Master-na-Masterthesis Huisartsgeneeskunde

De rol van gecomputeriseerde cognitieve gedragstherapie bij de depressieve patiënt: nagaan van de toepasbaarheid van de iFightDepression-tool in de eerstelijnszorg in Vlaanderen

Dr. Lejaeghere Wouter, Universiteit Gent

Promoter: Prof. Dr. Chantal Van Audenhove

Co-Promotor: Dr. Fillieux Celine

Inhoudstafel

1) Voorwoord…… p.5
2) Abstract…… p.6
3) Inleiding…… p.7
   3.1) Depressie in cijfers…… p.7
   3.2) Preventie van depressie…… p.7
   3.3) Rol van de huisarts in preventie…… p.8
   3.4) Het trapmodel van Domus Medica…… p.8
   3.5) Medicamenteuze benadering…… p.9
   3.6) Het ontstaan van cognitieve gedragstherapie…… p.10
      3.6.1 cognitieve therapie…… p.10
      3.6.2 gedragstherapie…… p.10
      3.6.3 cognitieve gedragstherapie…… p.10
   3.7) Technologie en depressie…… p.10
   3.8) Gecomputeriseerde cognitieve gedragstherapie…… p.11
      3.8.1 COPE-programma…… p.11
      3.8.2 Beating The Blues…… p.11
      3.8.3 Moodgym…… p.12
      3.8.4 REEACT trial…… p.12
      3.8.5 REEACT 2…… p.13
   3.9) Ontstaan van de iFightDepression tool…… p.13
      3.9.1 De vier facetten van NAD…… p.13
         3.9.1.1 Huisartssamenwerking…… p.13
         3.9.1.2 Bewustwordingscampagnes…… p.13
         3.9.1.3 Samenwerking met gemeenschapswerkers…… p.14
         3.9.1.4 Verbetering van de zorg voor risicogroepen…… p.14
      3.9.2 Het PREDI-NU Project…… p.14
   3.10) De iFightDepression tool…… p.15
      3.10.1 De iFightDepression Modules…… p.15
         A) Module 1…… p.15
         B) Module 2…… p.15
         C) Module 3…… p.16
         D) Module 4…… p.16
         E) Module 5…… p.16
         F) Module 6…… p.16
         G) Module 7…… p.16
   3.11) Toekomst van iFightDepression…… p.16

3.12) Thesis van dr. Eva Braet…… p.17
4) Vraagstelling……p.17
5) Methodologie……p.17
5.1) Informatieve fase eerstelijnszorgers……p.17
5.2) Selectie van de deelnemers……p.17
5.3) Informatieve fase deelnemers……p.18
5.4) De evaluatie van de tool……p.18
6) Resultaten……p.19
6.1) Aantal proefpersonen……p.19
A. Het gebruik van de tool…… p.21
B. Tevredenheid van de tool……p.22
C. Inhoud en effect……p.24
6.2) Interview met de eerstelijnszorgers……p.26
6.3) Vergelijking met de studie van dr. Eva Braet……p.26
A) Het gebruik van de tool……p.26
B) Tevredenheid van de tool……p.27
C) Inhoud en effect……p.27
7) Discussie……p.27
7.1) Vergelijking ruraal versus stedelijk, West-Vlaanderen versus Oost-Vlaanderen…p.27
7.2) Selectie patiënten……p.28
7.3) Selectie eerstelijnszorgers…… p.28
7.4) Aantal deelnemers……p.28
7.5) Voordelen ten opzichte van psycholoog…… p.29
7.6) Langere termijnsopvolging……p.29
7.7) Veiligheidseffect……p.29
7.8) Aanbevelingen……p.29
8) Besluit……p.30
9) Referenties……p.31
10) Bijlagen……p.33
10.1) Bijlage 1: Stepped care benadering van depressieve volwassenen…… p.33
10.2) Bijlage 2: Beating the Blues stappenmodel…… p.34
10.3) Bijlage 3: Protocol ethisch comité……p.35
10.4) Bijlage 4: Gunstig advies OBC……p.38
10.5) Bijlage 5: Informatiebrochure over de tool voor patiënten…… p.39
10.6) Bijlage 6: Informatie over de studie…… p.41

10.7) Bijlage 7: Toestemmingsformulier voor deelname aan de studie ……p.42

10.8) Bijlage 8: In te vullen door de huisarts/psycholoog bij inclusie……..p.43

10.9) Bijlage 9: Vragenlijst in te vullen door de patiënt na het doorlopen van (een deel van) de tool…….. p.44

1) VOORWOORD

Graag wil ik met dit voorwoord alle mensen bedanken die geholpen hebben bij het tot stand komen van deze thesis. Eerst en vooral wil ik mijn promotor, Prof. Dr. Chantal Van Audenhove, uitdrukkelijk bedanken voor het steeds bereikbaar te zijn om te antwoorden op eventuele vragen. Naar Dr. Evelien Coppens gaat evenzeer mijn uitdrukkelijke dank voor de motivatie en tips die zij mij bijbracht om zelf wetenschappelijk te leren denken en schrijven. Daarnaast wil ik Dr. Eva Braet vermelden voor haar onderzoek in België met de iFightDepression tool. Dankzij haar grondige onderzoek konden de resultaten van mijn thesis vergeleken worden. Een uitzonderlijke dank gaat eveneens naar Dr. Fillieux Celine en Dr. Blomme Jan, om mee te helpen met de werving van deelnemers, en het steeds bereikbaar te zijn bij vragen en problemen. Ik wil ook mijn broer, Kurt Lejaeghere, bedanken voor het herlezen van mijn thesis. Mijn grote dank gaat ook uit naar mijn vriendin, Evi van Loo, om mij steeds te steunen tijdens het schrijven van deze thesis. Ten slotte bedank ik ook nog mijn dichtste vrienden en familie om mij te blijven steunen in deze laatste twee drukke jaren.

Wouter *23 april 2017*

2) ABSTRACT

Achtergrond
Depressie is een frequente aandoening in onze huidige maatschappij. In België neemt de prevalentie zelfs jaarlijks toe. De huisarts is de meest gecontacteerde hulpverlener voor deze aandoening. Door toename van de wachttijden en de financiële en mentale drempel voor het contacteren van een psycholoog, kan er een extra rol weggelegd zijn voor online cognitieve gedragstherapie. De online iFightDepression tool bleek reeds in andere landen effectief te zijn, maar de tool werd in België nog maar op kleine schaal onderzocht door dr. Eva Braet. Deze thesis gaat na of de resultaten van dr. Eva Braet naar West-Vlaanderen kunnen doorgetrokken worden. Er werd ook onderzocht of eerstelijnszorgers openstaan om cognitieve gedragstherapie op deze manier toe te passen.
Methode
5 huisartsen en 11 psychologen werden gecontacteerd en kregen een informatiesessie over het gebruik van deze tool. 3 huisartsen uit de regio Ardooie/Koolskamp/Wingene namen deel aan de selectie van 13 patiënten. Deze patiënten werden gedurende enkele maanden opgevolgd door een van deze huisartsen terwijl ze gebruik maakten van de iFightDepression tool. Nadien werden de patiënten geïnterviewd aan de hand van een gestandaardiseerde vragenlijst. Ook de huisartsen werden geïnterviewd over hun ervaringen met deze online zelfmanagement tool.
Resultaten
9 van de 13 patiënten namen deel aan deze studie. 4 patiënten weigerden verdere opvolging wegens tijdsgebrek en internetproblemen. 2 deelnemer vervolledigden alle modules. 7 deelnemers vonden dat ze een gewenste en kwalitatieve behandeling hadden gekregen, waarvan 5 deelnemers de tool bij herval opnieuw gingen aangrijpen. Er waren evenwel vele suggesties om de tool efficiënter te maken, die in eenzelfde lijn vielen als deze in de studie van dr. Eva Braet. De deelnemers van deze studie bleken wel positiever opgesteld te staan tegenover deze zelfmanagement tool dan de deelnemers uit de studie van dr. Eva Braet. De huisartsen die deelnamen aan deze studie zijn overtuigt om deze aanpak verder te integreren in hun beleid. De selectie van eerstelijnszorgers bleek echter zeer moeilijk wegens de grote tijdsdruk en de bias die er heerst over medicamenteus beleid.
Besluit
Er dringen zich verdere aanpassingen van de tool op om de opvolging door de huisarts of psycholoog eenvoudiger te maken. Cognitieve gedragstherapie dient eveneens meer gepromoot te worden aan de huisarts als alternatief voor een medicamenteuze aanpak, of als aanvulling van het beleid.

3) INLEIDING

3.1) Depressie in cijfers

Depressie is een aandoening die niet meer uit onze huidige maatschappij is weg te denken. Door de toenemende maatschappelijke druk krijgen steeds meer mensen te maken met een verlies aan levenslust of zware neerslachtigheid. Tijdens studies die werden gevoerd in geïndustrialiseerde landen, werd vastgesteld dat tot 10% van de algemene bevolking hiermee te maken krijgt. Ook België ontsnapt niet aan deze trend. Volgens studies heeft 15% van de volwassen Belgische populatie op een bepaald moment in zijn leven een depressie. Naar schatting lijden zelfs 5-7% van de Belgen op dit moment aan een depressieve aandoening. De kans om een depressie mee te maken tijdens je leven, bedraagt in België zelfs 23%. Bovendien gaat de prevalentie van deze aandoening in stijgende lijn. Zo steeg het aantal mensen dat langdurig ziek is door een depressie in 5 jaar van 17.000 naar 27.000. Dit staat gelijk met een toename van 10% per jaar. (1-4)

Door deze toename heeft depressie een grote impact op onze maatschappij. Uit een studie van 2005 blijkt dat personen met een depressie per jaar 16% van de tijd (of circa 60 dagen per jaar) niet of suboptimaal functioneren. Voor personen met een ernstige depressie ligt dit percentage twee keer zo hoog: zij functioneren 108 dagen per jaar suboptimaal. (3) Depressie heeft daarom een grote invloed op de economie. 27% van het ziekteverzuim boven de 15 dagen heeft een psychische oorzaak en 25% van alle uitkeringen voor werkonbekwaamheid zijn te wijten aan psychische problemen. Dit kwam in 2007 neer op een kost van 136,3 miljard euro in Europa alleen. 99,3 miljard wordt veroorzaakt door verminderde productiviteit, en de overige 37 miljard door de kosten van het gezondheidssysteem. (5)

Depressie is een heel complexe aandoening. Verschillende factoren (familiaal, sociaal, biologisch, traumatisch, ervaringen, …) kunnen een rol spelen bij het ontstaan en het hervallen in een depressie. Toch zijn er sommige subgroepen die meer risico lopen dan anderen. Zo lopen vrouwen dubbel zoveel kans op een depressie dan mannen (20% vs. 10%) en hebben gescheiden personen meer risico om een depressie door te maken. In België gingen meer dan 24.000 mensen in 2015 uit elkaar, zodat dit een niet te onderschatten risicogroep betreft. (6) Ook de leeftijd vormt een risico. Voorlopig ligt de mediane leeftijd voor depressie op 38 jaar, maar er is een tendens in de richting van een jongere populatie. In de Gezondheidsenquête van 2008 vertoonde 9,5% van de +15-jarigen recent depressieve gevoelens, terwijl dit percentage in de Gezondheidsenquête van 2013 was gestegen tot 14,8%. (7)

3.2) Preventie van depressie

De ideale manier om een depressie te behandelen, is deze te voorkomen. Deze manier van aanpak kan opgedeeld worden in twee categorieën: algemene gezondheidspromotie en preventieve interventies. (5)

Algemene gezondheidspromotie is de eerste en meest algemene categorie. Door het welbevinden van de hele populatie te verhogen en een gezonde levensstijl te promoten, kan men de bevolking meer weerstand geven tegen de ontwikkeling van depressie. Deze weerstand kan men dus verhogen door bijvoorbeeld racisme en discriminatie aan te pakken, attitudes van de bevolking te wijzigen enz.
Preventieve interventies zijn veel specifieker. Deze aanpak is meer gericht op een enkele

of groep van stoornissen. Deze categorie kan verder onderverdeeld worden in universele interventies, die zich richten op de hele bevolking, selectieve interventies, die zich op bepaalde subgroepen met een risicoprofiel richten, en geïndiceerde interventies, die zich richten op een doelpubliek dat reeds depressieve symptomen vertoont, maar nog niet voldoet aan de definitie van depressie volgens de DSM-IV. (1)

Er moet nog veel meer ingezet worden op deze manier van gezondheidspromotie en preventie. De drempel om hulp te zoeken blijft namelijk zeer hoog. Slechts 14% van de depressieve personen contacteren in het ontstaansjaar een hulpverlener. (8) Ook de follow-up of de verdere doorverwijzing ontbreekt vaak wegens een blijvend stigma door de maatschappelijke beeldvorming van depressie. (9-10)

3.3) Rol van de huisarts in preventie

Van alle hulpverleners in de eerste lijn is de huisarts de meest gecontacteerde hulpverlener voor depressieve klachten. 86% van de mensen met tekenen van depressie komen in contact met de huisarts, al dan niet voor deze aandoening. (8) Het is daarom zijn of haar taak om de patiënt te informeren over het ontstaansmechanisme van depressie en opvolging voor de patiënt te verzekeren. Ook de ondersteuning naar familie en vrienden is belangrijk. Zij zorgen voor een opvangnet waar de depressieve persoon terecht kan wanneer deze het moeilijker heeft. De huisarts kan ook algemenere maatregelen treffen, zoals de slaaphygiëne aanpakken en de dagactiviteiten samen met de patiënt structureren. Wanneer dit alles onvoldoende effect heeft of wanneer de depressie ernstiger blijkt dan gedacht, zal men extra hulp moeten inschakelen. (9)

3.4) Het trapmodel van Domus Medica

Om de huisarts tijdens deze stappen te begeleiden, werd op 13/02/2017 via Domus Medica een nieuwe richtlijn over de aanpak van depressie publiek gemaakt. In deze richtlijn vindt men een stappenplan over de herkenning en aanpak van depressie (zie bijlage 1). (9)

Men deelt er de patiënten op in vier categorieën. De lichtste categorie zijn mensen die enkel klachten hebben die een depressie doen vermoeden. Deze moeten verder bijgestaan worden, waarbij psycho-educatie en actieve monitoring belangrijk zijn. Indien het gaat om een milde tot matige depressie, worden laagintensieve psychosociale interventies en psychotherapie aangeraden. Wanneer de depressie evolueert naar een matige of ernstige depressie, of zich reeds in deze categorie bevindt, start men best met medicatie, al dan niet gecombineerd met psychotherapie. Medicatie wordt dus pas aangeraden voor de derde categorie van depressieve patiënten. Antidepressiva worden namelijk nog veel te vlug meegegeven. In 2013 alleen al kochten 1,92 miljoen Belgen een antidepressivum bij de apotheker. (9) Bij categorie 4 of ernstige depressie met hoog suïciderisico, kan een eventuele opname zich opdringen, evenals gespecialiseerde hulp door middel van crisisteams, combinatiebehandelingen samen met de psychiater, en elektroconvulsietherapie (ECT). Maggie De Block, minister van volksgezondheid, heeft openlijk haar steun uitgesproken voor deze richtlijn. Zij probeert zo haar steentje bij te dragen om een meer aangepaste zorg te geven aan patiënten met depressie.

3.5) Medicamenteuze benadering

Zoals hierboven reeds werd vermeld, worden antidepressiva nog veel te veel voorgeschreven. Maar indien deze toch noodzakelijk blijken voor de verdere behandeling, kan de arts kiezen uit verschillende soorten. Elke soort heeft zijn voor- en nadelen. Daarom maakt de huisarts een afweging tussen het gewenste effect enerzijds en de te vermijden bijwerkingen anderzijds. Zo kunnen SSRI's gekozen worden bij mannen die tevens last hebben van premature ejaculatie, of kan amitriptyline nuttig zijn bij slapeloosheid. Ook is de keuze van het product afhankelijk van eventuele gewichtsproblematiek, daar sommige soorten antidepressiva, zoals fluoxetine, anorexia induceren, terwijl amitriptyline gewichtstoename veroorzaakt.

De voornaamste bijwerkingen van SSRI's en TCA's worden opgesomd in onderstaande tabel, omdat deze het meest gebruikt worden in de huisartsgeneeskunde.

Bijwerkingen van SSRI's en TCA's (11)

	SSRI	**TCA's**
Seksuele dysfunctie	Fluoxetine of buspirone Paroxetine	Alle TCA's
Gewichtstoename	Paroxetine Citalopram Sertraline Escitalopram is gewichtsneutraal	Amitryptiline, Imapramine (na zes maanden gebruik)
Sedatie	Paroxetine	Amitriptyline nuttig bij slaaploosheid Doxepine door hoge affiniteit met histaminereceptor, nuttig voor slaapinductie
Anticholinergische effecten	Nee	Amitriptyline
Andere bijwerkingen	Nee	Orthostatische hypotensie Hartgeleidingsstoornissen Bij overdosis ventriculaire aritmieën

De recent geüpdatete richtlijnen van Domus Medica, zoals hierboven reeds aangehaald, raden echter aan om eerst psychotherapie toe te passen bij de behandeling van depressie. Zo worden de bijwerkingen van medicatie vermeden en leert de patiënt de nodige vaardigheden om in de toekomst zelfstandig zijn / haar depressie aan te pakken. Een voorbeeld van psychotherapie is cognitieve gedragstherapie.

3.6) Het ontstaan van cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie werd voor het eerst ontwikkeld door de psycholoog Aaron Beck en is een combinatie van cognitieve therapie en gedragstherapie. (12)

3.6.1 Cognitieve therapie

Hoewel vroege vormen van cognitieve therapie (CT) reeds in de oudheid werden toegepast, werd CT pas als echte therapievorm ontwikkeld door Aaron Beck en Albert Ellis eind de jaren 60. CT veronderstelt dat psychische klachten of problemen vaak veroorzaakt worden door de wijze waarop mensen informatie selecteren en interpreteren. Sommige informatie krijgt een sterkere emotionele waarde dan andere, wat dysfunctionele gedragingen kan veroorzaken. Binnen deze therapievorm ligt de nadruk op bewust omgaan met de informatie die men verwerft, deze kritisch bekijken en staven aan de werkelijkheid. Op deze manier probeert men tot nieuwe inzichten te komen die minder dysfunctioneel zijn. (13)

3.6.2 Gedragstherapie

Gedragstherapie kent eveneens zijn ontstaan in de jaren 60. Volgens deze therapievorm zijn alle gedragingen, waaronder ook negatieve gedragingen, aangeleerd en kunnen deze weer afgeleerd worden door middel van conditionering. Vooral angststoornissen, dwanghandelingen en slechte gewoonten worden door middel van deze therapie aangepakt. (14)

3.6.3 Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie is een samenvoeging van bovenstaande therapieën en gaat ervan uit dat negatieve gedachten aan de basis liggen van de meeste psychologische problemen. Door deze gedachten te wijzigen, kan men het gedrag en de gevoelens van mensen op een positieve manier beïnvloeden. (13,14)) CGT wordt vaak toegepast door psychologen en blijkt effectief bij de behandeling van depressie (15). Psychologen zijn echter niet altijd even toegankelijk voor de patiënt wegens de kostprijs, de lange wachtlijsten, de tijd tussen de afspraken en de taboe die nog steeds aanwezig is om hulp te vragen aan een psycholoog. Doordat bij depressie de patiënt vaak niet bij de psycholoog raakt, is de huisarts hier mogelijk beter geplaatst om dit aan te brengen. (2) Wegens het tekort aan specialisatie in deze therapie en de beperkte tijd die een huisarts voor elke patiënt voorhanden heeft, is het niet altijd mogelijk om die CGT toe te passen. Door middel van de hedendaagse ontwikkelingen in de informatica, kan de hulpverlener nu gebruik maken van het internet om de patiënt bij te staan in deze therapie.

3.7) Technologie en depressie

Online applicaties zijn de laatste decennia zeer snel geëvolueerd. Sinds 1993, toen het internet voor het eerst kon gebruikt worden door particulieren, heeft een echte revolutie binnen dit domein plaatsgevonden. Dit heeft een grote impact op de communicatie en interactie van mensen, de manier van vrijetijdsbesteding, de afhandeling van opdrachten in een professionele context en de hoeveelheid informatie die beschikbaar is over elk denkbaar onderwerp. Dit heeft in grote mate met de beschikbaarheid van het internet te maken, dat vandaag altijd en overal te raadplegen is via computers, smartphones of tablets. (16)

Ook voor gezondheidswerkers is er een grote meerwaarde van online applicaties. Er zijn reeds verschillende apps op de markt die helpen bij diagnoses en evaluaties van

gezondheidsparameters. Enkele voorbeelden zijn de app van NHG voor richtlijnen in de huisartsgeneeskunde, FK voor informatie over medicijnen, Het Acute Boekje als eerste richtlijn bij acute gezondheidsrisico's, en de ASCVD risk calculators voor het berekenen van het cardiovasculair risico van patiënten. Dit allemaal zijn tekenen dat het internet meer en meer onmisbaar wordt in de huidige maatschappij. Het is dan ook normaal dat een volgende stap in de cognitieve gedragstherapie bestaat uit het toegankelijk maken van deze therapie door gebruik te maken van het internet. Let wel, ondanks alle voordelen is internet ook één van de bronnen van al die stress en depressies, door constante connectie met het werk en verstoring van slaapritme. (17)

3.8) Gecomputeriseerde cognitieve gedragstherapie

Sedert 20 jaar worden computers ingeschakeld om cognitieve gedragstherapie toe te passen. Ondertussen bestaan er allerlei aanpakken voor deze vorm van therapie. In onderstaande tekst beschrijven we het COPE-programma en de online hulptools 'Beating the Blues' en 'Moodgym'. Tevens wordt de REEACT-trial besproken die deze laatste twee tools met elkaar vergelijkt, evenals de REEACT 2 trial die nagaat of telefonische interventies een meerwaarde zijn ten opzichte van de reeds eerder beschreven online tools.

3.8.1 COPE-programma

Het COPE-programma is een zelfhulpprogramma voor kinderen tot de leeftijd van 18 jaar met depressieve symptomen. Men dient echter 79 dollar te betalen om een jaar gebruik te kunnen maken van dit programma. Het bestaat uit een combinatie van online pamfletten en videofragmenten. De deelnemers van dit twaalf weken durende programma worden ondersteund door op een IVRT-protocol gebaseerd psychotherapie, die 24/24 bereikbaar is. IVRT (Interactive Voice Response Technology) is namelijk gebaseerd op telefoontechnologie. Door middel van toetsen in te drukken of door iets te zeggen aan de telefoon, kan het systeem een antwoord geven op de vragen van de patiënt. Hierdoor kan de patiënt door middel van het gebruik van de telefoon interageren met een computersysteem en wordt zelfhulp op maat aangeboden aan de patiënt. Tijdens de COPE-studie werd acht weken een telefonisch zelfhulpprogramma aangeboden op basis van cognitieve therapie. Het programma was 24/24 beschikbaar en 75% van de gebruikers vond het handig in gebruik en effectief. (18)

3.8.2 Beating The Blues

Beating the Blues is een commerciële tool en kost eenmalig 49,99 pond voor de patiënt. Dr. Judy Proudfoot en haar team ontwikkelden dit hulpmiddel aan het Instituut voor Psychiatrie in het King's College in Londen, waarna 365healthandwellbeing deze tool verder uitbouwde tot een commercieel product. (19) Het bestaat uit een 15 minuten durende introductiefilm, gevolgd door acht modules van 1 uur waarbij gebruik gemaakt wordt van een interactief computerprogramma gebaseerd op cognitieve gedragstherapie. Na elke module moet ook een huiswerkopdracht voltooid worden tot de volgende sessie. (Zie bijlage)

In een studie van Proudfoot et al. van 2004 werd deze website vergeleken met de behandeling door de huisarts tot zes maanden na de behandeling. (19) Bij de hierboven beschreven modules was er geen hulp van een eerstelijnszorger. Er werd geen consult met een arts voorzien, noch werd door een arts psychologische bijstand verleend. Enkel bij het begin en einde van een sessie was er contact met een verpleegkundige om bij problemen in te grijpen. De resultaten van deze studie toonden aan dat de tool effectief

is voor de afname van depressieve symptomen en angst. Het bleek ook een positieve invloed te hebben op de negatieve attributie en het werk en sociale leven. De huisartsen mochten echter geen psychologische ondersteuning geven aan de patiënten die gebruik maakten van Beating the Blues. Op die manier is het niet mogelijk om iets te zeggen over de combinatie van huisartsgeneeskunde en online cognitieve gedragstherapie.

3.8.3 Moodgym

Moodgym werd ontwikkeld door de Australian National University Centre for Mental Health Research en bestaat uit vijf interactieve modulen die elk 30 a 45 minuten duren. Een zesde module overloopt nog eens alle aspecten van het programma. Om de week kan de patiënt een nieuwe module openen en gebruiken. In een onderzoek van Christensen et al. (2004) werd de effectiviteit van Moodgym vergeleken met deze van Bluepages, een psycho-educatieve website die enkel informatie over depressie aanbiedt. (20) Alle deelnemers werden wekelijks telefonisch begeleid. Uit deze studie bleek dat beide websites effectief zijn in de reductie van depressieve symptomen. Moodgym bracht echter een extra voordeel met zich mee doordat het ook invloed had op de dysfunctionele gedachten. Een recentere studie van Schneider et al. (2014) onderzocht daarom of de aanvaarding van online hulp bij het gebruik van de Moodgym-website hoger lag dan bij andere informatieve websites. (21) Op het einde van deze 12 weken durende studie bleken de deelnemers die gebruik maakten van Moodgym inderdaad positiever te staan tegenover online hulp. De studie onderzocht eveneens de voor- en nadelen van het gebruik van Moodgym. Als voordelen werd vooral aangehaald dat eerder neergeschreven informatie bewaard werd en terug kon aangehaald worden op een later moment. Hiernaast werd de anonimiteit, de laagdrempelige toegang en de overvloed aan informatie als voordeel opgegeven. Nadelen waren dat de patiënten niet altijd voldoende tijd hebben om de modules te doorlopen, waardoor ze stress induceren. Ook de concentratie die nodig is om een dergelijke website goed te kunnen gebruiken, ontbreekt soms. Tevens bestond de deelnemende populatie enkel uit mensen die zelf wensten deel te nemen. Personen met minder motivatie werden dus niet opgenomen in deze studie.

Hieruit kan men concluderen dat de Moodgym-tool effectief is voor patiënten die gemotiveerd zijn, en een meerwaarde kan bieden naast de huidige meer persoonlijke therapie.

3.8.4 REEACT trial

Onderzoek toont dat de bovengenoemde programma's een positieve invloed hebben op de patiënt. Het blijft echter onduidelijk welke programma's mensen met depressie het meest kunnen bijstaan. De REAACT trial (the Randomised Evaluation of the Effectiveness and Acceptability of Computerised Therapy) van Littlewood et al. (2015) vergelijkt de online tools 'Beating the Blues' en 'Moodgym' met elkaar en met reguliere eerstelijnszorg. (22) Deze twee jaar durende studie bestaat uit drie condities. Als eerste werd een deelnemersgroep aangeraden Beating the Blues te gebruiken met bijkomende ondersteuning door de huisarts. Daarnaast werd Moodgym door een tweede deelnemersgroep gebruikt, eveneens met de huisarts als begeleidende persoon. Als laatste werd een deelnemersgroep op dezelfde manier ondersteund door een huisarts, doch zonder gebruik te maken van een online programma. De resultaten bekomen uit deze drie groepen werden met elkaar vergeleken. De trial toonde aan dat er geen superioriteit is van de online cognitieve gedragstherapie ten opzichte van de globale eerstelijnszorg. Er is tevens geen verschil in effectiviteit te bemerken tussen de

betalende en gratis online versie. Wel bleek uit deze trial dat wanneer er geen nauwgezette opvolging door de huisarts was, de programma's een zeer geringe invloed hebben op de depressieve patiënt. De patiënten gaven zelf ook aan dat frequente ondersteuning (meer dan wekelijks telefonisch contact) noodzakelijk is. Kortom, online hulptools genereren betere resultaten wanneer patiënten sterk worden aangemoedigd om het programma te gebruiken. De resultaten zijn vergelijkbaar met deze die verkregen worden met face-to-face cognitieve gedragstherapie.

3.8.5 REEACT 2

Op basis van de data van de REEACT trial werd nagegaan of telefonische ondersteuning bij de online cognitieve gedragstherapieprogramma's een voordeel kan bieden. Deze studie, uitgevoerd in Engeland bij 369 deelnemers, toonde wel degelijk een lichte toename van effectiviteit in vergelijking met niet-telefonisch begeleide gecomputeriseerde cognitieve gedragstherapie. Hieruit blijkt dat, wanneer mogelijk, er best geopteerd wordt voor telefonische informatie en stimulatie om de doeltreffendheid van de tool te optimaliseren. (23)

3.9) Ontstaan van de iFightDepression tool

Online cognitieve gedragstherapie is, zoals hierboven reeds aangehaald, nog steeds in ontwikkeling. Men blijft zoeken naar een geoptimaliseerde online tool om patiënten met een depressie te ondersteunen. De website die in deze thesis gebruikt werd, kent zijn ontstaan in de Nuremberg Alliance against Depression (NAD), een tweejarig interventieprogramma om huisartsen te ondersteunen bij de behandeling van patiënten met een depressie. Dit interventieprogramma werd gestart in het jaar 2000 en poogde de facetten waarvoor de huisarts verantwoordelijk is in het kader van depressie te optimaliseren. Het programma bevatte 480.000 personen en focuste zich op de volgende vier belangrijke facetten: de samenwerking met huisartsen, bewustwordingscampagnes, de samenwerking met gemeenschapswerkers (leerkrachten, priesters, lokale media) om zo signalen van depressie vroegtijdig te kunnen detecteren, en verbetering van de zorg voor risicogroepen. (24)

3.9.1 De vier facetten van NAD

3.9.1.1 huisartssamenwerking

De samenwerking met huisartsen was volgens de NAD belangrijk omdat de meeste depressieve patiënten in de eerste lijn behandeld worden. Daarom werden artsen door middel van een interactief educatief pakket getraind op diagnose en therapie, en het omgaan met suïcidaliteit. Ook werd informatie aan de artsen aangeboden door middel van hand-outs, trainingssessies en video's. Bij vragen konden de artsen ook terecht bij een telefoondienst die hen kon bijstaan bij de aanpak van patiënten. (24)

3.9.1.2 Bewustwordingscampagnes

Deze campagnes hadden als doel zowel professionele gezondheidswerkers als de populatie te destigmatiseren en mensen met depressie te overhalen om hulp te zoeken. 25.000 brochures en 150.000 folders werden verdeeld, en over heel Nuremberg werden posters opgehangen. Er werden 43 lezingen over depressie gehouden, en sommige politici waren ambassadeur van deze campagnes. Daarnaast werd er een website opgericht waar men terecht kon voor meer informatie. Aan de media werd dan weer een richtlijn gegeven die bestond uit 10 punten om imitatie-suïcidaliteit te voorkomen. (24)

3.9.1.3 Samenwerking met gemeenschapswerkers

Tijdens het twee jaar durende project, werden in totaal 84 verschillende informatiesessies gegeven. Zo probeerde men priesters, gezondheidswerkers, politieagenten, leerkrachten, geriatrische verpleegkundigen, psychotherapeuten, hulplijnwerkers en cipiers te bereiken. Tijdens deze sessies werd vooral de focus gelegd op het vaststellen van een echte depressie, en welke aanbevelingen met kan geven aan dergelijke personen wat betreft behandeling. In totaal werden hier 2.000 personen mee bereikt. (24)

3.9.1.4 Verbetering van de zorg voor risicogroepen

Om de risicogroepen beter te begeleiden, werden vergaderingen georganiseerd voor de oprichting van acht zelfhulpgroepen. Er werd ook een speciale ondersteuning gegeven aan personen die een zelfmoordpoging achter de rug hadden. Aan hen werd een speciale kaart gegeven waardoor ze in geval van een nieuwe suïcidale crisis onmiddellijk konden geholpen worden door een specialist. (24)

3.9.2 Het PREDI-NU Project

De Europese Alliantie tegen Depressie (EAAD) en de Optimising Suicide Prevention Programmes and their Implementation in Europe (OSPI-Europe), dat gesubsidieerd werd door de Europese Commissie, hebben het potentieel van een dergelijke gemeenschapsinterventie zoals het NAD-programma verder onderzocht. Ondanks de beloftevolle resultaten waren er enkele structurele problemen die het effect van deze interventie reduceerden.
Eerst en vooral zochten meer mensen hulp door deze interventie en werden meer mensen gediagnosticeerd met depressie. Daardoor nam de zorgnood nog toe. (25). Daarnaast zijn er de beperkte beschikbaarheid in landelijke gebieden en de lange wachtlijsten om een psychologische behandeling te krijgen. Bovendien zijn er veel landen in Europa waar de recessie een besparing op de mentale gezondheidszorg als gevolg heeft. Dat werkt de problemen nog meer in de hand, aangezien de recessie zo een toename van de zorgvraag veroorzaakt. (26) Tot slot, wanneer de psychologische en psychomedicamenteuze behandeling kan gegeven worden, blijven er nog steeds compliantieproblemen optreden waardoor deze behandeling gestopt wordt. Er was dus duidelijk een nood aan extra hulp voor de patiënten en de zorgverleners om hen te begeleiden en te helpen in hun behandeling.

Om deze tekortkomingen op te vangen, werd een nieuw project opgestart: Preventing Depression and Improving Awareness through Networking in the EU (PREDI-NU). (27) Deze grote Europese studie omvat de samenwerking tussen 11 Europese landen en werd van 2011 tot 2014 gesponsord door de Europese Unie. Het had de volgende drie doelen. Als eerste wilde men Europees de drempel voor depressieve personen om hulp te zoeken verlagen, en de attitude en kennis van de populatie over depressie en suïcidaliteit verhogen. Dit gebeurde onder andere door een website beschikbaar te stellen voor de gehele Europese populatie met informatie omtrent depressie en suïcidaliteit.

Ten tweede wilde men een zelfhulpprogramma voor lichte en matige depressie ontwikkelen dat beschikbaar was in de moedertaal van de patiënten, zodat taal geen barrière meer vormde om hulp te kunnen bieden.

Ten derde wilde men door dit programma toe te passen in Europa, nagaan of het aanvaard en gebruiksvriendelijk genoeg is om verder te gebruiken in alle Europese landen.

3.10) De iFightDepression tool

De iFightDepression tool (iFD tool) is een online programma gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en werd ontwikkeld door de EAAD in het kader van het PREDI-NU-project. (27,28)) De tool biedt zelfhulp aan volwassenen met een milde tot matige depressie.

De tool brengt veel voordelen met zich mee. Zo wordt enkel van bewezen elementen van computerised cognitieve gedragstherapie gebruik gemaakt, werd het compatibel gemaakt met de reeds bestaande gezondheidszorg, is deze tool voor iedereen die in het bezit is van een computer 24/24 gratis beschikbaar en is deze tool verkrijgbaar in verschillende talen (Engels, Duits, Spaans, Catalaans, Nederlands, Hongaars, Ests, Portugees, Frans en Bulgaars) waardoor de patiënt geholpen kan worden in zijn / haar moedertaal.

De tool werd reeds in verschillende landen en door verschillende doelgroepen geëvalueerd. Zo liep er een studie in Hongarije, Estland, Ierland, Spanje en Duitsland naar de gebruiksvriendelijkheid en aanvaarding van deze tool.

3.10.1 De iFightDepression Modules

De tool wordt opgebouwd uit 7 verschillende modules, die hieronder besproken worden. Na elke module wordt een opdracht meegegeven aan de patiënt. Deze opdracht kan dan meegenomen worden naar de hulpverlener om de evolutie te bespreken. Het is aan de patiënt om te bepalen wanneer een module doorlopen wordt, zodat de patiënt zich niet gedwongen voelt, en de nodige tijd voorzien kan worden. Men raadt wel aan elke week één module te volgen. Elke keer dat de tool gebruikt wordt, moet de patiënt een vragenlijst invullen. Deze gaat de stemming van de patiënt na. Indien de depressieve symptomen te zwaar doorwegen in deze vragenlijst, worden noodnummers meegegeven en wordt aangeraden de huisarts te contacteren.

De 7 modules worden hieronder beschreven.

A) Module 1

Deze module legt aan de deelnemer uit dat Gedrag, Gevoelens en Gedachten (De 3 G's) zeer nauw met elkaar verbonden zijn. Dit kan zowel een positief effect hebben, als de patiënt in een negatieve spiraal duwen. Door de patiënt deze informatie te geven en te activeren, probeert deze tool de spiraal te doorbreken. De opdracht die in deze module meegegeven wordt, is het noteren van het gemoed en de activiteit die hiermee gepaard gaat. Tevens wordt de patiënt aangeraden elke dag één leuke activiteit te doen.

B) Module 2

In deze module wordt de link gelegd tussen slaapproblemen en depressie. Veel depressieve personen zijn de hele tijd moe of kunnen 's nachts niet inslapen of doorslapen. Hier wordt teruggekoppeld naar de eerste module, waarbij dit een oorzaak is van de negatieve spiraal van de 3 G's. Door zich actiever op te stellen en korter en meer gestructureerd te slapen, kan men deze spiraal pogen te doorbreken. De opdracht die daarom meegegeven wordt, is om een slaapschema bij te houden. De uren van slaap

en de stemming worden geregistreerd om een link te kunnen leggen tussen beide. Er wordt aangeraden meer gestructureerd en korter te slapen.

C) Module 3

De vorige modules gaven reeds aan dat als de 3 G's positief aangewend worden, dit de patiënt uit haar/ zijn depressie kan helpen. Toch is het voor de meeste personen op het moment zelf moeilijk om actiever te worden. Daarom is er noodzaak aan structuur en planning. De opdracht die meegegeven wordt, is dan ook om de dag te plannen en zowel verplichtingen als leukere activiteiten door elkaar in te plannen. Zo voelt de persoon zich meer in controle van zijn activiteiten.

D) Module 4

Na de vorige modules te doorlopen, bemerkt de patiënt meestal dat hij / zij obstakels tegenkomt om de activiteiten en taken te volbrengen. Daarom wordt in deze module de kennis gegeven om grotere taken op te delen in kleine stukken zodat deze een voor een verwezenlijkt kunnen worden en problemen opgelost kunnen worden. Als opdracht wordt het probleemoplossend vermogen daarom verder geoefend door een grotere taak op papier te verdelen in kleinere taken. Ook wordt de patiënt gevraagd om zelf de mogelijke obstakels die hij / zij voorziet te noteren en oplossingen hiervoor te opperen.

E) Module 5

Om de patiënt verder te helpen met de 3 G's, is het noodzakelijk dat negatieve gedachten herkend worden. Het is namelijk eigen aan depressie dat deze als normaal worden aanzien omdat de positieve gedachten vlug verdrongen worden door de negatieve. Daarom worden de soorten negatieve gedachten beschreven en leert men deze te herkennen. De opdracht bestaat eruit om een gedachtedagboek te maken, waardoor de patiënt zelf de link probeert te vinden tussen de 3G's wanneer die zich slecht voelt.

F) Module 6

In deze module worden de storende gedachten in vraag gesteld. De opdracht bestaat erin om in het gedachteboek de depressieve gedachten om te zetten in positieve gedachten.

G) Module 7

Deze module focust zich vooral op een gezonde levensstijl en geeft informatie en tips over hoe een gezond dieet, slaaphygiëne, beweging, alcohol, drugs en daglicht een invloed kunnen hebben op het gemoed.

3.11) Toekomst van iFightDepression

In augustus 2014 liep de sponsoring van het PREDI-NU project af. Dit is echter niet het einde van deze tool. In het kader van onderzoek wordt deze tool nog verder gebruikt. Voorlopig wordt de tool in België enkel in kleine studies door de KU Leuven verspreid, maar een grotere verspreiding doorheen heel Europa wordt onderzocht. Zo wordt er gezocht naar een manier om de tool via de website zelf te verspreiden onder de patiënten. Er zou ook een online trainingsprogramma komen waar de hulpverlener zelf meer informatie kan bekomen om deze tool op een correcte manier te kunnen implementeren in de zorg. (27,28)

3.12) Thesis van dr. Eva Braet

De ManaMa-thesis van dr. Eva Braet was de eerste waarbij de iFD-tool in België door patiënten geëvalueerd werd. In haar thesis onderzocht ze in Oost-Vlaanderen of de acceptatie van deze online tool voldoende hoog was, en welke positieve en negatieve ervaringen er waren bij de deelnemende populatie. In haar onderzoek maakten 8 patiënten van de iFD-tool gebruik. Na de interventie werd een vragenlijst ingevuld door de patiënten. De resultaten waren door de kleine deelnemende groep moeilijk te interpreteren, en bestonden uit een mix van positieve en negatieve gevoelens ten opzichte van de tool. Slechts 2 patiënten vonden het een voordeel om de tool te gebruiken, doch meerdere patiënten gaven aan dankzij de tool effectiever te kunnen omgaan met hun problemen. (29) Door de bekomen resultaten met deze thesis samen te leggen en te vergelijken, is het mogelijk een beter zicht te krijgen op de rol die gecomputeriseerde cognitieve gedragstherapie kan spelen in Vlaanderen.

4) VRAAGSTELLING

Het doel van deze thesis is het nagaan van de rol van gecomputeriseerde cognitieve gedragstherapie bij de West-Vlaamse depressieve populatie. Hierbij vragen we ons af of de iFightDepression-tool toepasbaar is in de eerstelijnszorg in West-Vlaanderen. Meer specifiek proberen we na te gaan welke voor- en nadelen zowel huisartsen als patiënten ondervinden bij de toepassing van deze tool. Op die manier proberen we een idee te krijgen of het gebruik van de deze tool in de eerstelijnszorg een meerwaarde is bij de West-Vlaamse patiënten met een depressie. Daar een gelijkaardig onderzoek reeds in de regio van Gent werd voltooid door dr. Eva Braet, kunnen we de West-Vlaamse populatie, die uit een meer ruraal gebied komt, vergelijken met de Oost-Vlaamse populatie, die uit een meer stedelijk gebied komt.

5) METHODOLOGIE

5.1) Informatieve fase eerstelijnszorgers

Voor dit onderzoek werden huisartsen en psychologen uit de regio Ardooie/Roeselare/Wingene gecontacteerd om deel te nemen aan deze studie. Vijf huisartsen en elf psychologen werden telefonisch en via e-mail geïnformeerd over de opzet van deze studie. De drie artsen die geïnteresseerd waren om deel te nemen aan deze studie, kregen een informatiesessie over de werking van de online tool iFightDepression. Daarna werd overgegaan tot de selectie van de deelnemers.

5.2) Selectie van de deelnemers

Om de studie op een ethisch verantwoorde manier te laten verlopen, werden inclusie- en exclusiecriteria opgesteld voor de selectie van patiënten. Deze parameters dienen tevens om deze online tool goed te kunnen vergelijken met andere studies. Deze criteria werden daarom gelijk gestelt met de criteria van dr. Braet Eva. (29)

In volgende tabel worden de inclusie- en exclusieparameters weergeven.

Tabel met inclusie- en exclusiecriteria van de studie

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
24-65 jaar oud	Voorgeschiedenis van manie
Nieuwe milde of matige depressie volgens huisarts (CGI-S), of sinds het voorbije jaar	Suïcidaliteit
Toegang tot internet en telefoon, en in het bezit van een computer en e-mailaccount	Ernstige depressie
	Middelenabusus
	Psychotische depressie

5.3) Informatieve fase deelnemers

De patiënten die voldeden aan deze voorselectie, werden door de huisartsen en psychologen geïnformeerd over de iFD-tool en de opzet van de studie, en kregen extra informatie door middel van een informatiebrochure en folder (zie bijlage 5 en 6). Nadat ze deze informatie grondig hadden doorgenomen, werd hen tijdens een tweede consultatie gevraagd om een informed consent te ondertekenen (zie bijlage 7). Hierbij werd nog eens mondeling vermeld dat patiënten op elk moment hun deelname aan de studie konden stopzetten, zonder verder gevolg voor hun behandeling. De patiënten waren vrij om al dan niet deel te nemen aan deze thesis. Patiënten die niet wensten deel te nemen aan de studie, konden teruggevallen op de reguliere aanpak van de eerstelijnshulpverlener. Patiënten werden elke maand teruggezien om hun progressie te evalueren. Patiënten kregen geen vergoedingen voor de deelname aan dit onderzoek. De onderzoeksopzet werd goedgekeurd door het ethisch comité van de KU Leuven in 2016. (zie bijlage 4)

5.4) De evaluatie van de tool

Twee maanden na het ondertekenen van de informed consent werden de patiënten telefonisch gecontacteerd om een afspraak te maken voor een interview over deze online tool. Voor de afname van het interview werd er gevraagd aan de patiënt om eerst een vragenlijst in te vullen (zie bijlage 9). Deze vragenlijst bestaat uit drie grote delen. Het eerste deel gaat over het gebruik van de tool. Hier wordt nagegaan welke modules doorlopen werden, waarom er al dan niet gestopt werd met het doorlopen van de iFD-tool, en of online begeleiding hoger ingeschat wordt dan begeleiding door een hulpverlener. Het tweede deel van de vragenlijst focust zich op de tevredenheid over deze tool. Door middel van een Visuele Analoge Schaal (VAS) werd de tevredenheid nagegaan, hoe goed de tool hielp en hoe interessant men de tool vond. Tevens werd nagegaan of de patiënten de kwaliteit van deze tool goed vonden en of ze deze later nog zouden gebruiken of aanraden aan iemand anders. Het derde deel gaat over de inhoud en het effect, waar vooral gevraagd wordt naar de begrijpelijkheid van deze tool, de gemakkelijke en moeilijke punten en of de patiënten deze tool effectief vonden. Daarnaast werd nog plaats voorzien om eigen suggesties aan te brengen die een

meerwaarde kunnen betekenen voor de iFD-tool. Op basis van de antwoorden op deze vragenlijst werd verder een kort interview op een kwalitatieve manier afgenomen, waarin de patiënten hun antwoorden konden verduidelijken. Zo kon ook dieper ingegaan worden op de reden van deze antwoorden en werden voor- en nadelen van deze online tool verder uitgediept.

Ook de deelnemende huisartsen werden op het einde van de studie geïnterviewd om hun visie op deze tool na te gaan. Er werd gevraagd hoe toepasbaar ze de tool vonden, welke aanpassingen ze zouden aanbrengen aan de tool en hoe ze de ervaring door het gebruik van deze tool zullen meenemen in het eigen beleid omtrent de behandeling van patiënten met een depressie. Op die manier trachten we een beter zicht te krijgen op de bruikbaarheid en meerwaarde van deze tool, en de aanpassingen die op inhoudelijk en ondersteunend vlak nodig zijn om gebruik te kunnen maken van deze tool in de toekomst.

6) RESULTATEN

6.1) Aantal proefpersonen

Tweeëntwintig patiënten werden gevraagd om deel te nemen aan deze studie, waarvan dertien patiënten effectief het informed consent ondertekenden. De voornaamste redenen om niet deel te nemen aan de studie waren het weinig vertrouwd zijn met het gebruik van een pc en een sterker geloof in de effectiviteit van medicatie. Bij het tweede contact bleken vier patiënten toch geen gebruik te willen maken van de tool. De reden hiervoor was volgens twee deelnemers tijdsgebrek om zich te verdiepen in deze online tool. De derde deelnemer had moeilijkheden met de internetverbinding door een verhuis. Indien deze wel terug in orde zou zijn, zou ze wel geïnteresseerd blijven om deel te nemen aan deze studie. De vierde deelnemer vond de link die haar werd bezorgt niet meer terug in haar e-mailbox, waardoor haar resultaten niet op tijd konden opgenomen worden in deze studie.

Voor de evaluatie van de tool konden hierdoor enkel de resultaten van negen patiënten in deze studie opgenomen worden. Onderstaande tabel geeft de algemene beschrijving van de deelnemende patiënten weer, in het bijzonder het geslacht, het middelenmisbruik, de psychische voorgeschiedenis alsook de huidige behandeling bij de toezegging van deelname aan dit onderzoek. Het betreft ongeveer even veel vrouwen als mannen tussen de vijfentwintig en de enenzestig jaar, waarbij acht reeds een depressie hebben doorgemaakt. Zes deelnemers gebruikten reeds antidepressiva. Acht deelnemers namen tijdens de deelname aan deze studie antidepressiva.

Tabel met algemene beschrijving van deelnemers

Deelnemers	Psychische voorgeschiedenis	Huidige behandeling
1: man, 25 jaar Usus: geen	Matige depressie Vroeger nog behandeld met medicatie	Medicatie, weigering psychotherapie
2: Vrouw, 40 jaar Usus: geen	Matige depressie Vroegere behandeling met medicatie en psychotherapie	Medicatie en psychotherapie
3: Vrouw, 46 jaar Usus: geen	Matige depressie Verschillende episodes behandeld met medicatie	Medicatie
4: man, 30 jaar Usus: chronische pijnmedicatie	Pathologische rouw Milde depressie na rouwproces	Medicatie opgestart tijdens de studie
5: man, 60 jaar Usus: geen	Matige depressie Vroeger nog depressie gehad waarvoor medicatie	Medicatie
6: vrouw, 55 jaar Usus: geen	Matige depressie Vroeger nog depressie behandeld met medicatie	Medicatie
7: Man: 61jaar Usus: geen	Milde depressie Vroeger nog medicatie voor depressie en reeds gebruik gemaakt van betalende online tool	Medicatie
8: vrouw: 29 jaar Usus: geen	Matige depressie	Geen
9: Man: 50 jaar Usus: geen	Burn-out	Medicatie opgestart tijdens de studie

In de verdere bespreking van de resultaten, refereren we naar de deelnemers met een cijfer van 1 tot 9. Op deze manier blijft de anonimiteit bewaard en wordt vergelijken gemakkelijker.

A. Het gebruik van de tool

Van de negen deelnemers vervolledigden deelnemers 6 en 7 de tool volledig. De overige 7 vervolledigden slechts enkele modules. Deelnemer 4 en 9 vervolledigde de eerste 3 modules, Deelnemer 1, 2, 3, en 5 vervolledigden de eerste 2 modules. Deelnemer 8 vervolledigde enkel de eerste module. Vooral de eerste modules werden gevolgd omdat de patiënten een volgorde wilden behouden om doorheen de tool te werken, doch bij deelnemer 1 en 4 werden deze eerste modules gekozen daar ze zich er het meest in konden herkennen. 8 van de 9 deelnemers stopten vroegtijdig met de tool. Redenen hiervoor waren voor deelnemer 1, 5 en 8 dat ze zich beter voelden. Deelnemer 4 stopte, omdat hij problemen ondervond om het programma te gebruiken met Apple. De tool sprong constant terug op de beginpagina en de deelnemer besloot daarom te stoppen met iFD. Zonder deze problemen zou hij verder gebruik gemaakt hebben van de iFD. Het werken met deze tool had hem al redelijk geholpen. Deelnemers 2 en 3 stopten omdat ze zich niet beter voelden. Ze kwamen dan ook terug op consultatie met deze resultaten. Ze kregen uiteindelijk een verhoging van hun antidepressiva. Vooral bij deelnemer 2 werd een achteruitgang aangetoond. De reden dat ze op consultatie kwam was door de terugval in de test voor mate van depressie, die beschikbaar is op de site.

Er was weinig discussie over de gebruiksvriendelijkheid van de tool. Bijna alle deelnemers waren helemaal akkoord met deze stelling. Enkel deelnemer 4 en 6 vonden door middel van softwareproblemen dat de handigheid hierdoor gebrekkig was. Toch vonden ook zij de manier van werken zeer handig indien de software geen problemen gaf. Enkel deelnemer 9 vond dat de structuur niet praktisch was. Hij stoorde er zich eveneens aan dat het beginscherm altijd in het engels tevoorschijn kwam. Tevens merkte hij een verschil op tussen de engelse en nederlandse versie van de tool.

Over de vraag of begeleiding en behandeling enkel door de huisarts en/of psycholoog tot betere resultaten leidt dan online hulp, hadden deelnemer 1 en 3 geen mening. Deelnemers 2 en 5 vonden dan weer dat een psycholoog of huisarts meer kennis heeft van de patiënt, en op die manier een meer gerichte hulp kan bieden. Deelnemers 4, 6, 7, 8 en 9 vonden dat deze tool meer resultaten had dan bij face-to-face hulpverlening, doordat er heel lange wachttijden zijn voor het bereiken van een psycholoog, en je het kan toepassen op het moment wanneer je dit zelf het meest nodig hebt. Deelnemer 4 bevestigde hierbij dat een psycholoog toch een vertrouwenspersoon moet zijn, en de eerste stap hiernaartoe zeer groot is. Dit is vooral belangrijk omdat je een zeer persoonlijk en emotioneel verhaal tegen een vreemde doet. De huisarts vindt hij beter gepast om verdere begeleiding te doen. Deelnemer 9 vertelde dan weer dat hij vroeger nog een psycholoog had geconsulteerd, maar dat de juiste connectie er niet was. Hij had problemen om zich aan de psycholoog open te stellen waardoor hij de samenwerking met hem stopte. Toch werd door alle deelnemers meegegeven dat wanneer ze weinig zin hadden, de tool niet gebruikt werd. Vooral deelnemer 4 gaf aan dat de drang om ermee bezig te zijn hem ontbrak, terwijl dit bij contact met een huisarts of psycholoog meer dwingend in de juiste richting is.

Samenvatting gebruik van de tool

- Alle modules: deelnemers 6 en 7
- 1 module: deelnemer 8
- 2 modules: deelnemers 1, 2, 3 en 5
- 3 modules: deelnemer 4 en 9

<u>Reden om het gebruik van de tool te stoppen</u>

- Zich beter voelen: deelnemers 1, 5 en 8
- Onvoldoende hulp: deelnemers 2 en 3
- Softwareproblemen: deelnemer 4

<u>Voor- en nadelen van de tool:</u>

- Beter dan face-to-face therapie: deelnemers 4, 6, 7, 8 en 9
- Minder effect dan face-to-face therapie: deelnemers 2 en 5
- Goed om wachttijden te overbruggen
- Ook zonder psychologische verwijzing hulp mogelijk
- Minder drang om tool te gebruiken wanneer geen zin: alle deelnemers

B. Tevredenheid van de tool

De tevredenheid van patiënten over de tool varieerde sterk. Deze tevredenheid werd nagegaan door middel van een visuele analoge schaal (VAS). Dit is een lijnstuk waarop genummerd wordt van links naar rechts gaande van 0 tot 10. Een hogere waarde heeft aan dat de patiënt tevreden is, een laag nummer duidt dan weer op ontevredenheid. Op deze manier wordt een kwalitatief gevoel gekwantificeerd.
Deelnemer 2 gaf een waarde van 2, deelnemers 3 en 4 gaven een waarde van 5, deelnemers 1 en 8 gaven een waarde van 6, deelnemers 5, 6 en 9 gaven een waarde van 7, en deelnemer 7 gaf een waarde van 8.

Bij de schaalverdeling over hoe goed de tool hielp, gaf deelnemer 2 een waarde van 2, deelnemer 4 een waarde van 4, deelnemer 3 een waarde van 5, deelnemers 7 en 8 een waarde van 6, deelnemers 1, 5 en 9 een waarde van 7, en deelnemer 6 een waarde van 8.

Bij de schaalverdeling over hoe leerrijk ze de tool vonden, gaf deelnemer 2 een waarde van 3, deelnemers 3 en 9 een waarde van 6, deelnemers 1, 5 en 8 een waarde van 7, deelnemers 4 en 6 een waarde van 8 en deelnemer 7 een waarde van 9.

Bijna alle deelnemers vonden de kwaliteit van de behandeling goed, enkel deelnemer 3 vond het een redelijke kwaliteit.

Over de gewenste behandeling vond deelnemer 2 deze niet gekregen te hebben. Ze had dan ook meer gespecialiseerde aanpak nodig met opdrijven van psychologische en medicamenteuze bijstand. Deelnemer 6 was helemaal akkoord. De rest van de deelnemers waren akkoord zonder meer.

Over het opnieuw gebruiken van de tool, zouden deelnemers 1, 4, 6, 7 en 8 dit zeker opnieuw gebruiken. Deelnemer 5 ging dit waarschijnlijk ook doen, echter enkel wanneer

de arts dit ook aanraadt. Hij legde dan ook zijn volledige vertrouwen in de kwaliteit en besliskunde van de arts, eerder dan dat van een online programma. Deelnemers 2 en 3 gingen de tool niet meer opnieuw gebruiken, wegens weinig helpend en weinig vooruitgang tijdens de eerste keer ermee te werken. Deelnemer 9 zou enkel gedeeltelijk de tool hergebruiken. Hij vond de werkbladen zeer interessant, maar hij vond het geen meerwaarde om de tool opnieuw helemaal te doorlopen bij herval.

Bij de vraag of ze deze tool zouden aanraden aan andere personen die dergelijke hulp nodig hebben, antwoorden deelnemers 1, 4, 6, 7 en 8 dit zeker aan te raden. Deelnemer 5 ging dit waarschijnlijk ook doen, maar hij hecht meer waarde aan de opinie van de huisarts. Deelnemer 9 zou dan weer rekening houden met hoe computer minded deze vrienden zijn. Deelnemers 2 en 3 zouden deze tool niet aanraden aan iemand anders.

Samenvatting Tevredenheid van de Tool			
	Tevredenheid	Helpend	leerrijk
Deelnemer 1	6	7	7
Deelnemer 2	2	2	3
Deelnemer 3	5	5	6
Deelnemer 4	5	4	8
Deelnemer 5	7	7	7
Deelnemer 6	7	8	8
Deelnemer 7	8	6	9
Deelnemer 8	6	6	7
Deelnemer 9	7	7	6
Gemiddelde	5,9	5,8	6,8

Kwaliteit behandeling: Deelnemers 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8 en 9 : Goed
Deelnemer 3 : Redelijk
Gewenste behandeling: Deelnemer 2: Niet akkoord
Deelnemer 6: Helemaal akkoord
Deelnemers 1, 3, 4, 5, 7, 8 en 9: Akkoord
Opnieuw gebruiken: Deelnemers 1, 4, 6, 7 en 8: Zeker en vast
Deelnemer 5: waarschijnlijk
Deelnemers 2, 3 en 9: niet

C. Inhoud en effect

Alle deelnemers waren akkoord dat de inhoud begrijpelijk was. Deelnemers 1, 2, 3 en 9 vonden vooral de voorbeelden begrijpelijk, deelnemer 4 vond dat er een overzichtelijke lijn in zat. Deelnemers 5 en 6 vonden de tool zeer toegankelijk, en vonden de structuren zeer begrijpelijk. Deelnemer 7 en 8 hadden eerst de tool systematisch doorlezen voordat ze begonnen aan de opdrachten van de eerste module. Ze hadden dit nodig om te zien waar ze naartoe werkten. Bij de elementen die moeilijker in gebruik waren, vermeldden vooral deelnemers 4 en 6 dat er problemen waren met de software. Deelnemer 6 kon haar werkbladen niet opslaan, waardoor ze bij het hernemen van de tool alles verloren was van wat ze genoteerd had. Daarom had ze besloten al haar werkbladen via Excel te maken, zodat ze verder kon doen bij het hernemen van de tool. Ze miste ook een plaats waar ze haar gedachten kon neertypen. En hoewel de deelnemer ook de mogelijkheid had om contact op te nemen bij vragen of problemen, vond ze dat de hulpverlener na enkele weken haar had moeten bijstaan om de focus van de opdrachten te richten naar wat zij op dat moment echt nodig had. Deelnemer 4 had dan weer problemen met Apple om de werkbladen en modules van de online tool te openen. Hierdoor heeft hij dan ook de tool niet afgerond. Ook de kleuren die gebruikt werden konden beter, en blijkbaar is er af en toe een schrijffout door de mazen van het net geglipt. Deelnemer 9 vond dan weer dat je de voorbeelden afhankelijk van je leeftijd zou moeten kunnen kiezen. Tevens had hij moeite met de werkbladen een eerste keer in te vullen daar hij de tijdsaanduidingen in het rooster niet kon veranderen.

Voor alle deelnemers behalve voor deelnemer 2 hielpen de gebruikte modules. Deelnemer 6 gaf aan dat ze eerst een stagnatie, maar daarna een lichte vooruitgang van haar gemoed zag. Deze vaststelling motiveerde haar om door te zetten. Door haar werkbladen in te vullen, bemerkte ze dat ze zich terugtrok uit het sociale leven. Voor haar was dit een duidelijk signaal dat ze moest proberen actiever te worden op sociaal vlak. Nu voelt ze zich opnieuw zeer opgewekt en is ze dankbaar dat deze tool haar de nodige hulp kon bieden. Deelnemer 4 gaf aan dat ook hij, hoewel hij tevens nood had aan een licht antidepressivum, dankzij de tool veel actiever werd en zich zo beter begon te voelen. Mochten de softwareproblemen van deze tool opgelost worden, zou hij zeker opnieuw gebruik maken van de tool om zo herval te voorkomen. Deelnemer 9 vermeldde tevens dat hij nu niet verder raakt dan module 3, omdat hij hulp blijft nodig hebben van familie om zich aan zijn planning te houden. Zonder externe druk zou hij terug hervallen in een schema van inactiviteit.

Op de vraag of deze tool geholpen heeft om effectiever met hun problemen om te gaan, antwoordden alle deelnemers behalve deelnemers 2 en 3 volmondig ja.

De opmerkingen of suggesties die deelnemers 1, 5, 6 en 7 gaven, bestonden vooral uit de vraag naar meer begeleiding tijdens het gebruik van deze online tool. Zo zouden ze willen dat ook de huisarts inzage had in hun denkproces, en dat er meer contacten waren om hun te begeleiden en richting te geven. Hoewel ze uitgenodigd werden om bij vragen contact op te nemen, of de vordering van de modules te bespreken, gingen ze hier zelf niet op in. De tweewekelijkse controles vonden ze niet voldoende in de begeleiding. Ze wilden dan ook dat de actieve handelingen van de hulpverleners zelf zouden komen. Deelnemer 1 stelde voor om herinneringen te laten sturen door middel van e-mail, met eventuele resultaten van de tool, of tips die ze kunnen toepassen. Ze vroegen vooral naar een bevestiging dat ze goed bezig waren. Deelnemer 1 vond dat die

bevestiging moest gegeven worden door de huisarts. Ook kwam de suggestie om met andere of aanpasbare kleuren te werken (deelnemers 3, 4, 6). Op de werkbladen kon geen eigen kleur gekozen worden. Het was niet mogelijk om de rode kleur van de online tool te veranderen en op rode tekst focussen bleek moeilijk. Deelnemer 4 had blijkbaar ook enkele schrijffouten ontdekt die er tijdens de vertaling in zijn gekropen. Deelnemers 1 en 5 stelden voor om de huisarts ook toegang te verlenen tot de werkbladen, zodat zij / hij bij problemen of verkeerd gebruik van de werkbladen kan ingrijpen.
Deelnemer 6 vroeg wegens haar softwareproblemen naar de mogelijkheid om bij het afdrukken selectiever te kunnen zijn. Omdat bij haar de werkbladen niet werden opgeslagen, wou ze op deze manier haar werk op papier bijhouden. Tevens had ze graag een grafiek op de site gehad, die haar evolutie in de modules bijhield, evenals de resultaten die ze boekte. Ook had ze graag gehad dat de werkbladen overzichtelijker waren, door hun tijdspanne te kunnen aanpassen naar maanden. Deelnemer 9 kwam met de suggestie om het formaat van het afprinten te vergroten. Ook vermeldde hij hierbij dat de opdrachten op papier uitvoeren en bijhouden, veel meer effect zouden kunnen hebben. Voor hem was het aansteken van de pc en naar de website surfen een veel grotere stap dan wanneer het papier naast hem zou liggen. Als suggestie van deelnemer 7 kwam de vraag of er een app-versie van de tool bestaat. Hij zou op die app de tool kunnen gebruiken tijdens zijn pauzes op het werk. Deelnemers 1, 4, 6 en 7 vonden dan weer dat het probleem van de browsers met deze site moet opgelost worden, daar dit een remmingspunt is voor het verder gebruik van de tool.

Samenvatting Inhoud en effect

- Begrijpelijke voorbeelden: deelnemers 1, 2, 3 en 9
- Mooie samenhang en overzichtelijke lijn: deelnemer 4
- Toegankelijk en zeer eenvoudig: deelnemers 5 en 6
- Eerst lezen, dan goed te begrijpen: deelnemer 7 en 8
- Moeilijker in gebruik: - probleem met opslaan van werkbladen
  - Apple probleem met openen modules
  - kleurenpalet
- Helpend voor hun problematiek: deelnemers 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 en 9, vooral activerend

<u>Suggesties:</u>

- Deelnemers wensten nog meer interactie met de huisarts voor begeleiding (deelnemers 1, 5, 6 en 7)
- Herinnering om de tool te gebruiken en extra tips via e-mail (deelnemer 1)
- Aanpassing van kleurenpalet van site (deelnemers 3, 4 en 6)
- Aanpassen van schrijffouten (deelnemer 4)
- Beschikbaarheid van werkbladen aan de huisarts (deelnemers 1 en 5)
- Overzicht van de werkbladen over grotere periodes (maanden i.p.v. weken) (deelnemer 6)
- Evolutie te laten volgen door middel van grafiek meer specifiek op werkbladen (deelnemer 6)
- Compatibeler bij het afdrukken (deelnemer 6 en 9)
- App van de site (deelnemer 7)
- Browserproblemen oplossen (deelnemers 1, 4, 6 en 7)

6.2) Interview met de eerstelijnszorgers

Van de 5 gecontacteerde huisartsen en 11 gecontacteerde psychologen, namen 3 huisartsen deel aan deze studie, die respectievelijk 9, 2 en 2 patiënten aanbrachten. De overige grote groep van gecontacteerde huisartsen en psychologen namen niet deel. De redenen die gegeven werden bestonden uit tijdsgebrek, het zich comfortabeler voelen bij hun eigen methodes, alsook het gebrek aan patiënten die volgens hun geschikt zouden zijn om aan de studie deel te nemen. Eén psycholoog wou dan weer de tool gebruiken voor patiënten met chronische pijnen, doch dit zou op tweedelijnsniveau worden toegepast, waardoor dit niet kon geïmplementeerd worden in deze thesis.
De deelnemende huisartsen werden na het bekomen van de resultaten van de deelnemerspopulatie ook geïnterviewd. Bij de vraag of ze de tool toepasbaar vonden, antwoordden ze allemaal positief. Ze vonden het een nuttig instrument om extra informatie aan te bieden. De zelftest werd tijdens controleconsultaties gebruikt om het verloop van de depressie na te gaan. De werkbladen werden meestal niet met de patiënt in detail besproken omdat patiënten deze niet altijd bij hadden en omwille van de beperkte tijd tijdens de consultaties. Daarom werd tijdens de consultaties vooral rekening gehouden met het gevoel van de deelnemers en de evolutie hierin.

Bij de vraag welke aanpassingen de eerstelijnszorgers zouden maken aan de tool, is het vooral de beperkte inkijk van de arts. Omdat de huisarts alles binnen een kwartier moet proberen te passen tijdens de consultaties, zou het eenvoudiger zijn om op voorhand reeds de werkbladen ter beschikking te hebben. Omdat deze werkbladen soms niet werden opgeslagen, gaf dit ook problemen tijdens de bespreking.

Wat de artsen mee gingen nemen in hun verder beleid, is het meer toepassen van cognitieve gedragstherapie door middel van werkbladen. Ze willen op die manier de nieuwe richtlijnen van Domus Medica meer toepassen in hun praktijk. Zo proberen ze om zonder de hulp van medicatie, of door dit tot een minimum te beperken, de mensen toch vooruit te helpen. Toch stelt een arts dat hij dit enkel zal doen bij een jongere populatie, daar hij de weigerachtigheid van de oudere populatie opgemerkt heeft tijdens de selectieprocedure.

6.3) Vergelijking met de studie van dr. Eva Braet

De negen geselecteerde patiënten kwamen uit Ardooie/Koolskamp/Wingene, een eerder ruraal gebied in West-Vlaanderen. Vorig jaar heeft dr. Eva Braet eveneens een studie verricht naar de toepasbaarheid van de iFD-tool in een meer stedelijke omgeving in Oost-Vlaanderen. (29) Omdat de thesis op eenzelfde manier werd geëvalueerd, kunnen we nu de vergelijking maken tussen deze twee thesissen.

A) Het gebruik van de tool

Wanneer we terugkijken naar de bruikbaarheid van de tool, zien we dat beide studies twee deelnemers hadden die alle modules doorliepen. Respectievelijk zeven deelnemers en vijf deelnemers in respectievelijk West-Vlaanderen en Oost-Vlaanderen doorliepen slechts enkele modules. De redenen die werden gegeven om te stoppen met deze tool waren op sommige vlakken verschillend. In West-Vlaanderen werd eerder gestopt omdat de patiënten zich reeds geholpen voelden, terwijl in Oost-Vlaanderen vooral de moeilijkheid van de tool een rol speelde.
De voordelen die West-Vlamingen en Oost-Vlamingen ervaarden bij het gebruik van de

tool waren gelijkaardig. De lange wachttijden voor psychologen werden in beide studies aangehaald. Ook werd er een goede waarde gegeven aan de bespreking van de opdrachten met de hulpverlener, doch frequenter contact met de hulpverlener werd aangeraden door de deelnemers.

B) Tevredenheid van de tool

Over de tevredenheid van de tool tonen zich verschillen. De West-Vlaamse populatie was eerder tevreden met de iFD-tool, terwijl de Oost-Vlamingen wat gereserveerder reageerden. Zeven van de negen deelnemers in West-Vlaanderen vonden de kwaliteit van de tool in orde. In de Oost-Vlaamse studie waren slechts vijf patiënten hiermee akkoord. Ook het krijgen van de gewenste behandeling blijkt in West-Vlaanderen bij acht deelnemers meer van toepassing te zijn dan in Oost-Vlaanderen, waar slechts twee patiënten akkoord waren met deze stelling. Ook het hergebruiken van de tool stoot op meer onzekerheid in Oost-Vlaanderen dan in West-Vlaanderen. In West-Vlaanderen waren vijf deelnemers zeker dat ze de tool gingen hergebruiken, terwijl niemand in Oost-Vlaanderen dit met zekerheid kon zeggen.

C) Inhoud en effect

Als de resultaten vergeleken worden tussen Oost- en West-Vlaanderen, merkt men dat de iFD-tool zeer begrijpelijk en toegankelijk wordt bevonden door beide populaties. In beide onderzoeken werd er vermeld dat er duidelijke voorbeelden gegeven worden op de site, waar ze zichzelf in kunnen herkennen en waar de situatie zeer duidelijk is. De suggesties die gegeven worden door de West-Vlamingen komt goed overeen met deze van de Oost-Vlamingen. Vooral de vraag naar meer invloed van de hulpverlener door middel van het beschikbaar stellen van hun vordering komt terug. Ook de vraag naar werkbladen in maandoverzicht, de kleurencode, de app-versie en de browserproblematiek komen terug. Deelnemer 6 voegde hier aan toe dat een grafiek ter opvolging van de progressie een extra stimulans kan geven om verder te doen met de tool. Al bij al komen de Oost- en West-Vlamingen dus met dezelfde suggesties.

7) DISCUSSIE

7.1) Vergelijking ruraal versus stedelijk, West-Vlaanderen versus Oost-Vlaanderen

Doordat beide studies de iFightDepression-tool gebruikten en eenzelfde enquête afnamen aan het eind van de opvolging, zijn de bekomen waarden te vergelijken. Hieruit blijkt dat de rurale West-Vlamingen veel positiever staan tegenover het gebruik van de tool. De meerderheid vindt de tool kwalitatief in orde en kreeg de gewenste behandeling. De selectie van de patiënten door de verschillende huisartsen blijft wel variabel. Deze tool werd mogelijks niet aan elke patiënt met een depressie voorgesteld en dit kan het verschil tussen Oost-Vlaanderen en West-Vlaanderen veroorzaken. Een andere reden hiervoor kan de werkdruk en de voorkennis van de arts ten opzichte van de patiënt zijn. Indien de arts geen tijd had om de patiënt het project uit te leggen, of op voorhand reeds een vermoeden had dat die tool niet voor de patiënt geschikt was, is er de mogelijkheid dat hij de tool niet voorstelde.
Hiernaast is er in rurale gebieden mogelijk nog een hechtere relatie tussen de huisarts en de patiënt, terwijl de evolutie in de huisartsgeneeskunde veel vlugger doordringt in stedelijkere gebieden. In een studie uit 2002 werd bij hypertensiepatiënten de communicatie tussen de arts en de patiënt onderzocht. (30) De consultaties kregen in

2002 een meer zakelijk en biomedisch karakter dan in 1987, door het opkomen van de evidence-based geneeskunde en protocolgestuurde zorg. Mogelijk gaat deze evolutie vlugger in stedelijke gebieden dan ruraal gebied waardoor het relatieverschil kan verklaard worden. Als laatste punt moeten we aanhalen dat het hier om statistisch kleine groepen gaat.

7.2) Selectie patiënten

Online cognitieve gedragstherapie heeft een bewezen positieve invloed op patiënten met een milde of matige depressie. Selectie van de juiste en bereidwillige patiënten bleek echter zeer moeilijk. Verschillende redenen werden door de patiënt opgegeven. Zo waren er veel patiënten die meer geloof aan medicatie hechten dan aan een online programma of een psycholoog. Bij hen werd daarom een antidepressivum opgestart. Andere patiënten gaven dan weer aan dat ze vooral geen zin hadden om zoveel tijd in iets te steken dat tevens door medicatie kan behandeld worden. Studies tonen echter aan dat het effect van medicatie bij milde en matige depressie niet klinisch relevant is. Vermoedelijk wordt nog zoveel medicatie voorgeschreven door een grote publicatiebias. Deze studies zijn eerder zeer kort van duur waardoor het gebruik op lange termijn (zes maand of langer) berust op klinische basis. Daardoor wordt antidepressiva overschat door zowel de populatie als de artsen. Langere studies en het verspreiden van correcte informatie over medicatiegebruik bij het behandelen van depressieve patiënten, kan daar mogelijk bij helpen. (31)

Een laatste reden voor de weigering om aan de studie deel te nemen was de zin die ontbrak om acties te ondernemen. Dit is een gekend kenmerk van depressie en moeilijk te verhelpen zonder voldoende motivatie. (1)

7.3) Selectie eerstelijnszorgers

Ook de selectie van artsen en psychologen verliep zeer moeilijk. Er was weinig interesse om deel te nemen aan deze studie. Vooral de psychologen verkozen hun eigen aanpak omdat ze zich hierbij comfortabeler voelden. Sommige psychologen gaven dan weer aan dat patiënten met milde depressies minder en minder beroep doen op een psycholoog. Mogelijk kan dit kaderen in de reeds vernoemde bias in de richting van het gebruik van antidepressiva. (31) Deze bias werd ook waargenomen bij de huisartsenpopulatie. De huisartsen die gecontacteerd werden, gaven aan weinig tijd te hebben om cognitieve gedragstherapie toe te passen, en ze hechtten ook meer geloof aan het gebruik van medicatie dan aan cognitieve gedragstherapie. Sommigen gaven ook aan de toepasbaarheid van cognitieve gedragstherapie te weinig te kennen. Ze vonden wel dat het een interessant gegeven was, doch niet om zelf toe te passen in de huisartsenpraktijk. Ze verwezen hiervoor liever door naar een psycholoog of startten voor de eenvoud medicatie op.

7.4) Aantal deelnemers

Slechts een kleine groep van 13 patiënten nam deel aan de studie. Door deze kleine patiëntenpopulatie is het moeilijker om harde conclusies te trekken over deze tool. Doordat de studie van dr. Eva Braet zeer gelijkaardig is, kunnen we onze populatie wel vergroten naar 25 deelnemers. De resultaten zijn op deze manier krachtiger maar blijven redelijk beperkt in vergelijking met de grotere studies die in andere landen werden uitgevoerd. (24,27,29)

7.5) Voordelen ten opzichte van psycholoog

De voordelen ten opzichte van een psycholoog, opgegeven in de informatiefiche en folder (zie bijlage), werden terug aangehaald door de patiënten, wat aantoont dat deze meerwaarde belangrijk is voor hen. Vijf patiënten vonden deze therapie zelfs beter dan face-to-face therapie. De gemiddelde waarden over de tevredenheid representeren dit jammer genoeg niet. Dit is te verklaren door de lage score die deelnemer 2 gegeven heeft. Haar depressie evolueerde dan ook naar een ernstige graad. Voor haar was een psychiatrische opname nodig. Deze patiënt gaf wel aan dat de kwaliteit van de behandeling goed was.

7.6) Langere termijnsopvolging

De meeste patiënten hadden na twee maanden gebruik te maken van deze tool, deze nog niet volledig doorlopen. Hierdoor is het potentiëel van deze online zelfmanagement tool mogelijks nog effectiever indien de patiënt verder kan aangespoord worden om deze tool te gebruiken. Na het interview bleef eveneens één patiënt nog verder doorwerken met deze zelfmanagement tool, omdat hij zelf aanvoelde dat de depressie bij hem nog niet volledig verdwenen was. Tijdens de evaluatie stond hij daarom nog wat negatiever tegenover deze tool. Een langere opvolging is daarom nodig om de langetermijnsresultaten beter te kunnen evalueren.

7.7) Veiligheidseffect

Men kan de bedenking maken dat de patiënten die deelnamen aan het project, vermoedelijk een minder zwaar niveau van depressie hadden dan de personen die een andere behandeling wensten. Dit is echter niet het geval, daar sommige patiënten door middel van deze tool vroeger op consultatie kwamen net omdat ze hun depressie met de screeningsvragenlijst zagen toenemen. Dit heeft het veiligheidseffect weer van deze tool. Op die manier kan er tijdig ingegrepen worden, waardoor de patiënt meer van op een afstand kan gevolgd worden.

7.8) Aanbevelingen

De softwareproblemen en werking van de tool zorgden voor een dalende motivatie bij de deelnemers. Indien de patiënt op dergelijke problemen stuit, kan dit ervoor zorgen dat de therapie gestaakt wordt. Daarom is het belangrijk dat de software vlekkeloos moet verlopen om de therapietrouw zo hoog mogelijk te houden.

Hoewel vele patiënten aangaven dat frequent contact met de hulpverlener nodig was, kan dit tevens gebeuren door middel van telefoon of online. Zo kan er frequent opgevolgd worden of de patiënt wel degelijk gebruik maakt van deze tool, en kunnen extra tips of richtlijnen gegeven worden. Dit zorgt ook voor verminderde consultaties en meer plaats en tijd voor andere patiënten. Meer studies over de manier van begeleiding bij een dergelijke aanpak dringen zich op. Het resultaat van deze studies zal mogelijks de bruikbaarheid van deze tool in de eerstelijnszorg verder bepalen.

Door middel van deze strakkere opvolging, zoals reeds aangeraden wordt in de REEACT 2-trial, zou ook het voordeel nog kunnen toenemen en zouden de resultaten kunnen verbeteren. (22,23) Dit zal wel extra energie vragen van de hulpverleners om dit nieuw systeem te leren kennen. Er is dus een grote inzet nodig om deze cognitieve aanpak te verkiezen boven de gemakkelijke keuze om medicatie op te starten. Om de stap naar medicatie moeilijker te maken, zijn meer bewustwordingscampagnes en

informatiesessies nodig. Medicatie wordt nu te gemakkelijk voorgeschreven waardoor veel patiënten nodeloos behandeld worden.

8) BESLUIT

In dit onderzoek probeerden we na te gaan of online cognitieve gedragstherapie in West-Vlaanderen een plaats heeft in de eerstelijnszorg. Hiervoor werden 13 depressieve patiënten, die gedurende 2 maand gebruik maakten van de iFightDepression tool, gevolgd door huisartsen. Na deze 2 maanden werd een interview afgenomen aan de hand van een gestandaardiseerde vragenlijst. Hieruit bleek dat de aanvaarding ten opzichte van de tool zeer hoog lag . Acht van de negen deelnemers vonden het werken met deze tool de gewenste behandeling. Vijf deelnemers zouden deze tool opnieuw gebruiken indien ze dit nodig achtten. Vijf deelnemers vonden deze tool eveneens meer gepast dan eenzelfde therapie gegeven door een eerstelijnszorger. Er zijn echter nog veel suggesties van alle patiënten over de inhoud en de software. Bijna alle deelnemers verlangden ook naar meer contacten met de huisarts. De drie artsen die gebruik maakten van deze tool konden zich zeker vinden in het gebruik van deze tool. De huisartsen voegden hier wel aan toe dat vooral tijdsgebrek en gebrek aan potentieel om een goede opvolging op afstand te verzekeren, het effect van deze tool belemmerde.

We kunnen dus besluiten dat wanneer de patiënt deze tool wenst te gebruiken en de arts de patiënt verder begeleidt, de resultaten ook zeer positief zijn voor de Vlaamse bevolking. Er is echter nog nood aan aanpassingen om het gebruiksgemak en de opvolging voor de eerstelijnszorger te vergemakkelijken. Om een grote meerwaarde te bekomen zal er bovendien meer energie in gestoken moeten worden om zowel de patiënt als de eerstelijnszorgers te overtuigen om met een online tool te werken. Er zal ook extra tijd nodig zijn om de patiënten verder op te volgen en te begeleiden om de meerwaarde te bekomen die deze tool voor ogen heeft. Deze resultaten liggen in dezelfde lijn als de REEACT-trial en REEACT 2 trial. (22,23) In deze trial werd reeds bemerkt dat frequentere contacten een positiever resultaat kunnen bekomen. Verdere studies over de manier waarop zijn nodig om de toepasbaarheid in de eerstelijnszorg verder te bepalen.

9) REFERENTIES

1) Depressie Alliantie: De diagnose van depressie. DSM IV. Internet (2015)

2) Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., e.a. (2004). Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health (WMH) Surveys. The Journal of the American Medical Association, 291, 2581- 2590.

3) Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., & Demyttenaere, K. (2007). Lifetime treatment for mental disorders in the Belgian general population. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42, 937-944.

4) Bayingana, K., Demarest, S., Gisle, L., e.a. (2006). Gezondheidsenquête door middel van Interview, België, 2004. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling Epidemiologie. IPH/ EPI Reports Nr. 2006

5) Professor Dr Filip Smit, Dr Laura Shields, Dr Ionela Petrea: Preventing Depression in the WHO European Region. WHO; 2016.

6) Statistics Belgium: Evolutie van het aantal echtscheidingen per gewest, 1990 – 2015. Belgian Federal Government, 2015.

7) Gisle L. Geestelijke gezondheid. In: Van der Heyden J, Charafeddine R (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. WIV-ISP, Brussel, 2014.

8) Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Demyttenaere, K. (2008). Het voorkomen van depressie in België Stand van zaken en reflecties voor de toekomst. Tijdschrift voor psychiatrie

9) Domus medica: Depressie in de huisartsenpraktijk. Huisarts Nu 2012;41(5).

10) Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Demarest, S., e.a. (2004). Zorggebruik voor mentale stoornissen in België. Resultaten van de European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). Tijdschrift voor Geneeskunde, 60, 790-799

11) J. Michael Bostwick. A Generalist's Guide to treating patients with depression with an emphasis on using side effects to tailor antidepressant therapy. Mayo Clinic Proceedings; 2010

12) Beck AT. Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. Behavior Therapy. 1970;1:184–200.

13) S.M. Bögels e.a.: Cognitieve therapie: theorie en praktijk. Bohn Staflue van Loghum; Augustus 2011, 564p.

14) Clark, David M. and Christopher G. Fairburn. 1997. Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy. Oxford University Press.

15) Cuijpers P BM, Andersson G A meta-analysis of cognitive behavior therapy for adult depression, alone and in comparison to other treatments. Can J Psychiatry. 2013;58:376-85.

16) Wikipedia: History of the internet. Wikipedia, the free encyclopedia. Online, 16 april 2017)

17) Grohol, J. Internet Addiction and Depression. Psych Central. Retrieved on April 22, 2017

18) Margaret Ross Kraft and Ida Androwich. Interactive Voice Response Technology: A Tool for Improving Healthcare. Nurs Inform. 2012; 2012: 224. Published online 2012 Jun 23.

19) Proudfoot J, Ryden C, Everitt B, Shapiro DA, Goldberg D, Mann A, et al. Clinical efficacy of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2004;185:46-54.

20) Christensen H, Griffiths K, Jorm A. Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. BMJ. 2004:1-5.

21) Schneider J, Sarrami Foroushani P, Grime P, Thornicroft G. Acceptability of Online Self-Help to People With Depression: Users' Views of MoodGYM Versus Informational Websites. J Med Internet Res 2014;16.

22) Littlewood E, Duarte A, Hewitt C, Knowles S, Palmer S, Walker S, et al. A randomised controlled trial of computerised cognitive behaviour therapy for the treatment of depression in primary care: the Randomised Evaluation of the Effectiveness and Acceptability of Computerised Therapy (REEACT) trial. Health Technology Assessment. 2015;19(101)

23) Brabyn S et al.The second Randomised Evaluation of the Effectiveness, cost-effectiveness and Acceptability of Computerised Therapy (REEACT-2) trial: does the provision of telephone support enhance the effectiveness of computer-delivered cognitive behaviour therapy? A randomised controlled trial. Health Technol Assess. 2016 Nov;20(89):1-64

24) Hegerl U, Schmidt A, Niklewski G. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community based intervention to reduce suïcidality. Psychological Medicine Cambridge University Press. 2006:1-9.

25) Clark D, Field S, Layard R. Mental health loses out in the National Health Service. Lancet. 2012 Jun 23;379(9834):2315–2316

26) Cooper B. Economic recession and mental health: An overview. Neuropsychiatr. 2011;25(3):113–117.

27) Arensman E, Koburger N, Larkin C, Karwig G, Coffey C, Maxwell M, et al. Depression awareness and self-management through the internet: an internationally standardised approach. JMIR Research Protocols. 2015;4(3):1-11.

28) FINAL REPORT PREDI-NU Project.

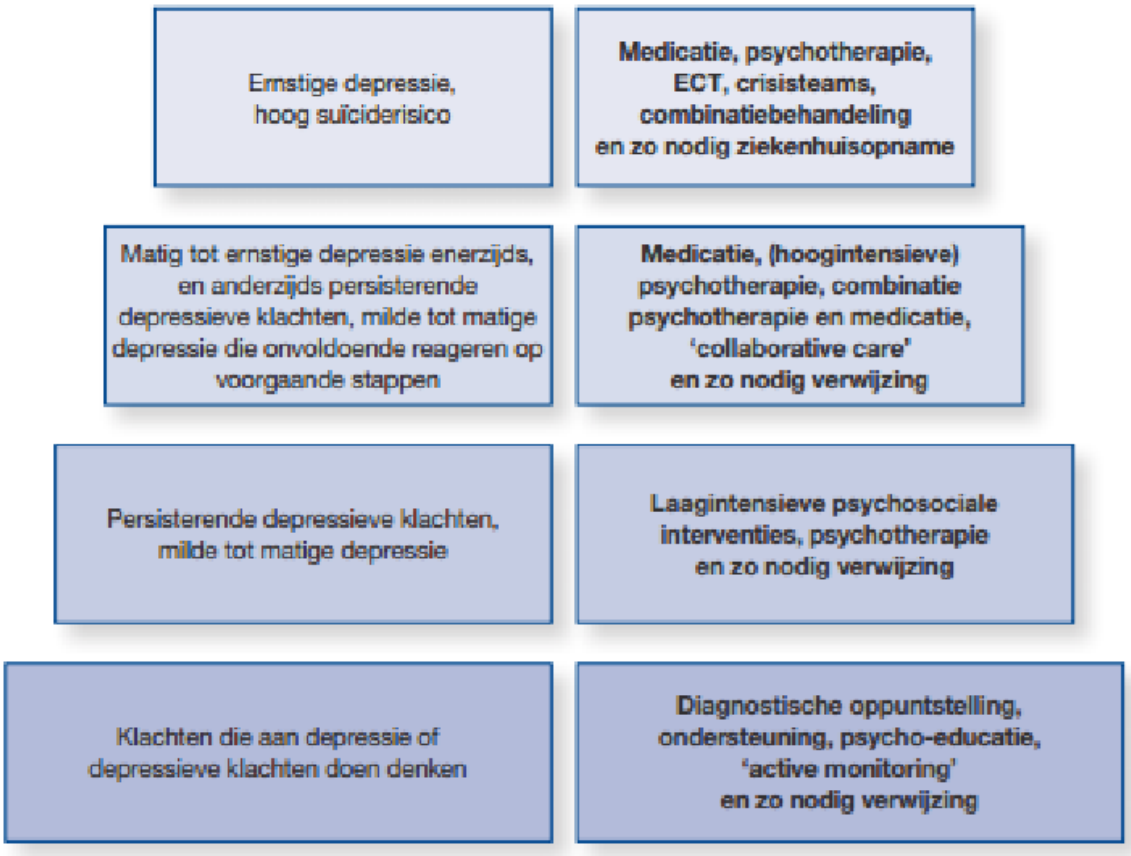
29) Braet Eva: Hoe ervaren patiënten met depressie in de huisartsenpraktijk de iFightDepression zelfhulptool? Manamathesis jaar 2015-2016

30) J.M. Bensing, F. Tromp, S. van Dulmen, A. van den Brink-Muinen, W. Verheul, F. Schellevis: De zakelijke huisarts en de niet-mondige patiënt: veranderingen in communicatie. Huisarts en Wetenschap; H&W 08 01.indb 6-11.

31) Domus Medica: Wat is de aanbevolen medicamenteuze behandeling van een depressie? Domus Medica; online 15 februari 2017.

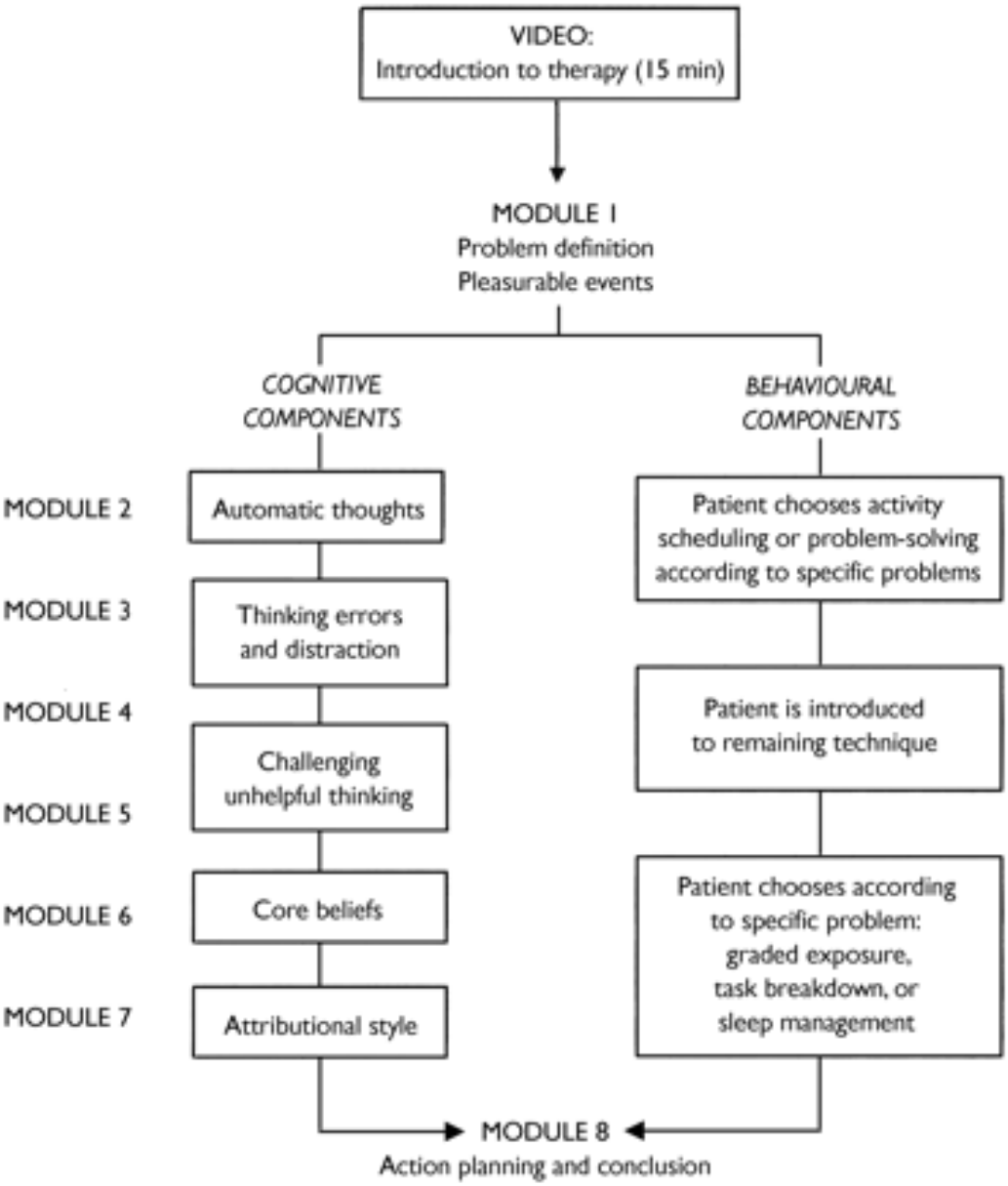
10) BIJLAGEN

10.1) Bijlage 1: Stepped care benadering van depressieve volwassenen



Naar: NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90.

10.2) Bijlage 2: Beating the Blues stappenmodel



10.3) Bijlage 3: Protocol ethisch comité

Achtergrond

Depressie is in de geïndustrialiseerde landen een belangrijk maatschappelijk- en gezondheidsprobleem. 4 tot 10 % van de populatie in de geïndustrialiseerde landen voldoet aan minstens één depressiecriterium binnen het tijdsverloop van één jaar. Ook in België heeft volgens schattingen 15 % van de volwassen populatie op een bepaald moment een depressieve episode in zijn leven. Op jaarlijkse basis maakt 5 tot 7 % van de Belgen een depressieve episode mee.
De hulp voor deze patiënten schiet echter vaak tekort. De voornaamste reden hiervoor is de soms zeer grote drempel om een psychiater of arts te contacteren voor aangepaste hulp.
Toch contacteren 48% van de patiënten in het eerste jaar van het opkomen van de depressieve symptomen een professionele hulpverlener. Dit blijkt in 86% van de gevallen de huisarts te zijn. De huisarts heeft dus een belangrijke rol bij het diagnosticeren van de depressie, de behandeling en de coördinatie naar andere hulpverlening toe. Verdere optimalisering is dus nodig om deze patiënten te kunnen helpen in de 1^{e} lijn.

De Nuremberg Alliance against Depression (NAD), een 2-jarig interventieprogramma, was een eerste stap in deze optimalisering. Dit programma, dat 480.000 personen bevatte, focuste zich op de volgende vier belangrijke eerstelijnsniveau's: (1) de samenwerking met huisartsen, (2) bewustwordingscampagnes, (3) de samenwerking met gemeenschapswerkers (leerkrachten, priesters, locale media) om zo signalen van depressie vroegtijdig te kunnen detecteren, en (4) verbetering van de zorg voor risicogroepen.

NAD vormde hiermee een basis voor verder onderzoek. De Europese aliantie tegen depressie (EAAD) maakte gebruik van deze eerste studie en implementeerde de resultaten als eerste in meer dan 100 regio's en 17 verschillende Europese landen. Verdeer verfijning was echter nog steeds nodig en dit werd bekomen door de gesubsidieerde EC FP7 studie: Optimising Suicide Prevention Programmes and their Implementation in Europe (OSPI-Europe).
Al deze studies hadden echter 2 grote tekortkomingen: (1) Er bleef een grote drempel bestaan voor de toegang naar psychologische hulp, en (2) veel van het gebruikte materiaal voor interventies was onvoldoende geschikt voor de jongere populatie.

Om beide tekortkomingen op te vangen is een nieuw project opgestart: Preventing Depression and Improving Awareness through Networking in the EU (PREDI-NU). Dit project, door de Europese Commissie gefinancierd, heeft 2 hoofddoelen: (1) de huisartsen bewuster maken over de problematiek en de behandeling van depressies bij patiënten, en (2) via een onlinetool een inovatieve toenadering vinden voor de vergeten jongere depressieve populatie.

Vraagstelling: Wat is de toepasbaarheid van de online internettool iFightDepression in de eerste lijn, begeleid door huisartsen en psychologen uit West-Vlaanderen?

Methodologie

Huisartsen en psychologen van de regio Ardooie en Roeselare die interesse vertonen en willen bijdragen aan dit project krijgen een persoonlijke informatiesessie aangeboden over het gebruik van deze internettool. Daarna worden ze aangespoord om deze internettool te promoten aan hun patiëntenpopulatie. Hierbij moeten ze wel rekening houden met de volgende inclusie- en exclusiecriteria:

Inclusiecriteria:

o 24-65 jaar oud

o Hebben op basis van de klinische diagnose van de huisarts (CGI-S) een milde tot matige depressie. De diagnose is nieuw of is in het voorbije jaar gesteld.

o Geen psychiatrische comorbiditeit (met uitzondering van milde of matige angststoornissen en burn-out).

o Hebben toegang tot telefoon, computer, internetverbinding en e-mail account

Exclusiecriteria:

- Ernstige depressie
- Ernstige suïcidaliteit
- Ernstig middelenabusus
- Voorgeschiedenis van manie
- Psychotische depressie

1) Aantal proefpersonen

In deze thesis wordt gestreefd naar een onderzoekspopulatie van 20 patiënten, hoewel het aantal patiënten die dit programma volledig doorloopt moeilijk in te schatten is door de aard van de aandoening die onderzocht wordt. Ook patiënten die de tool niet volledig doorlopen hebben, worden daarom bevraagd naar hun bevindingen.

2) Interventies

Bij dit onderzoek kan men de interventies opdelen in 3 grote delen: (1) de informatieve fase voor de hulpverlener over de onlinetool en manier van implementatie, (2) de implementie van de iFightDepression-tool bij de patiënten en (3) de evaluatie van deze internettool.

3.1. De informatieve fase voor de hulpverlener over de onlinetool en manier van implementatie.

De hulpverleners worden gecontacteerd en uitgenodigd om meer informatie te krijgen over de iFightDepressiontool. De informatiesessie zal ondersteund worden door een powerpoint. In deze sessie krijgt men een korte samenvatting van de problematiek van depressie in de geïndustrialiseerde wereld, uitleg over een correcte gedragstherapeutische aanpak en de meerwaarden die de iFightDepression-tool kan bieden op het eerstelijnsniveau en voor de depressieve Vlaamse bevolking.

Daarnaast kunnen vragen tijdens en na de sessie gesteld worden. Indien de hulpverleners overtuigd zijn om hieraan deel te nemen, worden contactgegevens uitgewisseld zodat men de studieonderzoeker, Dr. Wouter Lejaeghere, kan bereiken indien er nog vragen zijn, of indien men één van zijn of haar patiënten willen implementeren in deze studie (zie hieronder).

3.2. De implementie van de iFightDepression-tool bij de patiënten.

Bij elke patiënt die voldoet aan de inclusie- en exclusiecriteria wordt gevraagd of ze deel willen nemen aan deze studie. Uitleg over de opzet van de studieonderzoeker, Dr. Wouter Lejaeghere, wordt door de arts/psycholoog meegegeven. Tevens krijgen ze een informatiebrochure mee over de iFightDepression-tool (Zie bijlage 1 en 2). Indien de patiënt toestemt deel te nemen, wordt aan zowel de patiënt als de huisarts/psycholoog gevraagd een toestemmingsformulier te tekenen (Zie bijlage 3). Ook de contactgegevens van de patiënt worden genoteerd om verdere communicatie met Dr. Lejaeghere mogelijk te maken. Daarnaast wordt er aan de huisarts/psycholoog gevraagd om een eerste vragenlijst in te vullen zodat de patiënt en de eerstelijnszorger kunnen gecontacteerd worden en er een juiste indicatie is om de iFightDepression-tool te gebruiken (Zie bijlage 4). Wanneer dit alles aan Dr. Lejaeghere bezorgd wordt, krijgt de patiënt een code waarmee ze gedurende enkele maanden gebruik kunnen maken van de iFightDepression-tool. Op deze manier kan elke patiënt de 7 modules die beschikbaar zijn op deze tool op zijn of haar eigen tempo doorlopen. Wanneer er tijdens het gebruik van deze tool zich vragen stellen, kunnen deze tijdens de consultatie met de arts/psycholoog besproken worden of kan Dr. Lejaeghere persoonlijk gecontacteerd worden.

3.3. De evaluatie van de onlinetool.

De patiënten worden drie maand na gebruik van de iFightDepression-tool gecontacteerd om een interview af te nemen. Voor de afname van het interview wordt er gevraagd aan de patiënt om een vragenlijst in te vullen. Op basis van de antwoorden zal het interview op een kwalitatieve manier verder afgenomen worden, zich toespitsend op zowel de goede als minder goede kanten van de iFightDepression-tool. Op die manier pogen we ernaar om een breder beeld te krijgen van deze tool.

Tevens zal er na enige tijd een kort kwalitatief interview gebeuren met de huisartsen/psychologen die deze tool toegepast hebben, om hun bevindingen over het gebruik van de tool te onderzoeken.

Voordelen en risico's

De tool heeft meerdere voordelen voor de geschikte onderzoeksgroep:

- De tool is gratis, in tegenstelling tot andere tools die gevonden kunnen worden op het internet. Dit doet de bereikbaarheid toenemen ten opzichte van de andere onlinetools en ten opzichte van psychotherapie.

- De drempel om cognitieve gedragstherapie zelfstandig te volgen door de patiënt is veel kleiner dan wanneer deze door professionele hulp aangeboden wordt. Deze drempel wordt kleiner gemaakt op verschillende vlakken: het financiële aspect en het

kunnen toepassen van de cognitieve therapie op zelfstandige basis en in een vertrouwde omgeving,

- De onlinetool kan gebruikt worden als een stap naar verdere therapie omdat de onlinetool ook uitleg verleent aan de gebruiker over de oorzaak en de onderliggende mechaniek van hun depressie.

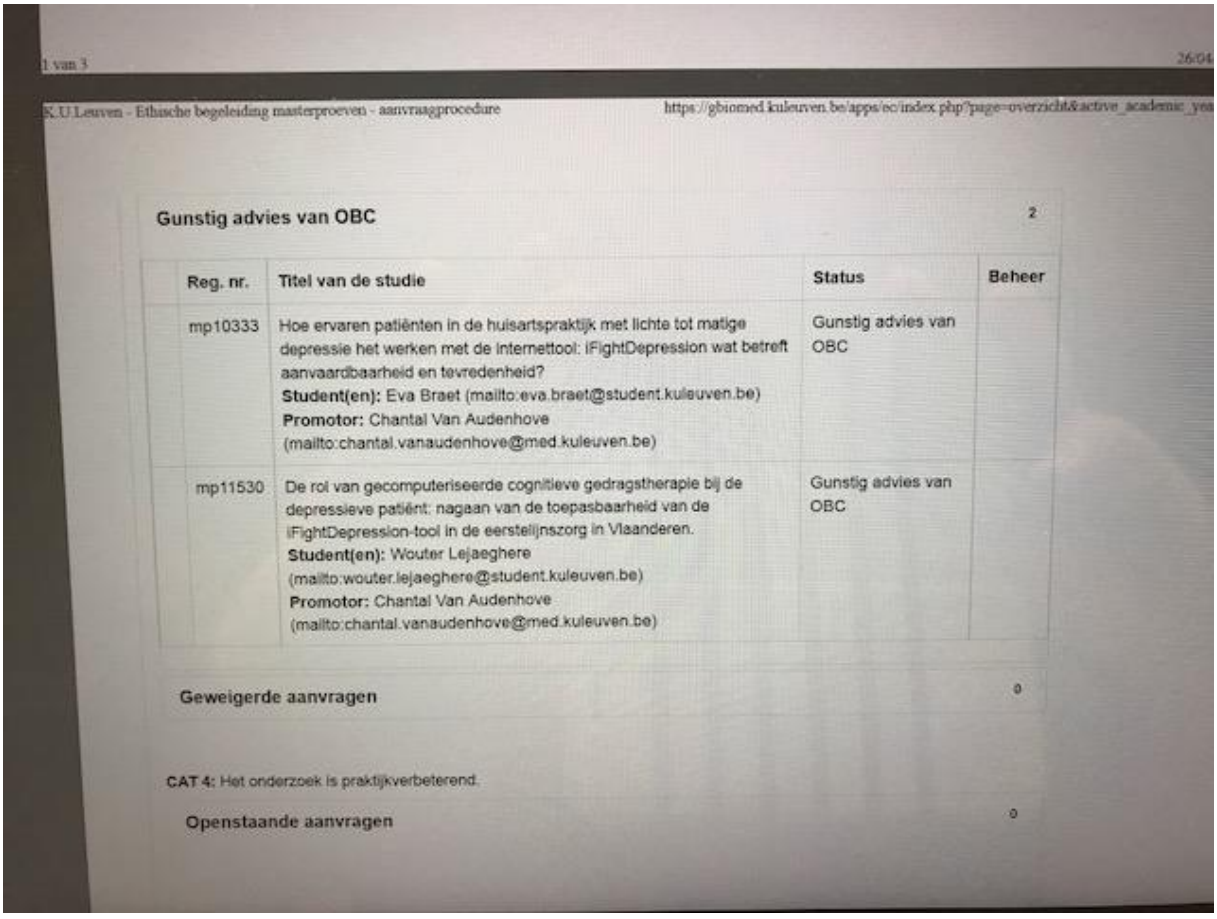
- De onlinetool bestaat in verschillende talen: Engels, Duits, Spaans, Catalaans, Nederlands, Hongaars, Ests en Bulgaars.

- Risico's bij het gebruik van de onlinetool bestaan enkel wanneer de exclusiecriteria door de eerstelijnshulpverleners niet gerespecteerd worden.

<u>Toestemming van deelnemers, privacy en vergoeding</u>

De patiënten die na een mondelinge uitleg door de huisarts/psycholoog hun toestemming geven om deel te nemen aan dit thesisonderzoek, moeten een formulier invullen en ondertekenen om hun toestemming te bevestigen (Zie bijlage 3). Hierbij wordt vermeld dat de patiënt op elk moment de deelname kan stoppen zonder dat dit gevolgen zal hebben voor hun behandeling. De patiënten zijn vrij om het aanbod om deel uit te maken van deze thesis te aanvaarden of af te slaan. Dit zal geen gevolgen hebben voor hun verdere behandeling. Er kan dan teruggevallen worden op de huidige aanpak van de eerstelijnshulpverlener. Tijdens de studie kunnen de patiënten op elk moment hun medewerking stopzetten zonder dat dit een impact zal hebben op de verdere zorg. Op vraag van de patiënt kan de reeds verkregen informatie altijd verwijderd worden. Er worden geen vergoedingen voorzien voor de deelname aan dit onderzoek.

10.4) Bijlage 4: Gunstig advies OBC



1 van 3 26/04

K.U.Leuven - Ethische begeleiding masterproeven - aanvraagprocedure https://gbiomed.kuleuven.be/apps/ec/index.php?page=overzicht&active_academic_yea

Gunstig advies van OBC 2

Reg. nr.	Titel van de studie	Status	Beheer
mp10333	Hoe ervaren patiënten in de huisartspraktijk met lichte tot matige depressie het werken met de internettool: iFightDepression wat betreft aanvaardbaarheid en tevredenheid? **Student(en):** Eva Braet (mailto:eva.braet@student.kuleuven.be) **Promotor:** Chantal Van Audenhove (mailto:chantal.vanaudenhove@med.kuleuven.be)	Gunstig advies van OBC	
mp11530	De rol van gecomputeriseerde cognitieve gedragstherapie bij de depressieve patiënt: nagaan van de toepasbaarheid van de iFightDepression-tool in de eerstelijnszorg in Vlaanderen. **Student(en):** Wouter Lejaeghere (mailto:wouter.lejaeghere@student.kuleuven.be) **Promotor:** Chantal Van Audenhove (mailto:chantal.vanaudenhove@med.kuleuven.be)	Gunstig advies van OBC	

Geweigerde aanvragen 0

CAT 4: Het onderzoek is praktijkverbeterend.

Openstaande aanvragen 0

iFightDepression: Een online zelfhulptool voor mensen met milde tot matige depressieklachten

- Onder begeleiding van je huisarts
- Op een plaats en tijdstip dat jou past
- Op een eigen tempo
- Op basis van Cognitieve Gedragstherapie
- Oplossingsgericht
- Opgebouwd uit modules
- Theorie, voorbeelden en werkbladen
- Stemmingsdagboek
- Gratis

DEPRESSION AWARENESS AND SELF-MANAGEMENT THROUGH THE WEB
PREDI NU
Preventing Depression and Improving Awareness through Networking in the EU

KU LEUVEN
LUCAS

VRAGEN?
CENTRUM VOOR ZORGONDERZOEK EN CONSULTANCY

Kapucijnenvoer 39- bus 5310
3000 Leuven
Tel: +32 16 37 34 31
Fax: +32 16 33 69 22

E-mail: Lucas@med.kuleuven.be

DEPRESSION AWARENESS AND SELF-MANAGEMENT THROUGH THE WEB
PREDI NU
Preventing Depression and Improving Awareness through Networking in the EU

iFightDepression: Een online zelfhulptool voor mensen met milde tot matige depressieklachten

UNIVERSITEIT GENT
KU LEUVEN
LUCAS

IFightDepression-tool

Een online zelfhulptool voor de behandeling van milde tot matige depressieklachten.

Depressieve klachten?

Voel je jezelf de laatste tijd neerslachtig? Heb je minder energie dan vroeger en/of merk je dat je minder activiteiten onderneemt en minder dingen gedaan krijgt?

Deze online Zelfhulptool kan je helpen om zelfstandig je depressiesymptomen aan te pakken.

Wat zijn de voordelen?

1) Online: laagdrempelig, waar en wanneer je wil.
2) Geen wachtlijsten: je kan onmiddellijk starten.
3) Als extra ondersteuning bij de behandeling door je huisarts of psycholoog:
   - Je bespreekt met je zorgverlener de intensiteit van de begeleiding
   - Je kan bij hem/haar terecht voor vragen of moeilijkheden.
4) 7 modules waarmee je zelf aan de slag kan gaan. Je doorloopt één module per week.
5) Op basis van Cognitieve Gedragstherapie: Je leert hoe je via je gedachten, activiteiten, planning en slaap je stemming kan verbeteren.
6) Elke module bevat theorie, casussen en werkbladen om deze vaardigheden in te oefenen aan de hand van concrete voorbeelden uit je dagelijks leven.
7) Eerder wetenschapelijk onderzoek heeft aangetoond dat gelijkaardige tools effectief zijn in het verminderen van depressiesymptomen.

Vertrouwelijkheid en bescherming van gegevens

We garanderen dat je gegevens tijdens het gebruik van de tool in veilige handen zijn. Alle gegevens die je ingeeft worden gecodeerd verwerkt en op een veilige manier vertrouwelijk geanalyseerd. Alle gegevens worden bewaard volgens de nationale en internationale wetgeving.

Achtergrond

Deze tool werd ontwikkeld in het kader van een Europees project: “Preventie van depressie en verbeteren van het bewustzijn door netwerken in de EU: PREDI-NU” en wordt gesubsidieerd door het Agentschap van Consumenten, Gezondheid en Voeding (Chafea). De implementatie van de tool in Vlaanderen gebeurt voornamelijk door LUCAS KU Leuven, in samenwerking met het Medisch en Psychotherapeutisch centrum van de KU Leuven. Dit project wordt uitgevoerd in opdracht van de Leerstoel Ga voor Geluk. In het kader van de masterthesis in de huisartsgeneeskunde van Dr. Wouter Lejaeghere worden de ervaringen van patiënten bij het gebruik van de tool bevraagd.

Vragen?
Als je vragen hebt over het gebruik van deze tool, kan je contact opnemen met:

Dr. Wouter Lejaeghere
Huisarts in opleiding en Onderzoeker
E-mail: Wouter.Lejaeghere@ugent.be

Dr. Evelien Coppens
Projectleider
Tel: 016 37 34 31
E-mail: evelien.coppens@med.kuleuven.be

10.6) Bijlage 6: Informatie over de studie (29)

Vraagstelling van de studie:
Is de iFightDepression-tool toepasbaar in de eerstelijnszorg in Vlaanderen? Welke voor- en nadelen ondervinden zowel de huisartsen, psychologen als patiënten van deze tool?

Beste gebruiker van de iFightDepression-tool,

U gaf de toestemming om deel te nemen aan een onderzoek om een onlinetool te evalueren voor mensen met milde tot matige depressie om hen te ondersteunen in het aanpakken van hun depressie. U ontving hierover een informatiedocument.

Uw feedback en antwoorden worden gebruikt om de toepasbaarheid van de onlinetool te evalueren. Uw mening kan bijdragen aan een betere versie van de tool voor toekomstige gebruikers.

Indien u wenst deel te nemen zal u na drie maand telefonisch gecontacteerd worden door Dr. Lejaeghere. Hierbij zal worden nagevraagd of u de tool gebruikt. Tevens zal u dan gevraagd worden om een vragenlijst in te vuller ter evaluatie van de ifightDepression-tool. Deze vragenlijst zal gaan over uw mening over de tool, over de inhoud van de tool en hoe het voor u was om van de tool gebruik te maken. Vervolgens wordt u uitgenodigd om die vragenlijst te bespreken. Zowel het invullen van de vragenlijst als het individueel gesprek is vrijwillig.

U bent vrij om op eender welk moment uw deelname stop te zetten, ook als u eerder al heeft toegestemd om deel te nemen. U hoeft hiervoor geen reden op te geven.

Uw contactgegevens en andere persoonlijke informatie worden veilig bewaard. Enkel het onderzoeksteam heeft hier toegang toe en deze gegevens zullen voor geen enkel ander doel gebruikt worden. Indien u op eender welk tijdstip toegang wenst tot uw informatie of indien u wenst dat uw informatie verwijderd wordt, kan u het onderzoeksteam hiervoor contacteren.

De resultaten van de gehele studie zullen verwerkt worden in de masterthesis in de huisartsgeneeskunde van Dr. Wouter Lejaeghere.

Indien u ermee instemt om deel te nemen, gelieve het toestemmingsformulier te ondertekenen. U kan deze informatiebrief en de informatiebrochure over de tool bijhouden.

Meer informatie over de tool is beschikbaar op www.predi-nu en www.ifightdepression.com.

Voor vragen kan u altijd contact opnemen met ons via onderstaande gegevens.

Namens het onderzoeksteam, met vriendelijke groeten en hoogachtend,

Dr. Wouter Lejaeghere (wouter.lejaeghere@ugent.be)
Prof. Dr. Chantal Van Audenhove (LUCAS@med.kuleuven.be)
Dr. Evelien Coppens (evelien.coppens@med.kuleuven.be)

10.7) Bijlage 7: Toestemmingsformulier voor deelname aan de studie (29)

Bedankt voor uw toestemming om deel te nemen aan de studie. Het doel van dit document is om ons ervan te verzekeren dat u wenst deel te nemen.

Ik bevestig dat ik een informatiedocument over de tool gelezen en begrepen heb, hiervan een exemplaar ontvangen heb en dat ik de gelegenheid heb gehad om vragen te stellen.

Ja	Neen

Ik begrijp dat mijn deelname vrijwillig is en dat ik deze op ieder moment kan stopzetten, zonder hiervoor een reden te moeten geven.

Ja	Neen

Ik begrijp dat ik de toestemming om mijn gecodeerde elektronische gegevens te bewaren kan stopzetten en dat, indien gewenst, alle tot dusver verzamelde gegevens op dat moment vernietigd kunnen worden.

Ja	Neen

Ik geef de toestemming om via onderstaande contactgegevens gecontacteerd te worden door de onderzoeker voor het invullen van een vragenlijst en een uitnodiging voor een individueel gesprek om de ingevulde vragenlijst te overlopen.

Ja	Neen

Contactgegevens deelnemend patiënt:

Telefoon:_____

E-Mail:_____

_____ _____ _____

Naam (HOOFDLETTERS) Handtekening Datum

Contactgegevens begeleidende huisarts/psycholoog:

Telefoon:_____

E-Mail:_____

_____ _____ _____

Naam (HOOFDLETTERS) Handtekening Datum

10.8) Bijlage 8: In te vullen door de huisarts/psycholoog bij inclusie (29)

Informatie over de patiënt

Om zo goed mogelijk gebruik te kunnen maken van de tool, vragen we u om enkele gegevens in te vullen over de patiënt die van de tool gebruik zal maken.

Persoonlijke informatie over de patiënt
De codenaam van de patiënt: …….
Geboortejaar van de patiënt: _ _ _ _
Geslacht van de patiënt: M / V
Usus:

Psychische gezondheidsgeschiedenis van de patiënt
Eerder gediagnosticeerde psychische gezondheidsproblemen:
□ Depressie
- o Mild
- o Matig
- o Ernstig

□ Ander psychisch gezondheidsprobleem:
□ Geen idee

Eerdere behandelingen voor psychische gezondheidsproblemen
□ Medicatie
□ Psychotherapie
□ Andere: …….

Huidige behandeling van de patiënt
Volgt de patiënt op dit moment, voor zover u weet, naast de tool nog andere behandelingen voor depressie?
□ Ja *(Gelieve het type behandeling aan te duiden)*
- o Medicatie
- o Psychotherapie
- o Andere: .....

□ Neen

Hartelijk dank voor uw deelname!

10.9) Bijlage 9: Vragenlijst in te vullen door de patiënt na het doorlopen van (een deel van) de tool (29)

A. Het gebruik van de tool

1) Heb je op dit moment de tool helemaal afgerond?

□Ja
□ Nee, nog niet, maar ik ben dit wel van plan
□ Nee en ik ben dit niet van plan

2) Welke modules heb je afgewerkt?

□ Module 1: Gedachten, gevoelens & gedrag
□ Module 2: Slaap en depressie
□ Module 3: Het plannen en doen van dingen die je graag doet
□ Module 4: Dingen realiseren en doelen bereiken
□ Module 5: Storende gedachten herkennen
□ Module 6: Storende gedachten aanpakken
□ Module 7: Een gezonde leefstijl

3) Indien je gestopt bent met de tool, wat was hier de reden voor?
□ Ik heb alle modules afgewerkt
□ Ik heb alle modules gevolgd die voor mij nuttig zijn
□Ik had het gevoel dat de tool me niet verder hielp
□Andere: _____

4) Voor mij is het een voordeel om een online hulpmiddel te gebruiken.
□ Helemaal akkoord
□ Akkoord
□ Geen mening
□ Niet akkoord
□ Helemaal niet akkoord

5) De tool is handig in gebruik.
□ Helemaal akkoord
□ Akkoord
□ Geen mening
□ Niet akkoord
□ Helemaal niet akkoord

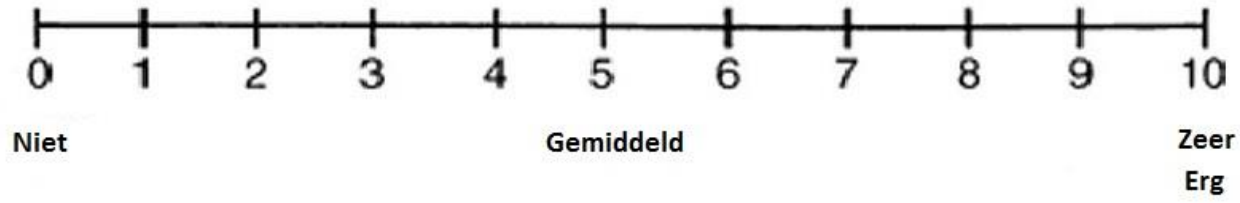
6) Face to face hulpverlening leidt tot betere resultaten.

□ Helemaal akkoord
□ Akkoord
□ Geen mening
□ Niet akkoord
□ Helemaal niet akkoord

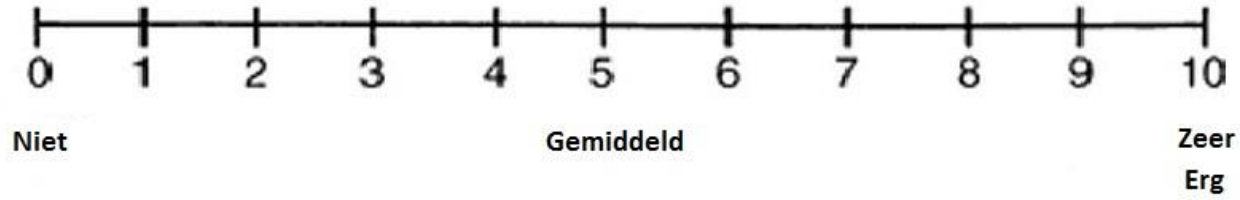
B. <u>Uw tevredenheid</u>

1) Duidt op een schaal van 0 tot 10 aan:

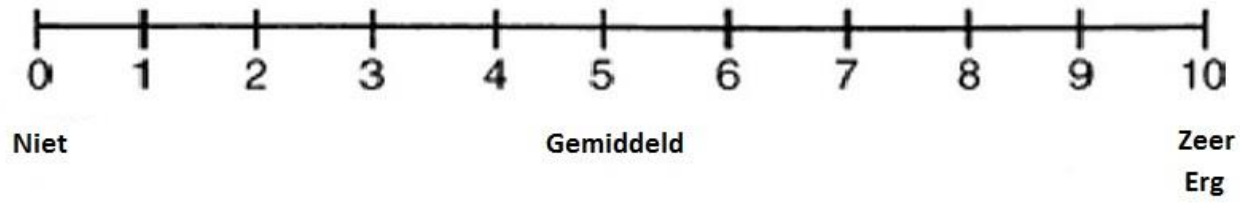
a) Hoe <u>tevreden</u> u in het algemeen bent over de tool:



b) Hoe <u>helpend</u> de tool voor u was:



c) Hoe <u>interessant</u> de tool voor u was:



2)Hoe zou je de kwaliteit van de behandeling die je door de tool ontvangen hebt beoordelen?
□ Uitstekend
□ Goed
□ Redelijk
□ Slecht

3) Ik heb de behandeling gekregen die ik wenste.
□ Helemaal akkoord
□ Akkoord
□ Geen mening
□ Niet akkoord

4) Als je opnieuw hulp nodig zou hebben, zou je dan terug gebruik maken van de tool?
□Ja, zeker en vast
□ Ja, ik denk van wel
□ Nee, ik denk van niet
□ Nee, zeker niet

5) Als een vriend dezelfde hulp nodig heeft, zou je dan de tool aanraden?
□Ja, zeker en vast
□ Ja, ik denk van wel
□ Nee, ik denk van niet
□ Nee, zeker niet

C. <u>Inhoud en effect</u>

1) De inhoud is begrijpelijk (duidelijk, gestructureerd, eenvoudig)?

□ Helemaal akkoord
□ Akkoord
□ Geen mening
□ Niet akkoord

2)Welke elementen van de tool zijn <u>gemakkelijk</u> in gebruik (Bv. de werkbladen en de voorbeelden)

---

3)Welke elementen zijn moeilijk in gebruik?

---

4) Welke modules waren helpend?
□ Module 1: Gedachten, gevoelens & gedrag
□ Module 2: Slaap en depressie
□ Module 3: Het plannen en doen van dingen die je graag doet
□ Module 4: Dingen realiseren en doelen bereiken
□ Module 5: Storende gedachten herkennen
□ Module 6: Storende gedachten aanpakken
□ Module 7: Een gezonde leefstijl

Waarom? (breng eventueel uitgewerkte opdrachten mee naar het interview).

---

5) Heeft de tool je geholpen om effectiever met je problemen om te gaan?
□ Ja, het heeft zeker geholpen
□ Ja, het heeft een beetje geholpen
□Nee, het heeft niet geholpen
□ Nee, het heeft de dingen erger gemaakt

6) Heb je opmerkingen of suggesties?

Hartelijk dank voor uw deelname!