekening worden gehouden, maar is verre van duidelijk hoe die extra zorgbehoefte opgevangen kan worden. Immers, de beroepsbevolking die in de zorg werkzaam is, vergrijst net zo snel als de rest van de bevolking. Dit verscherpt het demografisch probleem, want hoe moet een krimpende beroepsbevolking die werkzaam is in de zorg de toenemende zorgvraag opvangen?

Juist bij depressie (volksziekte nummer 4) spelen deze trends een belangrijke rol. Dit noopt tot kritisch kijken naar de aangeboden preventieve ggz, enerzijds om te kijken of dat efficiënter kan, anderzijds om te vermijden dat er maatschappelijke schade ontstaat wanneer te radicaal bezuinigd zou worden.

2. Preventie van postpartum depressie

Inleiding

Het aantal geboortes in Nederland bedraagt 180.000 per jaar. Van de aankomende moeders zal ongeveer 7% een postpartum depressie ontwikkelen in de eerste drie maanden na de bevalling, terwijl daarnaast nog eens 8% een subklinische variant van postpartum depressie ontwikkelt (Gaynes et al., 2005; Wisner et al., 2006; Lanes et al., 2011). Het gaat hierbij om tussen de 13.000 en 27.000 vrouwen op jaarbasis. Dat is een incidentie van depressie die driemaal zo hoog is als bij niet-zwangeren (O'Hara et al., 1996).

Postpartum depressie heeft dezelfde kenmerken als depressieve stoornissen in het algemeen, behalve dat het binnen 4 weken na de bevalling ontstaat, hoewel ook wel een tijdsperiode van 3 maanden na de bevalling gehanteerd wordt (Elliot, 2000). Postpartum depressie is een belangrijk probleem voor de volksgezondheid (Cuijpers et al., 2008). Naast het lijden dat depressie veroorzaakt bij de patiënte zelf en het verhoogde risico op hospitalisatie, worden verschillende levensgebieden negatief beïnvloed door de postpartum depressie (Dennis, 2004). Postpartum depressie gaat bijvoorbeeld gepaard met een verhoogd risico op huwelijksproblemen en echtscheiding (Holden, 1991), een verhoogd risico op kindermishandeling en verwaarlozing (Buist, 1998; Pawlby et al., 2011) en in enkele gevallen zelfs met suïcide van de moeder of infanticide op het kind (Sit et al., 2006).

Postpartum depressie kan bovendien consequenties hebben voor de kinderen van de depressieve moeder, zowel op korte als op lange termijn (Murray & Cooper, 2004; Pawlby et al., 2011). Zo lopen de kinderen een verhoogd risico op verstoringen in de mentale en motorische ontwikkeling, gebrekkige zelfregulatie, een laag zelfvertrouwen en langdurige gedragsproblematiek (Halligan et al., 2007; Beck, 1999; Orvaschel et al., 1988; Goodman & Gotlib, 1999; Wisner et al., 2006). Bovendien is postpartum depressie gerelateerd aan onveilige hechting en moeilijkheden in sociale interacties (Hipwell et al., 2000; Murray, 1997; Dennis, 2004; Cummings & Davies, 1994). Tot slot, postpartum depressie kan een negatieve invloed hebben op de cognitieve vaardigheden van kinderen en hun expressieve taalontwikkeling (Cox et al., 1987).

Bij onbehandelde postpartum depressie treedt gemiddeld na 4 tot 6 maanden spontaan herstel op (O'Hara, 1997), maar in sommige gevallen duurt de depressie langer, met langdurig en ernstig lijden als gevolg (Cooper & Murray, 1998). De consequenties waarmee postpartum depressie gepaard gaat, voor zowel de betreffende vrouwen als hun omgeving, maken dat preventie van postpartum depressie van groot belang is (Cooper et al., 2003).

Naast postpartum depressie is er ook een risico dat voorafgaand aan de bevalling en tijdens de zwangerschap een depressie optreedt, de zogenaamde prenatale depressie. De literatuur is hier minder duidelijk over. Zo zijn er geen nauwkeurige schattingen van de incidentie van prenatale depressie en richten de meeste preventieve interventies zich op postnatale depressie. Het belang van preventie van prenatale depressie wordt onder meer ingegeven vanuit het beseft dat depressie van de moeder al een ongunstige impact kan hebben op het nog ongebooren kind. Het focus kan dus verschoven worden van postpartum depressie naar prenatale depressie, of meer in het algemeen naar

perinatale depressies. Een mogelijke reden dat er relatief weinig onderzoek werd verricht naar preventie van perinatale depressie waarbij de preventieve interventie al werd aangeboden tijdens de zwangerschap kan gelegen zijn in medisch-ethische afwegingen: het kan de druk op de moeder (onnodig) opvoeren om al tijdens de zwangerschap zich bezig te houden met het eventuele risico dat tijdens of na de zwangerschap een depressie zou kunnen optreden, wat dan bovendien nadelige gevolgen voor het kind zou kunnen meebrengen. In het navolgende beperken we het focus daarom dan toch vooral tot postpartum depressie.

Risicogroep

Het risico op een postpartum depressie is vooral hoog bij vrouwen die al eerder een (postpartum) depressie hebben gehad, bij vrouwen die tijdens de zwangerschap depressieve symptomen, stress, angst, sociale isolatie, weinig steun van de partner, relationele problemen ervaren, en bij vrouwen die al meerdere keren zijn bevallen (Van Beukering en Lebbink, 2007; Nielsen et al., 2000; Milgrom et al., 2008). Huiselijk geweld vergroot de kans op een postpartum depressie met een factor 3 (Howard et al., 2013).

Postpartum depressie wordt lang niet altijd tijdig herkend, onder andere door een gebrek aan screening of door te weinig gerichte oplettendheid aan de zijde van professionals in de perinatale zorg (De Waal et al., 2010). Ook buitenlands onderzoek wijst op onder-herkenning. Zo wordt in een Amerikaanse pediatrie kliniek slechts 29% van de vrouwen met een ernstige depressie herkend (Heneghan et al., 2000). Bovendien verbergen vrouwen hun depressie vaak voor hun omgeving uit schaamte en eenzaamheid waarmee postpartum depressie gepaard gaat (Murray & Cooper, 1997). Het gebrek aan herkenning weegt zwaar omdat postpartum depressie de meest voorkomende perinatale complicatie is. Gevalsherkenning zou daarom meer systematisch plaats moeten vinden. Herkenning en preventie van postpartum depressie kan bovendien relatief eenvoudig geïmplementeerd worden, omdat nieuwe moeders regelmatig gezien worden in de perinatale zorg. Ook kan de bedrijfsarts een rol nemen bij gevalsherkenning bij werkende moeders, zoals beschreven in de betreffende bedrijfsgeneeskundige richtlijn (Van Beukering en Lebbink, 2007).

Klinische evidentie

In de laatste decennia werd in een aanzienlijk aantal studies de mogelijkheden om postpartum depressie te voorkomen onderzocht (Dennis & Creedy, 2004; Dennis, 2005). Echter, in de meeste studies werden geen diagnostische criteria gehanteerd om vrouwen uit te sluiten die op de voormeting al een depressieve stoornis hadden, zodat in die studies het preventieve effect van de interventie op de incidentie van postpartum depressie niet onderzocht kon worden. Veel studies evalueerden, op basis van zelfrapportage, of de ernst van de depressieve symptomen daalde in de interventiegroep vergeleken met de controlegroep. Veel van deze studies gebruikten cognitieve gedragsinterventies (Brugha et al., 2000; Hagan et al., 2004; Munoz et al., 2007), maar ook psycho-educatie interventies (Elliot et al., 2000), debriefing (Priest et al., 2003), en interpersoonlijke psychotherapie (Zlotnick et al., 2001; 2006) werden onderzocht.

In een recente Cochrane review is de evidentie voor psychosociale en psychologische preventieve interventies voor postpartum depressie opnieuw in kaart gebracht (Dennis & Dowswell, 2013). Hoewel een eerdere versie van deze review in 2004 nog aangaf dat

er geen duidelijke evidentie is dat dergelijke interventies de incidentie van postpartum depressie verminderen (Dennis & Creedy, 2004), worden in de recente update een aantal veelbelovende interventies genoemd. De psychosociale en psychologische interventies in deze review bleken het risico op het ontwikkelen van depressieve klachten te verminderen met respectievelijk 17% en 39% (Dennis & Dowswell, 2013). Huisbezoeken door professionals en flexibele zorg door verloskundigen werden als veelbelovend aangemerkt, evenals interpersoonlijke psychotherapie en interventies waarin telefonisch steun werd gegeven door niet-professionele lotgenoten. Dennis en Dowswell (2013) concludeerden bovendien dat het effect van de preventieve interventies werd ondersteund wanneer vrouwen met een hoger risico op postpartum depressie werden geïdentificeerd en wanneer de interventie na de bevalling werd ingezet. Voorts bleken individuele interventies effectiever te zijn dan groepsinterventies, en bleken interventies bestaande uit meerdere contactmomenten beter te werken dan die bestaande uit één contactmoment (Dennis & Dowswell, 2013).

Dennis en Dowswell (2013) beperkten zich echter niet tot studies waarin vrouwen die op de voormeting al aan de diagnostische criteria voor een depressieve stoornis voldeden, werden uitgesloten, en waarin de incidentie van depressie werd vastgesteld op basis van diagnostische criteria. In de afgelopen jaren is een aantal studies uitgevoerd dat wel aan deze criteria voldeed (Austin et al., 2008; Elliott et al., 2000; Lara et al., 2009; Zlotnick et al., 2001; 2006; Hagan et al., 2004; Munoz et al., 2007). Wanneer deze studies meta-analytisch worden samengenomen zien we een risicoreductie van gemiddeld 20%, wat consistent is met effecten die we elders zien bij depressiepreventie, maar bij deze selectie van studies is dit effect niet statistisch significant. Drie andere studies sloten geen vrouwen met reeds bestaande depressieve stoornissen uit, maar hanteerden wel diagnostische criteria om de incidentie van postpartum depressie te bepalen (Brugha et al., 2000; Elliott et al., 2000; Priest et al., 2003). Wanneer deze studies samengenomen worden in een meta-analyse, resulteert dit in een risicovermindering van 35% (incidence rate ratio: 0,65; 95% CI: 0,41~1,05). Hoewel dit niet significant is, is er wel een trend op $p < 0,10$ niveau zichtbaar, hetgeen mogelijk duidt op een lager risico in de interventiegroepen.

Over de werkzaamheid van preventieve interventies bij naderende postpartum depressie dienen we nu nog voorzichtig te zijn. In dit kader kan het goed zijn te wijzen op studies naar het effect van (vroeg) *behandeling* van postpartum depressie. Zo onderzochten Cuijpers et al. (2008) in een meta-analyse de effectiviteit van psychologische interventies van de behandeling van postpartum depressie. Zeventien studies werden in de meta-analyse opgenomen. In de studies werden verschillende vormen van psychologische interventies onderzocht, waaronder cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke psychotherapie en interventies gericht op sociale steun. Er werd in de meta-analyse geen verschil in effectiviteit gevonden tussen de verschillende psychologische interventies. Wel werden iets kleinere effectgroottes voor psychologische behandeling van postpartum depressie gevonden dan doorgaans gevonden wordt voor psychologische behandeling van andere depressies. Bovendien leken andere behandelvormen, zoals farmacologische behandeling, iets effectiever te zijn dan psychologische behandelvormen van postpartum depressie. Overigens is het nog niet geheel duidelijk of het gebruik van antidepressiva schadelijk kan zijn voor het ongeboren kind, dit wordt momenteel onderzocht in het Nederlandse PRIDE (PRegnancy and Infant DEvelopment) onderzoek. Al met al blijken psychologische interventies succesvol in de (vroeg) behandeling van postnatale depressieve symptomen (Cuijpers

et al., 2008). De meta-analyse van Cuijpers et al. (2008) werd samen met de in de tussentijd verschenen studies opgenomen in een recente meta-analyse van Majo et al. (2012). In deze meta-analyse werden de resultaten van Cuijpers et al. bevestigd: er zijn effectieve interventies om beginnende postpartum te bestrijden. Daarmee lijken ook psychologische interventies voor geïndiceerde preventie, dus bij subklinische klachten, kansrijk.

Bereik

Zwangere vrouwen met risico op een postpartum depressie worden sowieso gezien in de kraamzorg, maar de betreffende zorg schenkt tot op heden (te) weinig aandacht aan de mentale aspecten van het jonge moederschap, zoals door de betreffende beroepsgroepen zelf onderkent wordt blijkens interviews. In het buitenland wordt dat wel en met succes gedaan. Een recente Engelse studie liet zien dat de aankomende moeders daar op een laag-intensieve manier goed geholpen kunnen worden door het verplegend personeel. Dit contact vindt regulier plaats binnen de perinatale zorg en biedt de mogelijkheid om moeders te screenen op het risico op postpartum depressie en de moeders met hoog risico een korte interventie aan te bieden. De screening hoeft daarbij niet eens nadrukkelijk plaats te vinden met vragenlijsten en dergelijke. De verpleegkundigen ontvangen training in het herkennen van depressieve klachten, leren een goed contact op te bouwen met de betreffende moeder en leren enkele basale cognitief-gedragstherapeutische vaardigheden toe te passen. Dit soort preventie is in aanzet universeel, maar spitst zich toe tot een vorm van geïndiceerde preventie. In de betreffende studie was na 6 maanden de kans op het ontwikkelen van een postpartum depressie significant verlaagd met een factor 0,71 in de interventie groep, hetgeen overeen komt met een risicovermindering van 29% (Morell et al., 2009; zie ook Brugha et al., 2011). Dit lijkt ons een interessant voorbeeld hoe depressiepreventie aangeboden kan worden op een onnadrukkelijke manier zoals patiënten die eigenlijk zouden mogen verwachten in het kader van kwalitatief goede en geïntegreerde zorg.

In Nederland worden diverse preventieve interventies in de praktijk toegepast. Een bekende interventie is de moeder-baby interventie, die momenteel door verschillende instellingen aangeboden wordt aan depressieve moeders met een kind tot 12 maanden oud (van Doesum et al., 2008). De interventie is erkend als waarschijnlijk effectief door de Erkeningscommissie van het Centrum Gezond Leven. Het is onbekend of het huidige interventie aanbod even effectief is voor migrantenvrouwen, aangezien in dit aanbod vaak geen aandacht is voor cultuurspecifieke thema's. Wel wordt in de interventie veel gebruik gemaakt van videobeelden zodat de drempel naar andere culturen waarschijnlijk laag is. Momenteel wordt de effectiviteit van een cultuursensitieve interventie voor Turkse en Marokkaanse vrouwen, Positief Zwanger, onderzocht in een gerandomiseerd effectonderzoek.

Economische evidentie

Er is economische evidentie dat preventieve interventies in deze populatie kosteneffectief zijn. Deze evidentie komt vanuit bovengenoemde studie met getrainde verpleegkundigen in de perinatale zorg (Brugha et al., 2000), waarin aangetoond werd dat na 6 maanden in de interventie groep een iets grotere toename in gezondheid uitgedrukt in de 'quality adjusted life years' (QALYs) werd bereikt. Bovendien waren de zorgkosten in de interventiegroep wat lager dan in de groep die gebruikelijke zorg ontving. Omdat de interventie naadloos aansluit bij bestaande perinatale zorg zijn er weinig additionele kosten mee gemoeid. De belangrijkste kosten bestaan uit de training

van jeugd-verpleegkundigen. De grotere gezondheidswinst in combinatie met een kostenreductie resulteerde in een interventie die als kosteneffectief beschouwd mag worden (Morell et al., 2009). Inmiddels voerden Brugha en collega's een nieuwe studie uit die de eerdere bevindingen ondersteunen (Brugha et al., 2011) en de economische evaluatie daarvan is in voorbereiding.

Uit gezondheid-economische doorrekeningen (Lokkerbol e.a., 2013) bleek dat het aanbieden van deze interventie aan jonge moeders in Nederland ook zal leiden tot iets meer gezondheidswinst tegen iets lagere zorgkosten (doordat de ontvangers van de interventie uiteindelijk minder gebruik maken van kraamzorg en overige zorg).

Een andere studie liet ook zien dat een preventieve interventie gericht op vrouwen met hoog risico op het ontwikkelen van een postpartum depressie waarschijnlijk kosteneffectief is. In het onderzoek werden 74 vrouwen toegewezen aan de preventieve interventie, en 77 vrouwen aan de gebruikelijke zorg (Petrout et al., 2006). In de 18 maanden follow-up bleken vrouwen in de interventiegroep gemiddeld 2,21 maanden depressief te zijn, en vrouwen in de gebruikelijke zorggroep 2,70 maanden. De gemiddelde zorgkosten werden in de interventiegroep geschat op £2.397 per persoon, en in de gebruikelijke zorggroep op £2.278, resulterend in een gemiddeld verschil van £120. Uit de kosteneffectiviteitsanalyses bleek vervolgens dat de kans dat deze preventieve interventie kosteneffectief is 71% bij een bereidheid om £1.000 te betalen voor elke depressievrije maand.

Bouwstenen voor verdere onderzoeksagendering

We rubriceren onze aanbevelingen naar: risicogroep-identificatie, bereik, klinische evidentie, economische evidentie en geven tot slot enkele methodologische overwegingen.

Risicogroep-identificatie

- Met het oog op vroegherkenning zou men meer willen weten over de karakteristieken en risicofactoren bij vrouwen met een aanzienlijk verhoogd risico op het krijgen van een postpartum depressie.
- Preventie zou men daarbij vooral willen richten op die groepen bij wie ernstiger en meer persisterende vormen van postpartum depressie ontstaan. In die zin zou men baat kunnen hebben van een 'prognostische index' die helpt met het onderscheid tussen de voorbijgaande en de persisterende depressies.

Bereik

- We bevelen aan te onderzoeken hoe preventie van perinatale depressies (dus zowel prenatale als postnatale depressies) het best ingebed zou kunnen worden in de perinatale zorg. Naar ons inzicht verdient het alle aanbeveling die preventie naadloos te integreren in de bestaande perinatale zorg. Dat vraagt om een goed doordachte en goed ingebedde preventie-architectuur in de bestaande perinatale zorg. De beroepsgroepen in de perinatale zorg dienen geëquipeerd te worden de preventieve taken in hun beroepsmatig handelen op te nemen.
- Buiten de reguliere perinatale zorg kunnen werkende moeders bereikt worden via het bedrijf waar ze werken en via de daar geboden bedrijfsgeneeskundige zorg, conform de betreffende richtlijn.
- Sommige vrouwen met een hoog risico op postpartum depressie zijn minder goed bereikbaar via de reguliere perinatale zorg. Te denken valt aan

tienerzwangerschappen, waarbij de (aankomende) moeder soms beter bereikbaar is via bijvoorbeeld het Leger des Heils of de vrouwenopvang. Er dient dus ook aandacht te zijn voor alternatieve routes om de betreffende vrouwen te bereiken.

Klinische evidentie

- Wanneer we ons beperken tot rigoureus opgezette preventietrials waarbij met een diagnostisch instrument de afwezigheid wordt vastgesteld van postpartum depressie aan het begin van het onderzoek en aan het einde van de interventie opnieuw naar de diagnostische status wordt gekeken (om zo het effect van de interventie op de incidentie te kunnen vaststellen), dan moeten we vaststellen dat het bewijs voor de werkzaamheid van preventie van postpartum depressie nog niet geleverd is. Dit is dus nog een onvoltooid project dat om aanvullend onderzoek vraagt.
- Daarnaast zijn telefonische ondersteuning door niet-professionele lotgenoten en interpersoonlijke psychotherapie door Dennis & Dowswell (2013) aangemerkt als een veelbelovende interventievormen waarnaar meer onderzoek nodig is.
- Ook is meer onderzoek nodig naar interventies gebaseerd op cognitieve gedragstherapie; zouden interventies bij voorkeur ook aandacht schenken aan de partner van de vrouw; en zouden interventies voor migrantenvrouwen ontwikkeld moeten worden (Dennis & Dowswell, 2013).

Economische evidentie

- Economisch onderzoek loopt meestal achter op experimenteel klinisch onderzoek, maar nu lijkt het tijd geworden om van toekomstige trials op het gebied van preventie van perinatale depressie te verwachten dat die trials geflankeerd worden door een gezondheid-economische evaluatie. Hoewel de in dit hoofdstuk beschreven interventie met getrainde verpleegkundigen in de perinatale zorg (kosten)effectief en haalbaar is gebleken in Groot-Brittannië, is het onbekend of dit ook het geval is in Nederland. Kosteneffectiviteitsstudies naar dergelijke interventies in Nederland zijn dus geïndiceerd.

Methodologische overwegingen

- We bevelen aan dat studies naar de preventie van postpartum depressie zich richten op vrouwen die op de voormeting niet voldoen aan de criteria voor een depressieve stoornis, maar wel al enkele (subklinische) depressieve klachten hebben. Bovendien wordt aanbevolen dat de incidentie van depressie in dergelijke studies wordt vastgesteld op basis van diagnostische criteria, in plaats van op zelfrapportage lijsten.
- Het is een uitdaging om in economische evaluaties ook oog te hebben voor de gezondheid-economische impacts op het kind van de betreffende moeders en meer in het algemeen op het gezin. Het gaat hierbij om het meten van 'spillover' effecten van moeder op kind en van de moeder op het gezin. Dat vraagt om meer dan alleen metingen van gezondheid en welbevinden bij de moeder. Het onderzoek naar depressiepreventie in Nederland zou daarom veel baat kunnen bij een lange-termijn geboortecohortstudie (beloopstudie) waarbij kinderen vanaf hun geboorte langdurig gevolgd worden zodat transities van gezond naar ziek en de corresponderende risicofactoren in kaart gebracht kunnen worden. Wellicht komt daar de Generation R studie voor in aanmerking (Jaddoe et al., 2006). In casu, zou het van belang zijn dat in een dergelijke studie relevante gegevens verzameld worden, zoals depressiestatus van de moeder na de bevalling.

- We zouden meer willen weten welke interventies voor welke groepen het best werken. Dergelijk onderzoek naar effectmodificatie kan tegenwoordig met speciale meta-analytische technieken worden uitgevoerd, de zogeheten 'individual participant data' meta-analyses.

3. Depressiepreventie bij jongeren

Inleiding

Depressie bij jongeren is een belangrijk probleem vanuit volksgezondheidsperspectief. Met een geschatte prevalentie van 2.5% in kinderen en tot wel 8.3% in adolescenten, is depressie een veelvoorkomende aandoening, die gepaard gaat met verminderd psychosociaal functioneren, verminderde leerprestaties en een verhoogd risico op het ontwikkelen van andere psychische aandoeningen (Birmaher et al., 1996). Veel volwassenen met een terugkerende depressie, hadden hun eerste depressie al tijdens hun tienerjaren.

Risicogroep

Naast de depressies die aan de diagnostische criteria beantwoorden, komen ook subklinische depressies veel voor onder Nederlandse adolescenten, en wel met een geschatte prevalentie van tussen de 17 en 21% (Van der Zanden et al., 2012). Dat is de groep waarop geïndiceerde preventie zich zou kunnen richten, al zou het om praktische en medisch-ethische redenen goed zijn binnen die groep nadere selecties te maken gericht op vroegherkenning en interventie bij groepen met een ultrahoog risico op het ontwikkelen van een depressie.

Zo is het risico op depressie vooral hoog onder kinderen wier ouders psychische problemen hebben: Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problematiek, de zogenoemde 'KOPP' kinderen, waartoe we ook kinderen rekenen van ouders met een verslavingsprobleem. Nederland telt op jaarbasis 577.000 KOPP kinderen onder de 18 jaar (Goossens & van der Zanden, 2012). Hier spelen zowel erfelijkheidsfactoren als psychosociale mechanismen binnen families (Maughan et al., 2013; Ashford et al., 2008). Andere risicofactoren zijn sterfgevallen en conflicten in de familie, kindermishandeling en verwaarlozing, en het hebben van conflicten met, of gepest worden door, leeftijdsgenoten (Maughan et al., 2013).

Ook jongeren met een lage sociaal-economische status hebben meer kans op het ontwikkelen van psychische problemen. Vooral de sociale context (opleiding en welvaart) lijkt dat verhoogde risico te verklaren en niet zozeer een allochtone afkomst. Het opgroeien in een volledig gezin blijkt daarentegen een beschermende factor te zijn tegen het ontwikkelen van psychosociale problemen (Van Dorsselaer et al., 2010).

Zo blijven we al met al aankijken tegen wel heel grote risicogroepen en blijft nadere selectie gewenst. Daarom werd onderzocht welke factoren bij jonge kinderen voorspellen of die kinderen later, op 11-jarige leeftijd, last krijgen van internaliserende problemen zoals depressie en angst (Ashford et al., 2008). Naast psychopathologie bij één van de ouders en een lage sociaal-economische status bleken internaliserende problemen ook meer voor te komen bij kinderen wier ouders opvoedstress ervoeren toen het kind 4-5 jaar oud was en bij kinderen wier ouders de internaliserende problemen bij hun kind al signaleerden op 4-5 jarige leeftijd (Ashford et al., 2008). Door te kijken naar combinaties van risicofactoren kunnen dus kleinere groepen geïdentificeerd worden met een ultrahoog risico op het ontwikkelen van een stoornis.

Meer recent, deden we andermaal een poging kleine groepen jongeren met een ultrahoog risico te identificeren. Daartoe verrichtten wij onderzoek onder 1.538 jongeren en toonden aan dat preventie van depressie in de vroege adolescentie het best gericht

kan worden op kinderen met één van de volgende risicoprofielen: overgewicht (een hoog BMI), in combinatie met (1) een moeder die depressief is of dat is geweest, (2) het vrouwelijk geslacht, of (3) emotionele afwijzing door de ouders (Monshouwer et al., 2012).

Tot slot noemen we stoornissen die zich al vroeg in de levensloop kunnen ontwikkelen zoals angststoornis en ADHD, want bij zulke jongeren is er mogelijk ook een grotere kans om een depressie te ontwikkelen (Anderson et al., 1987; Biederman et al., 1991).

Bereik

Een aantal preventietrials bij jongeren dat niet succesvol afgerond kon worden door te lage deelnemersaantallen brengt een probleem onder de aandacht wat betreft het bereiken van jongeren. In het Amsterdamse onderzoek naar de adolescentenversie van de online interventie "Alles onder controle", die effectief is gebleken onder volwassenen, bleek het feit dat de jongeren toestemming van hun ouders nodig hadden voor deelname aan het onderzoek een belangrijke belemmering te zijn. Jongeren met depressieve- en angstklachten die een online interventie volgen willen liever niet dat hun ouders daarvan weten. In het Groningse STERK onderzoek werd een interventie onderzocht gericht op het versterken van de veerkracht bij kinderen van ouders met een depressie of angststoornis. Hoewel ouders zich soms wel zorgen maakten over hun kinderen, bleek er een aanzienlijke drempel te zijn om hun kinderen te betrekken bij deze interventie. Van de 1300 aangeschreven ouders reageerden slechts 78 (6%), werden 63 kinderen gescreend en konden uiteindelijk slechts 25 kinderen aan het onderzoek deelnemen. In Maastricht stuit op dit moment een andere studie op vergelijkbare rekruteringsproblemen. Het betreft de "Kopstoring" interventie, een preventieve e-health interventie voor jongeren waarvan één of beide ouders een psychisch probleem hebben. Ook hier is het dubbel informed consent een struikelblok, maar er is misschien meer aan de hand waardoor het bereik van de betreffende doelgroep zo moeizaam verloopt. In onze aanbevelingen komen we terug op dit probleem.

Ter nuancering dienen we hier aan toe te voegen dat jongeren goed en bovendien met een zeker logistiek gemak bereikt kunnen worden op scholen. We verwijzen hiervoor naar de implementatie van Happyles in het VMBO te Den Haag (Van der Zanden & Van der Linden, 2013). Hierbij ontvingen alle leerlingen in de participerende scholen 'gelukslessen' en die lessen werden voorafgaan door een meting. Na afloop van de lessen kregen de leerlingen opnieuw een meting en kreeg iedereen een consultatief gesprek dat onder meer gevoerd werd op basis van de metingen. Voor veel leerlingen kon dat consultatieve gesprek kort gehouden worden, maar voor leerlingen met problematiek was er ruimte voor extra aandacht. Zo nodig werd het gesprek gevolgd door een verwijzing. Deze aanpak bleek goed te werken om jongeren met problemen te herkennen, bereiken en zo nodig door te leiden naar de ketenpartners die betrokken werden in de zorgorganisatie rondom Happyles. Er zijn dus opties om het bereik in gunstige zin te beïnvloeden.

Een belangrijke onderzoekslijn richt zich op de specifieke risicogroep van KOPP kinderen (Reupert et al., 2012; Goossens en van der Zanden, 2012). Wereldwijd zijn diverse preventieve interventies ontwikkeld voor deze kinderen en hun ouders. Sommige programma's zijn geëvalueerd, andere nauwelijks. Naar verwachting verschijnt eind 2013 de richtlijn KOPP, waarin onder meer een overzicht gepresenteerd zal worden van

de bestaande interventies, zowel KOPP-specifieke als meer algemene interventies. In de richtlijn KOPP wordt de Screening- en Interventiekeuze Lijst (SIK-lijst) geadviseerd als instrument om de aard en ernst van de KOPP-problematiek in kaart te brengen en om keuzes te maken voor interventies. De SIK-lijst geeft, gelet op de gewenste versterking van bepaalde beschermende factoren voor het KOPP-kind, advies over welke interventies wenselijk zijn. De lijst is vrij verkrijgbaar via internet (www.psynip.nl).

Klinische evidentie

Merry et al. (2012) onderzochten in hun Cochrane review de effectiviteit van interventies ter voorkoming van het ontstaan van depressieve stoornissen in kinderen en adolescenten. Op basis van hun meta-analyse concludeerden zij dat geïndiceerde depressiepreventie effectief is in het verminderen van depressieve klachten ($d=0,26$; $95\%BI=0,13\sim0,40$), maar dat er geen statistisch significant effect is voor universele preventie ($d=0,21$; $9\%BI=-0,06\sim0,48$). Sinds hun laatste review in 2004 zagen Merry et al. (2012) een verdubbeling van het aantal studies, en bovendien een grote stijging in het aantal studies waarin depressieve stoornissen vastgesteld worden middels diagnostische interviews. De meeste interventies waren gebaseerd op cognitief gedragstherapeutische principes. Er waren weinig studies waarin een interventie werd vergeleken met placebo of een 'actieve' controlegroep. De studies die dat wel deden, slaagden er niet in een effect aan te tonen op klachtvermindering, waarbij opgemerkt moet worden dat de meeste van deze studies te kleine steekproefgroottes hadden om überhaupt een significant verschil aan te kunnen tonen. Het feit dat de effecten aanhouden tot 9 en 12 maanden, maakt een placebo-effect overigens minder waarschijnlijk (Merry et al., 2012). In een aantal studies in de meta-analyse van Merry en collega's werden ook 'lifetime' diagnoses vastgesteld in de metingen. Daaruit bleek dat een groot deel van de deelnemers aan preventieve interventies in het verleden al eens een depressieve stoornis had meegemaakt. Bij deze jongeren zou wellicht dus eerder sprake zijn van recidiefpreventie dan van preventie van een eerste stoornis (Merry et al., 2012). De effectgroottes zoals gevonden door Merry en collega's zijn klein. Echter, de studies waarin data met betrekking tot de incidentie van depressieve stoornissen voorhanden waren, lieten zien dat gemiddeld 11 mensen een interventie zouden moeten ontvangen om 1 nieuwe depressie te voorkomen, hetgeen voor een preventief programma een bemoedigend 'number needed to treat' (NTT) is.

In hun meta-analyse naar universele preventie op scholen door middel van veerkracht-versterkende interventies, identificeerden Majo et al. (2012) een aantal schoolprogramma's met veelbelovende resultaten, waaronder "Al's Pals" ($d=0,45$; $95\%BI=0,21\sim0,68$) en "Zippy's Friends" ($d=0,68$; $95\%BI=0,46\sim0,92$). Al's Pals is een universeel preventief programma voor kinderen tussen de 3 en 8 jaar. Het programma omvat training van leerkrachten, een lesprogramma en een trainingsprogramma voor de ouders. Al's Pals heeft als doel het versterken van de sociaal-emotionele vaardigheden van de kinderen, en het verminderen van agressief gedrag (Lynch et al., 2004). Zippy's Friends is een universeel preventief programma waarin de sociale en emotionele copingvaardigheden van kinderen versterkt worden, zodat zij beter met dagelijkse problemen kunnen omgaan. Zippy's Friends wordt momenteel in 16 Westerse en niet-Westerse landen toegepast, en wordt in Nederland momenteel in een gerandomiseerde studie onderzocht op effectiviteit.

Een andere, frequent onderzochte, weerbaarheidsinterventie is het "Penn Resiliency Program". Brunwasser, Gilham en Kim (2009) voerden een meta-analyse uit van 17 gecontroleerde studies waarin het effect van dit programma op depressieve klachten onderzocht werd bij in totaal 2.498 scholieren. In vergelijking tot een groep die geen interventie kreeg, waren de effecten van het Penn Resiliency Program positief maar zeer klein (range: $d = 0,11 \sim 0,21$). Wanneer het programma vergeleken werd met een groep die wel een andere interventie kreeg, werden er geen effecten voor het Penn Resiliency Program gevonden. Momenteel wordt in Nederland het programma "Op Volle Kracht" onderzocht. Dat programma is er op gericht kinderen weerbaarder te maken en is gebaseerd op het Penn Resiliency Program. De resultaten zijn naar verwachting in 2015 bekend.

Corrieri et al. (2013) onderzochten in een systematische review de effectiviteit van schoolprogramma's voor adolescenten gericht op preventie van depressie en angst. Direct na beëindiging van de interventie was er een klein positief effect te zien in het verminderen van depressieve klachten, wat verdween na korte tijd en vervolgens weer terugkwam als een klein positief effect op de lange termijn. Verder onderzoek is nodig om na te gaan op welke manier variaties in de implementatie van de programma's de effecten beïnvloeden (Corrieri et al., 2013).

Een review naar de effectiviteit van preventie en behandeling van depressie en angst bij kinderen en adolescenten met behulp van e-health dient hier genoemd te worden (Calear en Christensen, 2010). Van de 8 studies die zij vonden, waren er echter slechts 3 gerandomiseerd. Dit laat zien dat meer gerandomiseerd onderzoek nodig is naar preventieve e-health interventies voor jongeren, waarbij met name onderzoek gewenst is naar de optimale mate van begeleiding bij de internetinterventies, de tevredenheid van gebruikers en de effecten op langere termijn (Calear en Christensen, 2010). Ripper en collega's (2013) komen tot een vergelijkbare conclusie in hun kennissynthese: van de zeven publicaties (zes studies) die zij beschouwden, toonde geen enkele studie een significant resultaat aan, behalve de "Grip op je Dip" studie (Van der Zanden et al., 2012), die we nu verder bespreken.

Een recente studie toonde de effectiviteit aan van een Nederlandse online groeps cursus voor jongeren in het verminderen van depressieve klachten (van der Zanden et al., 2012). In deze studie werd de interventie "Grip op je Dip" vergeleken met een wachtlijstgroep. De gevonden effectgrootte, d , was 0,94, hetgeen als groot aangemerkt kan worden. De 'number needed to treat' (NNT) was 2,7, wat het gunstigste resultaat is dat tot nu toe is gevonden voor een online interventie voor depressie. Naast het verminderen van depressieve klachten, leidde de cursus ook tot een vermindering in angstklachten en een groter gevoel van controle. De cursus vond op vaste tijden plaats in een beveiligde chatroom, en werd begeleid door 1 of 2 professionals. De online cursus "Grip op je Dip" kwam voort uit de gelijknamige face-to-face cursus en is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie. De deelnemers in deze effectstudie hadden een relatief hoge opleiding, en het is onbekend of de interventie ook effectief zou zijn voor adolescenten met een lager opleidingsniveau. Om ook lager opgeleide jongeren te kunnen bereiken, is "Happyles" ontwikkeld, een programma voor jongeren tussen de 13 en 25 jaar in het voortgezet onderwijs en het MBO. Er zijn 3 pilots uitgevoerd in het VMBO en MBO naar dit specifieke programma, die veelbelovende resultaten lieten zien (Van der Zanden en Van der Linden, 2013).

Economische evidentie

Er is evidentie dat screening op school, gevolgd door een psychologische interventie gericht op leerlingen met een verhoogd niveau van depressieve symptomen, kosteneffectief is en dat preventieve interventies gericht op adolescenten in risicogroepen tegen acceptabele kosten geïmplementeerd kunnen worden. In een economisch rekenmodel van Mihalopoulos et al. (2012) werd de kosteneffectiviteit berekend van een dergelijk model waarin na screening een psychologische interventie werd aangeboden aan jongeren in de leeftijd van 11 tot 17 jaar die een verhoogd niveau van depressieve symptomen vertoonden. De auteurs concludeerden dat de interventie 'good value for money' bleek te zijn.

Een andere kosteneffectieve preventieve interventie was gericht op een specifieke hoog-risico groep van adolescenten met ouder(s) met een depressieve stoornis (Lynch et al., 2005). De adolescenten die deelnamen aan de studie hadden depressieve symptomen, maar voldeden niet aan de criteria van een depressieve stoornis. De adolescenten in de interventiegroep (N=49) kregen een cognitieve gedragstherapeutische interventie (bestaande uit 15 sessies) in aanvulling op de gebruikelijke zorg. Dit werd vergeleken met een groep (N=45) die alleen de gebruikelijke zorg kreeg. In de interventiegroep waren 0,93 'quality adjusted life years' (QALYs) gewonnen en bedroegen de gemiddelde kosten \$3.325. In de gebruikelijke zorggroep waren er 0,87 QALYs gewonnen tegen \$2.715. De kosteneffectiviteitsberekeningen lieten vervolgens een bedrag zien van \$9.275 per gewonnen QALY, hetgeen ruim lager is dan de €20.000 per QALY die we in Nederland bereid zijn te betalen voor het winnen van één QALY met een preventieve interventie. De baten van de betreffende preventieve interventie kunnen dus behaald worden tegen acceptabele kosten.

Kennishiaten en onderzoeksagendering

We rubriceren onze aanbevelingen naar: risicogroep-identificatie, bereik, klinische evidentie, economische evidentie en geven tot slot enkele methodologische overwegingen.

Risicogroep-identificatie

- Onderzoek zou zich kunnen richten op het detecteren van ultrahoog risicogroepen binnen de omvangrijke groep van kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblematiek.
- Gezien de hogere prevalentie van depressie bij adolescenten met een lagere sociaal-economische status en de andere risicoactoren die geassocieerd zijn met een verhoogd risico op het ontwikkelen van een depressie, zou toekomstig onderzoek zich met name moeten richten op interventies die specifiek zijn toegespitst op deze doelgroep.

Bereik

- Het bereiken van de KOPP doelgroep en het bereik van internet-interventies onder jongeren laat problemen zien. Deze problemen zouden eerst eens goed in kaart gebracht moeten worden (vergelijk, Cuijpers et al., 2010). Vervolgens zouden nieuwe strategieën bedacht en geëvalueerd moeten worden om het bereik van zulke interventies te verbeteren. Hiervoor heeft ZonMw kortgeleden onderzoeksgelden beschikbaar gesteld. Wat betreft de KOPP doelgroep: kortere interventies, met een focus op de ouders binnen de volwassenenzorg, aangeboden door de behandelaar

van de ouders en rekening houdend met de moeilijke fase waarin de ouders zich bevinden zouden wellicht goede denkrichtingen kunnen zijn. Noem het kwalitatief goede geïntegreerde zorg voor de ouders met expliciete aandacht voor eventueel aanwezige kinderen. Een behandelaar zou daartoe vaker moeten vragen of er een kind in het spel is en of dat kind wellicht extra aandacht behoeft. Zulke oplettendheid zou normaal moeten wezen, maar hieraan schort het nog, wellicht ook omdat veel behandelaars geen weet hebben van het bestaan van KOPP interventies bij hen in de buurt. Ook kan de DBC-systematiek in de betaling een obstakel vormen wanneer wel een ouder maar (nog) geen kind in de betreffende DBC is opgenomen. Dit vraagt onder meer om implementatieonderzoek.

- Het bereik van scholieren (uiteraard op hun scholen) is daarentegen goed te noemen, maar het effect van universele preventieve interventies bij jongeren valt in de regel tegen. Maar misschien is onze appreciatie van de kleine effecten niet helemaal juist: we kijken immers naar effecten die als het ware uitgesmeerd zijn over grote groepen die een dergelijke interventie niet behoeven en veel kleinere groepen die daaraan de meeste behoefte hebben en daarvan wellicht ook de meeste baten hebben ondervonden. Toekomstig onderzoek naar de effecten van universele preventie zouden in die zin er meer werk van moeten maken om apart de effecten te rapporteren in de hoogrisicogroepen. Zijn schoolinterventies een goede manier om hoogrisicogroepen te bereiken? - of moeten we ons dan toch bij voorkeur verlaten op selectieve of geïndiceerde preventie?
- Er zijn weinig gerandomiseerde studies verricht naar de effectiviteit van internet-interventies bij jongeren, en er is bovendien weinig bekend over de optimale mate van begeleiding, de tevredenheid van gebruikers en effecten op langere termijn (Calear en Christensen, 2010; Riper et al., 2013). Dat vraagt om onderzoek (bijvoorbeeld 'conjunct experimenten' en 'discrete choice experimenten') opdat al tijdens het ontwerp van het de e-health interventie de voorkeuren en wensen van de eindgebruikers maximaal benut kunnen worden.

Klinische evidentie

- Hoewel Merry et al. (2012) constateerden dat in steeds meer studies niet alleen de mate van depressieve klachten wordt gemeten, maar ook wordt vastgesteld of er sprake is van een diagnose, beperkt nog steeds het merendeel van de studies zich tot de ernstmaten. Om vast te kunnen stellen of de preventieve interventies daadwerkelijk de incidentie van depressie verminderen, is het belangrijk dat de aanwezigheid van een depressieve stoornis wordt nagegaan met behulp van gevalideerde, diagnostische interviews.
- Tevens is het van belang dat meer studies worden verricht waarin wordt vergeleken met een actieve controle groep of een placebo om een mogelijk placebo-effect uit te sluiten.
- Wanneer life-time diagnoses worden meegenomen, kan nagegaan worden of adolescenten met en zonder depressie in het verleden anders reageren op interventies (Merry et al., 2012). Dat werpt licht op de vraag of we aparte interventies zouden moeten ontwikkelen voor preventie van recidiverende depressie bij jongeren.

Economische evidentie

- De economische evidentie voor doelmatige depressiepreventie onder jongeren is zeer beperkt. Dat behoeft een inhaalslag. Deze achterstand is echter niet

bevreemdend omdat bij dergelijke economische evaluaties ten minste drie belangrijke problemen worden ontmoet van methodologische aard (zie beneden).

Methodologische overwegingen

- Eén van de grootste struikelblokken voor het uitvoeren van gezondheid-economische evaluaties bij jongeren in Nederland is het gebrek aan integrale kostprijzen (standaard kosten) voor de jeugd ggz. Dit dient met voorrang te worden aangepakt om de doelmatigheid van de (preventieve) jeugdzorg te kunnen evalueren. Voor een deel zijn dit soort kostrijsberekeningen al ter hand genomen door BMG/iMTA Erasmus, maar op dit gebied zijn nog vervolgstappen te zetten.
- Een ander probleem is dat bestaande instrumenten om 'quality adjusted life years' (QALYs) te berekenen, vooral geschikt lijken voor volwassenen en dan vaak ook niet eens voor het meten van veranderingen in QALYs door interventies die zich richten op psychische klachten en stoornissen. Daarom is er behoefte aan een instrument dat geschikt is voor het meten van QALYs onder jongeren. Ook dit is een onderwerp dat door BMG/iMTA Erasmus momenteel wordt opgepakt.
- Ten slotte, treedt er bij onderzoek naar kinderen de vraag op wat de eenheid van analyse dient te zijn: het individuele kind of het gezinssysteem? Een focus op alleen het kind lijkt te smal omdat een goede interventie ook consequenties zal hebben voor het de ouders van het kind en wellicht ook op eventueel aanwezige broers en zusters in termen van ervaren kwaliteit van leven, maar wellicht ook in de vorm van economische impacts van een ziek kind op de overige gezinsleden. Echter, een focus op het hele gezin betekent dat economische kosten en baten voor dat hele gezin uitgerekend zouden moeten worden en er ook zoiets uitgevonden zou moeten worden als een gezins-QALY. Daar is nog een route te gaan.

Gezondheid-economisch methoden-onderzoek zou hier antwoord op moeten geven, wellicht in de vorm van een Handleiding voor gezondheid-economische evaluaties in de jeugd ggz.

4. Depressiepreventie in de beroepsbevolking

Inleiding

De kosten van depressie zijn aanzienlijk wanneer werknemers als gevolg van hun depressie verzuimen (absenteïsme) of minder productief zijn op hun werk (presenteïsme). De volgende cijfers illustreren de impact van depressie op de arbeidsproductiviteit:

- In Nederland is depressie gerelateerd aan gemiddeld 35.3 verloren werkdagen per depressieve werknemer per jaar. In de Nederlandse werkende populatie komt dit neer op een bedrag van €242 miljoen per 1 miljoen werknemers (De Graaf et al., 2011).
- Voor een fictief Nederlands bedrijf met 1000 werknemers berekende Lokkerbol (2012) dat door depressie en angst er per jaar forse kosten ontstaan: €352.000 door arbeidsverzuim, naast nog eens €528.000 door verminderde efficiëntie tijdens het werk en €67.000 personeelsverloop. Dat telt op tot €948.000. Zo'n bedrag is slechts indicatief en zal lager liggen voor een bedrijf met ongeschoolde arbeid en mogelijk hoger voor een bedrijf waar mensen op academisch niveau moeten presteren door verschillen in salariëring.

Deze berekeningen laten in elk geval zien dat preventieve interventies op de werkvloer weleens een goede business case zouden kunnen opleveren voor werkgevers.

Risicogroep

Hier merken we op dat er weinig gedegen onderzoek is uitgevoerd naar preventie van depressie in de werksetting. Er is meer onderzoek gedaan naar werkstress en burn-out. Nu is het risico op depressie vooral hoog bij werknemers met werkstress of burn-out (Martin e.a., 2009; Ahola e.a., 2005; Blackmore et al., 2007). Daarom beschouwen wij in deze paragraaf, naast depressie, ook stress en burn-out.

Uit de meta-analyse van Stansfeld et al. (2006) bleek het risico op een psychische aandoening hoger te zijn voor werknemers met combinaties van hoge psychologische taakeisen en weinig regelmogelijkheden en werknemers met combinaties van veel inspanning maar weinig beloning (Stansfeld et al., 2006). De relaties tussen specifieke componenten van werkstress en depressie lijken bovendien te verschillen tussen mannen en vrouwen (Blackmore et al., 2007; Stansfeld et al., 2006). Zo vonden Blackmore et al. (2007) dat bij mannen stress ('job strain'), weinig sociale steun op het werk, hoge baanonzekerheid, en hoge psychologische taakeisen gerelateerd waren aan depressieve stoornissen, terwijl bij vrouwen weinig sociale steun op het werk en een gebrek aan regelmogelijkheden samenhangen met depressie. Bovendien was bij vrouwen lage taakcomplexiteit gerelateerd aan een lager risico op depressie (Blackmore et al., 2007). Onzekerheid over het behouden van een baan (denk aan reorganisaties en organisaties die personeelsmatig 'afslanken') verhoogt ook de kans op depressie bij werknemers (Andrea et al., 2009; Clumeck et al., 2009).

Het hebben van passend werk is belangrijk gebleken: het onvrijwillig parttime of tegen een lager loon werken, gaat gepaard met een stijging in depressieve klachten (Dooley et al., 2000).

Lopen bepaalde beroepsgroepen een groter risico op depressie? Fan et al. (2012) onderzochten de relatie tussen beroep en depressie in een steekproef van 20.560

werknemers in de staat Washington. De prevalentie van depressie bleek aanzienlijk te variëren tussen de beroepen, en in de ruwe analyses leken dan ook verschillende risicoberoepen aangewezen te kunnen worden. Na correctie voor socio-demografische factoren bleek echter alleen het beroep van vrachtwagenchauffeur gerelateerd te zijn aan depressie (Fan et al., 2012). Met andere woorden, niet zo zeer het beroep is een risicofactor, maar in bepaalde beroepsgroepen lijken risicofactoren voor stress en burnout meer geconcentreerd.

Van der Velden et al. vonden geen aanwijzingen voor het vaker voorkomen van depressieve klachten onder politieagenten, vergeleken met zogenoemde 'laag risico beroepsgroepen' zoals bankemployees en supermarktwerknemers (Van der Velden et al., 2013).

Johnson et al. (2005) onderzochten de niveaus van lichamelijke gezondheid, psychisch welbevinden en tevredenheid met het werk in een groep van 25.5352 Britse werknemers. Van de 26 beroepen in deze studie bleken er 6 te zijn die op deze 3 factoren slechter dan gemiddeld scoorden: ambulancemedewerkers, leerkrachten, sociale dienstverlening, medewerkers van klantenservices en callcenters, gevangenismedewerkers en politieagenten (Johnson et al., 2005). Hiermee is echter nog niet vastgesteld of dit ook beroepsgroepen zijn met een verhoogd risico op depressie, laat staan of dit ook voor de Nederlandse beroepsbevolking geldt.

Klinische evidentie

Omdat er een gebrek is aan gerandomiseerde studies van hoge kwaliteit naar de effectiviteit van depressiepreventie in de werksetting (cf. Roberts et al., 2011), zullen we het moeten doen met indirecte evidentie en meta-analytische evidentie over andere populaties projecteren op de werkende populatie. Zo tonen meta-analyses aan dat preventieve interventies het risico op het krijgen van een depressieve stoornis gemiddeld met 15 tot 35% verminderen (Cuijpers et al., 2008; Muñoz et al., 2010). Het aantal mensen dat een interventie moet krijgen, om 1 depressieve stoornis te voorkomen ligt tussen de 8 en 13. Zoals in de inleiding al werd beschreven, verhoudt deze 'number-needed-to-treat' (NNT) zich gunstig tot wat elders in de preventieve geneeskunde gezien wordt en er is geen reden om aan te nemen dat deze effecten van depressiepreventie anders zijn in de werkende populatie.

In een aantal studies wordt weliswaar niet de effectiviteit van preventie op de incidentie van depressie onderzocht, maar werd gezondheidsbevordering (in de brede zin van het woord) in de werkende populatie onderzocht. Martin et al. (2009) voerden een meta-analyse uit op de effecten van gezondheidsbevordering op de werkplek op het verminderen van depressieve en angstklachten. In de betreffende meta-analyse werden 17 studies meegenomen, waaronder zowel studies die zich direct op het verminderen van depressieve en angstklachten richtten, als studies die dit indirect poogden te doen door te richten op factoren als de psychosociale werkomgeving, roken, chronische aandoeningen, middelengebruik en obesitas. Aangezien werkstress gezien wordt als een belangrijke risicofactor voor depressie, richtten veel interventies zich op stressmanagement. De studies die zich direct op depressieve en angstklachten richtten, bevatten voornamelijk psycho-educatie, cognitieve gedragstherapeutische principes en training in coping vaardigheden. De resultaten van de meta-analyse lieten een klein maar positief effect zien in het verminderen van depressieve en angstklachten, waarbij

eenzelfde effect werd gevonden voor de directe als voor de indirecte interventies (Martin et al., 2009).

Richardson en Rothstein (2008) onderzochten in een meta-analyse de effectiviteit van stress management interventies op de werkplek. De effectgrootte over alle studies berekend (Cohen's d) was 0,53 (95% CI=0,36~0,69), hetgeen een significant middelgroot effect is. Cognitief-gedragstherapeutische interventies bleken de grootste effecten te hebben. Opvallend genoeg leidde het daaraan toevoegen van interventie onderdelen (zoals ontspanning, assertiviteit, time management) tot een kleiner effect. Wellicht dat cognitieve gedragstherapeutische interventies van zichzelf al veelzijdig en intensief zijn, waardoor een organisatie minder goed in staat is om extra interventieonderdelen te implementeren en te combineren. Richardson en Rothstein vonden ook een groot effect voor een aantal interventies die gericht zijn op het vergroten van specifieke (baan-gerelateerde) vaardigheden waardoor werknemers stress op het werk beter kunnen hanteren. In plaats van het werk te veranderen wordt de werknemer dus beter geëquipeerd om met bepaalde stressvolle aspecten van het werk om te gaan. Meer studies zijn nodig naar dit soort op het individu-gerichte interventies om te bezien of verbeterde stress-management vervolgens ook gunstige effecten heeft op de preventie van depressie.

In Nederland onderzochten Lexis et al. (2011) het effect van een preventieve interventie op depressie en langdurig ziekteverzuim. Voor deze RCT werden 139 werknemers geselecteerd die kampten met milde tot ernstige depressieve klachten (gemeten met de Hospital Anxiety and Depression Scale) en die een hoog risico op verzuim hadden (gemeten met de Balansmeter). De preventieve interventie was gebaseerd op de principes van probleemoplossende therapie en cognitieve gedragstherapie. De interventie bestond uit 7 sessies, met mogelijke uitbreiding naar 12 sessies, en werd uitgevoerd door psychologen. Werknemers die de preventieve interventie ontvingen hadden een kortere verzuimduur dan werknemers die de gebruikelijke zorg kregen (respectievelijk 27.5 en 50.8 kalenderdagen). Ook hadden de werknemers in de interventiegroep 6 en 12 maanden later minder ernstige depressieve klachten dan de gebruikelijke zorg groep, met een relatieve risicoreductie (RR) van respectievelijk 19,2% en 19,8% (Lexis et al., 2011). Dezelfde studie liet echter ook zien dat het bereiken van de doelgroep op problemen stuitte, zowel bij inclusie als later door uitval. Zulke problemen werden ook elders gezien. We komen hierop terug.

In een andere interessante onderzoekslijn in de werksetting is gekeken naar de invloed van persoonlijke energiebronnen op het werk, aangeduid met de term 'psychologisch kapitaal' (PsyCap). PsyCap wordt gedefinieerd als de positieve en ontwikkelbare toestand van een individu, en wordt gekenmerkt door een hoog niveau van self-efficacy, optimisme, hoop en weerbaarheid (Vink et al., 2011). Avey et al. (2011) vonden in hun meta-analyse dat PsyCap geassocieerd is met minder werkstress, minder angst, hogere tevredenheid met het werk en een hoger welbevinden.

Economische evidentie

Er is economische evidentie dat een op het werk gerichte preventieve interventie voor depressie en angst kostenbesparend kan zijn vanuit bedrijfseconomisch perspectief. Deze evidentie komt vanuit een Engelse studie waarin een rekenmodel werd gebruikt om de kosteneffectiviteit van een preventieve interventie op het werk te modelleren in een hypothetisch cohort van 500 werknemers met een kantoorbaan (Knapp et al.,

2011). In deze studie werd aangenomen dat de kosten van de interventie volledig werden gedragen door de organisatie. In de interventie worden alle werknemers gescreeend, wordt aan twee-derde van de werknemers zes sessies face-to-face cognitieve gedragstherapie aangeboden. Deze studie liet zien dat na 1 jaar de totale kosten van de interventie (£20.767) meer dan gecompenseerd zullen worden door de kosten die bespaard worden door de verwachte vermindering in verzuim (£23.006) en presentisme (£30.050). Wanneer de te verwachten vermindering in zorgkosten ook meegenomen wordt, komt er nog een besparing van £10,552 bij. De impact van een dergelijke preventieve interventie kan verschillen tussen sectoren en organisaties, en zal waarschijnlijk lager zijn wanneer het personeelsverloop hoog is en de vereiste beroepsvaardigheden minder mentaal van aard zijn. Daarnaast wordt verwacht dat nog meer kosten bespaard kunnen worden wanneer een (betaalbare) e-health interventie ingezet wordt, maar tegelijkertijd kan dit gepaard gaan met een grotere onzekerheid over de effectiviteit van de interventie.

Lokkerbol et al. (2013) laat zien dat het aanbieden van een stressmanagement-interventie aan werknemers zichzelf naar verwachting niet terug betaalt wanneer deze universeel wordt aangeboden, maar wel wanneer deze selectief wordt aangeboden, namelijk bij werknemers die op enig moment aan het verzuimen zijn. Toch kan het nog een uitdaging zijn voor de werkgever om die werknemers te selecteren die baat bij hebben bij een preventieve interventie zonder problemen rondom stigmatisering aan te wakkeren.

Op het AMC werd onlangs een door ZonMw medegefinancierde 'Mental Vitality @ Work' trial uitgevoerd naar de preventie van psychische problemen en het versterken van mentaal welbevinden onder het verpleegkundig personeel. Drie condities werden beschouwd: (1) screening met feedback gevolgd door verwijzing naar e-health interventies, (2) screening met feedback gevolgd door verwijzing naar de bedrijfsarts, en (3) alleen screening zonder feedback en zonder verdere verwijzing. De verwachting daarbij was dat bevordering van de geestelijke gezondheid door de actieve interventies (1 en 2) een gunstige impact zou hebben op het arbeidsfunctioneren en daarom ook in economisch opzicht zou renderen. De resultaten waren gemengd. Van de e-health interventies werd nauwelijks gebruik gemaakt en die hadden alleen een effect op psychisch welbevinden (Bolier et al., subm.). De screening met contact met de bedrijfsarts bleek wel een succes: verzuim nam af, met als netto resultaat dat de interventie -al binnen een halfjaar- zichzelf ruimschoots terugverdiende (Nobens et al., subm.a). Additionele analyses lieten zien dat vanuit werkgevers perspectief er alle reden is om die interventie breed te implementeren (Nobens et al., subm.b). Ook dit is een studie waarin licht werd gezet op het belang van heel goede implementatie van screening en interventies op de werkvloer. Ontbreekt een goede inbedding van de betreffende interventies in de werkcultuur, dan blijft het gebruik van de aangeboden interventies achterwege. Inbedding van de interventie behoeft dus volop aandacht en dat vraagt wellicht ook te kijken naar de bedrijfscultuur, de steun die het management geeft aan de betreffende interventies en de rol van P&O / HRM in het corresponderend personeelsbeleid.

Kennishiaten en onderzoeksagendering

We rubriceren onze aanbevelingen naar: risicogroepidentificatie, bereik, klinische evidentie, economische evidentie en geven tot slot enkele methodologische overwegingen.

Risicogroepidentificatie

- Bij de huidige stand van de wetenschap zou men geneigd zijn te concluderen dat niet zo zeer bepaalde beroepsgroepen maar vooral sociaal-psychologische karakteristieken van werknemers doorslaggevend zijn voor het risico op het krijgen van een depressie en dat in combinatie met risicofactoren op het werk, zoals werkdruk in combinatie met een gebrek aan regelmatigheid, weinig support van collega's en superieuren, onzekerheid over het voortbestaan van de betrekking (Clumeck et al., 2009). Voor de Nederlandse context zou men dit beter uitgezocht willen hebben, en dan vooral bij beroepen en sectoren waar veel werknemers een lagere sociaal-economische status hebben.

Bereik

- De Mental Vitality @ Work studie en ook andere studies lieten zien dat louter het beschikbaar stellen van e-health interventies aan werknemers geen goede aanpak is. De beoogde doelgroep maakt daar dan nauwelijks gebruik van. Er dient dus bezien te worden hoe dergelijke interventies ingebed moeten worden in het betreffend bedrijf en welk personeelsbeleid daarvoor nodig is. Dezelfde studie liet immers zien dat er wel gebruik werd gemaakt van de bedrijfsarts. Dit nodigt ook uit tot nadenken over een 'blended' aanpak, waarbij de bedrijfsarts (of de HRM afdeling) naast face-to-face contact ook e-health inzet.
- Preventieve zorg voor werknemers is vooral van belang wanneer organisaties zelf in transitie zijn, en waarbij reorganisatie, fusie en ontslagen bronnen zijn van stress voor werknemers.
- Stressmanagement biedt mogelijk aanknopingspunten voor interventies gericht op depressiepreventie. Daarbij dient bovendien onderzocht te worden hoe werkgevers de werknemers selecteren die baat hebben bij een preventieve interventie, zonder daarbij tegen problemen rondom stigmatisering aan te lopen. Meer in het algemeen vraagt dit om implementatie- en procesonderzoek naar de meest geschikte inbedding van stressmanagement en depressiepreventie in de werksetting.
- Naast het bereiken van de beroepsbevolking via bedrijven dient er aandacht geschonken te worden aan groepen die op deze manier niet bereikt kunnen worden zoals ZZP-ers. Dit wordt een steeds grotere groep en er zijn geen pasklare antwoorden hoe deze groep het best bereikt en bediend kan worden. Ook worden de werklozen en werkzoekenden gerekend tot de beroepsbevolking. Ook hier rijst de vraag hoe deze groep bereikt kan worden. Wellicht kunnen deze groepen via de eerstelijns geneeskundige zorg bereikt worden (zie het volgende hoofdstuk over huisartspatiënten). In een tijd van economische recessie zijn zowel de ZZP-ers als de werklozen extra kwetsbaar.

Klinische evidentie

- Het gebrek aan kwalitatief goede interventiestudies gericht op depressiepreventie in de werksetting, maakt duidelijk dat hier nog een belangrijke taak ligt voor onderzoekers. Omdat in de bedrijfssetting randomisatie lastig is, is het uitvoeren van gerandomiseerd effectonderzoek moeilijk (zie verderop onder Methodologische overwegingen). Daarom wordt gerandomiseerd effectonderzoek voornamelijk uitgevoerd in grote bedrijven, terwijl we ook zouden willen weten welke interventies werkzaam zijn (en ook betaalbaar zijn) voor kleine en middelgrote bedrijven. Nederland is immers vooral een land van midden- en kleine bedrijven, al dient ter nuancering daarbij vermeld te worden dat ongeveer de helft van de beroepsbevolking bij de grote bedrijven emplooi vindt.

- Hoewel het mogelijke belang van op de organisatie gerichte interventies al 20 jaar wordt genoemd, concludeerden Martin et al. (2009) en Richardson en Rothstein (2008) dat dergelijke interventies, al dan niet gecombineerd met interventies gericht op het individu, slechts weinig worden onderzocht en dat het nog onvoldoende duidelijk is of deze effectief zijn dan wel meerwaarde hebben ten opzichte van interventies die op individuen zijn gericht. Die meerwaarde wordt nu vooral aangenomen, maar het bewijs ervoor is dun (Van der Klink et al., 2001). In de Nederlandse context zouden we dus willen weten of interventies die zich zowel op het individu en de organisatie richten beter zijn dan interventies die zich alleen op het individu richten.

Economische evidentie

- De economische evidentie voor doelmatige depressiepreventie in de beroepsbevolking is beperkt. Dat behoeft een inhaalslag. De beschikbare evidentie is voor een groot deel afkomstig uit gezondheid-economische rekenmodellen of van nogal anekdotische aard, terwijl behoefte zou bestaan aan economische evaluaties die op trials zijn gebaseerd en dus leunen op empirische onderzoeksgegevens.
- Juist vanuit economisch perspectief zou het erg interessant kunnen zijn om 'business cases' te maken voor depressiepreventie en dan vanuit het perspectief van de werkgever. De vraag die daarmee beantwoord wordt is of depressiepreventie bedrijfseconomisch rendoert. Noben en collega's voltooiden zojuist één van de eerste van zulke studies op basis van ZonMw subsidie (Noben et al., 2010), maar die studie richtte zich meer op psychisch welbevinden in het algemeen en niet specifiek op depressiepreventie.

Methodologische overwegingen

- Zoals opgemerkt, randomiseren is vaak lastig in de bedrijfscontext. Er zijn wel gunstige ervaringen met randomisatie op afdelingsniveau, maar dat kan alleen in grote bedrijven waar voldoende afdelingen te vinden zijn die bovendien op elkaar lijken. Omdat Nederland vooral een land is van midden- en klein bedrijven, zou het kunnen lonen om ook randomisatie te overwegen op het niveau van (kleine) bedrijven, min of meer zoals men ook wel eens onderzoek doet in de huisartsgeneeskundige zorg door praktijken te randomiseren.
- We merkten op dat preventieve (e-health) interventies niet 'zo maar' in een organisatie geplant kunnen worden in de hoop dat er vervolgens voldoende gebruik van wordt gemaakt. Dat nodigt uit tot implementatieonderzoek waarbij bestudeerd wordt hoe preventieve interventies het best organisatorisch ingebed kunnen worden in het bedrijf zodat van de aangeboden interventies ook echt gebruik wordt gemaakt.

5. Depressiepreventie bij huisartspatiënten

Inleiding

LINH-data (van de huisartsen) laten zien dat in 2009 ruim 535.000 patiënten door de huisarts herkend werden en bovendien geregistreerd werden als depressief. Hierbij ging het naar het inzicht van de huisarts om mensen die beantwoorden aan de diagnostische criteria van een depressieve stoornis (Lokkerbol, Verhaak en Smit, 2011). Zeker zo interessant is het om te zien dat volgens dezelfde registratie bijna 220.000 patiënten zich bij de huisarts presenteerden met 'depressieve gevoelens', dus nog niet beantwoordend aan de diagnostische criteria voor de stoornis. Over deze groep merkten we eerder op dat deze groep in een aantal subgroepen opgedeeld kan worden:

1. Personen die een tijdelijke dip meemaken en daar zelf wel weer uit komen;
2. Personen bij wie de dip persisteert maar geen depressieve stoornis ontwikkelen, maar een milde en langdurige variant daarvan: dysthyme stoornis;
3. Personen die een depressieve stoornis gehad hebben, maar nu nog restsymptomen hebben (en daarmee een verhoogd risico op een terugval of recidief);
4. Personen zoals bij 1, maar wat begon als een dip verslechtert en er gaat een depressieve stoornis aankomen.

In de context van deze programmeringsstudie zijn de laatste twee groepen van belang. Bij de mensen met een naderende recidief is terugvalpreventie van belang, voor de mensen die voor het eerst een depressie ontwikkelen is primaire preventie van belang. Beide groepen worden door de huisarts gezien en dat biedt mogelijkheden voor gerichte preventieve interventie.

Doelgroep

De huisarts heeft in de regel als voordeel dat hij zijn patiënt niet eenmaal, maar vaker ziet en zo op vrijwel unieke wijze zicht heeft op het beloop van klachten en stoornissen. Zo kan de arts eerste klachten en symptomen signaleren die wijzen op een beginnende depressie. Bij patiënten met eerdere depressieve episoden zou de huisarts eveneens, en samen met de patiënt, extra alert kunnen letten op de eerste tekenen van een terugkerende depressie. Die herkenning door de huisarts is dan ook redelijk goed, maar er is zeker ruimte voor verbetering.

Smit en collega's (2006) en Schoevers ea (2006) deden aandachttrekkend onderzoek naar risicoprofielen onder mensen ouder dan 55 jaar om te bezien of er bepaalde combinaties van risicofactoren te vinden zijn die het ontstaan van een depressie voorspellen. Beide studies kwamen tot zeer vergelijkbare resultaten: huisartsen zouden extra bedacht moeten zijn op een nadere depressie wanneer iemand (1) al enkele depressieve klachten heeft, (2) één of meer chronische ziekten heeft, (3) daarbij functionele beperkingen ontmoet, (4) bovendien een gevoel heeft de situatie niet helemaal meester te zijn (laag gevoel van 'mastery'), en ten slotte (5) recent verweduwd is of een klein sociaal netwerk heeft. In grote lijnen blijkt dit risicoprofiel ook voorspellend te zijn voor het later ontstaan van een angststoornis (Smit ea., 2007). Het blijkt echter moeilijk om aan de hand van zo'n risicoprofiel ook te voorspellen welke mensen, als ze een depressie ontwikkelen, ook een persisterende depressie ontwikkelen (Smit ea., 2008). Zo'n 'prognostische index' zou echter wel gewenst zijn, omdat we vooral preventie zouden willen aanbieden aan mensen met een risico op een persisterende depressie, terwijl zo'n preventief aanbod misschien beter achterwege

gelaten kan worden voor mensen die een korte depressie krijgen van voorbijgaande aard. Op het moment is dus nog behoefte aan zo'n 'prognostische index'.

Bereik

Naast de groep huisartspatiënten met een depressieve stoornis, onderscheidt de arts ook mensen met een 'depressief gevoel'. In 2009 werden door de Nederlandse huisartsen circa 218.000 mensen als zodanig gesignaleerd en ook geregistreerd. Zoals gezegd, deze groep mensen omvat ook een groep met een tijdelijke dip. Dus niet iedereen heeft meteen interventie. De richtlijnen ter zake adviseren daarom ook 'watchful waiting', waarbij de arts psycho-educatie geeft, perspectief biedt, bemoedigt en ten slotte de patiënt gedurende drie maanden blijft zien om na te gaan of de klachten vanzelf weer overgaan, maar ook om te kunnen ingrijpen wanneer de klachten verslechteren.

Wanneer de klachten niet 'vanzelf' overgaan, kan de arts leefstijladviezen geven of counseling bieden. Een steeds groter aantal huisartsen beschikt over een POH-ggz. In principe zou de huisarts dan de POH kunnen vragen een preventieve interventie in te zetten, maar tot dus ver is de huisartszorg (en dan met name de rol van de POH) daarop niet ingericht. In de huidige context van de huisartspraktijk is daarmee al met al het therapeutisch arsenaal voor depressieve gevoelens snel uitgeput: na 'watchfull waiting', leefstijl adviezen en counseling komt dan al snel het zware wapen van farmacotherapie, terwijl richtlijnen geen farmacotherapie aanbevelen bij subklinische en milde manifestaties van depressie. We constateren daarmee dat de huisarts bij uitstek in staat is mensen met een beginnende depressie te bereiken, maar vervolgens oplopen tegen een gat in het therapeutisch aanbod. Daar komen we op terug.

Klinische evidentie

Willemse en collega's evalueerden het effect van zelfhulp (bibliotherapie) met enige telefonische begeleiding door een preventiewerker onder huisartspatiënten met een verhoogd depressief klachtenniveau. De controlegroep in deze studie ontving gebruikelijke geneeskundige zorg, waartoe de huisartsen gevraagd werden andermaal van de betreffende richtlijn kennis te nemen. De studie liet zien dat na een jaar in de experimentele zelfhulpgroep de incidentie 30% lager was dan in de groep die reguliere zorg ontving (Willemse ea., 2004).

Van 't Veer en collega's voerden in de huisartsgeneeskundige setting een preventietrial uit. In die studie werden twee groepen vergeleken met verhoogde gevoelens van depressiviteit, die echter nog niet beantwoordden aan de diagnostische criteria van een depressieve stoornis. Eén groep kreeg reguliere huisartszorg, de andere groep kreeg een preventieve interventie volgens een 'stepped-care' aanpak. De eerste stap bestond uit de eerder genoemde 'watchful waiting'. Dat werd gevolgd door onbegleide zelfhulp om beter te leren omgaan met gevoelens van depressiviteit. De derde stap bestond uit door een verpleegster begeleide interventie. Als voorgaande stappen niet geleid hadden tot gewenste resultaten, dan werd ten slotte met de arts overlegd of bijvoorbeeld antidepressieve medicatie in aanmerking kwamen. De stappen werden uitgevoerd in cycli van 3 maanden. De resultaten van deze door ZonMw gefinancierde studie waren bijzonder goed te noemen omdat na één jaar de incidentie van depressie (en angststoornissen) 50% lager was in de experimentele 'stepped-care' groep dan in de groep die gangbare medische zorg ontving (Van 't Veer ea, 2009). Dat effect bleef

precies zo groot toen twee jaar later opnieuw geëvalueerd werd (Van 't Veer ea, 2011). De interventie bleek bovendien kosteneffectief (Van 't Veer ea, 2010).

Op de Vakgroep Huisartsgeneeskunde van het VUmc loopt momenteel onderzoek van Biesheuvel-Lelieveld en collega's (gefinancierd door ZonMw Doelmatigheid) naar de mogelijkheid om POHs in te zetten bij preventie van recidief bij huisartspatiënten met een geschiedenis van recidiverende depressie. Deze studie zal ook in gezondheid-economisch opzicht geëvalueerd worden. De betreffende studie werd opgezet tegen de achtergrond dat de ziektelast van recidiverende depressie zeer hoog is (Vos ea., 2004; Biesheuvel-Lelieveld, subm.a) en dat er bovendien meta-analytische evidentie is dat preventie van recidief op een effectieve manier uitgevoerd kan worden (Vittengl ea, 2008; Biesheuvel-Lelieveld, subm.b).

Aan de Universiteit Maastricht loopt een evaluatie van de preventieve e-health interventie "Kleur je Leven" (De Graaf et al. 2009). Ook het Trimbos-instituut is recentelijk begonnen met een implementatiestudie van "Kleur je Leven" in de huisartspraktijk. Omdat die studies nog lopen, valt op dit moment niets te zeggen over de effectiviteit.

Economische evidentie

De preventietrial van Willemse et al. (2004) werd ook gezondheid-economisch geëvalueerd (Smit et al., 2006). Vanuit zorgperspectief, dus wanneer alleen naar zorgkosten wordt gekeken, bleek de betreffende interventie kosteneffectief, omdat de interventiekosten van zelfhulp al überhaupt niet hoog zijn, maar ook omdat daarna minder gebruik werd gemaakt van andere zorg. Vanuit maatschappelijk perspectief, dus wanneer bovendien naar de impact van de interventie op arbeidsproductiviteit wordt gekeken, bleek de interventie zelfs kostenbesparend omdat minder verzuimd werd. Mihalopoulos (2010) kwam tot eenzelfde bevinding in haar gezondheid-economische doorrekeningen voor Australië, terwijl Van de Berg et al. (2011) een dito conclusie trokken in hun gezondheid-economische modelleringstudie voor de Nederland: betaalbaar vanuit het zorgperspectief en kostenbesparend vanuit maatschappelijk perspectief.

De preventieve stepped-care aanpak van Van 't Veer en collega's bleek vanuit gezondheid-economisch opzicht waarschijnlijk kosteneffectief omdat de interventiekosten acceptabel lijken in verhouding tot de behaalde gezondheidswinst.

Kennishiaten en onderzoeksagendering

Doelgroepselectie

Juist in Nederland is al het één en ander gedaan rondom doelgroepselectie bij ouderen en mensen met een chronische ziekte (Smit et al., 2004; 2006; 2008; 2010; Schoevers et al., 2006), maar waar het nog aan schort is het kunnen inschatten of de geselecteerde ultrahoog risicogroepen nu ook die groepen zijn met persisterende depressies en dus niet het soort depressies die binnen afzienbare tijd spontaan herstellen. Immers, we zouden vooral preventie willen aanbieden aan 50% van mensen met de persisterende depressies in plaats van aan die andere 50% bij wie de depressie binnen afzienbare tijd vanzelf weer overgaat. In die zin zou onderzoek naar een 'prognostische index' gewenst zijn. Momenteel ontbreekt zo'n prognostische index.

Bereik

Zoals gezegd, velen – en dan vooral de groep die een chronische lichamelijke ziekte hebben – worden met regelmaat door hun huisarts gezien. Dat biedt mogelijkheden roepen te bereiken met een verhoogd risico op het ontwikkelen van een depressie. Bij depressiepreventie kunnen zowel de huisarts als de POH-ggz een rol nemen en wel zodanig dat preventie een natuurlijk onderdeel wordt van kwalitatief goede geïntegreerde zorg in de huisartsgeneeskunde, waarbij niet alleen aandacht bestaat voor lichaam, maar ook voor de psyche; en niet alleen voor behandeling, maar ook voor preventie. Er wordt momenteel geëxperimenteerd met meerdere modellen om een dergelijke geïntegreerde aanpak in de huisartspraktijk gestalte te geven.

Vanuit de preventieve ggz lopen er op dit moment initiatieven om de POH-ggz meer nadrukkelijk preventieve taken te geven, of omgekeerd, preventieve ggz te financieren onder de betaaltitel van de POH. Dit zijn vooralsnog lokale initiatieven waarover onderhandeld wordt door de drie betrokken partijen: (1) artsen met hun POHs, (2) preventieafdelingen vanuit de ggz, en (3) zorgverzekeraars). Het zou goed zijn de verschillende samenwerkings- en financieringsvormen die zo ontstaan meer systematisch in kaart te brengen, te evalueren, en de meest succesvolle varianten te identificeren voor bredere implementatie. Zorgverzekeraar CZ volgt momenteel zo'n strategie waarbij drie varianten van psychologische zorg binnen de huisartspraktijk opgezet zijn volgens het stepped-care principe. In deze experimentele zorgketens nemen preventieve interventies de plaats in als eerste stap. De betreffende zorgketens worden beproefd en gezondheid-economisch geëvalueerd. We noemden ook de door ZonMw Doelmatigheid gefinancierde studie uitgevoerd door het VUmc waarbij de POH getraind wordt in preventieve cognitieve therapie om patiënten met een recidiverende stoornis te begeleiden.

Zulke experimentele zorginrichtingen proberen antwoord te geven op enkele belangrijke achterliggende onderzoeksvragen:

- Kan de herkenning van een eerste of recidiverende depressie worden verbeterd in de huisartspraktijk?
- Welke opties voor interventie staan open voor de arts?
- Welke rol kan de POH innemen ten aanzien van de uitvoering van preventieve interventies of kan onder de betaaltitel van de POH de preventieve ggz huisartspatiënten begeleiden? Kortom: hoe dient de preventieve ggz (organisatorisch en financieel) gepositioneerd te worden in het bredere geheel van de basis-ggz?
- Hoe (kosten-)effectief is het om preventie als eerste stap op te nemen in ketenzorg binnen de gegeneraliseerde basis-ggz? Leidt zo'n preventieve aanpak tot kostenbesparingen verderop in de zorgketen?
- Hoe dienen dit soort inzichten vertaald te worden in de richtlijnen en in de opleiding voor POHs??

Deze onderzoeksvragen zouden dan met name een focus moeten krijgen op doelgroepen met chronische lichamelijke ziekten en recidiverende depressies, want dat zijn doelgroepen die in het bredere beleidskader van het Nationaal Programma Preventie (NPP) Depressiepreventie het best bereikt worden in de setting van de huisartspraktijk.

Klinische evidentie

Als het gaat om preventieve interventies zou er nog meer kunnen worden geëvalueerd, vooral op het gebied van e-health en 'blended care' in de eerste lijn. Vanuit de Universiteit Maastricht en het Trimbos-instituut worden momenteel evaluaties uitgevoerd van het e-health programma "Kleur je Leven" en de implementatie daarvan in de eerste lijn.

Economisch evidentie

Er zijn weinig empirische economische evaluaties uitgevoerd naar de kosteneffectiviteit van preventieve e-health interventies in de huisartsgeneeskunde. Lokkerbol ea (2013) voerden een gezondheid-economische modelleringsstudie uit die aannemelijk maakt dat het Nederlandse zorgsysteem voor depressie (dus inclusief behandeling van depressie) in totaliteit kosteneffectiever wordt wanneer meer wordt gedaan aan preventie van eerste en terugkeerde depressies, vooral wanneer die preventie met (betaalbare en schaalbare) e-health wordt uitgevoerd. Dat biedt dus een denkrichting die de moeite waard is voor nader onderzoek. Ten aanzien van preventieve e-health voor recidiverende depressie loopt momenteel één onderzoek naar de e-health preventie "Depressievrij" van het Trimbos-instituut. Dat onderzoek wordt uitgevoerd in een samenwerking tussen Trimbos-instituut en de RijksUniversiteit Groningen. De betreffende studie loopt nog en voorziet in een economische evaluatie.

Een voorbeeld van onderzoek naar een geïntegreerde aanpak in de eerste lijn is 'Grip op Onbegrepen Klachten' een door het Innovatiefonds Zorgverzekeraars ondersteund project dat vanuit het UMCG landelijk wordt opgezet i.s.m. de huisartsen, ziekenhuizen, gespecialiseerde GGZ, en zorgverzekeraars (Schoevers et al., 2012). Hierin wordt de huisarts/POH en de patiënt een online module aangeboden waar beiden toegang hebben en waar de POH een stukje begeleiding biedt. De module biedt de mogelijkheid om klachten systematisch te inventariseren, geeft gericht advies, online behandeling en doet ook de monitoring om het beloop van de klachten en de kosteneffectiviteit in kaart te brengen. Het verdient aanbeveling om deze applicatie ook voor depressie toe te passen en de effecten daarvan te onderzoeken op de drie relevante domeinen.

6. Depressiepreventie bij chronisch zieken en ouderen

Inleiding

In dit hoofdstuk worden patiënten met een chronische lichamelijke aandoening samen met ouderen besproken, aangezien er veel overlap is tussen deze 2 doelgroepen. Terwijl het percentage mensen met een chronische aandoening onder 25-54 jarigen nog 30% is, loopt dit bij 65-74 jarigen op naar 70% en bij mensen die 75 jaar of ouder zijn tot wel 83,5% (Van Oostrom et al., 2011). Onder ouderen komt depressie vaak voor. Naar schatting krijgt 15,9% van de 65-plussers een (mild) depressief syndroom binnen een periode van drie jaar.

Door de vergrijzing in combinatie met verbeterde overlevingskansen bij ernstige aandoeningen en meer vroegtijdige diagnostiek, neemt het aantal patiënten met een chronische lichamelijke aandoening toe. Ook het aantal patiënten dat lijdt aan combinaties van chronische aandoeningen stijgt. Geschat wordt dat één derde van de Nederlanders lijdt aan een chronische aandoening (Van Oostrom et al., 2011). Depressie komt vaak voor onder chronisch zieke patiënten (Katon, 2003; Anderson et al., 2001; Patten et al., 2005). Zo is onder patiënten met ernstige COPD het risico op depressie 2,5 keer zo groot als bij huisartspatiënten zonder deze aandoening (Van Manen et al., 2002). Ook het hebben van diabetes verdubbelt het risico op depressie (Anderson et al., 2001).

Het samengaan van depressie met een chronische lichamelijke aandoening, heeft verstrekken gevolgen voor de kwaliteit van leven, de zelfzorg en het algemeen functioneren van de patiënt (Horn et al., 2007). Zo is de kans dat een chronisch zieke patiënt zich niet houdt aan de behandelvoorschriften 3 keer zo groot bij patiënten met een co-morbide depressie, dan bij patiënten zonder depressie (DiMatteo et al., 2000). Bovendien gaat een co-morbide depressie bij diabetes vaak samen met diabetes gerelateerde complicaties, zoals neuropathie en retinopathie, en ook bij mensen met hartproblemen is depressie een risicofactor gebleken voor complicaties (De Groot et al., 2001). Doordat co-morbide depressies bovendien gerelateerd zijn aan een hoger zorggebruik en een hoger ziekteverzuim, gaat deze co-morbiditeit vaak gepaard met hoge kosten (Stein et al., 2006). Ondanks de ernstige consequenties van co-morbide depressie, wordt deze aandoening nog steeds onderherkend en onderbehandeld bij chronisch zieke patiënten (Evans et al., 2003; Peveler et al., 2002; Nuyen et al., 2005). Ook van der Feltz-Cornelis et al. (2010) lieten zien dat de herkenning en behandeling van depressieve stoornissen werd gehinderd door de aanwezigheid van een lichamelijke aandoening. Lichamelijke aandoeningen leiden artsen mogelijk af van het herkennen en behandelen van de depressie en patiënten nemen zelf vaak aan dat hun klachten horen bij de lichamelijke aandoening waar zij aan lijden. Op het moment weten we niet wat de totale additionele kosten zijn van co-morbide depressie in de somatische zorg. Kwantificering van die economische kosten zou wellicht helpen het belang van de (preventieve) ggz beter onder de aandacht te brengen.

Risicogroep

Afzonderlijke risicofactoren hebben vaak een relatief kleine impact in de zin dat zij de kans op het ontstaan van een depressie slechts met een paar procent vergroten. Dit komt direct anders te liggen wanneer gekeken wordt naar combinaties van risicofactoren. Bepaalde combinaties van risicofactoren stuwden het risico op het krijgen

van een depressie beduidend omhoog (Smit et al., 2006). Een voorbeeld van zo'n combinatie van risicofactoren is: (1) het hebben van meerdere chronische ziekten, (2) het ondervinden van functionele beperkingen, (3) het gevoel van weinig greep op het eigen leven te hebben, (4) een klein sociaal netwerk en gebrek aan sociale steun, (5) recent verweduwd zijn, (6) de aanwezigheid van enkele depressieve klachten, en (7) vrouw zijn. De aanwezigheid van vier van zulke risicofactoren leidt tot een kans van bijna 50% dat de betreffende persoon een depressie gaat ontwikkelen. Het selecteren op een ultrahoog risico betekent bovendien dat interventies heel gericht aangeboden kunnen worden, waardoor preventie zowel in logistiek als in economisch opzicht beter uitvoerbaar wordt (Smit et al., 2006; Schoevers et al., 2006; Smit et al., 2008). Dit zijn overigens dezelfde risicofactoren die ook de kans op het krijgen van een angststoornis bij ouderen doen toenemen (Comijs et al., 2007). Het Addendum Ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn Depressie (2008) attendeert daarnaast op twee andere risicofactoren: slaapstoornissen en een medische voorgeschiedenis met eerdere psychische stoornissen, zoals angststoornissen. In het addendum wordt bovendien geconcludeerd dat bij ouderen tot op zekere hoogte dezelfde risicofactoren van belang zijn die ook bij jonger volwassenen een rol spelen, maar dat de verhouding tussen de verschillende risicofactoren met de leeftijd wel kan veranderen. Zo zijn voor ouderen in het bijzonder de gevolgen van lichamelijke ziekten en verlieservaringen van belang (Addendum Ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn Depressie, 2008).

Bereik

De groep mensen met een lichamelijke ziekte is groot en groeiend. Het lijkt noch wenselijk, noch uitvoerbaar om al die mensen preventieve interventies aan te bieden. Zoals gezegd is het mogelijk binnen de grote groep mensen met een chronische ziekte die personen te identificeren met een ultrahoog risico.

We bedenken daarbij dat (oudere) mensen met een chronische ziekte met een zekere frequentie door hun huisarts gezien worden. Van de groep van 55+ met een chronische ziekte wordt 80% door hun huisarts gezien in een periode van zes maanden en 90% op jaarbasis. We zouden dus wensen dat in de huisartspraktijk de vroegherkenning van beginnende depressieve klachten toeneemt. De studie van Schoevers et al. (2006; zie beneden) laat zien dat die herkenning verbeterd kan worden terwijl de studies van 't Veer et al. (2009; 2010; 2011; zie beneden) laten zien dat binnen de huisartspraktijk effectieve preventie aangeboden kan worden, wanneer POHs daartoe training ontvangen.

Meer in het algemeen gesteld, om depressieve klachten bij chronisch zieken te onderkennen, is het nodig dat zorgverleners zoals huisartsen, wijkverpleegkundigen, praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en ouderenadviseurs depressie en risicofactoren herkennen en de ernst ervan kunnen inschatten. Binnen het Partnership Depressiepreventie is daartoe een E-learning "Signaleren depressie" ontwikkeld voor deze doelgroepen. Naast het signaleren van depressie, leren zij depressie te bespreken met hun patiënten en hen te adviseren over preventieve activiteiten, en de uitkomsten dit advies te monitoren. De E-learning wordt momenteel aangeboden via diverse opleidingscentra.

Klinische evidentie

In het Addendum Ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn Depressie worden 4 interventies als potentieel geschikt genoemd voor de preventie van depressie bij

ouderen: life-review, cognitief-gedragstherapeutische cursussen, interventies voor recent verweduwen en voor somatisch zieken. In het Addendum wordt daarnaast naar Cuijpers en Willemse verwezen voor een goed overzicht van mogelijkheden voor depressiepreventie bij ouderen (Cuijpers & Willemse, 2005; Addendum Ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn Depressie, 2008). Cuijpers en Willemse concluderen dat in de afgelopen jaren diverse preventieve interventies zijn ontwikkeld, welke niet allemaal op effectiviteit zijn onderzocht, maar de resultaten treffen als veelbelovend. Zij stellen dat de tijd is gekomen om de ontwikkelde, effectieve interventies op een meer samenhangende en integrale wijze uit te voeren, aansluitend bij lokaal beleid en lokale reeds aanwezige initiatieven (Cuijpers & Willemse, 2005). In het Addendum Ouderen wordt geïndiceerde preventie aanbevolen als de (mogelijk) meest effectieve vorm van preventie bij ouderen, en wordt de cursus 'In de put, uit de put' (55+) daarbij als eerste keus genoemd. 'In de put, uit de put' is de Nederlandse versie van de cursus 'Omgaan met depressie' die in de jaren tachtig in de Verenigde Staten is ontwikkeld. In de loop van de tijd zijn in Nederland verschillende versies hiervan ontwikkeld voor diverse doelgroepen, waaronder een 55+ versie, 'Leren leven met een chronische ziekte' en 'Lichte dagen, donkere dagen' (voor Turken en Marokkanen). De effecten van de hieraan ten grondslag liggende cursussen 'Omgaan met depressie' en 'In de put, uit de put' en de e-health variant daarvan 'Kleur je Leven' zijn in tal van effectstudies aangetoond (Cuijpers & Willemse, 2005; Spek et al., 2008).

Er is evidentie dat geïndiceerde stepped-care preventie in huisartsgeneeskundige zorg in de eerstelijns effectief is voor ouderen. In de al eerder in hoofdstuk 5 genoemde Nederlandse studie werd het effect van een stepped-care programma onderzocht in het voorkomen van depressie en angst onder ouderen met subklinische depressie (Van 't Veer-Tazelaar ea, 2009). De interventie omvatte watchful waiting, begeleide zelfhulp, Problem Solving Treatment en, indien nodig, verwijzing naar de huisarts voor verder onderzoek en behandeling. Het stepped-care programma bleek de incidentie van depressie en angst te verminderen met 50% (Van 't Veer-Tazelaar, 2009), met volledig effectbehoud tot in elk geval 2 jaar na de interventie (Van 't Veer-Tazelaar, 2011). Deze interventie is bovendien kosteneffectief (Van 't Veer-Tazelaar, 2010).

Door Dozeman en collega's werd een vergelijkbare preventieve stepped-care interventie onderzocht onder ouderen (gemiddeld 85 jaar) in verzorgingshuizen. De interventie, hier bestaande uit successievelijk (1) watchful waiting, (2) het plannen van plezierige activiteiten, (3) life-review en (4) consultatie met de huisarts voor medicamenteuze behandeling, bleek geen effect te hebben op de incidentie van angst, maar bleek wel de incidentie van depressie te verminderen met 50% (Dozeman et al., 2012). De follow-up na twee jaren laat een gemengd beeld zien: in de gehele interventiegroep was het preventieve effect verdwenen, maar in de subgroep die aan alle metingen van het onderzoek had deelgenomen, bleef het effect van de interventie sterk aanwezig (een halvering van de incidentie) en statistisch significant. De auteurs merken daarbij op dat deze subgroep een relatief gezonde populatie vormde omdat de uitval uit de studie voor het leeuwendeel op conto stond van ziekte en sterfte (Van Schaik et al., in druk).

Momenteel wordt de kosteneffectiviteit van een dergelijk stepped-care programma onderzocht onder patiënten met long-, hoofd- en halskanker (Krebber et al., 2012). De eerste resultaten, die alleen betrekking hebben op de eerste en tweede stap van deze stepped-care interventie (watchful waiting gevolgd door een e-health interventie gebaseerd op de principes van probleemoplossende therapie) laten gunstige effecten

zien op een reeks van distress maten waaronder angst en depressie. Ook werd de kosteneffectiviteit van de eerste twee stappen geëvalueerd en de berekeningen laten zien dat het winnen van een quality adjusted life year (QALY) met deze interventie iets meer dan €7.000 kost, wat ruimschoot beneden de bovengrens ligt van €20.000 per gewonnen QALY en dus gezien mag worden als kosteneffectieve zorg (Verdonck-De Leeuw et al., Eindverslag aan ZonMw Doelmatigheid, 2012).

Ook online interventies zijn kansrijk in deze doelgroep. Veel ouderen maken dagelijks gebruik van het internet: van de 55 tot 75 jarigen is dit ongeveer 75%. Dit aantal neemt in snel tempo toe, ook onder degenen die ouder dan 75 jaar zijn. Ouderen blijken vooral informatie te zoeken over onderwerpen die de gezondheid betreffen. Voor 50-plussers met subklinische depressie is Kleurjeleven.nl effectief gebleken in het verminderen van depressieve klachten (Spek et al., 2008). Kleurjeleven.nl is een online zelfhulpcursus gebaseerd op cognitieve gedragstherapie, en afgeleid van de cursus 'Omgaan met depressie'. De cursus is als bewezen effectief gecertificeerd door het Centrum voor Gezond Leven van het RIVM en het Nederlands Jeugdinstituut en wordt door bijna alle zorgverzekeraars vergoed. Vijftig-plussers zijn echter nog een relatief jonge populatie 'ouderen' en de effectiviteit (en de mate van acceptatie van der interventie door de doelgroep) van dit soort interventies moet nog onderzocht worden in oudere populaties. Ook afgeleid van deze reeks cursussen is Diabetergestemd.nl ontwikkeld voor mensen met depressieve klachten en diabetes type 1 en/of type 2. In een studie onder 255 deelnemers is Diabetergestemd.nl effectief gebleken in het verminderen van depressieve klachten (van Bastelaar, 2011). Diabetergestemd.nl trok echter geen niet-Westerse allochtone diabetespatiënten aan, dit terwijl de prevalentie van zowel diabetes als depressie onder niet-Westerse allochtonen hoger is. Daarom wordt momenteel een door ZonMw gefinancierd project uitgevoerd waarin een cultuursensitieve versie van dit online zelfhulpprogramma wordt ontwikkeld voor Turkse mannen en vrouwen. Diabetergestemd.nl is niet specifiek voor ouderen bedoeld, en het effectonderzoek had, met een gemiddelde leeftijd van 50 jaar, ook een relatief jonge onderzoekspopulatie (Bastelaar et al., 2011). Net als Kleurjeleven.nl wordt Diabetergestemd.nl in veel gevallen via de zorgverzekering vergoed. De wettelijke eigen bijdrage voor internettherapie is eenmalig 50 Euro.

Een ander soort interventie dat veel onderzocht is voor deze doelgroep, is reminiscentie en life-review. Beide therapievormen baseren zich op de gedachte dat mensen geneigd zijn terug te kijken op hun leven en zo in zekere zin een levensverhaal construeren. Bij reminiscentie gaat het om het op een gestructureerde manier praten en denken over positieve ervaringen in het verleden waardoor de patiënt een positiever beeld krijgt van zichzelf en de positieve kanten van zijn leven herontdekt. Bij life-review gaat men directiever en intensiever te werk en zal men trachten ook negatieve ervaringen naar boven te halen. Uitgangspunt daarbij is dat praten en denken over vroeger helpt om de balans van het leven op te maken en om daarmee te komen tot aanvaarding en integratie van positieve en negatieve ervaringen in het leven, waardoor de kans op depressie en andere psychische problematiek kleiner wordt. Reminiscentie en life-review hebben een gunstig effect op depressieve klachten of depressies bij ouderen (Addendum Ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn Depressie, 2008). Inmiddels zijn er diverse interventies op dit gebied ontwikkeld. Zo is bijvoorbeeld de groepscursus "Op zoek naar zin" effectief gebleken voor mensen van 50 jaar en ouder met lichte tot ernstige depressieve klachten. Deelnemers gaven vooral aan de ontmoeting met andere mensen en de uitwisseling van ervaringen en herkenning van problemen belangrijk te

vinden. Wel was dit een vrij intensieve en dus relatief dure interventie vanwege de aanwezigheid van 2 hulpverleners. Het lijkt dus zinvol om nader te analyseren wie het meest baat heeft bij de interventie. De cursus 'Op zoek naar zin' is inmiddels ook aangepast voor ouderen met chronisch psychiatrische problematiek en ouderen in zorginstellingen met depressieve klachten. "Op verhaal komen" is ook een groepsinterventie gebaseerd op life-review en werd speciaal ontwikkeld voor 55 plussers met depressieve klachten. "Op verhaal komen" is effectief gebleken in het verminderen van depressieve klachten, en ook 9 maanden na afloop van de cursus bleef het effect gehandhaafd. Ook bij deze cursus werden de betere uitkomsten echter wel bereikt tegen relatief hoge kosten. Momenteel wordt daarom een variant onderzocht waarbij de deelnemers meer zelf aan de slag gaan.

Economische evidentie

De studie naar geïndiceerde stepped-care depressiepreventie in de eerstelijns liet zien dat een dergelijk programma weliswaar duurder is dan gangbare zorg, maar wel bijdraagt aan een aanzienlijke preventief effect en daarom toch als kosteneffectief beschouwd kan worden (Van 't Veer-Tazelaar, 2010). In deze studie was de kans op een depressievrij jaar 88% in de interventiegroep en 76% in de gebruikelijke zorggroep. De kosten in beide groepen (vanuit maatschappelijk perspectief) bedroegen respectievelijk €2.985 en €2.453. Uitgaande van dat men maximaal €5000 wil betalen voor een depressievrij jaar, was de interventie met een waarschijnlijkheid van 57% kosteneffectiever dan de gebruikelijke zorg.

In de studies naar 'Op zoek naar zin' en 'Op verhaal komen' werden de betere klinische uitkomsten beiden bereikt tegen hogere kosten. Het lijkt dan ook zinvol om na te gaan wie het meest baat heeft bij deze interventies, of zoals momenteel wordt gedaan, na te gaan of de interventie tegen lagere kosten aangeboden kan worden.

De stepped-care aanpak van preventie bij oncologie patiënten loopt nog, maar de eerste resultaten attenderen op een afname van angst en depressie, een toename van kwaliteit van leven en dat tegen aanvaardbare kosten.

Op de Vrije Universiteit loopt momenteel een onderzoek naar de kosteneffectiviteit van vroege behandeling van depressieve klachten bij mensen met diabetes en bij mensen met hart en vaatziekten. Het zal zeker nog een jaar duren voordat de resultaten van deze studie (Judith Bosmans, Susan van Dijk en collega's) beschikbaar zijn.

Kennishiaten en onderzoeksagendering

Doelgroepselectie

We zeiden het eerder: juist in Nederland is al het één en ander gedaan rondom doelgroepselectie bij ouderen en mensen met een chronische ziekte (Smit et al., 2006; 2008; 2010; Schoevers et al., 2006), maar waar het nog aan schort is het kunnen inschatten of de geselecteerde ultrahoog risicogroepen nu ook die groepen zijn met persisterende depressies en dus niet het soort depressies die binnen afzienbare tijd spontaan herstellen. Immers, we zouden vooral preventie willen aanbieden aan 50% van mensen met de persisterende depressies in plaats van aan die andere 50% bij wie de depressie binnen afzienbare tijd vanzelf weer overgaat. In die zin zou onderzoek naar een "prognostische index" gewenst zijn. Momenteel ontbreekt zo'n prognostische index.

Bereik

Vooral het signaleren van depressieve klachten bij chronisch zieken en ouderen is een belangrijk aandachtspunt, omdat zijzelf hun klachten vaak niet als zodanig herkennen, of zij deze op een andere manier presenteren, of door andere ziekten zoals parkinsonisme een "diagnostische overschaduw" ontstaat waardoor een achterliggende depressie niet opgemerkt wordt. Hier zouden hulpverleners meer op bedacht moeten zijn, en dat vraagt wellicht om gerichte trainingen.

Zoals gezegd, veel ouderen – en dan voor zij die een chronische ziekte hebben – worden met regelmaat door hun huisarts gezien. Dat biedt mogelijkheden hen te bereiken en daarin zowel de huisarts als de POH-GGZ een rol te geven en wel zodanig dat preventie een natuurlijk onderdeel wordt van kwalitatief goede geïntegreerde zorg in de huisartsgeneeskunde.

De thuiszorg, en de zorg die geboden wordt in verzorgings- en verpleeghuizen bieden ook kansen om depressiepreventie aan te bieden. Maar ook hier is in het verleden het bereik van de doelgroep een probleem gebleken. Zoals altijd verdient het daarom alle aanbeveling er zorg voor te dragen dat de preventieve activiteiten goed geïntegreerd worden in de betreffende zorg. En met geïntegreerde zorg bedoelen we dan zorg voor de betreffende doelgroep in de betreffende setting. Bovendien: niet alleen aandacht voor soma, maar ook de psyche; en niet alleen voor curatie, maar ook voor preventie. Bij voorkeur dient dat laagdrempelig aangeboden en volledig passend in de workflow van het verzorgend personeel, in de vorm van attente medemenselijke aandacht, lettend op de eerste tekenen van een aankomende depressie. Verzorgend personeel dient daartoe uitgerust te worden met vaardigheden om een beginnende depressie te herkennen en basale psycho-educatie over depressie te geven om zo de patiënt perspectief en vertrouwen te bieden. Verpleging dient daarvoor enige training te ontvangen en de steun te ervaren vanuit het management van de betreffende zorginstelling. Anders is de kans klein dat gebruik wordt gemaakt van depressiepreventie. Het lijkt daarom waardevol te experimenteren met dit soort geïntegreerde zorginrichtingen en de uitkomsten van dergelijke experimenten te evalueren en onderling te vergelijken.

Klinische evidentie

Als het gaat om preventieve interventies zou er nog meer kunnen worden ontwikkeld, vooral op het gebied van e-health. Aandachtspunten zijn hierbij de manier waarop de interventies worden aangeboden (bij voorkeur met enige begeleiding) en hoe deze interventies zijn vormgegeven (voor deze generatie moet het nog toegankelijker). Veel studies onder ouderen betreffen een relatief jonge populatie ouderen, en de effectiviteit van dit soort interventies onder oudere populaties moet verder worden onderzocht.

Bovendien is voor de onderscheiden lichamelijke ziekten (zoals diabetes, kanker, hart- en vaatziekten) nog onduidelijk hoe preventie of vroege behandeling van een co-morbide depressie interacteert met het beloop van de lichamelijke ziekte. Wordt de prognose van bijvoorbeeld diabetes gunstiger wanneer met succes een co-morbide depressie wordt aangepakt, bijvoorbeeld omdat diabetespatiënten hun zelfzorg beter ter hand nemen? We weten dat de prognose van hartziekten minder goed zijn bij patiënten die bovendien een depressie hebben, maar leidt preventie of vroege

interventie in een beginnende depressie tot betere cardiovasculaire prognose? En wat doet dat met zorgkosten?

Economisch evidentie

Er zijn weinig economische evaluaties uitgevoerd naar de kosteneffectiviteit van depressiepreventie bij ouderen. Gelet het feit dat de meeste zorgkosten op latere leeftijd ontstaan, de Nederlandse bevolking aan het vergrijzen is en dat mensen met een (co-morbide) depressie een groter beroep doen op de zorg, is het alleszins opportuun om vaker preventietrials gericht op ouderen en mensen met een chronische aandoening te flankeren met een kosteneffectiviteitsanalyse.

7. Depressiepreventie bij mantelzorgers

Inleiding

Driekwart van de hulp die chronische zieken nodig hebben, ontvangen zij van mantelzorgers uit hun eigen sociale netwerk. De Gezondheidsmonitor 2012 van de GGD-en, RIVM en CBS laat zien dat op jaarbasis 1,5 miljoen mantelzorgers langer dan 3 maanden mantelzorg verlenen voor gemiddeld 10,8 uur week. Al deze mantelzorgers vertegenwoordigen daarmee een heel sympathiek en ook zeer waardevol bevolkingssegment. Hun betrokkenheid, inzet en zorg voor familie en vrienden vertegenwoordigt een moreel kapitaal, dat ook een economische betekenis heeft. Zo suggereren eigen berekeningen een bedrag van circa 2,8 miljard euro per jaar wanneer de inspanning van mantelzorgers financieel net zo gewaardeerd wordt als huishoudelijke hulp. Echter, wanneer de zorguren van de mantelzorgers door de thuiszorg overgenomen zouden worden, dan kijken we aan tegen een bedrag van 7,6 miljard euro.²

Dat vele mantelzorgers (circa 220.000 personen) zich ernstig belast voelen, verdient dan ook alle aandacht. Dit geldt vooral voor mantelzorgers van mensen met een psychische stoornis. Waar 19% van de mantelzorgers ernstige overbelasting ervaart, geldt dit voor 34% van de mantelzorgers van mensen met psychische problematiek (Bransen et al., 2013). Naast 'objectieve' consequenties (zoals verstoring van huishoudelijke routines, minder vrije tijd) ervaren mantelzorger ook vaak schuldgevoel, onzekerheid en gevoelens van verlies. Nog niet gepubliceerd onderzoek (Joling, VUmc) laat op Nederlandse data zien dat mantelzorgers van mensen met dementie een zeer groot risico lopen op het ontwikkelen van een depressie, angststoornis of een gecombineerde stoornis. Binnen twee jaren krijgen 37% een depressie, 55% een angststoornis en 32% beide stoornissen (Joling et al., in prep.). Door de grotere kans op overbelasting en burn-out bij mantelzorgers is het begrijpelijk dat stemmingsstoornissen en angststoornissen vaker voorkomen bij mantelzorgers dan bij mensen die geen mantelzorg verlenen. Dit geldt vooral voor de mantelzorgers die aangeven dat hun leven sterk beïnvloed wordt door het verlenen van mantelzorg (Broese van Groenou, 2012). In de komende decennia wordt verwacht dat niet alleen de vraag naar mantelzorg toeneemt, maar ook de druk op de mantelzorgers zal toenemen als gevolg van de voortschrijdende vergrijzing van de samenleving, de vermaatschappelijking en extramuralisering van de zorg, kortere opnameperiodes in het ziekenhuis, budgettaire beperkingen bij de toekenning van professionele zorg en een tekort aan arbeidskrachten in de (thuis)zorg (van Dorsselaer et al., 2007).

Risicogroep

Mantelzorgers van mensen met gedragsproblemen of een psychische aandoening lopen meer risico op (ernstige) overbelasting en gezondheidsschade dan andere mantelzorgers (Pinquart & Sörensen, 2003a). Zij hebben vaker psychische en fysieke problemen. Met name de prevalentie van depressie in deze groep ligt hoger dan in de algemene bevolking. Moeders, echtgenotes en mantelzorgers met een laag inkomen lopen het meeste risico op depressie (Magliano, 2008).

² Nederland telt 1,5 miljoen mantelzorgers die gedurende 3 (of meer maanden) gemiddeld 10,8 uur per week onbetaald zorg bieden (Gezondheidsmonitor, 2012). Op jaarbasis zijn dat ten minste 218 miljoen zorguren. Wanneer die zorguren gewaardeerd worden als huishoudelijke hulp met slechts €13 per uur, dan telt dat op tot 2,8 miljard euro per jaar. Echter, wanneer de mantelzorg overgenomen zou worden door de thuiszorg tegen €35 per uur, dan gaat dat jaarlijks 7,6 miljard euro kosten.

Ook mensen die mantelzorg verlenen aan personen met dementie lopen een groter risico op depressie (Pinquart & Sörensen, 2003b; Joling et al., 2010). Het hebben van beginnende of milde depressieve klachten of wanneer de mantelzorg zelf aangeeft een slechte algemene gezondheid te hebben, blijken factoren te zijn die het krijgen van een depressie goed voorspellen (Joling, 2012).

Fysieke en cognitieve beperkingen van de zorgontvanger en de hoeveelheid te verlenen mantelzorg kunnen ook bijdragen aan de overbelasting. Dit speelt met name bij mantelzorgers die hulp verlenen aan dementerende ouderen, terwijl het effect van fysieke beperkingen en aantal uren te verlenen mantelzorg vooral op de voorgrond treedt bij mantelzorgers die hulp bieden aan fysiek zwakke ouderen (Pinquart & Sörensen, 2003a).

Bereik

De ervaring leert dat het niet eenvoudig is mantelzorgers te bereiken met interventies die voor hen bedoeld zijn. Wellicht komt dit omdat mantelzorgers vooral begaan zijn met de personen die zij verzorgen en zichzelf daarbij wegcijferen. Bovendien zijn mantelzorgers vaak personen met een baan en een eigen gezin die een deel van hun vrije tijd besteden aan mantelzorg en dan weinig tijd over houden om zelf ook nog eens deel te nemen aan een preventieve interventie. Hoe dan ook, "te druk" is een vaak genoemde reden om niet deel te nemen aan cursussen die bedoeld zijn om mantelzorgers te ondersteunen.

Het lijkt in elk geval goed als zorgverleners, bijvoorbeeld huisartsen, wanneer zij een zorgbehoevende patiënt in behandeling hebben, informeren naar direct betrokkenen, zoals mantelzorgers, rondom de patiënt. Is de hulp die de patiënt ontvangt toereikend? Maar ook: is de hulp die mantelzorgers bieden ook wel op te brengen voor de betreffende mantelzorger? Behoeft de mantelzorger zelf wellicht enige ondersteuning? Eigenlijk weer heel normale vragen die in het kader van kwalitatief goede en geïntegreerde zorg beslist gesteld mogen worden.

Hiervan zijn ook goede praktijkvoorbeelden aan te wijzen:

- Vrijwel alle ggz-instellingen bieden (al dan niet in samenwerking met familieorganisaties) informatie- en voorlichtingsbijeenkomsten aan naastbetrokkenen van cliënten. Ook hebben ggz-instellingen specifieke websites met informatie en ondersteuning voor familieleden zoals www.familievan.nl en www.mijngelderseroos.nl.
- Enkele Nederlandse ggz-instellingen bieden groepsfamiliebegeleiding aan, een uit de Verenigde Staten afkomstige vorm van familiebegeleiding met als doel een afname van gevoelens van belasting bij gezinnen met een gezinslid met een psychotische aandoening.
- "Familie als Bondgenoot" is een scholingsprogramma met als doel om ervaringskennis van familieleden en cliënten verder te ontwikkelen en deze kennis te verbinden met professionele kennis.
- De "Triadekaart" is een hulpmiddel om de samenwerking tussen familie van mensen met een psychotische aandoening en hulpverlening inzichtelijk te maken. Het is ook een instrument aan de hand waarvan familie kan nadenken over welke hulp zij wil en kan geven en welke hulp zij van de professionele zorg verwacht.

Klinische evidentie

In haar proefschrift beschrijft Joling (2012) dat de effecten van psychosociale interventies voor mantelzorgers positief maar bescheiden zijn. Gecombineerde interventies voor zowel de mantelzorgers als de persoon met dementie waren vaak effectief in het uitstellen van opname, maar waren minder effectief in het verbeteren van de psychische gezondheid van de mantelzorger. De meest succesvolle interventies hadden een aantal kenmerken gemeenschappelijk. Ten eerste, een psycho-educatieve of psychotherapeutische benadering blijkt effectiever te zijn dan alleen educatie. Ten tweede, ondersteunende interventies die zich richten op meerdere stressoren en risicofactoren waren meer succesvol dan interventies die zich richten op één stressor. Ten derde, een flexibel interventieprotocol bleek beter aan te sluiten bij de individuele behoeften en bleek de kans op positieve uitkomsten te vergroten. Tot slot, interventies met een grotere hoeveelheid ondersteuning bleken beter te helpen (Joling, 2012).

In hun eigen gerandomiseerde effectstudie evalueerden Joling en collega's (2012; 2013) het effect van een ondersteuningsprogramma voor mantelzorgers van mensen met dementie. De ondersteuning bestond uit 4 familiegesprekken met de mantelzorger en diens eigen familie- en vriendenkring en een individueel voor- en nagesprek met de mantelzorger. Een gespreksleider met expertise op het gebied van dementie begeleidde de gesprekken, die elke 2-3 maanden plaatsvonden. De interventie was gebaseerd op buitenlands onderzoek, waarin een dergelijke interventie leidde tot een daling in depressieve klachten en verbeterde gezondheid bij mantelzorgers (Mittelman et al., 2008; Mittelman et al., 2007). Echter, in het onderzoek van Joling en collega's bleek het ondersteuningsprogramma niet effectief in het voorkomen van depressie of angst bij de mantelzorgers. Mogelijk was het verschil met de reguliere zorg te beperkt of was het aantal familiegesprekken of de intensiteit ervan te laag. Anderzijds bleek het in het onderzoek al lastig te zijn om de familiegesprekken te plannen, dus een intensievere interventie is wellicht niet zo haalbaar. Ook kan het zijn dat het moment waarop de ondersteuning werd ingezet niet juist was of dat de mantelzorgers onvoldoende hebben deelgenomen aan het programma (Joling et al., 2012; 2013).

Een Spaanse preventietrial laat opmerkelijk mooie resultaten zien (Vázquez Gonzáles et al., 2013). In deze studie werden 84 mantelzorgers naar gebruikelijke zorg gerandomiseerd terwijl 89 een preventieve interventie ontvingen om het ontstaan van depressie bij hen tegen te gaan. De interventie bestond uit vijf groepssessies probleemoplossende therapie van 90 minuten verspreid over 5 weken. De sessies werden aangeboden in vrij kleine groepen van circa vijf vrouwen onder begeleiding van ervaren therapeuten. De therapeuten hadden voorafgaand aan de interventie zelf een training van 40 uur ontvangen, werkten volgens een protocol en werden gecontroleerd op trouwe naleving van dat protocol. In de experimentele groep ontwikkelde zich bij 4,5% een depressieve stoornis. In de controlegroep was dat bijna driemaal zo veel: 13.1%, zodat het relatieve risico, RR, gelijk aan 0.34 was en de 'number needed to be treated' (NNT) gelijk aan 12. Ook trad er een significante afname op in CES-D depressieve symptomatologie. Uitgedrukt in een gestandaardiseerde effectgrootte gaat het om een effect van $d=1.54$. Dit zijn uitkomsten zoals vastgesteld direct na beëindiging van de interventie. Inmiddels verkreeg deze onderzoeksgroep ook follow-up metingen tot één jaar na afloop van de interventie. Nog niet gepubliceerde analyses op die data laten zien dat de effecten op een overtuigende manier in tact bleven, ook twaalf maanden later (Otero Otero et al., in prep.).

In de factsheet "Mantelzorgers van mensen met een psychische aandoening" wordt een overzicht gegeven van de interventies die momenteel beschikbaar zijn om overbelasting te voorkomen (Bransen, 2011):

- De methodiek "Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers" bestaat uit vroegtijdige signalering, een gesprek ter inventarisering van de belasting en eventuele knelpunten in het verlenen van mantelzorg, en het geven van inzicht in ondersteunings-mogelijkheden. Deze interventie is opgenomen in de databank Effectieve Sociale Interventies en werd door het Loket Gezond Leven als theoretisch goed onderbouwde methodiek erkend. Verschillende GGZ-instellingen en thuiszorgorganisaties gebruiken de methodiek.
- De werkwijze "Pakket Interventie Mantelzorg op Maat" is ontwikkeld om verpleegkundigen in de ggz gereedschap in handen te geven voor de ondersteuning van familieleden en mantelzorgers van ouderen met ernstige psychiatrische problematiek. Een pilotstudie liet zien dat verpleegkundigen met hulp van deze werkwijze bijdragen aan een betere kwaliteit van leven van de mantelzorger.
- De groepscursus "Psychische problemen in de familie" heeft als doel overbelasting te verminderen door de grip van de mantelzorger op diens situatie te vergroten. Er zijn versies van de cursus voor mantelzorgers van mensen met respectievelijk schizofrenie, borderline of depressie. Bovendien is er een algemene versie van de cursus en bestaat er een ingekorte versie van de cursus (Psycho-educatie carrousel). Vrijwel alle ggz instellingen bieden de cursus aan. De cursus is, als theoretisch goed onderbouwde methodiek erkend door het Centrum Gezond Leven. In een pilotstudie werd gezien dat deelnemers na afloop van de (algemene versie van de) cursus gemiddeld minder gevoelens van overbelasting en minder depressieve symptomen rapporteerden (Bransen et al., 2013).
- De methode "Marokkaanse familie van mensen met psychosen en schizofrenie" is gebaseerd op empowerment en eigen kracht. De methode is ontwikkeld om Marokkaanse families met een schizofreen familielid beter te bereiken en hen in staat te stellen op een gerichte manier eigen oplossingen te zoeken.
- "Dementie de baas" is een begeleide internetcursus voor mensen die zorgen voor een vader of moeder of ander familielid met dementie, en die depressieve of angstklachten hebben. In de cursus leren mantelzorgers hoe zij kunnen omgaan met probleemgedrag, hoe zij hun eigen grenzen kunnen bewaken en hoe zij tijdig hulp kunnen inroepen. Het doel is minder belasting te ervaren en meer grip op de situatie krijgen. Op dit moment wordt de effectiviteit van de cursus geëvalueerd in een gerandomiseerd effectonderzoek. De eerste resultaten wat betreft effectiviteit zijn positief. De kosteneffectiviteit van de interventie is nog niet bekend. De cursus wordt door verschillende zorgverzekeraars vergoed.

Economische evidentie

Ons is geen afgeronde economische evaluatie bekend met betrekking tot interventies voor mantelzorgers.

Kennishiaten en onderzoeksagendering

Doelgroepselectie

In het onderzoek van Joling et al. (2012) werd een ondersteuningsprogramma aangeboden aan mantelzorgers van mensen met dementie. Het is onbekend of de uitkomsten van een dergelijke interventie beter zijn als de interventie gericht wordt op een specifieke risicogroep, zoals bijvoorbeeld mantelzorgers met beginnende

depressieve klachten, in plaats van op alle mantelzorgers. Om te beginnen zou dan onderzocht moeten worden welke subgroepen het meeste baat hebben bij bepaalde interventies of interventieonderdelen (Joling, 2012). De studies van Vázquez Gonzáles en Ortego Ortego hadden overigens wel zo'n selectie gemaakt en zij richten zich op ultrahoog risicogroepen binnen de populatie van mantelzorgers door ten eerste alleen vrouwelijke mantelzorgers te selecteren en vervolgens ook mantelzorgers met verhoogde depressie symptomatologie die echter nog niet beantwoordde aan de diagnostische criteria. De Spaanse onderzoeksgroep schrijft hun mooie resultaten voor een deel toe aan deze selectie op verhoogd risico. Het lijkt daarom verstandig doelgroepselectie bij mantelzorgers op de onderzoeksagenda te plaatsen.

Bereik

Zoals bekend is het bereiken van deze doelgroep niet eenvoudig, maar zou men willen dat formele zorgbieders wanneer ze in contact komen met een hulpbehoevende patiënt meer standaard informeren naar beschikbare mantelzorg, of die voor de patiënt toereikend is – om dan vervolgens ook door te vragen of de betreffende mantelzorg wellicht zelf ondersteuning behoeft. We noemden goede voorbeelden hoe dit in de praktijk vorm kan krijgen. Dat behoeft echter bredere implementatie en nader procesonderzoek.

Klinische evidentie

In Nederland zijn verschillende interventies als 'theoretisch goed onderbouwde' methodiek erkend of worden momenteel door GGZ instellingen en thuiszorginstellingen gebruikt, maar deze zijn niet op een degelijke manier onderzocht op effectiviteit (Bransen, 2011). Gecontroleerde effectstudies zouden moeten uitwijzen of deze interventies daadwerkelijk leiden tot effectieve preventie van depressie onder mantelzorgers.

Meer kennis over het ontstaan van depressie bij mantelzorgers zou bovendien de ontwikkeling en evaluatie van interventies kunnen ondersteunen. Zo is momenteel eigenlijk te weinig bekend welke stressoren en risicofactoren bij mantelzorgers leiden tot overbelasting en daarna wellicht ook tot depressie. Inzicht daarin kan vervolgens helpen met het ontwerp van preventieve interventies gericht op dergelijke stressoren en zouden ook uitnodigen tot nadenken over een flexibel format van de betreffende interventies zodat die zo goed mogelijk aansluiten op de knelpunten en behoeften zoals mantelzorgers die ervaren.

Economische evidentie

Een snelle rekensom laat zien dat het aantal mantelzorgers maal het aantal uren waarin zorg werd verleend maal een (bescheiden) uurtarief al snel optelt tot grote bedragen op jaarbasis. Daarmee is gezegd dat mantelzorgers een belangrijk economisch kapitaal vertegenwoordigen binnen de Nederlandse samenleving. Uit een soort 'economisch eigenbelang' kan het dus de moeite waard zijn te investeren in de geestelijke gezondheid van mantelzorgers om bij hen de kwaliteit van leven te beschermen en zo mogelijk te bevorderen. Economisch onderzoek kan helpen zo'n 'maatschappelijke business case' wetenschappelijk te onderbouwen en economische argumenten aan te dragen waarom het loont om te investeren in de kwaliteit van leven en gezondheid van deze bevolkingsgroep.

8. Depressiepreventie vanuit de praktijk

Uiteraard bestaat er een sterke beïnvloeding van de praktijk van de preventieve ggz door beleid van nationale en lokale overheden. Het beleid reageert op knelpunten in de praktijkvoering, introduceert nieuwe beleidsregels en verandert geldstromen waaraan de bestaande praktijkvoering zich moet aanpassen. Van die situatie is momenteel sprake. Een aantal grote beleidsveranderingen zijn zich aan het voltrekken in de ggz en enkele van die transities raken de preventieve ggz. We noemen: de grotere rol van gemeenten die naast hun traditionele WMO-taken ook de jeugdzorg toebedeeld krijgen, de komst van de (generalistische) basis ggz, de bezuinigingen op de zorguitgaven.

Het speelveld van de preventieve ggz is daarmee aan forse veranderingen onderhevig en die veranderingen roepen dilemma's, vragen en nieuwe kansen op. Zo vinden preventieafdelingen het momenteel moeilijk financiering te krijgen uit de WMO-gelden van gemeenten. Daarnaast merken preventieafdelingen dat een aantal verzekeraars niet bereid is te betalen voor geïndiceerde preventie (omdat geredeneerd wordt dat er eerst sprake moet zijn van een diagnose voordat een beroep gedaan kan worden financiering zoals geregeld in de zorgverzekeringswet – terwijl bij preventie per definitie nog geen sprake is van een diagnose).

Voor ongeveer de helft van de preventieafdelingen leidde dit tot een financiële 'cliff hanger', waarbij noch WMO gelden, noch gelden uit de zorgverzekeringswet in voldoende mate bereikbaar bleken. Er zijn 34 preventieafdelingen van ggz-instellingen. Zij kregen in het voorjaar 2013 een vragenlijst van het Trimbos-instituut toegestuurd waarop 24 preventieafdelingen reageerden. Van deze 24 preventieafdelingen zagen 18 de financiering van gemeentelijke zijde afnemen en 19 preventieafdelingen zagen ook zorgverzekeraars financieel op de rem staan, terwijl 3 preventieafdelingen de financiering door de verzekeraar helemaal zagen stoppen. Gevraagd naar hun verwachtingen over de uitvoering van preventieve activiteiten voor depressie en angst, verwachtten 8 afdelingen hun activiteiten uit te breiden (met name ten aanzien van de preventieve jeugd ggz), 4 dachten op dezelfde schaal verder te gaan, terwijl 12 preventieafdelingen voorzagen dat hun activiteiten zullen afnemen, waarvan 6 met meer dan 50%. Voor preventieve activiteiten gericht op KOPP-kinderen en mantelzorg ontstond eveneens een verwachting op een netto capaciteitsvermindering.

Om het hoofd te bieden aan deze veranderingen werden preventieve interventies ingekort, vaker individueel aangeboden, werd meer met preventieve e-health gewerkt en werden verbindingen gezocht met welzijnswerk en maatschappelijk werk in de 0^{de} lijn, en met huisartsen, PHO's en fysiotherapeuten in de 1^{ste} lijn. Voor preventieafdelingen is dit schaken op meerdere borden, waarbij kansen ontstaan, maar ook verliezen worden genomen.

In het navolgende kijken we eerst naar zaken die onderzoeksvragen opleveren in de WMO-gefinancierde preventie (in de wijk), daarna naar geïndiceerde preventie (in de generalistische basis-ggz), en ten slotte naar een geïntegreerde aanpak van ggz-preventie.

8.1 Wijkgerichte preventie

Achtergrond

De preventieve ggz die gefinancierd wordt op basis van gemeentelijke WMO gelden, kan zich enerzijds richten op de doelgroepen die in de vorige hoofdstukken werden beschreven, maar naast de doelgroepgerichte aanpak is juist ruimte voor universele en selectieve preventie. In de context van gemeenten gaat het dan al snel om wijkgerichte preventie.

Probleem

In het kader van de WMO neemt in het college van B&W beslissingen inzake universele en selectieve preventie in de wijk en regelen daarvoor ook de financiering. Voor gemeenten is het vaak onoverzichtelijk welke problemen met voorrang aangepakt moeten worden in de verschillende wijken en wie de beste aanbieders zijn om in de wijk aan de slag te gaan. De wijkgerichte preventieve ggz is immers een betrekkelijk ingewikkeld gebied. Dit is een probleem dat niet uniek is voor kleinere gemeenten, het probleem wordt ook aangetroffen bij grootstedelijke gemeenten.

Mogelijke oplossingen

Wij kijken graag naar gemeenten waarbij wijkgerichte preventie voortvarend en efficiënt wordt aangepakt zoals, bijvoorbeeld, in de GGD-regio Hart voor Brabant. De betreffende GGD neemt hierin een centrale rol en doet dat op een wijze die als model kan dienen.

- Periodiek voert de GGD haar gezondheidsmonitors uit, met per gemeente ten minste 300 deelnemers en vaak met voldoende informatie om (in de grotere gemeenten) ook op wijkniveau uitspraken te doen over de prevalentie van gezondheidsproblemen. Dat gebeurt apart voor kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen, telkens in een cyclus van 4 jaar.
- De data uit de betreffende gezondheidsmonitors worden geanalyseerd en dat vormt de basis voor één A4tje per wijk, althans wanneer in de betreffende wijk een gezondheidsprobleem wordt gesignaleerd. Het A4tje bevat meestal drie alinea's: (1) een bondige beschrijving van de aard en omvang van het meest prangende gezondheidsprobleem, (2) welke partij gezien kan worden als primaire 'probleem-eigenaar' en hoe die partij het betreffende probleem kan aanpakken, (3) een raming van de benodigde kosten om het probleem op te lossen en de verwachte opbrengsten van die aanpak. We geven een voorbeeld. In Wijk C wonen veel ouderen die gekenmerkt worden door eenzaamheid en depressie. De preventieve ggz zou het probleem kunnen aanpakken en heeft daarvoor twee bewezen effectieve interventies beschikbaar. Uitvoering kost X duizend euro. De verwachte gezondheidswinst bestaat uit Y% minder eenzamen en Z% minder depressies zoals vastgesteld kan worden door de eerstvolgende gezondheidsmonitor.
- Deze A4tjes worden besproken door het college van B&W. De ervaring leert dat de betreffende voorstellen haast per hamerslag geaccordeerd worden, waarna de uitvoering plaats kan vinden.

Deze aanpak veronderstelt een aantal zaken wanneer we het hebben over wijkgerichte depressiepreventie. Ten eerste dient de preventieve ggz goed samen te werken met de GGD en er zorg voor te dragen dat relevante variabelen (in casu, het voorkomen van depressieve klachten) gemeten wordt in de betreffende gezondheidsmonitors.

Vervolgens dient de GGD de data uit de monitors te analyseren en (wellicht in samenwerking met de preventieve ggz) de betreffende A4tjes op te stellen. Het A4tje dient vervolgens de steun te krijgen van de betreffende wethouder en ingediend te

worden in het college van B&W. Een goed A4tje dient door het college gelezen te kunnen worden als een overtuigende maatschappelijke business case: een helder probleem waarbij de kosten van de voorgestelde aanpak moeten renderen in termen van behaalde gezondheidswinst. Vanuit bestuurlijk oogpunt zou men die verwachte gezondheidswinst ook aangetoond willen hebben in termen van zichtbare resultaten bij een navolgende gezondheidsmonitor. Dat vraagt om preventieve interventies die bewezen effectief zijn en bij voorkeur tegen lage ('aanvaardbare') kosten aangeboden kunnen worden. Het hele model draait om kernbegrippen zoals gericht, relevant, transparant, effectief, doelmatig en leidt tot meetbare dus controleerbare uitkomsten.

Een aanpak die hier op lijkt, en waardoor we ons eveneens geïnspireerd voelen, is "Communities that Care" (CtC), een aanpak die met succes in ruim 800 Amerikaanse steden wordt toegepast om diverse problemen op wijkniveau aan te pakken (www.episcenter.psu.edu/ctc). Nota bene: ervaringen vanuit CtC leren dat de aanpak alleen succesvol is wanneer per wijk heel gericht aan één probleem wordt gewerkt. Omgekeerd is het een recept voor mislukking wanneer meerdere problemen tegelijkertijd worden aangepakt. Ook in Nederland keken we naar mislukkingen toen men in de wijk te veel tegelijkertijd wilde aanpakken. Het netto resultaat bestond toen uit jarenlang overleg tussen veel te veel partijen zonder dat er werd overgegaan tot daadwerkelijke actie. Het is zaak te leren van eerdere fouten om niet in herhaling te vervallen. Het Nederlands Jeugd instituut (NJI) is uitvoerder van preventieve CtC projecten in Nederland en richt zich daarbij op kinderen en jongeren, gezin, school en de wijk (Ince et al., 2004). Hier gaat het ons niet alleen op het specifieke CtC project, maar zien we CtC als een aantrekkelijk organisatiemodel voor de succesvolle uitvoering andere preventie-projecten.

Samenvatting voor onderzoeksagendering

In de praktijk loopt een ruim aantal afdelingen van de preventieve ggz op tegen het probleem dat het niet altijd makkelijk is WMO-gelden van de gemeente te krijgen of te behouden voor de uitvoering van universele en selectieve preventie. We laten ons inspireren door een aanpak waarmee wel succes wordt geboekt.

Voor een wijkgerichte preventieve aanpak is het van belang dat de preventieve ggz zich richt op de meest prangende problemen in de wijk. Daarvoor is het goed aan te sluiten op de gemeentelijke gezondheidsmonitors zoals die door de betreffende GGD-en wordt uitgevoerd. Agendering van het meeste prangende en dus relevante probleem in de wijk en de aanpak ervan kan dan waarschijnlijk het best uitgevoerd worden in nauwe samenwerking tussen GGD, ggz en de verantwoordelijke wethouder. De beschrijving van het probleem en de aanpak ervan dient bij voorkeur gestalte te krijgen als een beknopte en overtuigende maatschappelijke business case, waarvan de uitkomsten transparant want controleerbaar zijn in een eerst volgende gezondheidsmonitor. Een vergelijkbaar succesvol model wordt gehanteerd door "Communities that Care" (CtC) in de VS. Op het internet is hierover veel te vinden.

Voor de onderzoeksagenda zien we nu een aantal vragen:

- Wordt in de gezondheidsmonitors de geestelijke gezondheid voldoende duidelijk en compleet in kaart gebracht? En kan de ggz daarover in overleg treden met de GGD?
- Kan een handig model gevonden worden voor het opstellen van de maatschappelijke business cases? Moeten daarvoor hulpmiddelen ontwikkeld worden zoals voorbeelden van maatschappelijke business cases, groslijsten van

- bewezen-effectieve preventieve interventies en hun kostprijzen en rekenbladen in Excel voor het stukje gezondheidseconomie, om zo GGD en ggz te ondersteunen?
- Helpt de gerichte aanpak met het zeker stellen en de goede besteding van WMO-gelden voor de preventieve ggz?
 - Is deze (CtC-achtige) aanpak overdraagbaar en succesvol te maken in andere GGD-regio's?
 - Er zou gewerkt kunnen worden met variaties op de CtC aanpak, wellicht met een variant waarbij zorgverzekeraars betrokken worden als belanghebbende partij. Kunnen daarom 'samengestelde business cases' gemaakt worden waarbij voor meerdere private en publieke stakeholders een win-win situatie ontstaat?

8.2 Aansluiting op de generalistische basis ggz

Achtergrond

Naast universele en selectieve wijkgerichte preventie heeft geïndiceerde preventie een traditionele plaats in de huisartsgeneeskundige zorg in de eerste lijn. Kijkend naar depressiepreventie heeft het College van Zorgverzekeringen (CVZ) zich op de positie geplaatst dat geïndiceerde depressiepreventie gerekend moet worden tot verzekerde zorg zoals geregeld in de zorgverzekeringswet.

Probleem

In de duiding van de zorgverzekeringswet lijkt een kentering te ontstaan nu een aantal zorgverzekeraars het idee aanhangt dat verzekerde zorg alleen vergoed kan worden aan mensen die al een diagnose hebben. Dat knelt omdat preventie juist beoogt dat bij mensen die nog géén diagnose hebben het ontstaan van een stoornis die beantwoordt aan de diagnostische criteria juist voorkomen moet worden. Het is geen triviaal probleem. In potentie raakt dit zo'n 220.000 huisartspatiënten die jaarlijks door de huisarts herkend worden als mensen met depressieve gevoelens die nog niet beantwoorden aan de diagnostische criteria van een depressie (gegevens van de huisartsregistratie, LINH, van het NIVEL voor het peiljaar 2009). Het is niet gezegd dat al deze 220.000 mensen preventieve interventies moeten ontvangen (zie pagina's 8 en 9 van dit rapport), maar het geeft aan dat het een probleem is van enige omvang, ruwweg equivalent aan het jaarlijks verlies van 8.800 gezonde levensjaren.³

Daarnaast leidt de zorgfinanciering tot andere problemen voor zo ver geïndiceerde preventie nog wel gerekend wordt tot verzekerde zorg vallend binnen de zorgverzekeringswet. Het huidige economische klimaat dwingt af dat preventieve interventies korter en goedkoper moeten, maar toch bewezen effectief dienen te zijn. Daarmee zouden we op termijn een heel eind kunnen komen, maar bedacht moet worden dat de thans beschikbare bewezen effectieve preventieve interventies vaak bestaan uit zo'n acht tot twaalf sessies. Dat is vaak te lang en dus te duur. Dit betekent dat in zeer rap tempo omgekeken moet worden naar mogelijkheden bestaande preventieve interventies in te korten (en in elk geval minder arbeidsintensief) te maken. Bovendien wordt in de generalistische basis-ggz interventies vaker individueel aangeboden, terwijl het huidige aanbod van preventieve interventies vaak de vorm

³ We berekenen het aantal verloren gezonde levensjaren (years lived with disability, YLD) als 220.000 (huisartspatiënten) * 0,25 jaar (3 maanden als gemiddelde ziekteduur) * 0,16 (ziektelast gewicht voor een lichte depressie) = 8.800 YLD.

hebben van groepsgerichte cursussen. Ook dat vraagt om aanpassingen van bestaande interventies.

Mogelijke oplossingen

De vraag of geïndiceerde preventie nu wel of niet onder de verzekerde zorg kan vallen, laat zich niet met onderzoek beantwoorden. Daarvoor is een bestuurlijk besluit nodig. Zoals gezegd gaat het om een probleem van enige importantie. In deze context is het goed op te merken dat de minister van VWS depressiepreventie erkent als één van de speerpunten van het Nationaal Programma Preventie. Het overheidsbeleid ter zake zou daarbij gediend zijn met enige rekkelijkheid om financiering van geïndiceerde preventie in de generalistische basis ggz mogelijk te maken en dus levensvatbaar te houden.

Voor het verbeteren van de doelmatigheid van geïndiceerde preventie binnen de generalistische basis-ggz worden inmiddels meerdere wegen bewandeld, waarvan de belangrijkste bestaan uit:

- Experimenten met een stepped-care benadering, waarbij de meer laagdrempelige en meer betaalbare interventies als eerste worden aangeboden (zie ook paragraaf 9.2).
- Het vaker toepassen van preventieve e-health, al dan niet in een 'blended' vorm, dus met enige ondersteuning van een preventiewerker (zie de Programmeringsstudie van Riper en collega's, 2013).
- Het aanbieden van korte interventies gericht op het versterken van het probleemoplossend vermogen van mensen ten einde hun zelfhulpvaardigheden (zelfmanagementvaardigheden) te verbeteren,
- Het toepassen van 'klachtgerichte en competentie versterkende mini-interventies' (zie paragraaf 9.6).
- Bovendien worden interventies nu vaker individueel aangeboden en niet meer als een groepscursus.

Samenvatting voor onderzoeksagendering

Voor wat betreft doelmatigheidsverbetering van preventie in de huisartsgeneeskundige setting zien we de volgende onderzoeksvragen:

- Bestaande bewezen effectieve preventieve interventies worden vaak in een groepsformaat aangeboden en hebben rond de acht, tien of twaalf sessies. In de generalistische basis-ggz is echter behoefte aan kortere interventies die bovendien individueel aangeboden kunnen worden. Dat vraagt om een revisie van de bestaande interventies en vraagt bovendien om een nieuwe waardering van de effectiviteit en kosteneffectiviteit van die aangepaste interventies. Een alternatieve route is het ontwikkelen en evalueren van klachtgerichte en competentieversterkende mini-interventies, die individueel in vier sessies aangeboden worden (zie paragraaf 9.6).
- Hoe dient de preventieve ggz het best ingebed te worden in de huisartsgeneeskunde? Kan hierbij gestreefd worden naar een integratie (of onderlinge afstemming) van de rollen van POH en preventiewerker? Op basis van welke vereiste competenties en betalingstitels?
- Diverse preventieafdelingen geven aan enige moeite te hebben met de implementatie van preventieve e-health in de eerste lijn. Hier ligt wellicht een taak voor implementatieondersteuning en implementatieonderzoek.
- Diverse eerstelijnsgezondheidscentra experimenteren met een stepped-care zorgpad voor patiënten met depressieve klachten waarbij de eerste stap vaak bestaat uit een preventief aanbod. De resultaten van die experimenten zouden systematisch vergeleken moeten worden op uitkomsten zoals effectiviteit en kosteneffectiviteit, zodat op nationaal niveau geleerd kan worden welke aanpak het meest succesvol is.

8.3 Preventie als onderdeel van geïntegreerde zorg

Achtergrond

Depressiepreventie wordt vaak, wellicht te vaak, gepresenteerd als een op zichzelf staand onderdeel binnen de geestelijke gezondheidszorg – iets waarvoor ook een eigen beroepsgroep (de preventiewerker) verantwoordelijk is. Historisch gezien is dit een noodzakelijke ontwikkeling geweest die in belangrijke mate heeft bijgedragen aan de professionalisering van het vak. Dankzij de verwetenschappelijking van preventie ligt het tijdperk achter ons waarin goede bedoelingen en enthousiasme volstonden als richtlijn voor preventief handelen – een tijdperk dat leidde tot de spreekwoordelijke ‘duizend bloemen’ van allerlei preventieve interventies die in dit werkgebied nog mochten bloeien tot aan het begin van de jaren ‘90. Sindsdien zien we dat er werk werd gemaakt van uitkomstmeting, standaardisatie van interventies, en wetenschappelijke onderbouwing op basis van gerandomiseerd effectonderzoek en doelmatigheidsonderzoek. Daarmee heeft de preventieve psychiatrie een plaats verworven naast de curatieve psychiatrie.

Probleem

Aan de verzelfstandiging van preventie zijn echter ook risico’s verbonden. Vanuit het perspectief van de zorggebruiker is één van de risico’s dat preventie (eenmaal in de handen gekomen van een eigen professionele beroepsgroep) een zoveelste apart onderdeel geworden is in het zorgoerwoud bestaande uit artsen, maatschappelijk werkers, praktijkondersteuners, psychologen, gerontologen, thuiszorgers, zorgcoördinatoren, enz, enz. De verzelfstandiging van preventie roept daarmee ook vragen op over de aansluiting van preventie op bestaande behandelingen en de inbedding van depressie in bestaande zorginrichtingen zoals de huisartsgeneeskundige zorg, het verpleeghuis en in de bedrijfsgeneeskundige zorg.

Mogelijke oplossingen

Vanuit het perspectief van de zorggebruiker geredeneerd zou men het liefst geïntegreerde zorg, inclusief preventieve zorg, daar aan treffen waar men die in eerste instantie verwacht. We geven voorbeelden:

- We noemden al eerder de aandacht in de reguliere zorg voor kinderen van ouders met een psychisch probleem of probleem met verslaving. Graag zouden we zien dat behandelaars van volwassenen (artsen, psychiaters, psychologen) meer systematisch vragen of er een kind in het spel is, hoe het gaat met het kind en of het kind niet ook enige aandacht behoeft. Door de betreffende ouder zou dat gevoeld kunnen worden als attente, compassievolle en geïntegreerde zorg.
- In dezelfde geest noemden wij ook de voordelen van het vragen stellen door behandelaars naar mantelzorg. Wanneer een behandelaar een zelfstandig wonende maar zorg behoevende patiënt heeft, dan zouden het eigenlijk heel gewone vragen zijn om te informeren naar de zorg die de patiënt thuis ontvangt en of die zorg toereikend is. Vervolgens is het een kleine stap om ook te informeren hoe het gaat met de betreffende mantelzorger, of het allemaal op te brengen is en er wellicht behoefte bestaat aan steun voor de mantelzorger. Het gaat hier eigenlijk om een simpel soort oplettendheid en aardigheid die zich in aanzet goed laat vervlechten met de dagelijkse routine van veel zorgprofessionals.
- Wij noemden ook een vergelijkbaar soort alledaagse oplettendheid in de perinatale zorg. Een blik uit een ooghoek, een gesprek aanknopen om te informeren naar de stemming van de jonge moeder.

- Hieraan valt toe te voegen dat in professionele richtlijnen (clinical guidelines en zorgstandaarden) relatief weinig aandacht is voor preventie, bijvoorbeeld als eerste stap in een stepped-care zorgketen, of terugvalpreventie als laatste stap in een behandeling, al zijn hiertoe aanzetten.
- Over stepped-care gesproken: in samenwerking met zorgverzekeraar CZ zijn in het zuiden van het land diverse huisartsgroepen bezig voor depressie zorgketens in te richten waarbij de eerste stap bestaat uit depressiepreventie. Het onderzoek naar de kosteneffectiviteit van dergelijke zorgketens is natuurlijk interessant en we hopen nog veel te leren van deze en soortgelijke initiatieven.
- Om de (kosten-)effectiviteit over de langere termijn van een stepped-care programma inclusief preventie te onderzoeken is het van groot belang om mensen met een verhoogd risico ook te kunnen volgen wanneer zij bij basiszorg of tweede lijn aankomen (en preventie dan wel niet heeft plaatsgevonden dan wel niet effectief is geweest). Daarvoor zijn geïntegreerde netwerken nodig van eerste en tweedelijns zorgverleners in een regio, en onderzoekers die toegang hebben tot databestanden waarin patiënten kunnen worden gevolgd over instellingen en behandelstappen heen. Het Noord Nederlands Netwerk Stemming en Angststoornissen maakt gebruik van een gezamenlijk volgsysteem (RoQua) en datawarehouse en biedt hiervoor, in samenwerking met regionale verzekeraars, een interessante 'proeftuin' (Schoevers e.a. 2012b).

Op deze plaats dient misschien gezegd te worden dat met deze integrale aanpak niet beoogd wordt meer mensen in de zorg te trekken en medicaliserend bezig te zijn. In tegendeel. Vroeg signaleren en preventief optreden biedt ruimte aan mensen om beter en gericht zorg te dragen voor hun eigen gezondheid (m.b.v. zelfmanagement). Daarmee kan juist vermeden worden dat problemen verergeren tot het niveau dat alleen professionele hulp een uitweg biedt.

Samenvatting voor onderzoeksagendering

Samenvattend zouden we preventiewerkers, betrokken zorgprofessionals en onderzoekers willen uitnodigen om vaker dan voorheen na te denken over zorginrichtingen waarin preventie naadloos geïntegreerd wordt. Wij vermoeden dat de belangrijkste onderzoeksvragen op dit gebied gericht zullen zijn op de financiering van dergelijke geïntegreerde zorgvormen, de rollen, taken en afbakeningen tussen de betrokken disciplines, de overdracht van kennis en kunde om preventieve interventies aan te bieden of ernaar door te verwijzen, terwijl voor dergelijke doorverwijzingen op lokaal niveau haast een sociale kaart nodig is om de verwijzingen gestalte te geven en zelf in goede banen te leiden. Hier zitten dus veel praktische vragen omtrent zorginrichting, zorgfinanciering en implementatie. Een belangrijke vraag daarbij is of preventiewerkers het als hun (nieuwe) rol zien een nieuwe generatie van intermediairs (zoals bijvoorbeeld jeugdverpleegkundigen in de perinatale zorg, en HR-managers in het bedrijfsleven) te trainen in de preventieve ggz.

9. Depressiepreventie vanuit de wetenschap

In dit hoofdstuk reiken wij enkele ideeën aan die onder de noemer 'Nieuwe ontwikkelingen' geschaard worden omdat zij attenderen op nieuwe onderzoeksrichtingen of op nieuwe ontwikkelingen in de preventiepraktijk en wellicht van betekenis kunnen zijn voor de onderzoeksagenda van depressiepreventie. Daarmee is niet gezegd dat de beschreven ontwikkelingen als zo danig altijd 'nieuw' zijn, maar wel als aanvullend of interessant beschouwd kunnen worden voor de betreffende onderzoeksagenda. In de meeste gevallen gaat het bovendien om onderwerpen die overstijgend zijn aan de eerder besproken doelgroepen en ook daarom een aparte paragraaf behoeven.

9.1 Preventie van recidief

Achtergrond

Eerder noemde wij dat preventie van terugval en recidief een 'public health' prioriteit is gelet de epidemiologie van depressie: de helft van de depressies ontwikkelt zich tot een recidiverende depressie, waarbij mensen 21% van hun leven in een depressie doorbrengen (Vos et al., 2004). Dit gaat gepaard met een zeer aanzienlijke ziektelast (Lelieveld-Biesheuvel et al., subm.a). Preventie van recidief is daarom zo belangrijk. Veel behandelaren zien dit belang en zullen dan ook claimen dat zij aan het einde van een behandeling van een acute depressieve episode aandacht geven aan terugvalpreventie.

Probleem

Het is overigens de vraag in hoeverre de claim dat terugvalpreventie en preventie van recidief een regulier onderdeel is van bestaande therapieën hout snijdt. Vaak wordt niet meer dan een laatste behandelsessie gewijd aan het maken van een preventieplan. Dit komt, met alle respect, niet erg adequaat over. Er bestaan werkzame vormen van recidiefpreventie, maar die kunnen niet gerealiseerd worden binnen één sessie. Hiervoor dient eerder gedacht te worden aan gerichte therapievormen, bestaande uit meerdere sessies, zoals preventieve cognitieve therapie (waarin pathogene meta-cognities bewerkt worden) of therapievormen die zich goed laten integreren in het dagelijks leven van patiënten zoals mindful-based cognitive therapy. Meta-analyses (Vittengl et al., 2008; Lelieveld-Biesheuvel et al., subm.b) tonen aan dat deze (en andere) vormen van recidiefpreventie effectief zijn. Maar in Nederland wordt daar nog weinig gebruik van gemaakt, wat voor een deel te verklaren is uit de zorgfinanciering waarin na behandeling van een depressie de DBC gesloten moet worden.

Mogelijke oplossingen

Momenteel lopen er in elk geval vijf (of meer) door ZonMw gefinancierde trials naar de preventie van recidief bij recidiverende depressies: aan het einde van reguliere behandelingen op basis van preventieve cognitieve groepstherapie (bij Arkin, Amsterdam), via preventieve cognitieve e-health (Universiteit Groningen ism Trimbos-instituut), in de huisartsgeneeskundige setting door de POH (VU medisch centrum ism Trimbos-instituut) en op basis van mindfulness (Radboud Universiteit). Dit zien wij als een cruciale impuls aan dit belangrijke vakgebied.

Samenvatting voor onderzoeksagendering

Depressieve stoornis is in ruim de helft van de gevallen een recidiverende stoornis waarbij patiënten gemiddeld zeven keer in hun leven geconfronteerd worden met een depressieve episode en circa 20% van hun leven in een depressieve conditie doorbrengen. Daarmee is juist recidiverende depressieve stoornis een belangrijke veroorzaker van ziektelast en hoge zorgkosten. Diverse ZonMw onderzoekprogramma's hebben oog voor het corresponderende kennisbelang en hebben bovendien het onderzoek naar preventie van recidief gefinancierd. Immers ondanks lopend onderzoek staan er nog een aantal onderzoeksvragen open, zoals vragen naar de kosteneffectiviteit over de langere-termijn van preventie van recidiverende depressie bij verschillende bevolkings- en leeftijdsgroepen en het onderzoek naar de causale paden waarlangs recidief ontstaat.

9.2 Preventieve 'stepped-care'

Achtergrond

Veel curatieve interventies worden op een 'stepped-care' wijze aangeboden, waarbij de patiënt naar behoefte en afhankelijk van bereikte behandelresultaten zo nodig een vervolgstap zet voor een aanvullende behandeling die vaak wat steviger is dan vorige behandelingen. Verwachte voordelen van deze aanpak is dat de zorg begint met de minst invasieve en vaak ook de meest betaalbare interventies. Eenzelfde aanpak kan ook gevolgd worden voor preventieve interventies. Dit concept werd als eerste ontwikkeld door professor Pim Cuijpers. Toepassing ervan op basis van ZonMw-subsidie leidde tot mooie resultaten (een relatieve reductie van de incidentie van depressie met 50%) bij ouderen die huisartsgeneeskundige zorg ontvingen – ook na langere follow-up van 24 maanden (Van 't Veer-Tazelaar et al., 2009; 2011). De preventieve 'stepped-care' interventie bleek bovendien kosteneffectief (Van 't Veer-Tazelaar et al., 2010). Een vergelijkbare preventieve 'stepped-care' aanpak werd later geëvalueerd in een preventietrial in de verpleeghuiskundige setting (Dozeman et al., 2012) en na twee jaar (Van Schaik et al., in druk). In die trial waren de resultaten gemengd omdat wij weliswaar weer dezelfde fraaie uitkomsten zagen voor depressie, maar niet voor (co-morbide) angststoornissen. Deze preventieve 'stepped-care' aanpak werd later ook toegepast in trials bij hoofd-, hals- en longkanker ter preventie van distress, depressie en angst (Krebbert et al 2012). Deze trials lopen nog, maar de eerste resultaten zijn bekend gemaakt in de vorm van rapportage aan ZonMw Doelmatigheid (dossiënummer 170991005) en laten zien dat angst en depressie afnemen en de toch al lage interventiekosten zich deels terugverdienen door een afname van zorggebruik.

Probleem

Een preventieve 'stepped-care' aanpak lijkt diverse voordelen te bieden zoals laagdrempeligheid voor de patiënt en lage aanbiedingskosten van interventies die in de eerste (en tweede) stap worden aangeboden. Eerste evidentie hiervoor biedt een aantrekkelijk beeld. Dat is bemoedigend. Vraagstukken die nog openstaan betreffen de keuze van de interventies die in de zorgketen worden opgenomen en ook in welke volgorde deze bij voorkeur aangeboden dienen te worden. Is het echt kosteneffectiever om met de meest betaalbare interventie te beginnen? Of is de eerste klap (letterlijk en figuurlijk) een daalder waard – en hebben we juist meer plezier van wat steviger interventies aan het begin van een keten?

Mogelijke oplossingen

Wanneer het mogelijk zou zijn voor verschillende preventieve interventies de gestandaardiseerde effectgrootte en de aanbiedingskosten te berekenen, is het vervolgens mogelijk om (in een gezondheid-economisch simulatiemodel) een gegeneraliseerde kosteneffectiviteitsanalyse uit te voeren. Zo'n analyse helpt bij de beantwoording welke interventies in aanmerking komen voor een 'stepped-care' zorgketen (en welke interventies niet) en helpt bovendien met het vaststellen van de meest kosteneffectieve volgorde waarin de geselecteerde interventies het best aangeboden kunnen worden.

Samenvatting voor onderzoeksagendering

Preventieve 'stepped-care' interventies winnen aan populariteit en de eerste studies op dit gebied laten aantrekkelijke resultaten zien. Een belangrijke openstaande vraag evenwel is welke interventies in aanmerking komen om in zo'n preventieve zorgketen opgenomen te worden en in welke volgorde. Er zijn maar weinig gegevens nodig om dit uit te zoeken in de context van gegeneraliseerde kosteneffectiviteit. Zo zouden op een meer geïnformeerde manier verschillende preventieve zorgketens ontworpen kunnen worden voor verschillende doelgroepen.

9.3 'Cognitive bias modification'

Achtergrond

Het is bekend dat mensen met een (beginnende) depressie een selectieve aandacht (aandachtsbias) hebben voor sombere gezichtsuitdrukkingen, woorden met een negatieve betekenis, en ambigue situaties vaker als een negatieve gebeurtenis interpreteren (interpretatiebias). Eigenlijk bestaat cognitief therapeutische behandeling van depressie uit het bewerken van dit soort depressogene interpretatiebias.

Experimenteel psychopathologisch onderzoek laat zien dat selectieve aandacht (aandachtsbias) al pre-cognitief optreedt, d.w.z. voordat de patiënt er bewust over kan denken. Dat weten we omdat uit de oogbeweging van een depressief persoon te zien is dat al binnen 250 milliseconden de aandacht is verschoven naar een somber gezicht wanneer gelijktijdig op een beeldscherm naast het gezicht met een sombere uitdrukking ook een neutraal of opgewekt gezicht te zien is. Omdat die aandacht al binnen 250 milliseconden verschoven is, moet het hierbij gaan om een onbewust (pre-cognitief) proces, want het bewust denken komt pas na ruim 250 milliseconden tot stand.

Onderzoeksvragen

Vanuit therapeutisch oogpunt is het interessant om te zien dat aandachtsbias weggetraind kan worden (attentional bias modification, ABM). Dit lukt met enig succes bij angststoornissen en ook bij alcoholverslaving. Voor depressie is de beschikbare evidentie op het moment nog onvoldoende omdat er weinig trials zijn uitgevoerd waarvan slechts één in een klinische populatie en de overige studies in niet-klinische populaties, zoals studenten. Vanuit het oogpunt van translationeel onderzoek liggen hier kansen voor de klinische praktijk. Naar ons beste weten zijn er nog geen grotere gerandomiseerde studies uitgevoerd naar de preventieve werking van CBM bij mensen met een beginnende depressie. Dit is nog onbetreden onderzoeksgebied.

Samenvatting voor onderzoeksagendering

Experimentele psychopathologie leert dat vormen van cognitieve bias een rol spelen in het ontstaan, voortduren en de kans op recidief bij alcohol-, angst en depressieve stoornissen. Het is ook mogelijk om dit soort bias weg te trainen met cognitive bias modification (CBM). Therapeutisch gezien kan dat interessant zijn, al is de thans beschikbare evidentie voor de werkzaamheid bij depressie van CBM nog gering. Dat vraagt om nader onderzoek, ook naar de preventieve werking van CBM in de context van geïndiceerde depressiepreventie. Het kennisbelang is potentieel groot. Om met professor Reinout Wiers te spreken: CBM zou het derde menu kunnen zijn op de psychiatrische menukaart, naast farmacotherapie en psychotherapie. Daarmee wordt het aantal behandelmogelijkheden potentieel uitgebreid. Van verder belang is dat zo niet alleen het therapeutisch arsenaal wordt uitgebreid, maar wellicht ook tegemoet wordt gekomen aan de wensen van mensen die geen farmacotherapie wensen, maar ook niet goed uit de voeten kunnen met cognitieve gedragstherapie. CBM voelt immers meer als een soort computerspel en lijkt daarmee nauwelijks op therapie zoals we dat nu kennen. Tot slot, kan CBM juist als 'computerspel' ook via het internet aangeboden worden met alle schaalvoordelen van dien. Een aantal GGZ instellingen hebben samen met de Noordelijke Hogeschool Leeuwarden een 'serious computergame' ontwikkeld waarin CBM centraal staat. Door middel van gamification wordt het saaie, repetitieve karakter van CBM ondervangen (De Jong et al.) Voordat CMB echter ingezet kan worden in de preventie van psychische klachten dient er onderzoek verricht te worden naar de werkzaamheid van preventieve CBM.

9.4 'Staging & profiling'

Achtergrond

Door een beter begrip te krijgen van de stadia die worden doorlopen tijdens het ontstaan van een ziekte ('stadiering'), kan de prognostiek verbeterd worden en krijgen interventies een grotere slaagkans. 'Profiling' betreft het onderscheiden van kenmerken en variabelen die etiologische betekenis hebben, of beloop, prognose en succes van interventies kunnen voorspellen (Peeters e.a., 2012). Stagering en 'profiling' worden in de somatische geneeskunde al langer toegepast, denk bijvoorbeeld aan de oncologie, waar medische successen voor een groot deel zijn toe te schrijven aan etiologisch onderzoek waarbij gekeken werd naar tumortype, tumorlocatie, tumorgrootte, aantasting van het omringend weefsel en metastase. Hiermee kunnen prognostisch relevante stadia onderscheiden worden en kunnen medische interventies nauwkeuriger en met een betere timing worden uitgevoerd. In Australië werd deze aanpak voor het eerst ook in de psychiatrie toegepast. Hierbij richtte men zich op mensen met een ernstig verhoogd risico op het ontwikkelen van een eerste psychose, waartoe instrumenten werden ontwikkeld om de zogenaamde 'ultra-high risk-groups' al in een vroeg stadium te detecteren en hen vervolgens preventieve interventies aan te bieden (Hickie et al., 2012). De aanpak in Australië kreeg internationale navolging en inmiddels zien we bij preventie van psychose een risicoreductie met 50% (Van der Gaag et al., 2013).

Probleem

De DSM heeft het psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek enorme voordelen gebracht, maar staat tamelijk haaks op 'staging and profiling'. Met de DSM in de hand kijken we immers meer naar 'clinical end-stage functioning' en missen de daaraan voorafgaande

ziekte-evolutie. Om opnieuw de parallel met de oncologie te trekken: wat nu in veel psychiatrisch onderzoek wordt gedaan heeft wel wat weg van kijken naar terminale patiënten, terwijl het zicht op de ziekte-evolutie is essentieel voor preventie en vroege interventie.

Denkrichtingen

De successen in de oncologie en bij preventieve interventies bij een eerste psychose zou men ook graag zien bij depressiepreventie. Stagering en profiling zouden kunnen bijdragen aan een betere indicatiestelling voor interventies: welke patiënt met een (beginnende) depressie heeft op welk moment het meeste baat bij welk type behandeling? Ruhé et al. (2012) vonden in de literatuur een aantal stageringsmodellen voor therapieresistente depressie, maar zagen dat de betrouwbaarheid van deze modellen nauwelijks was onderzocht. Peeters et al. (2012) concluderen dat stagering en profilering van depressie goed mogelijk lijkt, maar ook dat het nu wachten is op goed onderzoek naar stagering en profilering dat als basis kan dienen voor een betrouwbaar en klinisch bruikbaar instrument. Momenteel wordt overigens binnen NESDA een bestaand stageringsmodel gevalideerd en worden 'profilers' geïdentificeerd die het beloop van depressie kunnen voorspellen.

Samenvatting voor onderzoeksagendering

Onderzoek naar stadiering zou geholpen zijn met data die met een hoge frequentie verzameld worden bij dezelfde personen om zo het beloop van depressie in beeld te krijgen. Het retrospectief verzamelen van zulke tijdreeksen in case-control studies kan relatief efficiënt zijn omdat het zich specifiek kan richten op kleine groepen mensen die namelijk geselecteerd worden op bijvoorbeeld het ernstniveau van depressie. Het efficiency-voordeel van retrospectief case-control onderzoek zal deels teniet worden gedaan door de moeilijkheid tijdreeks data betrouwbaar in kaart te brengen. Hier liggen uitdagingen van formaat. Daarentegen zal het prospectief verzamelen van zulke gegevens vragen om grote aantallen personen, maar kunnen de metingen naar veranderingen in allerlei variabelen om het beloop van depressie te meten weer betrouwbaarder uitgevoerd kunnen worden. Op dit moment is het ook de vraag of de tijdsintervallen tussen de metingen in bestaande cohortstudies (zoals TRAILS, NEMESIS, NESDA, LASA) niet te groot zijn om met voldoende nauwkeurigheid stadia in het beloop van depressie te meten, maar dit lijkt zeker de moeite van onderzoek waard en zal ook afhangen van de beoogde conceptuele fijnheid van de indeling in stadia: een fijnere indeling vraagt om een smallere spatiering tussen meetmomenten, terwijl een wat grovere indeling (bijvoorbeeld in subsyndroomaal, acuut, remissie, terugval, chronisch) wellicht met voldoende precisie in kaart gebracht kan worden met één of twee jaarstijdsintervallen. De aanwezigheid van diagnostische assessesments, prognostisch relevante psycho-sociale variabelen en biomarkers maken zo'n dataset extra waardevol. Cohortstudies zoals NESDA en NEMESIS lijken daarmee over de beste papieren te beschikken. Binnen NESDA bestaan op dit moment plannen om ook frequente herhaalde metingen (Ecological Momentary Assessment) toe te passen om na te gaan wat de 'day to day dynamics' zijn van stemming bij individuele patiënten van wie de langere termijns klinische en beloopgegevens reeds uitgebreid in kaart zijn gebracht. Op deze manier wordt het individuele, idiografische perspectief gecombineerd met onderzoek in groepen van patiënten met gelijke kenmerken zoals dezelfde diagnose.

9.5 Netwerkanalyse van symptomen

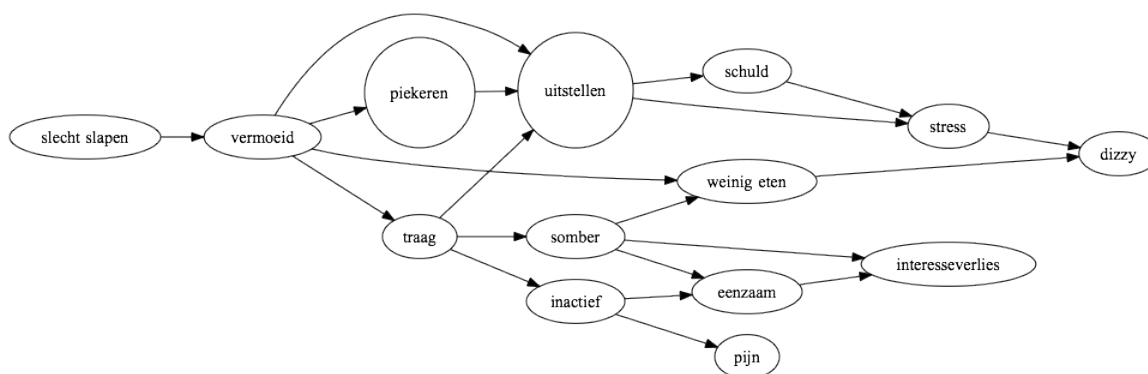
Achtergrond

Stadierung zou wellicht ook beschreven kunnen worden op het niveau van symptomen (symptoomformatie, klachtformatie). Zo is het denkbaar dat iemand piekert, daardoor slecht slaapt, vervolgens zich lusteloos voelt, minder energie heeft, minder vaak leuke dingen doet of minder plezier ervaart bij wat hij doet, zich minder goed kan concentreren, zich terugtrekt, minder contacten onderhoudt en zo ook zichzelf minder leuk gaat vinden. Tegen zo'n achtergrond is het begrijpelijk dat iemands stemming naar beneden gaat en er een gevoel van somberheid ontstaat. Bij deze persoon zagen we hoe piekeren en verstoorde nachtrust de kiem legt voor een depressie waarbij de symptomen (klachten) zich op een bijna logische manier aaneenrijgen tot een 'netwerk van symptomen'; een constellatie van klachten waarin we een (beginnende) depressie kunnen herkennen. We kunnen hierbij aannemen dat er allerlei individuele routes zijn waarlangs symptoomformatie plaatsvindt, maar wellicht zijn er enkele 'dominante' routes die vaker bewandeld worden dan andere routes.

Denkrichtingen

Naar de dynamiek van symptoomformatie is nog betrekkelijk weinig onderzoek gedaan, maar voor sleutelpublicaties verwijzen we graag naar Borsboom et al., (2011), Cramer et al., (2010), Bringmann et al. (2013), Borsboom en Cramer (2013).

Wanneer we de pathogenese zouden kunnen beschrijven in termen van dynamische symptoomformatie (routes) zou er iets kunnen ontstaan dat lijkt op 'stadierung en profiling' (zie boven), maar op het niveau van klachten. Juist in het geval van depressiepreventie is het van belang dat de pathogenese in ogenschouw genomen wordt. Er moet dus niet alleen gekeken worden naar de (losse) symptomen waaruit een depressie bestaat, maar vooral naar de symptoomformatie en ziekte-evolutie. Onderstaande figuur geeft een voorbeeld van symptoomformatie weer.



Een andere, eveneens veelbelovende benadering combineert EMA metingen (frequent herhaalde metingen van depressieve symptomen (vermoeidheid, somberheid, suicidaliteit, piekeren e.d.) en omgevingsfactoren of activiteiten in 'intensief time series' onderzoek met gebruik van onder meer Smart Phone applicaties. Door het bestuderen van de temporele relaties tussen variabelen kan een individueel 'plaatje' worden samengesteld dat de basis vormt voor gepersonaliseerde interventies. Op dit moment wordt onderzocht in hoeverre deze complexe analyses (Vector Auto Regressie) kan worden geautomatiseerd (Van der Krieke et al. 2013). De afdeling psychiatrie van

het UMCG is voorloper op dit gebied (Hoenders et al 2012, Bos et al 2012, Rosmalen et al 2012), en maakt koppelingen met voordeurmodules van de regionale GGZ instellingen en de eerste lijn om deze applicaties toe te passen in de praktijk.

Samenvatting voor onderzoeksagendering

In preventieve interventies kan de aandacht gericht worden op die klachten waarmee alle problematiek begint, of de klachten die leiden tot een reeks van secundaire klachten, en op klachten die het syndroom in stand houden. In het geval van depressie is nog onvoldoende bekend of er algemene patronen in symptoomformatie te ontdekken zijn en, als dat zo is, of die symptoomformaties ondersteuning bieden in de overweging wanneer welke interventie aangeboden moet worden. Het resultaat zou dan een ecologie van interventies kunnen zijn, die dus specifiek is voor het betreffende stadium van symptoomformatie waarin de patiënt zich bevindt.

Een tweede aspect is dat nieuwe statistische technieken kunnen worden toegepast om interventies te 'customizen' dwz dat een volledig op de persoon toegesneden profiel kan worden gemaakt waarop de interventies bij die persoon vervolgens worden afgestemd. De verwachting is dat dit de herkenning en de compliance sterk zal verbeteren.

9.6 Klachtgerichte mini-interventies

Achtergrond

Met tien cijfers (0, 1, ..., 9) kunnen we oneindig veel getallen schrijven; met 26 letters (a, b, ..., z) voldoende woorden om de dikke Van Dale te vullen. Dat zijn twee voorbeelden van enorme efficiëntie. Zo zou het wellicht mogelijk zijn om met een relatief beperkt aantal (kern-)symptomen (klachten) de ruim 300 DSM-IV stoornissen te beschrijven of met een relatief beperkt aantal klachtgerichte mini-interventies bouwstenen te creëren voor preventieve interventies op maat.

Op het Trimbos-instituut werd daarom onderzoek gedaan welke klachten (1) sterke voorspellers zijn van depressie, (2) relatief vaak voorkomen, en bovendien (3) geassocieerd zijn met functionele beperkingen blijkend uit aanzienlijke zorgkosten en kosten door productiviteitsverliezen. Het idee daarbij is dat klachtgerichte mini-interventies voor 'dure' klachten kosteneffectief kunnen worden. Voor een drietal van zulke klachten zijn inmiddels klachtgerichte mini-interventies gemaakt (Beter Slapen, Minder Piekeren, Minder Stress). Een pilotstudie liet zien dat betreffende mini-interventies (uitgevoerd als korte groepscursussen van 4 bijeenkomsten) de beoogde klachtreductie realiseren, dat een afname van de hoofdklacht bovendien leidt tot een afname van andere aanwezige klachten. Zeker zo belangrijk: het concept 'klachtgerichte mini-interventie' slaat aan bij patiënten (de groepen waarin de interventies werden aangeboden stroomden snel vol en de therapietrouw was hoog). Ook uit de kringen van huisartsen en verzekeraars wordt met interesse op het concept gereageerd. Huisartsen zien hierin een belangrijke aanvulling op hun therapeutisch arsenaal voor beginnende depressies, waar immers farmacotherapie niet geïndiceerd is en vormen van psychotherapie nog een brug te ver zijn. Op het Trimbos-instituut wordt dit spoor verder uitgebouwd en zijn we bezig met e-health varianten van de klachtgerichte mini-interventies, en maken bovendien cultuur-sensitieve varianten om bij uitstek lager opgeleide mensen met een andere culturele achtergrond beter te kunnen bedienen.

Ook het eerder genoemde project 'Grip op Onbegrepen Klachten' is in dit opzicht veelbelovend (Schoevers e.a.). Het biedt een online, volledig te personaliseren module waarin de specifieke klachten in omstandigheden van de individuele patiënt kunnen worden gekoppeld aan mini-interventies gericht op die symptomen of omgevingsfactoren.

Nadere denkrichtingen

Huisartsen zijn geïnteresseerd in klachtgerichte mini-interventies die niet groepsgewijs aangeboden worden, maar die zichzelf (of hun POH) aan kunnen bieden aan individuele patiënten. Het huidige drietal interventies is ruim onvoldoende en er is nader onderzoek nodig om vast te stellen welke andere klachten en symptomen met voorrang geselecteerd moeten worden voor het maken van een nieuwe klachtgerichte mini-interventies.

Samenvatting voor onderzoeksagendering

We zien interessante mogelijkheden de klachtgerichte mini-interventies te verbinden aan stadiering (zie boven) en netwerkanalyses van symptomen (zie boven). Dat zou kunnen leiden tot preventief maatwerk voor individuen – tot op zekere hoogte vergelijkbaar met 'personalised medicine', maar dan preventief en niet medicamenteus, maar psychologisch. En passend bij het ziektestadium, met een goede match tussen interventie en symptoomformatie, en op maat voor de betreffende patiënt. Zo zouden drie onderzoeksvelden bijeengebracht kunnen worden. Applicaties die de huisarts ondersteunen om samen met de patiënt systematisch klachten in kaart te brengen en daaraan interventies te koppelen kunnen hieraan een belangrijke bijdrage leveren. Bovendien kunnen deelnemers hiermee ook langer worden gevolgd dan nu het geval is met relatief kortdurende trials.

We verwachten ook dat het praten over en het interventies bieden voor klachten een werkwijze oplevert die veel dichterbij de primaire klachtbeleving van patiënten staat dan interventies die zich op de ene of andere stoornis richten. We verwachten daarom dat klachtgerichte mini-interventies relatief goed aansluiten bij mensen met een lager opleidingsniveau. De eerder genoemde pilotstudies attenderen daar ook op en dat zien we als belangrijke winst van dit type interventie.

Omdat dezelfde klachten te zien zijn in meerdere stoornissen kan zo'n klachtgerichte aanpak trans-diagnostisch zijn. Voor preventie is dat relevant, omdat stress en piekeren in aanzet misschien meer horen tot een angststoornis, maar krachtige voorspellers blijken van depressie.

Tot slot, zou het interessant kunnen zijn het concept 'competentieversterkende mini-interventie' nader uit te werken en daar toegepast onderzoek naar te verrichten. Daarmee wordt vermeden dat alleen naar klachten wordt gekeken, maar ook naar krachten. Zo kan vanuit de preventieve psychiatrie ook een verbinding worden gemaakt met de positieve psychologie.

10. Samenvatting en aanbevelingen

Achtergrond

Welk onderzoek kan bijdragen aan de verdere verbetering van de preventieve ggz voor depressieve stoornis is het onderwerp van deze ZonMw Programmeringsstudie. Het Trimbos-instituut en haar partners voerden de betreffende programmeringsstudie uit. Dit werd gedaan door middel van literatuurstudies, verkenningen van mogelijke beleidsvoornemens van VWS, en een consultatieronde met een groot aantal mensen uit de praktijk van de preventieve ggz en de wetenschap.

We signaleren twee centrale knelpunten die vragen om oplossingen en dus om onderzoek. Deze knelpunten hebben te maken met het vergroten van het bereik (en dus de impact) van depressiepreventie om de geestelijke gezondheid van de bevolking te verbeteren, te beschermen en te onderhouden. Echter (mede door de economische crisis) dient de beoogde impact van depressiepreventie gerealiseerd te worden op een zeer doelmatige manier. Samengevat: waarom gevraagd wordt is meer gezondheidswinst te behalen voor minder geld.

Dit is een doelstelling die spanningen oplevert en die spanningen zullen voelbaar zijn tot in het diepste weefsel van de huidige preventieve ggz. Want hoe kan een ruimere en gelijktijdig doelmatiger inzet van depressiepreventie gerealiseerd worden? Hier ligt een uitdaging van formaat: lukt het ons de geestelijke volksgezondheid te beschermen en te onderhouden op een manier die in economisch opzicht duurzaam is? Welke kansen en knelpunten liggen op deze route? Welk onderzoek kan ons daarmee verder helpen?

Belang

Het belang van depressiepreventie is gelegen in het volgende:

- Te midden van allerlei andere ziekten en stoornissen is depressie één van de grootste veroorzakers van ziektelast.
- De forse ziektelast van depressie veroorzaakt niet alleen lijden, maar ook substantiële economische kosten.
- Wanneer alleen therapie geboden wordt aan mensen met een acute depressie blijft het leeuwendeel van de ziektelast en de kosten van depressie voortbestaan.
- Juist bij depressie is het aantal personen met een eerste of terugkerende depressie zeer omvangrijk. Het indammen van die instroom van nieuwe en recidiverende depressiegevallen vraagt om preventie.

Effectief

Depressiepreventie blijkt effectief:

- Meta-analyses laten zien dat preventieve interventies het aantal nieuwe gevallen met 15~30% doen afnemen wanneer er eenmalig één interventie wordt aangeboden.
- Dat percentage stijgt tot circa 50% wanneer preventie op een 'stepped-care' wijze wordt aangeboden.
- Het lijkt waarschijnlijk dat het percentage 'vermeden gevallen' ook hoog zal zijn wanneer preventieve interventies aangeboden worden aan hoogrisicogroepen.

In de preventieve geneeskunde zijn de genoemde percentages te zien als grote effecten.

Kosteneffectief

Onderzoek laat verder zien dat depressiepreventie niet alleen effectief is, maar ook kosteneffectief:

- Depressiepreventie aangeboden als 'minimaal begeleide zelfhulp' blijkt kosteneffectief en zelfs kostenbesparend wanneer niet alleen de zorgkosten maar ook de effecten op arbeidsproductiviteit worden beschouwd.
- Preventieve e-health gaat gepaard met schaalvoordelen: wanneer meer mensen er gebruik van maken, dalen de kosten per gebruiker aanzienlijk.

Gezondheid-economische doorrekeningen laten zien dat het Nederlandse zorgsysteem voor depressie als geheel (dus inclusief behandeling) doelmatiger wordt wanneer meer wordt gedaan aan depressiepreventie en preventie van terugkerende depressies. Dat wil zeggen dat voor eenzelfde zorgbudget méér gezondheidswinst behaald kan worden. In een tijd van economische schaarste is dat een belangrijk inzicht.

Groter bereik nodig

Voor de volksgezondheid en ook voor de economie is het dus goed wanneer er meer gedaan wordt aan de preventie van depressie. Daarvoor zijn ook interventies beschikbaar. Een ruim aantal beschikbare interventies is bovendien bewezen effectief en kosteneffectief. De toepassing van die interventies is echter nog beperkt. Jarenlang werd slechts 2% van de beoogde doelgroep bereikt. Met de komst van preventieve e-health is dat verbeterd en wordt momenteel 14% van de doelgroep bereikt. Daarmee zijn veel mensen geholpen. Toch zijn we er niet. Het bereik van depressiepreventie moet omhoog om op maatschappelijk niveau een merkbare impact te krijgen. Die impact zou moeten blijken uit:

- Een kleiner aantal nieuwe gevallen (lagere incidentie), en een kleiner aantal mensen met een terugkerende depressie (lager recidiefpercentage).
- Een kleinere incidentie en het terugdringen van recidief moet zich vervolgens vertalen in een kleiner aantal gevallen met een acute depressie (lagere prevalentie).
- En dat zou uiteindelijk 'voelbaar' moeten zijn in een geringere ziektelast (kleiner aantal verloren gezonde levensjaren als gevolg van depressie).
- Een afname van ziektelast zou verder kunnen betekenen dat zorgkosten voor de behandeling van depressie naar beneden gaan, terwijl de arbeidsproductiviteit in de bevolking toeneemt.

Het vergroten van het bereik van depressiepreventie is dus essentieel. Dit is dan ook een onderwerp dat hoog staat op de politieke agenda en de onderzoeksagenda.

Doelmatige organisatie van preventie nodig

Het ligt dus in de rede om in te zetten op het vergroten van het bereik van depressiepreventie. Zo'n opschaling vraagt echter om investeringen en daar wordt een tweede probleem ontmoet. In de nasleep van de creditcrisis wordt er juist bezuinigd. Hiervan hebben de preventieafdelingen van verschillende ggz-instellingen last. Zij voelen zich in hun voortbestaan bedreigd. Hier liggen dus een aantal puzzelstukken van formaat:

- Kunnen bestaande preventieve interventies ingekort worden om ze kosten-effectiever te maken? Of tast dat de effectiviteit van de betreffende interventies te veel aan? Helpt een positief-psychologische insteek? Kan er gedacht worden aan zeer korte 'mini-interventies' die gericht zijn op specifieke klachten die centraal staan in het ontstaan en de prognose van een depressie? Of vormt preventieve e-health (al dan niet met minimale begeleiding) de betere oplossing? Kunnen hierin

slimme combinaties gemaakt worden, bijvoorbeeld competentieversterkende mini-interventies die deels als e-health worden aangeboden? Zijn die interventies voldoende kosteneffectief en is het bereik ervan gegarandeerd?

- Hoe kunnen gemeenten overtuigd worden van het nut van depressiepreventie en zijn de gemeenten dan bereid vanuit de WMO depressiepreventie te financieren?
- Hoe kan WMO gefinancierde preventie het best in de wijk georganiseerd worden? En hoe wordt de aansluiting op de (generalistische) basis-ggz het best gegarandeerd? Helpt een stepped-care benadering hierin? Worden zorgverzekeraars bereid gevonden om hier in te investeren en de geboden preventieve zorg te financieren vanuit de zorgverzekeringwet?

Kortom: hier presenteren zich een aantal knelpunten (en onderzoeksvragen) die draaien om de organisatie en financiering van preventieve activiteiten, waarbij bereik en doelmatigheidsverbetering centraal staan.

Beleid

Een groter bereik en gelijktijdig een grotere doelmatigheid zijn sleutelbegrippen die momenteel ook uitgewerkt worden in het overheidsbeleid ten aanzien van depressiepreventie. Dat gebeurt in het bredere kader van het Nationaal Preventie Programma (NPP). Voor verdere onderzoeksprogrammering is het belangrijk dat dit beleid goed begrepen wordt om het onderzoek daar op te laten aansluiten.

Als eerste wil de uitwerking van het NPP voor depressiepreventie voorzien in het vergroten van het bereik van depressiepreventie. Het vergroten van dat bereik dient vervolgens zo doelmatig mogelijk te geschieden. In beleidsnotities (die nog niet beschikbaar zijn omdat ze nog worden opgesteld) worden daartoe enkele concepten uitgewerkt. Met de nodige slagen om de arm, is ons begrip van de betreffende beleidsplannen als volgt samen te vatten.

(1) Doelgroepen in hun setting

Een eerste pijler van het voorgenomen beleid, is het plan preventie aan te bieden aan een geselecteerd aantal hoogrisicogroepen en wel in de setting waarin deze groepen aangetroffen worden. De doelgroep-setting combinaties zijn:

1. Pas bevallen moeders met een verhoogd risico op perinatale depressie. Zij zijn uiteraard te vinden in de perinatale setting;
2. Jongeren (met name scholieren en kinderen van ouders met een psychisch probleem). Zij zijn veelal goed bereikbaar in de schoolsetting;
3. De beroepsbevolking, met name groepen met stress en burn-out, in de werksetting;
4. Patiënten die zich met depressieve gevoelens of recidiverende depressies presenteren bij de huisarts, in de huisartsgeneeskundige setting (de 'generalistische basis ggz');
5. Ouderen en dan in het bijzonder ouderen met chronische lichamelijke ziekten, deels bereikbaar in de verzorgings- en verpleeghuissetting, maar ook via hun huisarts;
6. En ten slotte de grote groep mantelzorgers die veel voor anderen doen, maar daarbij een aanzienlijk verhoogd risico lopen om zelf een depressieve stoornis te ontwikkelen.

Het beleidsmatig werken met 'doelgroep-setting'-combinaties moet helpen met het verder oplossen van het bereik-probleem: de betreffende doelgroep wordt immers in de betreffende setting aangetroffen. Vervolgens moet het gericht bedienen van

hoogrisicogroepen helpen e.e.a. in financieel opzicht efficiënt en dus doelmatig te houden.

(2) Geïntegreerde zorg

Ten tweede, een invulling van het begrip 'geïntegreerde zorg' als zorg die niet alleen gericht is op het lichaam, maar ook op de geest; en niet alleen curatief is, maar ook preventief. 'Geïntegreerde zorg' krijgt daarbij verder de betekenis van zorg die dáár aangeboden wordt (ingebod is) waar die ook verwacht mag worden door de zorgontvanger (bijvoorbeeld op de werkvloer voor werknemers). Ten slotte zou de geïntegreerde zorg preventieve interventies moeten bevatten die zich goed laten integreren in de 'workflow' van de mensen die werkzaam zijn in de betreffende setting, bijvoorbeeld passend in het verpleegkundig handelen van jeugdverpleegkundigen werkzaam in de perinatale zorg.

(3) Gewone medemenselijke alertheid

Ten derde (en samenhangend met het voorgaande) een keuze, waar mogelijk en waar adequaat, voor betrekkelijk simpele preventieve interventies die goed passen bij de gewone gang van zaken in de geselecteerde settings. Noem het net die extra aandacht en die gewone medemenselijke attentie die vaak nodig is om te signaleren dat iemand somber is, niet lekker in zijn vel zit, en gebaat zou kunnen zijn met steunende aandacht of wat hulp. We nemen weer postpartum depressie als voorbeeld. Kunnen jeugdverpleegkundigen zien hoe het met de moeder gaat? Eventueel een nadere depressie zien aankomen? Durven zij dan juist op zo'n moment het contact aan te gaan met de moeder? Kunnen zij basale psycho-educatie geven en laten merken dat de moeder zich niet eenzaam en schuldig hoeft te voelen over haar depressieve gevoelens? Dat depressie meestal vanzelf en binnen drie maanden overgaat en er zo nodig verdere hulp beschikbaar is? En zo dus bemoedigen en perspectief bieden? Engels onderzoek laat op dit gebied een inspirerend voorbeeld zien hoe zo'n ogenschijnlijk simpele en eigenlijk doodgewone interventie effectief en kosteneffect kan zijn.

Nogmaals, het betreft hier beleidsvoornemens die zich nog aan het uitkristalliseren zijn en ons begrip ervan is daarom aan allerlei onzekerheden onderhevig. We moeten dus voorzichtig zijn met onze conclusies. Maar als zulke ideeën en concepten tot preventiebeleid uitgewerkt worden, dan zou het goed zijn de onderzoeksagenda daarop te laten aansluiten. In die geest werd dit rapport geschreven. Daarom gingen wij na waar voor de zes geselecteerde doelgroepen de belangrijkste kennishiaten zitten en wat dat betekent voor preventiepraktijk en voor de onderzoeksagenda. Onderzoek is ook wetenschapsbeoefening en daarom gingen wij ten slotte na of meer recente wetenschappelijke inzichten van belang zouden kunnen zijn voor de verdere onderzoeksagenda voor depressiepreventie.

Aanbevelingen voor de onderzoeksagenda

In dit rapport zijn vele aanbevelingen gedaan. Hier lichten wij enkele aanbevelingen er uit omdat zij ons in ziens genoemd mogen worden als de meer belangrijke aanbevelingen. Wij voegen hieraan onmiddellijk toe dat ZonMw de partij is die de uiteindelijke keuzen maakt, al dan niet in overleg met VWS.

(1) Doelgroepen en de settings waarin zij bereikt worden

Er zijn zes doelgroepen geselecteerd. Per doelgroep zijn er een aantal terugkerende onderzoeksvragen:

- Hoe groot is het depressieprobleem in de betreffende doelgroep gemeten naar de incidentie, ziektelast, zorgkosten en kosten voortkomende uit productiviteitsverliezen?
- Is binnen de betreffende doelgroep een subgroep aan te wijzen met een aanzienlijk verhoogd risico op depressie? Kan deze groep herkend en goed bereikt worden?
- In welke setting kan de betreffende hoogrisicogroep het best bereikt worden? Welke 'stakeholders' zijn betrokken bij deze doelgroep en setting? Dienen deze stakeholders betrokken te worden bij depressiepreventie? Hoe? Ontstaat hierbij een maatschappelijke business case die een win-win oplevert voor de betrokken partijen?
- Welke interventies zijn beschikbaar voor de betreffende doelgroep? Zijn deze bewezen effectief en kosteneffectief? Kunnen deze interventies 'omgebouwd' worden tot kortere interventies? Laten deze interventies zich goed inbedden in de betreffende setting, zodat het bereik, gebruik en de doelmatigheid van de interventies zo goed mogelijk gegarandeerd worden?

Per doelgroep zijn sommige onderzoeksvragen nog onbeantwoord terwijl andere vragen al op een gedegen manier zijn uitgezocht. Voor de details verwijzen we naar de achterliggende hoofdstukken, maar een ruw overzicht van de belangrijkste kennishiaten bieden we in de volgende tabel.

Kennishiaten (X) naar onderzoeksonderwerp en doelgroep

Generieke doelgroep	Specifieke risicogroep	Setting /bereik	Effectiviteit	Kosten-effectiviteit
Jonge moeders				X
Scholieren				X
Beroepsbevolking	X		X	X
Huisartspatiënten		X		
Chronisch zieken		X	X	X
Mantelzorgers	X	X	X	X

(2) Bereik

We noemden het bereik van depressiepreventie als een van de centrale aandachtspunten voor nader onderzoek. De term 'bereik' verdient echter nadere invulling. Het gaat niet om bereik in het algemeen, maar om het bereiken van groepen die het meest gediend zijn met depressiepreventie. Hierover de volgende noties:

- Er loopt een scherpe lijn tussen mensen met een hoge en lage sociaal economische status (SES) wat betreft gezonde levensverwachting. Mensen met een lage SES leven korter, brengen minder jaren door in goede gezondheid en maken minder gebruik van de zorg. In elk zorgsysteem wordt dit gezondheidsverschil gezien en dus verdient het expliciete aandacht, ook en zeker in de preventieve ggz. Tot dus ver zijn het vrijwel altijd de hoger opgeleide personen die gebruik maken van preventie, terwijl de risico's om

depressief te worden geconcentreerd zijn in achterstandsgroepen met een lage SES.

- Er bestaat nu enige hoop dat het gericht werken met doelgroep-setting combinaties het bereikprobleem deels gaat oplossen. Maar voor beschikbare en nieuwe interventies zou meer systematisch onderzocht moeten worden hoe de beoogde doelgroepen daar bij voorkeur gebruik van wensen te maken. Hoeveel sessies zijn eigenlijk behapbaar en worden door de doelgroep gewenst? Hoe acceptabel is bijvoorbeeld preventieve e-health? Wordt dat beter wanneer de e-health begeleid wordt door een preventiewerker of POH? Er bestaan goede vormen van marktonderzoek (conjunctmeting en 'discrete choice experiments') die op zulke vragen antwoord geven, maar zulk onderzoek wordt zelden in de preventieve ggz toegepast. In oktober 2013 verleende ZonMw opdracht zulk onderzoek uit te voeren voor bestaande preventieve interventies. Dat is een belangrijke stap in de goede richting. Dergelijk onderzoek zou echter standaard plaats moeten vinden voorafgaand aan het ontwikkelen, evalueren en implementeren van preventieve interventies.
- Bij een aantal doelgroepen kunnen we steeds beter voorspellen wie een depressie krijgt (zie tabel), maar we hebben eigenlijk geen flauw idee of dat depressies zijn van korte en voorbijgaande aard of juist persisterende depressies. Het moge duidelijk zijn dat we met het oog op depressiepreventie graag de groep willen bedienen met de persisterende depressies: zij hebben immers het meest belang bij preventie. Voor het identificeren van de groep met persisterende depressies hebben we dus een prognostische index nodig en die bestaat nog niet. Hier is werk aan de winkel.
- In Nederland staat depressiepreventie vooral voor reductie van het aantal nieuwe gevallen (incidentie). Vanuit de epidemiologie gezien verdient het net zo zeer aanbeveling om preventie van recidief met kracht aan te pakken met terugvalpreventie. De helft van alle depressies krijgt namelijk een recidiverend beloop, waardoor de patiënt circa 20% van diens leven doorbrengt in een depressieve conditie. ZonMw heeft een reeks studies geïnitieerd om recidief tegen te gaan. Een volgende belangrijke stap is gelegen in implementatiestudies opdat de eerdere investeringen ook echt gaan renderen.

(3) Doelmatigheidsonderzoek

We noemden het inmiddels meerdere keren, maar kosteneffectiviteit blijft voorlopig van belang voor zowel de politieke agenda als de onderzoeksagenda. Geredeneerd vanuit depressiepreventie liggen hier nog een aantal gebieden open voor nader onderzoek:

- Bij de meeste doelgroepen is de kosteneffectiviteit van preventieve interventies nog niet in kaart gebracht (zie tabel). Dit geldt opmerkelijk genoeg ook voor de werksetting, waar men zou verwachten dat het denken over doelmatige bedrijfsvoering en business cases voor depressiepreventie op de werkvloer extra relevant zijn.
- Het doelmatigheidsonderzoek binnen de preventieve jeugd-ggz komt nauwelijks van de grond. Dit heeft er onder andere mee te maken dat er nog te weinig integrale kostprijzen berekend zijn om dergelijk onderzoek met enig gemak te kunnen uitvoeren. Het iMTA heeft met zulke kostprijsberekeningen een goede start gemaakt, maar er is nog meer werk te

verzetten. Dat is essentieel om doelmatigheidsonderzoek in de jeugd ggz vlot te trekken.

- Een centrale uitkomstmaat bij kosteneffectiviteitsonderzoek is de QALY (quality adjusted life year). In Nederland wordt zo'n QALY meestal berekend met de EuroQoL. De EuroQoL heeft daarmee een belangrijk vakgebied ontsloten en dat is van groot belang geweest. Dat neemt niet weg dat er momenteel vanuit de ggz met interesse gekeken wordt naar de Australische tegenhanger van de EuroQoL, de AQOL. De AQOL zou kwaliteit van leven meten op een manier die mogelijk relevanter is voor de ggz. In vergelijking tot de AQOL is de EuroQoL namelijk nogal somatisch georiënteerd en bestrijkt minder relevante levensgebieden.
- Meer variatie aan brengen in het doelmatigheidsonderzoek in de preventieve ggz. Dat zijn nu vooral trial-based kosteneffectiviteitsstudies (bijvoorbeeld kosten per gewonnen depressievrij levensjaar) en kostenutiliteitstudies (kosten per QALY). We zien weinig (maatschappelijke) business cases met uitkomsten zoals 'return on investment', terwijl een aantrekkelijke business case ook stimulerend kan werken voor de implementatie van een interventie. Vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar zijn budgetimpactanalyses van belang.
- Depressie heeft allerlei impacts op mensen rondom de depressieve persoon, zoals familieleden en collega's, een proces dat 'contagion', ook wel 'spill-over' wordt genoemd. Het (economisch) onderzoek naar zulke spill-overs staat nog in de kinderschoenen, maar zou van belang kunnen zijn om de meerwaarde van depressiepreventie volop in beeld te krijgen. Neem bijvoorbeeld de spill-over effecten van postpartum depressie op het kind. Recent Engels onderzoek (in voorbereiding) laat zien dat postpartumdepressie gevolgen kan hebben met een lange nasleep door het leven van het betreffende kind.

(4) Vanuit de preventiepraktijk

De praktijk van de preventieve ggz weet zich momenteel geconfronteerd met een reeks van beleidsveranderingen en veranderingen in de financiering. Dit roept vele prangende kennisvragen op op drie belangrijke gebieden: (1) wijkgerichte preventie zoals gefinancierd door de WMO, (2) inbedding van preventie in de generalistische basis ggz, en (3) met geïntegreerde preventie in een reeks van settings, zoals arbeidsgeneeskundige setting, de perinatale zorg en het verpleeghuis. Belangrijke onderzoeksvragen hebben betrekking op

- De optimale inrichting van de wijkgerichte preventieve ggz (wel eens aangeduid met het woord 'preventie-architecturen'),
- De inkorting en doelmatigheidsvergroting van preventieve interventies zoals aangeboden in de generalistische basis ggz, waarbij onder andere gedacht aan meer doelmatige stepped-care en (blended) e-health. Dit vraagt onder meer om implementatieondersteuning en implementatieonderzoek.
- Het concept 'geïntegreerde zorg' (gericht op specifieke doelgroepen met een verhoogd risico; ingebed in de settings waar de betreffende doelgroepen bereikt worden; met laagdrempelige interventies; niet alleen somatisch, maar ook psychisch; niet alleen behandeling, maar ook preventie; en uitgevoerd op een gewone, alledaagse, maar oplettende manier die past in de workflow van de betreffende (geneeskundige) beroepsgroepen) vraagt om verdere doordenking en dient zijn weg te vinden naar

implementatieonderzoek en zijn vertaling te vinden naar klinische richtlijnen (waar nu vaak minder aandacht besteed wordt aan depressiepreventie).

- Ten slotte is de verwachting dat de bestaande preventieve ggz zich ook moet voorbereiden op een nieuwe rol als trainer en consultant voor preventieve activiteiten die in het kader van geïntegreerde preventie door andere beroepsgroepen en in andere settings aangeboden zal worden.

(5) Vanuit de wetenschap

Een aantal onderwerpen voor nader onderzoek werden vanuit de wetenschap aangedragen en lieten zich niet goed rangschikken bij de ene of andere doelgroep, vaak omdat zij doelgroep-overstijgend zijn. Daarom worden zij in het rapport in een apart hoofdstuk beschreven. Hier volgt een samenvatting:

- Onderzoek laat zien dat preventieve stepped-care leidt tot substantiële gezondheidseffecten voor vermoedelijk acceptabele aanbiedingskosten. Wellicht valt depressiepreventie zelf te positioneren als eerste stap in een stepped-care aanpak. In het kader van professioneel handelen en 'leren en zorgsturing in de praktijk' zou daarbij routine outcome monitoring (ROM) meer standaard onderdeel van de praktijkvoering dienen te zijn. Momenteel is er debat over de meest optimale sequentie van interventies in een stepped-care aanbod. Dat vraagt om experimentele proeftuinen met stepped-care zorgpaden en nader onderzoek, zodat optimale keuzen in de opbouw van een getrapt zorgpad beter onderbouwd kunnen worden, bijvoorbeeld op basis van gegeneraliseerde kosteneffectiviteitsanalyse.
- Experimenteel psychopathologisch onderzoek laat zien dat angststoornissen en mogelijk ook depressie ontstaan en in stand worden gehouden door aandachtsbias en interpretatiebias. We verwijzen naar de betreffende passages in dit rapport voor uitleg. De betreffende vormen van bias kunnen weggetraind worden ('bias re-training', ook 'bias modification' genaamd). Dat gebeurt met behulp van een computer op een manier die zich, in aanzet, leent voor 'gamificatie', dus lijkend op een computerspel. Dat zou helpen om een alternatief te vinden voor (of aanvullende therapievorm naast) de thans beschikbare psychologische en farmacologische interventies. De werkzaamheid van dergelijke alternatieve interventies dient echter nog onderzocht te worden voor depressie en in het bijzonder voor de preventie ervan.
- Voor preventie is het van belang goed zicht te krijgen op de ontstaansgeschiedenis van een stoornis zoals depressie en daarbij dat ontstaan op te delen in herkenbare stadia ('staging and profiling' genaamd). Vervolgens zou men per stadium kunnen onderzoeken welke interventies het best helpen om de transitie naar het volgende (slechtere) stadium tegen te gaan om zo de prognose te verbeteren. In de oncologie en het psychose-onderzoek zijn hiermee opmerkelijke successen geboekt. Dat roept de vraag op of we zoiets ook kunnen bereiken voor de (preventie van) depressie.
- 'Staging and profiling' (zie boven) laat zich wellicht op nauwkeurige wijze analyseren door te kijken naar de wijze waarop depressiesymptomen een dynamisch netwerk vormen. Zo zou stress kunnen leiden tot piekeren en via die route weer kunnen leiden tot problemen met slapen. De slaapklachten kunnen op hun beurt weer allerlei depressie-gerelateerde klachten genereren zoals lusteloosheid, concentratieproblemen en somberheid. Dergelijke dynamische symptoomnetwerken laten zich meten en visualiseren, en

kunnen zo helpen met het identificeren van klachten die met voorrang aangepakt moeten worden om verdere escalatie in het symptoomnetwerk tegen te gaan. Diverse onderzoeksgroepen in Nederland experimenteren met deze aanpak en er begint een besef te ontstaan dat deze manier van kijken naar de pathogenese van psychische stoornissen allerlei nieuwe kansen en mogelijkheden biedt o.a. op het gebied van (transdiagnostische) 'staging and profiling' en vroegherkenning. Bovendien liggen hier kansen voor iets wat haast op 'personalised medicine' lijkt: het aanbieden van gerichte en op de persoon toegesneden interventies die passend zijn voor het betreffende individu in dat specifieke ziektestadium met die specifieke configuratie van klachten en symptomen.

- De analyse van symptoomnetwerken kan tot slot verbonden worden aan mobiele technologieën om de symptoomformatie via tijdreeksen te meten (bijvoorbeeld met 'experience sampling'), die metingen om te zetten in plaatjes van zo'n symptoomnetwerk en van de veranderingen daarin (statistisch gezien is dat tamelijk complex en dat vraagt om afzonderlijk onderzoek) en op die manier zowel patiënten als behandelaars te informeren over het beloop van een stoornis, hen te helpen met behandelkeuzen, en vervolgens te monitoren wat de impact is van de behandeling op het symptoomnetwerk. Zo'n aanpak vraagt vervolgens om klachtgerichte en competentie versterkende mini-interventies die gebruikt kunnen worden om centrale klachten en deficiënties in zo'n symptoomnetwerk met voorrang aan te pakken.

Nederland lijkt op dit moment koploper te zijn op bovengenoemde gebieden. Het zou goed zijn de vaart vast te houden met deze innovatieve en kansrijke wetenschapsgebieden om zo depressiepreventie weer belangrijke stappen verder te brengen. Dat er juist in Nederland op dit gebied werk aan de winkel is moge blijken uit een recent verschenen en gezaghebbend artikel (Ferrari et al., 2013) waaruit blijkt dat Nederland binnen Europees verband het land is waar depressie nog altijd een belangrijke veroorzaker is van (vermijdbare) ziektelast, meer dan in de ons omringende landen.

Literatuur

- Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, Lönnqvist J. The relationship between job-related burnout and depressive disorders – results from the Finnish Health 2000 study. *Journal of Affective Disorders* 2005; 88:55-62.
- American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders*, fourth edition (DSM-IV). Washington DC: APA, 2000.
- Anderson, R.J., Freedland, K.E., Clouse, R.E., Lustman, P.J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 24: 1069-1078.
- Anderson JC, Williams S, McGee R, Silva PA. DSM-III disorders in preadolescent children: prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry* 1987;44:69-76.
- Andrea H, Bultmann U, Van Amelsvoort LG, Kant Y. The incidence of anxiety and depression among employees - the role of psychosocial work characteristics. *Depress Anxiety* 26 (2009), 11, 1040-1048.
- Andrews J. Prioritization Criteria Methodology for Future Research Needs Proposals Within the Effective Health Care Program. *Methods Future Research Needs Report No. 10*. (Prepared by Vanderbilt Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10065-I.) AHRQ Publication No. 12(13)-EHC152-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. January 2013. www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm.
- Andrews G, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, Titov N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *Plos One* 5(10): e13196. Doi:10.1371/journal.pone.0013196.
- Austin MP, Frilingos M, Lumley, J, Hadzi-Pavlovic D, Roncolato W, Acland S, Saint K, Segal N, Parker G.. Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders* 2008;105:35-44
- Avey, J.B., Reichard, R.J., Luthans, F. & Mhatre, K.H. (2011). Meta-analysis of the impact of positive psychological capital on employee attitudes, behaviors and performance. *Human Resource Development Quarterly*, 22 (2), 127-152.
- Beck, C.T. (1999). Maternal depression and child behaviour problems: a meta-analysis. *Journal of Advances in Nursing*, 29, 623-629.
- Beekman ATF. (2004) *Psychiatrische epidemiologie: van observatie naar experiment*. Inaugurale rede, Vrije Universiteit, 17 September 2003. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 59, 587-599.
- Biedeman J, Newcom J, Sprich S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder wit conduct, depressive anxiety and other disorders. *American Journal of Psychiatry* 1991;148:567-577.
- Biesheuvel-Lelieveld K, Kok GD, Bockting CLH, De Graaf R, Ten Have M, Van der Horst H, Van Schaik A, Van Marwijk HWJ, Smit F. Non-fatal disease burden of single episode and recurrent depressive disorder: population-based epidemiological study. Submitted a.
- Biesheuvel-Lelieveld K, Kok GD, Bockting CLH, Cuijpers P, Hollon SD, Van Marwijk HWJ, Smit F. Meta-analysis of psychological interventions to prevent recurrences in depressive disorder. Submitted b.
- Birmaher, B., Ryan, N.D., Williamson, D.E., Brent, D.A., Kaufman, J., Dahl, R.E., Perel, J. & Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression, I: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 35, 1427-1439.
- Blackmore, E.R., Stansfeld, S.A., Weller, I., Munce, S., Zagorski, B.M., Stewart, D.E. Major depressive episodes and work stress: Results from a national population survey (2007). *American Journal of Public Health*, 97 (11): 2088-2093.
- Bolier L, Ketelaar SM, Nieuwenhuijsen K, Smeets O, Gärtner FR, Sluiter JK. Mental Vitality @ Work, online mental health module to promote well-being of nurses and allied health professionals: cluster-randomized controlled trial. Ter publicatie aangeboden.

- Bos EH, Hoenders R, de Jonge P: Wind direction and mental health: a time-series analysis of weather influences in a patient with anxiety disorder. *BMJ Case Rep* 2012, 2012:10.1136/bcr-2012-006300
- Bransen, E. Mantelzorgers van mensen met een psychische aandoening. Factsheet. Utrecht: Trimbos-instituut, 2011.
- Bransen, E., de Gee, A. & de Jonge, M. (2013). Psychische problemen in de familie: een groepscursus voor mantelzorgers. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 3, 139-142.
- Broese van Groenou, M.I. (2012). Informele zorg 3.0. Schuivende panelen en een krakend fundament. Inaugurele rede, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Brugha, T.S., Wheatly, S., Taub, N.A., Culverwell, A., Freidman, T., Kirwan, P., Jones, D.R. & Shapiro, D.A. (2000). Pragmatic randomized trial of antenatal intervention to prevent post-natal depression by reducing psychosocial risk factors. *Psychological Medicine*, 30, 1273-1281.
- Brugha TS, Morell CJ, Slade P, Walters SJ. Universal prevention of depression in women postnatally: cluster randomized trial evidence in primary care. *Psychological Medicine* 2011; 41: 739-748.
- Buist, A. (1998). Childhood abuse, parenting and postpartum depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 479-487.
- Caelear, A.L. & Christensen, H. (2010). Review of internet-based prevention and treatment programs for anxiety and depression in children and adolescents. *Medical Journal of Australia*, 192 (11 Suppl):S12-14.
- Clarke, G.N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W., O'Connor, E. & Seeley, J. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1127-1134.
- Clumeck N, Kempenaers C, Godin I, Dramaix M, Kornitzer M, Linkowski P, Kittel F. Working conditions predict incidence of long-term spells of sick leave due to depression: Results from the Belstress I prospective study. *J Epidemiol Community Health* 2009;63:286-292.
- Cooper, P.J. & Murray, L. (1998). Fortnightly review: Postnatal depression. *British Medical Journal*, 316, 1884-1886.
- Cooper, P.J., Murray, L., Wilson, A. & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression; 1. Impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry*, 182, 412-419.
- Corrieri, S., Heider, D., Conrad, I., Blume, A., König, H.-H. & Riedel-Heller, S.G. (2013). School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: a systematic review. *Health Promotion International*. doi:10.1093/heapro/dat001.
- Cox, A.D., Puckering, C., Pound, A. & Mills, M. (1987). The impact of maternal depression in young children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 917-928.
- Cuijpers P, Smit F. Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *J Aff Disorders* 2002; 72:227-36.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Smit, F., Mihalopoulos, C., Beekman, A.T.F. (2008) Preventing the onset of depressive disorders: A meta-analytic review of psychological interventions. *Am J Psychiatry*;165:1272-80.
- Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, Anderson G. Psychological treatment of depression: a meta-analytic database of randomized studies. *BMC Psychiatry* 2008;8(1):36.
- Cuijpers, P., Brännmark, J.G. & van Straten, A. (2008). Psychological treatment of postpartum depression: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 64(1), 103-118.
- Cuijpers P, Warmerdam L, van Straten A, Van Rooy M-J 2010. Het bereik van preventieve interventies voor depressie: Mogelijkheden om deelname te bevorderen. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 88(5), 278-284.
- Cuijpers, P, Willemse, G. (2005). Preventie van depressie bij ouderen. Een overzicht van interventies. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Cuijpers, P., Beekman, A.T.F., Reynolds, III C.F. (2012). Preventing depression: a global priority. *The Journal of the American Medical Association*; Vol. 307;10:1033-1034.
- Cummings, E.M. & Davies, P.T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 73-112.

- Graaf De LE, Gerhards SA, Arntz A, Riper H, Metsemakers JF, Evers SM, Severens JL, Widdershoven G, Huibers MJ (2009). Clinical effectiveness of online computerised cognitive-behavioural therapy without support for depression in primary care: randomised trial. *Br J Psychiatry*. 2009 Jul;195(1):73-80.
- De Graaf R, Tuithof M, Van Dorsselaer S, Ten Have M. Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden: Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2). Utrecht: Trimbos instituut, 2011.
- De Groot, M., Anderson, R., Freedland, K.E., Clouse, R.E. & Lustman, P.J. (2001). Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosom Med*, 63: 619-630.
- Dennis, C.L. & Creedy, D. (2004). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, Art. No.: CD001134. DOI: 10.1002/14651858.CD 001134.pub2.
- Dennis, C.L. & Hodnett, E. (2007). Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4: CD006116.
- Dennis, C.L.E. (2004). Treatment of postpartum depression, Part 2: A critical review of nonbiological interventions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1252-1265.
- Dennis, C.L. (2005). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *British Medical Journal*, 331, 7507, 15.
- Dennis, C.L. & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, Art. No.: CD001134. DOI: 10.1002/14651858.CD001134.pub3.
- De Waal J, Tuerlings JHAM, De Boer K, Smal JC, Van Waarde JA. Herkenning van psychiatrisch kwetsbare zwangeren: vragenlijst versus anamneses in de tweede lijn. *Ned Tijdschr Geneesk* 2010; 154:A2344.
- DiMatteo, M.R., Lepper, H.S., Croghan, T.W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med*, 160:2101-2107.
- Dooley, D., Prause, J., Ham-Rowbottom, K.A. (2000). Underemployment and depression: Longitudinal relationships. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 421-436.
- Dozeman, E., Van Marwijk, H.W.J., Van Schaik, D.J.F., Smit, F., Stek, M., Van der Horst, H.E., Bohlmeijer, E.T., Beekman, A.T.F. Contradictory effects for prevention of depression and anxiety in residents in homes for the elderly: a pragmatic randomised controlled trial. *International Psychogeriatrics*, 2012;24:1242-1251.
- Editorial. Depression and the global economic crisis: is there hope? *Lancet* 2012; 280: 2012.
- Elliott, S.A., Leverton, T.J., Sanjack, M., Turner, H., Cowmeadow, P., Hopkins, J. & Bushnell, D. (2000). Promoting mental health after childbirth: a controlled trial of primary prevention of postnatal depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 223-241.
- Evans, D.L., Charney, D.S. (2003). Mood disorders and medical illness: a major public health problem. *Biol Psychiatry*, 54: 177-180.
- Fan, Z.J., Bonauto, D.K., Foley, M.P., Anderson, N.J., Yragui, N.L. & Silverstein, B.A. (2012). Occupation and the prevalence of current depression and frequent mental distress, WA BRFSS 2006 and 2008. *American Journal of Industrial Medicine*, 55:893-903.
- Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE et al. Burden of depressive disorder by country, seks, age and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Medicine* 2013; 10(11): e1001547.
- Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, Brody S, Miller WC. Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes. Evidence Report/Technology Assessment No. 119. (Prepared by the RTI-University of North Carolina Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0016.) AHRQ Publication No. 05-E006-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. February 2005.
- Guidi, J, Fava, GA, Fava, M, Papakostas, GI Efficacy of the sequential integration of psychotherapy and pharmacotherapy in major depressive disorder: a preliminary meta-analysis. *Psychol Med* 2011; 41: 321-31.
- Gommer, A.M., Hoeymans, N., Poos, M.J.J.C. Ziektelast in DALYs samengevat. Nationaal Kompas Volksgezondheid. De Bilt: RIVM, 2010.

- Goodman, S.H. & Gotlib, I.H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106, 458-490.
- Goossens, F.X. & van der Zanden, A.P. Factsheet KOPP/KVO. Kinderen van ouders met psychische problemen, kinderen van verslaafde ouders. Utrecht: Trimbos-instituut, 2012.
- Hagan, R., Evans, S.F. & Pope, S. (2004). Preventing postnatal depression in mothers of very preterm infants: a randomised controlled trial. *BJOG*, 111, 641-647.
- Halligan SL, Murray L, Martins C, Cooper PJ. Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring: a 13 year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders* 2007;97:145-154.
- Heneghan AM, Johnson Silver E, Bauman LJ, Stein REK. Do pediatrics recognize mothers with depressive symptoms? *Pediatrics* 2000;106: 1367-73.
- Hickie IB, Scott EM, Hermens DF, Naismith SL, Guastella AJ, Kaur M, Sidis A, Whitwell B, Glozier N, Davenport T, Pantellis C, Wood SJ, McGorry PD. Applying clinical staging to young people who present for mental health care. *Early Intervention in Psychiatry* 2012; 7(1):31-43.
- Hipwell, A.E., Goossens, F.A., Melhuish, E.C. & Kumar, R. (2000). Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Developmental Psychopathology*, 12, 157-175.
- Holden, J.M. (1991). Postnatal depression: its nature, effects, and identification using the Edinburgh Postnatal Depression scale. *Birth*, 18, 211-221.
- Hoenders HJ, Bos EH, de Jong JT, de Jonge P: Temporal dynamics of symptom and treatment variables in a lifestyle-oriented approach to anxiety disorder: a single-subject time-series analysis. *Psychother Psychosom* 2012, 81(4):253-255.
- Horn, E.K., van Benthem, T.B., Hakkaart-van Roijen, L., van Marwijk, H.W.J., Beekman, A.T.F., Rutten, F.F. & van der Feltz-Cornelis, C.M. (2007). Cost-effectiveness of collaborative care for chronically ill patients with comorbid depressive disorder in the general hospital setting. *BMC Health Serv Res*, 7:28.
- Howard LM, Oram S, Galley H, Trivillion K, Feder G. (2013) Domestic violence and perinatal disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2013;10(5):e1001452.
- Jaddoe VWV, Mackenbach JP, Moll HA, Steegers EAP, Tiemeier H, Verhulst FC, Wittman JCM, Hofman A. The Generation R study: design and cohort profile. *European Journal of Epidemiology* 2006; 21: 475-484.
- Ince D, Beumer M, Jonkman H, Vergeer M. Veel belovend en effectief: Overzicht van preventieprojecten in de domeinen gezin, school, kinderen en jongeren, wijk. (Tweede volledig herziene CtC-gids). Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW), 2004.
- Johnson, S., Cooper, P., Cartwright, S., Donald, I., Taylor, P. & Millet, C. (2005). The experience of work-related stress across occupations. *Journal of Managerial Psychology*, 20(2), 178-187.
- Joling, K., van Hout, H., Schellevis, F., van der Horst, H., Scheltens, P., Knol, D. & van Marwijk, H. (2010). Depressie en angst bij partners van dementiepatiënten. *Huisarts en Wetenschap*: 53(8), 420-424.
- Joling, K. (2012). Depression and anxiety in family caregivers of persons with dementia. Amsterdam: Vrije Universiteit (Thesis).
- Joling KJ, Van Marwijk HWJ, Smit F, Van der Horst HE, Scheltens P, van de Ven PM, Mittelman MS, Van Hout HPJ. Does a family meeting intervention prevent depression and anxiety in family caregivers of dementia patients? A randomized trial. *PlosOne* 2012;7(1) e30936. doi:10.1371.
- Joling KJ, Van Marwijk HWJ, Veldhuizen AE, Van der Horst HE, Scheltens P, Smit F, Van Hout HPJ. The incidence of DSM-IV depression and anxiety disorders and its predictors in spousal caregivers of persons with dementia. A two year follow-up study. In voorbereiding.
- Judd, LL The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 989-91.

- Katon, W.J. (2003). Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biol Psychiatry*, 54: 216-226.
- Knapp M, McDaid D, Parsonage M. (eds.) *Mental health promotion and mental disorder prevention: the economic case*, London: Department of Health, 2011.
- Kreber A-MMA, Leemans CR, De Bree R, Van Straten A, Smit F, Smit EF, Becker A, Eeckhout GM, Beekman ATF, Cuijpers P, Verdonck-de Leeuw IM. Stepped care targeting psychological distress in cancer patients: a randomized clinical trial to evaluate cost-effectiveness of a psychological care program including watchful waiting, guided self-help, problem solving treatment, and psychotherapy or medication. *BMC Cancer* 2012;12:173 doi:10.1186/1471-2407-12-173.
- Kruijshaar, ME, Barendregt, J, Vos, T, de, GR, Spijker, J, Andrews, G Lifetime prevalence estimates of major depression: an indirect estimation method and a quantification of recall bias. *Eur J Epidemiol* 2005; 20: 103-11.
- Landelijke stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Addendum Ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn Depressie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2008.
- Lanes A, Kuk JL, Tamim H. Prevalence and characteristics of postpartum depression symptomatology among Canadian women: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2011; 11:302.
- Lewinsohn, P.M., Hops, H., Roberts, R.E., Seeley, J.R. & Andrews, J.A. (1993). Adolescent psychopathology, I: prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144.
- Lexis, M.A.S., Jansen, N.W.H., Huibers, M.J.H., van Amelsvoort, L.G.P.M., Berkouwer, A., Ton, G.T.A., van den Brandt, P.A., Kant, IJ. (2011). Prevention of long-term sickness absence and major depression in high-risk employees: a randomised controlled trial. *Occup Environ Med*. 68: 400-407.
- Lokkerbol, J., Majo, C., Smit, F., Boon, B. & Walburg, J. (2013) Kosten en baten van veerkracht. Veerkrachtversterkende interventies bij scholieren, jonge moeders, werknemers en ouderen. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Lokkerbol J, Adema D, Cuijpers P, Reynolds III CFI, Schulz R, Weehuizen R, Smit F. Improving the cost-effectiveness of a health care system for depressive disorders by implementing telemedicine: a health economic modeling study. *American Journal of Geriatric Psychiatry* (in druk).
- Lynch, F.L., Hornbrook, M., Clarke, G.N., Perrin, N., Polen, M.R., O'Connor, E., Dickerson, J. 2005. Cost-effectiveness of an intervention to prevent depression in at-risk teens. *Arch Gen Psychiatry*; 62:1241-8.
- Lynch, K.B., Geller, S.R. & Schmidt, M.G. (2004). Multi-year evaluation of the effectiveness of a resilience-based prevention program for young children. *The Journal of Primary Prevention*, 24, 3, 335-353.
- Magliano, L. (2008). Families of people with severe mental disorders: difficulties and resources. Copenhagen, World Health Organization.
- Majo, C.M., Smit, F., Vermeulen, E., van Asch, I., Bolier, L., Dijkstra, M., Havinga, P., van der Linden, M., Pot, A.M., de Waal, R. & Walburg, J. (2012). Enhancing resilience across the lifespan: meta-analysis of psychological interventions. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Martin, A., Sanderson, K., Cocker, F., Hons, B.A. (2009) Meta-analysis of the effects of health promotion intervention in the workplace on depression and anxiety symptoms. *Scand J Work Environ Health*; 35(1):7-18.
- Maughan, B., Collishaw, S. & Stringaris, A. (2013) Depression in childhood and adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22:1, 35-40.
- McCrone P, Dhanasiri S, Patel A, Knapp M, Lawton-Smith S. Paying the price: the costs of mental health care in England to 2026. London: King's Fund, 2008.
- Meijer, S., Smit, F., Schoemaker, C.G., Cuijpers, P. Gezond verstand: evidence-based preventie van psychische stoornissen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2006.

- Merry, S.N., Hetrick, S.E., Cox, G.R., Brudevold-Iversen, T., Bir, J.J. & McDowell, H. (2012). Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Evidence-based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 7:5:1409-1685.
- Mihalopoulos, C., Vos, T., Pirkis, J., Smit, F., Carter, R. Do indicated preventive interventions for depression represent good value for money? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2011;45:36-44.
- Mihalopoulos, C., Vos, T., Pirkis, J., Carter, R. 2012. The population cost-effectiveness of interventions designed to prevent childhood depression. *Pediatrics*; 129(3):e723-e730. Doi 10.1542/peds.2011-1823.
- Milgrom, J., Gemmill, A.W., Bilszta, J.L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., Ericksen, J., Ellwood, D. & Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord*. 108(1-2):147-57.
- Mittelman, M.S., Brodaty, H., Wallen, A.S. & Burns, A. (2008). Intervention for caregivers combined with pharmacological treatment for patients with Alzheimer's disease: effects on caregiver depression. *Am J Geriatr Psychiatry*; 16(11): 893-904.
- Mittelman, M.S., Roth, D.L., Clay, O.J., Haley, W.E. (2007). Preserving health of Alzheimer caregivers: impact of a spouse caregiver intervention. *Am J Geriatr Psychiatry*, 15:9, 780-789.
- Monshouwer, K., Smit, F., Rutter, M., Ormel, H., Verhulst, F., Vollebergh, W. & Oldehinkel, T. (2012). Identifying target groups for the prevention of depression in early adolescence: The TRAILS study. *Journal of Affective Disorders*, doi:10.1016/j.jad.2012.01.026.
- Morrell, C.J., Warner, R., Slade, P., Dixon, S., Walters, S., Paley, G., Brugha, T. (2009) Psychological interventions for postnatal depression: cluster randomised trial and economic evaluation. The PoNDER trial. *Health Technol Assess*;13(30):iii-iv, xi-xiii, 1153. Doi: 10.3310/hta13300.
- Mrazek, P.J. & Haggerty, R. (1994). Reducing risks of mental disorder: Frontiers for preventive intervention research. Washington: National Academy Press.
- Muñoz, R.F., Le, H.N., Ippen, C.G., Diaz, M.A., Urizar, Jr, G.G., Soto, J., Mendelson, T., Delucchi, K. & Lieberman, A.F. (2007). Prevention of postpartum depression in low-income women: Development of the Mamas y Bebés/Mothers and Babies course. *Cognitive Behavior Practice*, 14, 70-83.
- Muñoz, R.F., Cuijpers, P., Smit, F., Barrera, A.Z., Leykin, Y. (2010) Prevention of major depression. *Ann Rev Clin Psychol*;6:181-212.
- Murray, L. & Cooper, P.J. (1997). Postpartum depression and child development. New York, US: The Guilford Press.
- Murray, L. & Cooper, P.J. (2004). The impact of postpartum depression on child development. In: Goodyer, I. (Ed). *Aetiological Mechanisms in Developmental Psychopathology*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Nielsen Forman, D., Videbech, P., Hedegaard, M., Dalby Salvig, J. & Secher, N.J. (2000). Postpartum depression: identification of women at risk. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107, 1210-1217.
- Noben C, Smit F, Nieuwenhuijsen K, Ketelaar S, Gärtner FR, Boon B, Sluiter JK, Evers S. Comparative cost-effectiveness of two interventions for improving work functioning among nurses: pragmatic cluster randomised trial. In prep.
- Noben C, Smit F, Nieuwenhuijsen K, Ketelaar S, Gärtner FR, Sluiter JK, Evers S. Improving work functioning among nurses in an academic hospital: cost-benefit analysis from an employer's perspective. Submitted.
- NOCR. Pilot testing PCORI's process for prioritizing research topics. Prepared by NOCR at the University of Chicago on behalf of PCORI. April 15, 2013.
- Nuyen, J., Volkens, A.C., Verhaak, P.F., Schellevis, F.G., Groenewegen, P.P. & van den Bos, G.A. (2005). Accuracy of diagnosing depression in primary care: the impact of chronic somatic and psychiatric co-morbidity. *Psychol Med*, 35: 1185-1195.
- O'Hara, M.H. (1997) The nature of postpartum depressive disorders. In: Murray, L. & Cooper, P.J. (Eds.). *Postpartum Depression and Child Development*. New York: Guilford.

- O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression-A meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996;8:37--54.
- Orvaschel, H., Walsh-Allis, G. & Ye, W.J. (1988). Psychopathology in children of parents with recurrent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 17-28.
- Oudijk, D., de Boer, A., Woittiez, I., Timmermans, J. & de Klerk, M. Mantelzorg uit de doeken. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2010.
- Patten, S.B., Beck, C.A., Kassam, A., Williams, J.V., Barbui, C., Metz, L.M. (2005) Long-term medical conditions and major depression: strength of association for specific conditions in the general population. *Can J Psychiatry*, 50: 195-202.
- Pawlby S, Hay D, Sharp D, Waters CS, Pariante CM. Antenatal depression and offspring psychopathology: the influence of childhood maltreatment. *British Journal of Psychiatry* 2011; 199:106-112.
- Peeters, F.P.M.L., Ruhé, H.G., Beekman, A.T.F., Spijker, J., Schoevers, R., Zitman, F. & Schene, A. (2012). Stagering en profileren van unipolaire depressies. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54; 11, 957-963.
- Petrou, S., Cooper, P., Murray, L., Davidson, L.L. Cost-effectiveness of a preventive counseling and support package for postnatal depression. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2006;22:443-453.
- Peveler, R., Carson, A. & Rodin, G. (2002). Depression in medical patients. *BMJ*, 325:149-152.
- Piet, J, Hougaard, E The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2011; **31**: 1032-40.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2003a). Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B (2), 112-128.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2003b). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and aging*, 18(2), 250-267.
- Post RM. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry* 1992; 149:999-1010.
- Priest, S., Henderson, J., Evans, S. & Hagan, R. (2003). Stress debriefing after childbirth: a randomized controlled trial. *Medical Journal of Australia*, 178, 542-545.
- Reupert, A.E., Cuff, R., Drost, L., Foster, K., van Doesum, K.T.M. & van Santvoort, F. (2012). Intervention programs for children whose parents have a mental illness: a review. *Medical Journal of Australia*, 1, Suppl 1, 18-22.
- Richardson, K.M. & Rothstein, H.R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13 (1), 69-93.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Diabetes en depressie, een zorgelijk samenspel. 2007.
- Riper H, Kooistra L, De Wit J, Van Ballegooijen W, Donker T. Over technologie die verleidt, onderzoek dat leidt en preventie die bereikt en beklijft: Kennissynthese eMental-health en preventie. Amsterdam: Vakgroep Klinische Psychologie, Vrije Universiteit, 2013.
- Robinson, R.G., Jorge, R.E., Moser, D.J., Acion, L., Solodkin, A., Small, S.L., Fonzetti, P., Hegel, M. & Arndt, S. (2008). Escitalopram and problem solving therapy for prevention of post stroke depression: a randomised controlled trial. *JAMA*;299:2391-2400.
- Roberts G, Grimes K. (2011) Return on investment: mental health promotion and mental illness prevention. Ontario: Canadian Policy Network and the Canadian Institute for Health Information.
- Rosmalen JGM, Wenting AMG, Roest AM, de Jonge P, Bos EH: Revealing causal heterogeneity using time series analysis of ambulatory assessments: application to the association between depression and physical activity after myocardial infarction. *Psychosom Med* 2012, 74(4):377-386.

- Rovner, B.W., Casten, R.J., Hegel, M.T., Leiby, B.E. & Tasman, W.S. (2007). Preventing depression in age-related macular degeneration. *Archives of General Psychiatry*, 64(8):886-892.
- Ruhé, H.G., van Rooijen, G., Spijker, J., Peeters, F.P.M.L. & Schene, A.H. (2012). Staging methods for treatment resistant depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 137; 35-45.
- Schoevers RA, Rosmalen J, Houtveen J. Grip op Onbegrepen Klachten, onderzoeksvoorstel Innovatiefonds Zorgverzekeraars (2012).
- Schoevers RA, Bruggeman R, Sytma S, Visser E. van der Krieke L. Het maatschappelijk rendement van de psychiatrie, onderzoek naar kwaliteit en kosten-effectiviteit door het Rob Giel Onderzoekscentrum (2012).
- Schoevers RA, Smit F, Deeg DJH, Cuijpers P, Dekker J, Van Tilburg W, Beekman ATF. (2006) Prevention of late-life depression in primary care: do we know where to begin? *American Journal of Psychiatry* 163, 1611-1621.
- Sit, D., Rothschild, A.J. & Wisner, K.L. (2006). A review of postpartum psychosis. *Journal of Womens Health*, 15, 352-368.
- Spek V, Cuijpers P, Nyklicek I, Riper H, Keyzer J, Pop V. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine* 2006; 37:319-328.
- Smit F, Ederveen A, Cuijpers P, Deeg D, Beekman A. (2006) Opportunities for cost-effective prevention of late-life depression: an epidemiological approach. *Archives of General Psychiatry* 63: 290-296.
- Smit, F., Cuijpers, P., Oostenbrink, J., Batelaan, N., de Graaf, R. & Beekman, A. (2006). Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9, 193-200.
- Smit F, Smits N, Schoevers R, Deeg D, Beekman A, Cuijpers P. (2008) An epidemiological approach to depression prevention in old age. *American Journal Geriatric Psychiatry* 16: 444-453.
- Smit, F., Willemse, G., Koopmanschap, M., Onrust, S., Cuijpers, P. & Beekman, A.T.F. (2006). Cost-effectiveness of preventing depression in primary care patients: randomised trial. *Br J Psychiatry*; 188: 330-6.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Smits, N., Riper, H., Keyzer, J. & Pop, V. (2008). One-year follow-up results of a randomized controlled clinical trial on internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years. *Psychological Medicine*, 38, 635-639.
- Stein, M.B., Cox, B.J., Afifi, T.O., Belik, S.L. & Sareen, J. (2006). Does co-morbid depressive illness magnify the impact of chronic physical illness? A population-based perspective. *Psychol Med*, 2006, 36: 587-596.
- Stewart W.F., Ricci, J.A., Chee, E, Hahn, S.R., Morganstein, D. Cost of lost productivity work time among US workers with depression. *JAMA* 2003;289:3135-3144.
- Stouthard M, Essink-Bot M, Bonsel G. Disability weights for diseases in the Netherlands. Rotterdam: Department of Public Health, Erasmus University, 1997.
- Stroud CB, Davila J, Hammen C, Vrshek-Schallhorn S. Severe and non-severe events in first onsets versus recurrences of depression: evidence for stress sensitization. *J Abnorm Psychol* 2011; 120:142-54.
- Ten Have M, De Graaf R, Van Dorsselaer S, Beekman A. Delay in treatment seeking after first onset of a mental disorder. *Psychiatric Services* 2013; 64:981-989.
- Thompson, A.M., Hu, T., Eshelbrenner, C.L., Reynolds, K., He, J., Bazzano, L.A. (2011) Antihypertensive treatment and secondary prevention of cardiovascular disease events among persons without hypertension: a meta-analysis. *JAMA*; 305:913-22.
- Tomblin Murphy, G., MacKenzie, A., Alder, R., Birch, S., Kephart, G., O'Brine-Pallas, L. An applied simulation model for estimating the supply of and requirements for registered nurses based on population health needs. *Policy and Politics in Nursing Practice* 2009;10(4):420-251.

- Van Bastelaar, K.M.P., Pouwer, F., Cuijpers, P., Riper, H. & Snoek, F.J. (2011). Web-based depression treatment for type 1 and type 2 diabetic patients. A randomized, controlled trial. *Diabetes Care* 34:320-325.
- Van den Berg, M., Smit, F., Vos, T., Van Baal, P.H.M. Cost-effectiveness of opportunistic screening and minimal contact psychotherapy to prevent depression in primary care patients. *PlosOne* 2011;6(8): e22884. doi:10.1371/journal.pone.0022884
- Van Beukering MDM, Lebbink M. (red) Richtlijn Zwangerschap, postpartumperiode en werk: advisering en begeleiding door de bedrijfsarts. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB).
- Van der Feltz-Cornelis, C.M., ten Have, M., Penninx, B.W., Beekman, A.T.F., Smit, J.H. & de Graaf, R. (2010). Presence of comorbid somatic disorders among patients referred to mental health care in the Netherlands. *Psychiatr Serv*, 61: 1119-1125.
- Van der Gaag M, Smit F, Bechdorff A, French P, Linszen DH, Yung AR, McGorry P. Preventing a first episode of psychosis: meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and medium-term follow-ups. *Schizophrenia Research* (in druk).
- Van der Klink JJJ, Blonk RWB, Schene HA, Van Dijk FJH. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health* 2001; 91:270-276.
- Van der Velden, P.G., Rademaker, A.R., Vermetten, E., Portengen, M., Yzermans, J.C., Grievink, L. (2013). Police officers: a high-risk group for the development of mental health disturbances? A cohort study. *BMJ Open* 3:e001720. doi:10.1136/bmjopen-2012-001720.
- Van der Zanden, R., Kramer, J., Gerrits, R., Cuijpers, P. (2012). Effectiveness of an Online Group Course for Depression in Adolescents and Young Adults: A Randomized Trial *J Med Internet Res*;14(3):e86
- Van der Zanden, R. & van der Linden, D. (2013). Evaluatieonderzoek Happyles Den Haag. Implementatie van Happyles in het VMBO en de Jeugdzorgketen ter bevordering van de mentale veerkracht van jongeren. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van Doesum, K.T.M., Riksen-Walraven, J.M., Hosman, C.M.H. & Hoefnagels, C. (2008). A randomized controlled trial of a home-visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants. *Child Development*, 79(3), 547-561.
- Van Dorsselaer, S., de Graaf, R., ten Have, M., Verdurmen, J., van 't Land, H. & Vollebergh, W. Het verlenen van mantelzorg en het verband met psychische stoornissen. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' (NEMESIS). Utrecht: Trimbos-instituut, 2007.
- Van Dorsselaer S., De Looze, M., Vermeulen-Smit, E., De Roos, S., Verdurmen, J. (2010). Gezondheid, welzijn en opvoeding in Nederland. HBSC-studie 2009. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van Manen, J.G., Bindels, P.J., Dekker, F.W., IJzermans, C.J., van der Zee, J.S., Schade, E. (2002). Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax*, 57: 412-416.
- Van Oostrom, S.H., Picavet, H.S., van Gelder, B.M., Lemmens, L.C., Hoeymans N. & Verheij, R.A. (2011). Multimorbiditeit en comorbiditeit in de Nederlandse bevolking – gegevens van huisartsenpraktijken. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 155:A3 193.
- Van Schaik DJF, Dozeman E, Van Marwijk HWJ, Stek M, Smit F, Beekman ATF, Van der Horst HE. Prevention of depression in residential homes for the elderly: do effects sustain after two years? *Int J Geriatric Psychiatry*, in druk
- Van 't Veer-Tazelaar, P.A., van Marwijk, H.W.J., van Oppen, P., van Hout, H.P.J., van der Horst, H.E., Cuijpers, P., Smit, F., Beekman, A.T.F. Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:297-304.
- Van 't Veer-Tazelaar, P.A., Smit, F., van Hout, H.P.J., van Oppen, P., van der Horst, H.E., Beekman, A.T.F., van Marwijk, H.W.J. (2010) Cost-effectiveness of a stepped care intervention to prevent depression and anxiety in late life: randomised trial. *British Journal of Psychiatry*;196:319-325.
- Van 't Veer-Tazelaar, P.J., Van Marwijk, H.W.J., Van Oppen, P., Van der Horst, H.E., Smit, F., Cuijpers, P., Beekman, A.T.F. (2011) Prevention of late-life anxiety and depression has

sustained effects over 24 months: a pragmatic randomized trial. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011;19(3):230-9.

- Van Zonen K, Buntrock C, Ebert DD, Smit F, Reynolds CF, Beekman ATF, Cuijpers P. Preventing the onset of major depressive disorder: a meta-analytical review of psychological interventions (voor publicatie aangeboden).
- Vázquez Gonzáles FL, Otero Otero P, Torres Iglesias A, Hermida Garcíá E, Blanco Seoane V, Díaz Fernández O. A brief problem-solving indicated prevention intervention for prevention of depression in nonprofessional caregivers. *Psicothema* 2013; 25:87-92.
- Vink, J., Ouweneel, E. & LeBlanc, P. (2011). Psychologische energiebronnen voor bevlogen werknemers: Psychologisch kapitaal in het Job Demands-Resources model. *Gedrag & Organisatie*, (24) 2, 101-120.
- Vittengl, JR, Clark, LA, Jarrett, RB Continuation-phase cognitive therapy's effects on remission and recovery from depression. *J Consult Clin Psychol* 2009; **77**: 367-71.
- Vos, T., Haby, M.M., Barendregt, J.J., Kruijshaar, M., Corry, J., Andrews, G. 2004. The burden of major depression avoidable by longer-term treatment strategies. *Arch Gen Psychiatry*;61:1097-103.
- Wahlbeck., K. & Mäkinen, M. (Eds.) Prevention of depression and suicide. Consensus paper. Luxembourg, European Communities, 2008.
- Willemse G, Smit F, Cuijpers P, Tiemens B. Minimal-contact psychotherapy for sub-threshold depression in primary care. *British Journal of Psychiatry* 2004; 185:416-421.
- Wisner, K.L. Chambers, C. & Sit, D.K.Y. (2006). Postpartum depression; A major public health problem. *Journal of the American Medical Association*, 296, 2616-2618.
- Zlotnick, C., Johnson, S.L., Miller, I.W., Pearlstein, T., Howard, M.: Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 638-640.
- Zlotnick, C., Miller, I.W., Pearlstein, T., Howard, M. & Sweeney, P. (2006). A preventive intervention for pregnant women on public assistance at risk for postpartum depression. *American Journal of Psychiatry*, 163(8):1443-1445.

Bijlage: criteria voor onderzoeksprioritering

Tabel 9.1 geeft criteria weer die gebruikt kunnen worden in de prioritering van onderzoek. De criteria zijn afgeleid van criteria die voorgesteld worden door de Agency for Healthcare Research and Quality in de Verenigde Staten (Andrews, 2013) aangevuld met criteria die door de Network for Oncology Communication and Research (NOCR) aan de Universiteit van Chicago zijn beschreven (NOCR, 2013). De criteria zijn gegroepeerd in de volgende domeinen: relevantie van de te onderzoeken aandoening, behoefte aan nieuw onderzoek, de potentiële winst die behaald kan worden met het onderzoek, en de haalbaarheid van het voorgestelde onderzoek.

Tabel 9.1 Criteria voor onderzoeksprioritering

Gebied	Criteria
Relevantie van de aandoening	Gaat de aandoening gepaard met een grote ziektelast?
	Gaat de aandoening gepaard met hoge kosten?
	Is aanpak van de aandoening is van publiek belang?
	Zijn nog veel onzekerheden/kennishiaten?
	Is er nog veel variatie in de aanpak of zorg die geleverd wordt en/of er is veel controverse over wat de meest (kosten-)effectieve aanpak is?
Behoeft aan nieuw onderzoek	Is er behoefte aan nieuw onderzoek of aan replicatie van bestaand onderzoek ter versterking van de evidentie? In hoeverre overlapt dit onderzoek met ander onderzoek?
Waarde/winst	Wat is de potentiële winst op gezondheidsvlak? - in het verbeteren van gezondheidsuitkomsten; - in het verminderen van controverse over wat de meest (kosten-)effectieve aanpak is; - of in het verminderen van de ziektelast
	Wat is de potentiële winst op economisch vlak: in het verminderen van zorguitgaven of door vergroting van de efficiency (kosteneffectiviteit)?
	Levert het onderzoek nieuwe kennis op? - Is evt. bestaande evidentie niet sterk genoeg (voor een bepaalde specifieke uitkomst of bij een specifieke doelgroep)?
	Wat is de snelheid van ander onderzoek op dit onderwerp, en hoe aannemelijk is het dat het voorgestelde onderzoek daadwerkelijk toegevoegde waarde heeft?
	Hebben patiënten en/of professionals behoefte aan (informatie resulterend uit) het onderzoek?
	Heeft het onderzoek direct gevolgen heeft voor dilemma's of vraagstukken in de zorg en besluiten die daarin gemaakt moeten worden?
	Is implementatie aannemelijk? - Is het aannemelijk dat de onderzoeksresultaten in de praktijk gebruikt zullen worden?

	- Is binnen de toepassingscontext ruimte voor verandering; is er steun voor de betreffende verandering?
	Heeft het onderzoek betrekking op ongelijkheden tussen bevolkingsgroepen of is het onderzoek gericht op kwetsbare populaties? Heeft het onderzoek potentieel om gezondheidsverschillen te verminderen?
	Wat is het gezondheidsrisico van 'niets doen' en wat zijn de maatschappelijke kosten van 'niets doen'?
	Zijn de onderzoeksresultaten duurzaam? - Duurzaamheid is vaak beperkt als procedures en technieken snel verbeteren en de onderzoeksresultaten ingehaald worden door nieuwe ontwikkelingen.
Haalbaarheid	Is het onderzoek haalbaar? - Hangt samen met de specifieke onderzoeksopzet.

