De niet-medicamenteuze aanpak van een depressie bij 70-plussers in een multidisciplinaire groepspraktijk: een praktijkverbeterend project

Dr. Wauteraerts Marie-Katrien, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. De Lepeleire Jan, KU Leuven

Praktijkopleider: Dr. Beirinckx Johan

Master of Family Medicine

Master Huisartsgeneeskunde

Masterproef 2016-2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Context: In de hedendaagse praktijk is een depressie een frequent voorkomende aandoening bij ouderen. Voor deze kwetsbare ouderen is het bovendien een ernstige co-morbiditeit, die onbehandeld naar een chronische ziekte evolueert. In het zorglandschap van deze ouderen neemt de huisarts een centrale rol in. Het is dan ook belangrijk dat de huisarts in de dagdagelijkse praktijk een efficiënte en doeltreffende behandeling voor een depressie op kan starten. Er wordt aangeraden om stapsgewijs te werk te gaan en in eerste tijd te opteren voor een niet-medicamenteuze aanpak. Hiervoor is een goede samenwerking op de eerste lijn onmisbaar. Gezien de toenemende vergrijzing en de ernst van deze aandoening, vereist dit de nodige aandacht.

Doelstelling en onderzoeksvragen: Aan de hand van een praktijkverbeterend project in de regio Balen wordt er getracht een antwoord te vinden op de volgende onderzoeksvragen: 'Hoe kan de niet-medicamenteuze aanpak van depressie bij ouderen geoptimaliseerd worden in een Vlaamse multidisciplinaire groepspraktijk?', met als subvragen: 'Welke niet-medicamenteuze interventies voor depressie bij ouderen zijn er mogelijk?' en 'Wat is hun toepasbaarheid in de praktijk?'. Hierbij wordt er ook een implementatie van de nieuwe richtlijn 'Depressie bij volwassenen' van Domus Medica beoogd in de deelnemende praktijk.

Methode: Eerst werd er via een literatuurstudie meer inzicht verkregen in de richtlijn van Domus Medica 'Depressie bij volwassenen' en in bijkomende aandachtspunten van een depressie bij ouderen. Vervolgens werd er een kwalitatief, quasi-experimenteel onderzoek uitgevoerd in de praktijk met een one-group pretest-posttest design. Bij de studiepopulatie, 70-plussers met een nieuw gediagnosticeerde milde tot matige depressie, werd een Geriatric Depression Scale afgenomen en een niet-medicamenteuze behandeling gestart. De nadruk lag hierbij op het uitvoeren van de algemene maatregelen door de huisarts, zoals slaaphygiëne, actieve monitoring en dagstructurering. De patiënten werden volgens een vooraf bepaalde frequentie opgevolgd van juni tot november 2017. De implementatie en de multidisciplinaire samenwerking werd geëvalueerd op niveau van de patiënt en op niveau van de betrokken zorgverleners. Zo werd, na het beëindigen van de interventies, opnieuw een Geriatric Depression Scale afgenomen bij de patiënten en werden de resultaten per interventie op een beschrijvende manier besproken. De samenwerking tussen de eerstelijnszorgverleners werd enerzijds geëvalueerd op basis van diepte-interviews bij de huisartsen en anderzijds op basis van semigestructureerde interviews met de andere betrokken zorgverleners. Er vonden drie diepte-interviews met de huisartsen plaats, respectievelijk voor, tijdens en na implementatie. Op basis van aantekeningen tijdens de interviews, werd een thematische analyse uitgevoerd. Daarnaast vond een semigestructureerd interview met de maatschappelijk assistente van het OCMW plaats.

Resultaten: In de studie is er bij drie van de vijf geïncludeerde patiënten, door deze algemene maatregelen toe te passen, een objectieve en subjectieve verbetering van hun depressie waargenomen. Sociale heractivering en dagstructurering hebben voornamelijk voor een positieve evolutie gezorgd. Al de zes betrokken huisartsen vinden tijdsgebrek een belangrijke belemmerende factor in het toepassen van de maatregelen. De voornaamste samenwerking op de eerste lijn die tot stand is gekomen, is de samenwerking met de maatschappelijk assistente van het OCMW. Zij heeft een belangrijke rol in de sociale omkadering van de patiënt.

Conclusie: Uit dit onderzoek blijkt dat de implementatie van de richtlijn succesvol is geweest en dat deze niet-medicamenteuze interventies effectief en goed uitvoerbaar zijn in de praktijk. De studie opent daarenboven gunstige perspectieven voor multidisciplinaire samenwerking op de eerste lijn in de regio. Verder onderzoek lijkt hier dan ook nuttig om op grotere schaal de samenwerking op de eerste lijn te optimaliseren en een implementatie van de richtlijn tot stand te brengen.

Sleuteltermen: depressie, niet-medicamenteuze behandeling, 70-plusser; ICPC-code P03, P76

Contact: mariekatrienwauteraerts@hotmail.com

Inhoudsopgave

Abstract 3

Inhoudsopgave 4

Verklarende woordenlijst 6

1. Inleiding 7

1.1 Aanleiding en probleemstelling 7

1.2 Doelstelling 8

2. Literatuuronderzoek 9

2.1 Inleiding 9

2.2 Methode 9

2.3 Resultaten 9

2.3.1 Richtlijn 'Depressie bij volwassenen' van Domus Medica 10

2.3.1.1 Informatie en ondersteuning 10

2.3.1.2 Algemene maatregelen 10

2.3.1.3 Psychotherapie 11

2.3.2 Aandachtspunten en evidence-based therapieën uit voorgaande studies 11

2.4 Conclusie 12

3. Veldonderzoek 14

3.1 Inleiding 14

3.1.1 Plaats en situering van het project 14

3.1.2 Onderzoeksvraag: 'Hoe kan de niet-medicamenteuze aanpak van een depressie bij ouderen geoptimaliseerd worden in een Vlaamse multidisciplinaire groepspraktijk?' 14

3.2 Methode 14

3.2.1 Onderzoek sociaal netwerk in de regio 14

3.2.2 Studiepopulatie 15

3.2.3 Interventie 16

3.2.3.1 Tijdstip 0: Inclusie 16

3.2.3.2 Tijdstip 1: Start behandeling 16

3.2.3.3 Opvolging 17

3.2.3.4 Tijdstip 2: Evaluatie 17

a) Evaluatie patiënt na 6 maanden opvolging 17

b) Evaluatie implementatie en samenwerking 17

3.3 Resultaten 18

3.3.1 Patiëntkenmerken 18

3.3.2 Implementatie 19

3.3.2.1 Interventieresultaat: op niveau van de patiënt 19
a) Inclusie en informatie 19
b) Slaaphygiëne 20
c) Weekschema, dagbestedingen en huisbezoek door de maatschappelijk assistente 20
d) Psychologische interventies 21
e) Outcome patiënt na 6 maanden 21
3.3.3.2 Interventieresultaten: op niveau van de zorgverlener 21
a) Ervaring en mening van de huisarts 21
b) Multidisciplinair: samenwerking en toepasbaarheid 25
3.4 Conclusie 26
4. Algemene discussie en besluit 27
4.1 Discussie 27
4.2 Sterktes en zwaktes van de studie 27
4.3 Suggesties voor verder onderzoek 28
4.4 Algemeen besluit 28
Dankwoord 30
Referenties 31
Bijlagen 33
Bijlage 1: Geriatric Depression Scale 33
Bijlage 2: Veiligheidskaart OCMW Balen 36
Bijlage 3: Steekkaart diagnose depressie, Domus Medica 38
Bijlage 4: Informatieformulier voor de patiënt 40
Bijlage 5: Toestemmingsformulier voor deelname aan de studie 41
Bijlage 6: Patiëntenbrochure 'Ik wil goed leren omgaan met mijn depressie' 42
Bijlage 7: Patiëntenbrochure slaaphygiëne 46
Bijlage 8: Goedgekeurd protocol 49
Bijlage 9: Gunstig advies Ethisch Comité 53

Verklarende woordenlijst

CEBAM	Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine
CGG	Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ; '5' staat voor de meest recente update
EURODEP	Een Europees consortium dat de epidemiologie van een depressie bij ouderen bestudeert
GDS	Geriatric Depression Scale
HAIO	Huisarts-in-opleiding
MeSH	Medical Subject Headings
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
OCMW	Het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
OKRA	Zelfstandige ouderenorganisatie; OKRA is de afkorting van de vier kernbegrippen waar de vereniging op gebaseerd is: Open, Kristelijk, Respectvol, Actief
WZC	Woon-en zorgcentra

1. Inleiding

1.1 Aanleiding en probleemstelling

Gedurende mijn eerste maanden als huisarts-in-opleiding (HAIO) kwam ik op huisbezoek reeds in contact met vereenzaamde oudere patiënten. Enkelen van hen hadden een depressie. Hoe kon ik hen helpen? Hoe kon ik hier een gepaste behandeling opstarten of optimaliseren? Naar wie kon ik hen doorverwijzen? Dit waren slechts enkele vragen die door mijn hoofd gingen. Op een daaropvolgend overlegmoment met de artsen in onze praktijk, waren er twee belangrijke onopgeloste vragen die bij allen naar boven kwamen: Hoe moeten we een geschikt behandelplan opstellen voor een nieuw gediagnosticeerde depressie bij een 70-plusser? Hoe en met welke zorgverleners in de regio kunnen we samenwerken? Er was in onze praktijk een gebrek aan toepassing van een duidelijke gebruiksvriendelijke richtlijn en een gebrek aan contacten met andere zorgverleners in onze regio.

Dit was een eerste motivatie om een praktijkverbeterend project te starten rond de niet-medicamenteuze aanpak van een depressie bij ouderen. Daarnaast zijn er nog enkele andere redenen, welke hieronder beschreven staan, waarom ik uiteindelijk dit onderwerp voor mijn masterthesis heb gekozen.

Allereerst is een depressie een frequent voorkomende en ernstige aandoening, ook bij ouderen. Zo blijkt uit het research report van de EURODEP studies dat een depressie bij thuiswonende 65-plussers in Europa een gemiddelde prevalentie heeft van 12,3 % (1). Bovendien blijkt uit kwalitatief onderzoek dat een depressie bij ouderen vaak te laat of niet gediagnosticeerd wordt. In de maatschappij wordt het, net zoals visusdaling of gehoorverlies, al vlug foutief aanzien als een factor in het normale verouderingsproces (2). Het is niet gemakkelijk om deze diagnose te stellen, ook voor de huisarts niet (3).
Een depressie is geassocieerd met fysieke ziekte, verminderde zelfredzaamheid, optreden van life events, sociale isolatie en eenzaamheid. Het is een ernstige co-morbiditeit die helaas vaak onderschat wordt. Zonder behandeling evolueert een depressie bij ouderen naar een chronische ziekte met een belangrijke morbiditeit en mortaliteit. Studies tonen aan dat een onbehandelde depressie het risico op sterfte twee tot drie keer verhoogd en dat een hogere leeftijd een belangrijke risicofactor is voor een geslaagde suïcide (2).

Daarnaast ben ik als toekomstig huisarts zeer geboeid door de ouderenzorg. Uit praktijkervaring weten we ook dat de huisarts een centrale rol inneemt binnen de gezondheidstoestand van de geriatrische patiënt. De diagnose van een depressie bij deze ouderen wordt dan voornamelijk ook gesteld door de huisarts. Hetzelfde geldt voor het behandelen van de depressie. Binnen de eerste lijn start meestal de huisarts een behandeling op, al dan niet medicamenteus.

Tot slot is de aard van behandeling geen gemakkelijke keuze. Er wordt aanbevolen om niet routinematig antidepressiva voor te schrijven bij een milde tot matige depressie. Zo tonen Arean et al. in hun review ook aan dat er bij 65-plussers geen significant verschil is tussen placebo en antidepressiva. Nochtans worden er, indien een behandeling gestart wordt, vaak antidepressiva voorgeschreven. Bovendien heeft het gebruik van deze medicatie bij ouderen verscheidene nadelen, zoals nevenwerkingen, risico op afhankelijkheid, lage compliantie, geneesmiddeleninteracties,...(3) Bij twee op de drie ouderen die antidepressiva gebruiken, is het zelfs gecontra-indiceerd of kan het mogelijks ernstige interacties veroorzaken (4).
De richtlijn van Domus Medica geeft aan hoe de initiële en niet-medicamenteuze behandeling

stapsgewijs uitgevoerd kan worden in de eerste lijn, beginnend bij algemene maatregelen tot en met intensieve psychotherapie.

Dus, aangezien de vergrijzing toeneemt en de incidentie van een depressie binnen deze populatiegroep hoog is, kunnen we stellen dat dit gezondheidsprobleem alsmaar belangrijker gaat worden voor de huisarts en de maatschappij. Ik ben er dan ook van overtuigd dat de huisarts een sleutelfiguur is in het kader van deze problematiek, zeker naar de toekomst toe.

1.2 Doelstelling

Door middel van dit praktijkverbeterend project wordt er gezocht naar een manier om de niet-medicamenteuze aanpak van depressie bij ouderen op de eerste lijn te optimaliseren en te komen tot een efficiëntere samenwerking op de eerste lijn in onze regio. Het bijkomende doel hierbij is trachten het voorschrijfgedrag van antidepressiva te reduceren.

De volgende onderzoeksvraag wordt vooropgesteld:

- ‘Hoe kan de niet-medicamenteuze aanpak van depressie bij ouderen geoptimaliseerd worden in een Vlaamse multidisciplinaire groepspraktijk?’

Met als subvragen:

- ‘Welke niet-medicamenteuze interventies voor depressie bij ouderen zijn er mogelijk?’
- ‘Wat is hun toepasbaarheid in de praktijk?’

Dit onderzoek richt zich tot milde en matige depressies waarvoor niet routinematig antidepressiva wordt voorgeschreven, maar waarbij geopteerd wordt voor een niet-medicamenteuze aanpak (5).

Naar aanleiding van de publicatie van de nieuwe richtlijn van Domus Medica omtrent depressie (februari 2017), met in het bijzonder de aanvulling voor ouderen, wordt een deel van de richtlijn ook geïmplementeerd in dit onderzoek (5). Deze richtlijn geeft aan dat er vooral nood is aan training van huisartsen in het toepassen van de richtlijn en dat er meer duidelijkheid nodig is omtrent de mogelijkheden van zorgverlening en therapeutische opties in de regio. Er wordt getracht dit te verbeteren in onze praktijk aan de hand van een kleinschalig veldonderzoek.

2. Literatuuronderzoek

2.1 Inleiding

Om de niet-medicamenteuze behandeling van depressie bij ouderen vlotter en efficiënter in de eerste lijn te kunnen laten verlopen, is er nood aan een duidelijke en gebruiksvriendelijke praktijkrichtlijn die toegepast kan worden door alle collega-huisartsen in de praktijk.

Daarom is er in de eerste plaats via een literatuurstudie gezocht naar een richtlijn over depressie die gehanteerd kan worden bij dit onderzoek. Vervolgens is er gezocht naar achtergrondinformatie over kenmerken en aandachtspunten van een depressie bij ouderen en de behandeling ervan.

2.2 Methode

Er is een literatuurstudie verricht volgens het watervalprincipe. In de eerste plaats is er gezocht naar richtlijnen als quaternaire bronnen. Er is specifiek gezocht naar Nederlandstalige richtlijnen over depressie. Er is gekeken naar een eventuele aanvulling voor ouderen in de richtlijn en naar de implementeerbaarheid van de richtlijn in de praktijk. Vervolgens is er gezocht naar tertiaire en secundaire bronnen, meer bepaald meta-analysen en systematic reviews. Hiervoor is er gebruik gemaakt van Nederlands- en Engelstalige literatuur om een antwoord te vinden op volgende onderzoeksvragen:

- Wat zijn aandachtspunten en kenmerken van een depressie bij ouderen?
- Wat zeggen voorgaande studies over de niet-medicamenteuze therapieën, zoals aangereikt door een Nederlandstalige richtlijn, voor een depressie bij ouderen?

Er is gezocht via de zoekmachine Pubmed en Google Scholar. Als selectiecriterium in Pubmed is een publicatiedatum tussen 2001 en 2017 ingevoerd. Er is gezocht op combinaties van volgende MeSH termen: 'depression', 'elderly', 'non-pharmacological treatment', ‘insomnia’ en ‘predictor’.

2.3 Resultaten

In de zoektocht naar een Nederlandstalige richtlijn over depressie zijn er drie richtlijnen gevonden en nader bekeken: de NHG standaard Depressie (2012)(6), ‘Depressie bij volwassenen’ van Domus Medica (2017)(5) en het ‘ADDENDUM ouderen bij de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie’ van de geestelijke gezondheidszorg (2010)(7).

Aangezien dat de richtlijn voor goede medische praktijkvoering van Domus Medica 'Depressie bij volwassenen’ recent herzien is in februari 2017 en een bijkomende aanvulling specifiek gericht op toepassing bij ouderen heeft, is deze richtlijn weerhouden en nauwkeurig toegelicht in de praktijk. Het is bovendien de enige Belgische richtlijn. Deze richtlijn werd gevalideerd door het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine (CEBAM) in oktober 2016.

Deze richtlijn wordt vervolgens gebruikt als leidraad voor volgende klinische vragen:

- Hoe komt de huisarts tot de diagnose depressie?
- Wat zijn de aandachtspunten bij de diagnostiek van depressie bij ouderen?
- Hoe stelt de huisarts bij een vermoeden van een milde tot matige depressie een aangepast zorg- en therapieplan op?
- Hoe vult de huisarts de niet-medicamenteuze therapie in?
- Wanneer, hoe en op wie kan de huisarts in een getrapt zorgsysteem een beroep doen op extra ondersteuning voor zijn depressieve patiënt?

- Wat zijn de aandachtspunten bij de behandeling van depressie bij ouderen?

Deze aanbeveling is gebaseerd op de NICE-richtlijnen en NHG standaard Depressie. In de praktijk wordt gebruik gemaakt van de steekkaart 'Depressie bij volwassenen: diagnose' van Domus Medica als hulpmiddel voor het diagnosticeren van een depressie.

Bij opzoeking via de MeSH termen, 'depression', 'elderly' en 'non-pharmacological treatment', zijn er in totaal 195 resultaten gevonden. Hiervan zijn er twee weerhouden op basis van titel, publicatiedatum en abstract, namelijk de systematic review van Apostolo et al. 'The effectiveness of non-pharmacological interventions in older adults with depressive disorders' en de systematic review en de meta-analyse van Holvast et al. 'Non-pharmacological treatment for depressed older patients in primary care'.

Door middel van de MeSH termen, 'depression', 'insomnia' en 'predictor', zijn er 119 resultaten bekomen. Hier is ook op basis van titel, publicatiedatum en abstract één artikel weerhouden, namelijk de meta-analyse van Baglioni et al. 'Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies'.
Via de bibliografieën van bovenvermelde review en meta-analysen zijn de overige relevante artikels bekomen. Deze artikels zijn geselecteerd op basis van titel en publicatiedatum.

2.3.1 Richtlijn 'Depressie bij volwassenen' van Domus Medica

De niet-medicamenteuze aanpak van een milde tot matige depressie richt zich in de eerste plaats op informatie geven en ondersteuning bieden aan de patiënt. Het belang van een geïnformeerde toestemming van de keuze van behandeling wordt hierbij benadrukt (5).

2.3.1.1 Informatie en ondersteuning

De huisarts geeft informatie over de diagnose 'depressie' en over de interactie tussen lichaam en geest. Er wordt uitleg gegeven over de symptomen, oorzaken en prognose van een depressie. Bij ouderen is het belangrijk om de depressie expliciet te benoemen en te concretiseren. De patiënt moet informatie krijgen over de verschillende mogelijke behandelingsopties en vervolgens kan de huisarts, in samenspraak met de patiënt, een behandeling opstarten. Hierbij is de vertrouwensrelatie arts-patiënt en een open actieve houding van de patiënt belangrijk. Er moet ruimte zijn voor de gedachten en twijfels van de patiënt. Eventueel kan de mantelzorger hierbij betrokken zijn.

2.3.1.2 Algemene maatregelen

Vervolgens worden er algemene maatregelen toegepast: slaaphygiëne, actieve monitoring en dagstructurering. Er wordt aandacht besteed aan verbetering van de slaapproblemen van de patiënt. Daarnaast is het belangrijk om een regelmaat te hebben overdag, waarbij bepaalde dagactiviteiten zoals eten, opstaan en gaan slapen, vaste tijdstippen hebben. Hetzelfde geldt voor ontspannende en professionele activiteiten. Hier moet er worden gezocht naar een goede balans van afwisseling en tijdsverdeling tussen taken en plezierige activiteiten. Het is aangeraden om sociale contacten te onderhouden, gezond te eten en dagelijks zich buitenshuis te begeven. Activering is vooral bij de oudere patiënt belangrijk, dit kan door middel van oefeningen. De huisarts stimuleert de patiënt voor het opstellen van een dagboek of weekschema dat haalbaar is. Het is een zeer nuttig hulpmiddel en heeft een positieve invloed op het herstel. De toestand en evolutie van de patiënt wordt nauwgezet opgevolgd. Belangrijk hierbij is duidelijke afspraken te maken over de vervolgconsulten, die aangeraden zijn te plannen na een tweetal weken.

2.3.1.3 Psychotherapie

Volgens een stepped care model wordt er overgegaan naar een volgende stap in de behandeling indien de voorgaande onvoldoende resultaat oplevert. Zo wordt er bij aanhoudende klachten best doorverwezen voor laagintensieve psychologische interventies, individueel of in groep. Bij onvoldoende resultaat hiervan dient er een meer intensieve psychotherapie gestart te worden, met cognitieve gedragstherapie als eerste keuze. Andere psychologische opties zijn relatietherapie, probleemoplossende therapie en kortdurende psychodynamische therapie. Hoewel psychotherapie bij ouderen minder onderbouwd is, is life-review therapie een bewezen effectieve optie. Op deze stappen van behandeling wordt verder niet dieper ingegaan gezien dit thesisonderzoek zich richt op de algemene maatregelen door de huisarts uit te voeren.

2.3.2 Aandachtspunten en evidence-based therapieën uit voorgaande studies

Hieronder zijn enkele aandachtspunten van voorgaand onderzoek uit de literatuur beschreven. Eerst is er gekeken naar algemene kenmerken van een depressieve oudere in een huisartsenpraktijk. Vervolgens is er gezocht naar evidentie en achtergrondinformatie over de behandeling ervan, meer bepaald over de effecten van activering, slaaphygiëne en psychotherapie op depressieve klachten en de factoren in keuze van behandeling.

Anderson toont met zijn review het belang en ernst van dit maatschappelijk probleem aan (2). Een depressie is namelijk het frequentste en meest reversibele mentale gezondheidsprobleem bij ouderen. Heel vaak wordt het niet gedetecteerd of blijft het onbehandeld, ondanks het feit dat deze ouderen twee tot drie keer meer hun huisarts bezoeken in vergelijking met de niet-depressieve ouderen. In deze review wordt de Geriatric Depression Scale (GDS) aanbevolen als beste hulpmiddel voor de huisarts om de diagnose te ondersteunen. Deze schaal wordt gebruikt om ouderen te screenen op een depressie. Het is een vragenlijst bestaande uit 30 ja-nee vragen. Een patiënt wordt met een score van 0 tot 10 beschouwd als niet depressief, met een score van 11 tot 20 als mild tot matig depressief en met een score van 21 tot 30 als ernstig depressief (8) (zie Bijlage1).

Uit voorgaande studies is reeds gebleken dat depressieve personen minder vlug gaan deelnemen aan activiteiten en deze minder vlug als aangenaam ervaren. Daarom onderzoeken Cuijpers et al. in hun Nederlandse review het effect van gedragsverandering en activering op depressieve klachten (9). Deze meta-analyse bevat zestien studies. In deze studies wordt het effect van dagactivering en structurering vergeleken met enerzijds controlegroepen en anderzijds met andere psychologische of farmacologische behandelingen. In deze therapievorm, waar gestructureerde dagactivering centraal staat, leren ze hun gemoed en dagelijkse activiteiten zelf te bepalen en beheersen en ook het verband tussen beide te zien. Bovendien worden ze gestimuleerd om aan aangename activiteiten deel te nemen en om opnieuw sociaal actief te zijn. De resultaten van gestructureerde dagactivering en andere psychologische behandelingen, bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie, of het gebruik van antidepressiva zijn vergelijkbaar. Er wordt in deze meta-analyse besloten dat deze therapie effectief is voor de behandeling van depressie en een interessante aanvulling of alternatief is in de behandeling. Bovendien is het relatief eenvoudig, tijdsefficiënt en vereist het geen specifieke vaardigheden van de patiënt of therapeut.

Een slaapprobleem is naast een symptoom ook een risicofactor van een depressie. Baglioni et al. tonen het verband tussen insomnia en depressie aan in hun review (10). Niet-depressieve personen met slaapmoeilijkheden hebben een twee keer zo groot risico om een depressie te krijgen in vergelijking met personen zonder slaapmoeilijkheden. Insomnia wordt gezien als een voorspellende factor voor een depressie. Het behandelen van deze slaapproblemen kan het risico op een depressie verminderen

en dus preventief werken.
Daarnaast toont de pilotstudie van Taylor et al. ook aan dat cognitieve gedragstherapie voor insomnia efficiënt is voor depressieve personen met insomnia en een beter resultaat geeft dan antidepressieve behandeling alleen (11). Uit deze studie blijkt dat het mogelijk is om efficiënt slaapproblemen te behandelen bij personen met een milde depressie en dat dit ook een vermindering van depressieve symptomen met zich meebrengt. Met andere woorden, er is evidentie dat het gelijktijdig behandelen van de slaapproblemen bij de psychotherapeutische behandeling van depressie een beter resultaat oplevert. Hetgeen niet wil zeggen dat het behandelen van slaapproblemen bij matige en ernstige depressies, ook voor een genezing van de depressie zorgt. Hier wordt gesproken van een reciproke relatie tussen insomnia en depressie. Ze versterken en onderhouden elkaar.

Hoewel het effect van psychotherapie bij ouderen minder goed onderzocht is, een depressie een meer chronisch verloop heeft en er meer risicofactoren zijn bij ouderen, blijkt uit verschillende studies dat er toch een positief resultaat is (12).
Zo identificeert en vat de systematic review van Apostolo et al. de beste evidence-based niet-medicamenteuze aanpakken voor depressie bij ouderen samen (3). Deze review includeert zes studies met als doelpopulatie 65-plussers met een depressie, geen rekening houdend met co-morbiditeiten en voorgaande behandelingen. Ouderen met psychotische of manische symptomen worden geëxcludeerd. Cognitieve gedragstherapie, geheugentraining, reminescentiegroepstherapie, probleem-adaptatie therapie, probleemoplossende therapie en fysieke activering verminderen allen de depressieve symptomen.
Ook in de geüpdatete meta-analyse van Cuijpers et el. wordt het positief effect van psychotherapie bij depressie bij ouderen bevestigd. De hierbij onderzochte psychotherapeutische opties met gunstige resultaten zijn cognitieve gedragstherapie, life-review therapie en probleemoplossende therapie (12).

Arean et al. geven in hun review aan dat de respons en dus de keuze van behandeling afhankelijk is van leeftijd, executieve functies en socio-economische status (13).
Hoewel antidepressiva ook effectief blijken in de behandeling van een depressie bij ouderen, is het effect ervan sterk leeftijdsafhankelijk. Hoe ouder de patiënt, hoe kleiner de kans dat er een positieve respons is. Zo zijn er studies die aangeven dat er geen significant verschil is tussen het effect van antidepressiva en placebo bij 65-plussers.
Bovendien is er minder effect gebleken van antidepressiva bij ouderen met verminderde executieve functies. Bij deze groep hebben gedragsveranderingen, meer bepaald door probleemoplossende therapie, een significant positief effect. Fysieke activiteit en ondersteunende interventies verminderen de depressieve symptomen bij minder ernstige depressies.
Aan de hand van onderzoek wordt gesuggereerd dat de respons op behandeling van depressie bij personen in armoede of in socio-economische moeilijkheden groter is wanneer deze aangevuld wordt met sociale hulp. Bij deze patiënten is het nuttig om de sociale noden na te gaan en zich te laten begeleiden door een sociale medewerker om aan deze hulp te kunnen tegemoetkomen.

2.4 Conclusie

De richtlijn van Domus Medica raadt aan om bij milde tot matige depressies bij ouderen in de eerste plaats te starten met niet-medicamenteuze interventies, gaande van algemene maatregelen zoals slaaphygiëne, actieve monitoring en dagstructurering bespreken tot psychologische interventies.

Daarnaast kan aan de hand van dit literatuuronderzoek enerzijds een significant effect van antidepressiva bij ouderen in vraag gesteld worden, zoals blijkt uit studies waarbij antidepressiva met placebo vergeleken worden en er geen significant verschil werd gezien. Anderzijds blijkt uit

voorgaande onderzoeken dat er evidentie is voor een positief resultaat van niet-medicamenteuze behandelopties voor een depressie bij ouderen.

3. Veldonderzoek

3.1 Inleiding

3.1.1 Plaats en situering van het project

Het veldonderzoek vindt plaats in een multidisciplinaire groepspraktijk in Balen, meer bepaald in de Artsenpraktijk Balen Centrum. Hier werken zes huisartsen, waarvan vier geassocieerde huisartsen en twee HAIO's, een verpleegkundige en drie psychologen. Het onderzoek start in juni 2017 en de opvolging van de geïncludeerde patiënten loopt tot en met november 2017.

3.1.2 Onderzoeksvraag: 'Hoe kan de niet-medicamenteuze aanpak van een depressie bij ouderen geoptimaliseerd worden in een Vlaamse multidisciplinaire groepspraktijk?'

Dit praktijkverbeterend project beoogt een optimalisatie van de aanpak van depressie bij ouderen in de praktijk in Balen. Dit wordt onderzocht door een antwoord te vinden op de volgende subvragen en vervolgens de bekomen informatie toe te passen:

- 'Welke niet-medicamenteuze interventies voor depressie bij ouderen zijn er mogelijk?'
- 'Wat is hun toepasbaarheid in de praktijk?'

3.2 Methode

Er wordt een kwalitatief, quasi-experimenteel onderzoek uitgevoerd met een one-group pretest-posttest design. Hierbij wordt er bij een groep patiënten met een depressie een GDS afgenomen (pretest) en een niet-medicamenteuze behandeling gestart, zoals beschreven in voorgaand literatuuronderzoek. Na het beëindigen van de interventies wordt opnieuw een GDS afgenomen (posttest). Ook wordt er op een beschrijvende manier weergegeven wat het effect van deze interventies is. Er wordt bewust voor een kleine studiepopulatie gekozen zodat de follow-up van zeer kortbij en volgens een vooraf bepaalde frequentie kan gebeuren. Bovendien ligt de nadruk in dit veldonderzoek op verbetering van de samenwerking op de eerste lijn in de regio Balen en op implementatie van de richtlijn van Domus Medica in onze praktijk.

3.2.1 Onderzoek sociaal netwerk in de regio

In de eerste plaats is er opzoekwerk en navraag gedaan wat de mogelijkheden zijn in de regio Balen, in gelijklopende lijn met de resultaten van het literatuuronderzoek. Er wordt gebruik gemaakt van de sociale kaart van de regio. Aan de hand hiervan wordt er afgetoetst welke zorgverleners in de streek bereid zijn om hieraan samen te werken en zo voor een groter aanbod aan mogelijke interventies te kunnen zorgen. Er is contact geweest met de maatschappelijk assistente van het OCMW, een psychologe van de praktijk, de sportdienst en de seniorenraad van de gemeente.

De maatschappelijk assistente van het OCMW in Balen gaat reeds een viertal jaren bij alle 80-plussers in Balen op huisbezoek. Hierbij kijkt ze of de personen hulp van het OCMW, zoals thuishulp of maaltijden aan huis, kunnen gebruiken. Ook geeft ze informatie over de verschillende sociale verenigingen, activiteiten binnen de gemeente en de mogelijkheden voor vervoer, zoals de minder mobiele centrale. De ouderen krijgen ook een 'veiligheidskaart' die ze op een zichtbare plaats moeten hangen in hun woning (zie Bijlage 2). Hierop staan hun gegevens, contactpersonen en beknopte medische info. Hun medicatie, belangrijke antecedenten en de contactgegevens van hulpdiensten staan er duidelijk op vermeld. Dit is een initiatief van de seniorenraad in samenwerking met het gemeentebestuur.
Haar bezoek wordt steeds vooraf aangekondigd met een brief, waarna deze ouderen het bezoek kunnen weigeren en telefonisch afzeggen. Zij gaat ook op rouw-bezoeken bij personen waarvan de

echtgenoot of echtgenote recent is overleden. Hierbij geeft ze informatie waar ze onder andere terecht kunnen met verdere vragen.
Uit cijfers, verkregen via de maatschappelijk assistente zelf, blijkt dat de meeste personen open staan voor een huisbezoek. Zo zijn er in 2016 56 brieven verzonden, waarvan er drie personen het huisbezoek geannuleerd hebben. Degenen die weigeren zijn meestal al op de hoogte van de diensten van het OCMW of hebben geen hulp nodig. Als er na het eerste huisbezoek wordt besloten dat er verdere opvolging nodig is, vindt er een vervolgbezoek plaats. Bij 27 van de 56 dossiers was er geen verdere opvolging nodig.
Er is gedurende dit thesisonderzoek voornamelijk samengewerkt met de maatschappelijk assistente van het OCMW Balen. Deze samenwerking is frequent geëvalueerd gedurende het onderzoek.

Het contact met de psychologe bestond eruit te peilen naar haar ervaring met begeleiding van depressieve ouderen en naar haar bereidheid om hieraan mee te werken.
Via de sportdienst en seniorendienst is er meer informatie verkregen wat de mogelijkheden zijn van sociale activiteiten (bijvoorbeeld OKRA), seniorengym en wandelingen in de buurt.

3.2.2 Studiepopulatie

De selectie van de studiepopulatie gebeurt op basis van een aantal vooraf geformuleerde inclusiecriteria en exclusiecriteria (zie Tabel 1). Deze criteria zijn gebaseerd op gelijkaardige voorgaande studies en op eigen praktijkervaring. De studie wordt uitgevoerd bij thuiswonende 70-plussers met een milde tot matige depressie. Daarnaast hebben ze een score op de GDS (zie Bijlage 1) tussen 11/30 en 20/30.

Er is gekozen voor milde tot matige depressies omdat er bij deze patiënten niet routinematig antidepressiva nodig zijn, in vergelijking met ernstige depressies waar dat vaak wel het geval is. Thuiswonende patiënten zijn vaak nog goed mobiel, wat belangrijk is voor een aantal therapeutische interventies. Daarnaast is er gekozen om te werken met een leeftijdsgrens van 70 jaar om een breed publiek van ouderen met verscheidene kenmerken, onder andere wat betreft woonsituatie en burgerlijke status, te kunnen includeren.

Patiënten die een antidepressivum nemen of waar een antidepressivum moet worden opgestart, worden geëxcludeerd. Een diagnose van dementie in de voorgeschiedenis is ook een exclusiecriterium. Bij deze patiënten verloopt de diagnose moeilijker en kunnen niet alle niet-medicamenteuze interventies worden toegepast.

De diagnose wordt gesteld aan de hand van de nieuwe richtlijn 'Depressie bij volwassenen' van Domus Medica. Hiervoor wordt de steekkaart gebuikt als hulpmiddel (zie Bijlage 3). Eerst wordt een klassieke depressieanamnese afgenomen en vervolgens wordt deze diagnose getoetst aan de DSM-5 criteria (zie Bijlage 3). Zo wordt er ook notitie gemaakt van de voornaamste depressieve klachten van de patiënt. Hier kan dan de nodige aandacht aan geschonken worden en nadruk op gelegd worden tijdens de behandeling.
Als aan deze criteria wordt voldaan, wordt het onderzoek voorgesteld aan de patiënt door de behandelde huisarts, één van de zes huisartsen. Na overleg tussen de behandelende huisarts en de HAIO die dit thesisonderzoek uitvoert, vindt er een huisbezoek plaats door de HAIO. Hierbij wordt er schriftelijke en mondelinge informatie gegeven over het onderzoek (zie Bijlage 4). Indien de patiënt wenst deel te nemen aan het onderzoek wordt het toestemmingsformulier ondertekend en wordt het vervolgtraject besproken (zie Bijlage 5).

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
70-plusser	Inname antidepressivum
Thuiswonend	Noodzaak tot opstart antidepressivum
Nieuwe diagnose milde tot matige depressie	Dementie
Score GDS tussen 11/30 - 20/30	

Tabel 1: Inclusie- en exclusiecriteria

3.2.3 Interventie

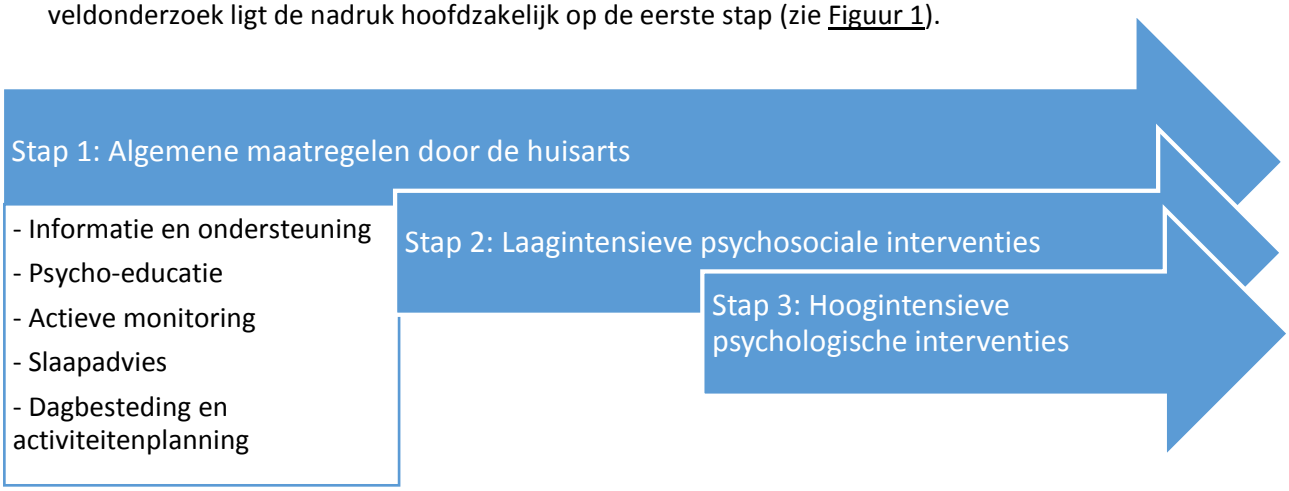
Vervolgens wordt het eigenlijke interventioneel onderzoek gestart, namelijk het toepassen van de niet-medicamenteuze behandeling. Hierbij wordt de richtlijn van Domus Medica toegepast.

3.2.3.1 Tijdstip 0: Inclusie

Vanaf het moment dat de patiënt gediagnosticeerd is met een milde tot matige depressie en voldoet aan de bovenvermelde criteria, start de inclusie. Op dit tijdstip wordt er telkens een GDS afgenomen. Het belang van deze score bestaat eruit een objectieve en persoonlijke meetwaarde, wat betreft de ernst van de depressie, te hebben op het moment van inclusie.

3.2.3.2 Tijdstip 1: Start behandeling

Op tijdstip één wordt een niet-medicamenteuze behandeling gestart. De interventies gebeuren volgens het stepped-care model. De interventies kunnen we indelen in drie stappen. In dit veldonderzoek ligt de nadruk hoofdzakelijk op de eerste stap (zie Figuur 1).



Figuur 1: Niet-medicamenteuze interventies volgens stepped-care model

Stap één bestaat uit algemene maatregelen uit te voeren door de huisarts zelf: ondersteuning bieden, psycho-educatie, actieve monitoring, slaapadvies geven, bespreken dagbesteding en activiteitenplanning.

In deze stap wordt er mondelinge en schriftelijke informatie gegeven over de diagnose van een depressie. Er wordt uitleg gegeven over de symptomen en verloop. Hierbij wordt er vaak beroep gedaan op het biopsychosociale model als hulpmiddel. Er wordt getracht een verklaring te geven voor hun depressie vanuit een samenspel van lichamelijke, psychische en sociale factoren. De patiënten krijgen een brochure over depressie 'Ik wil goed leren omgaan met mijn depressie'. Deze patiëntenbrochure van thuisarts.nl is gebaseerd op wetenschappelijke richtlijnen en is een initiatief van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) (zie Bijlage 6). Er vindt ook, indien mogelijk, een gesprek met een nabije mantelzorger plaats i.v.m. hun ideeën en verwachtingen.

Er wordt aandacht besteed aan hun slaappatroon. Anamnestisch wordt er nagegaan of er al dan niet sprake is van insomnia of hypersomnia. Ter begeleiding van de slaapproblematiek wordt de brochure van 'slapeloosheid' van Domus Medica gebruikt en toegelicht (zie Bijlage 7).

De HAIO laat de patiënten een weekschema invullen met al hun dagbestedingen. Dit wordt op een later tijdstip besproken en waar nodig worden er veranderingen gesuggereerd.

In deze fase gaat eveneens de maatschappelijk assistente op huisbezoek om een zicht te krijgen op de thuissituatie. Of de maatschappelijk assistente al dan niet op huisbezoek moet gaan, wordt bepaald door de HAIO of behandelende arts. Via mail wordt ze op de hoogte gebracht van de patiënt. Hierna stuurt ze zelf een aankondigingsbrief van het bezoek. Zij bespreekt met hen de mogelijke opties over sociale activiteiten in de buurt, de beschikbaarheid van maaltijden aan huis en eventuele thuishulp.

Stap twee omvat de laagintensieve psychosociale interventies door de huisarts zelf of op verwijzing: groepsprogramma's en begeleide zelfhulp. Als laatste en derde stap maakt men gebruik van hoogintensieve psychologische interventies door een psycholoog. Hiervoor wordt er, indien nodig, samengewerkt met de psycholoog die werkzaam is in de praktijk.

3.2.3.3 Opvolging

Vervolgens worden de patiënten van nabij opgevolgd gedurende een periode van zes maanden. Hierbij wordt er teruggekoppeld naar de ondernomen interventies of de interventies die lopende zijn. Het is bovendien ook telkens een extra controle op de patiënten en hun motivatie. Is er al verbetering van hun welbevinden? Wat kan er nog aangepast worden in hun weekschema? Hoe verloopt hun slaappatroon? Wat vinden ze van de interventies?

De eerste maand is er wekelijks contact tussen patiënt en HAIO en vervolgens om de drie weken. Deze frequentie kan afwijken naargelang de interventie. De opvolging gebeurt steeds bij de patiënt thuis, in een vertrouwde omgeving voor de patiënt. Bovendien kan zo ook de thuissituatie beter worden ingeschat. Naast deze bezoeken door de HAIO blijven de maandelijkse of driemaandelijkse chronische opvolgingsbezoeken door de behandelende huisarts gewoon plaatsvinden.

3.2.3.4 Tijdstip 2: Evaluatie

a) Evaluatie patiënt na 6 maanden opvolging

Na zes maanden follow-up wordt er opnieuw een GDS afgenomen. Zo kan er enerzijds nagegaan worden of er een verbetering van de depressie is, met andere woorden een afname van de score. Anderzijds kan er gekeken worden welke uitgevoerde interventie voor een positieve evolutie heeft gezorgd.

b) Evaluatie implementatie en samenwerking

Als laatste belangrijk interventiemoment wordt er navraag gedaan bij de betrokken zorgverleners. Via mondelinge interviews wordt er enerzijds gepeild naar hun mening omtrent de aanpak en samenwerking op de eerste lijn. Anderzijds wordt er nagegaan welke struikelblokken met de uitvoering zij ervaren in de praktijk en wat hierbij mogelijke verbeterpunten zijn.

Eerst wordt er afgetoetst bij de huisartsen van de praktijk. Er wordt driemaal een diepte-interview afgenomen bij de huisartsen. Alle zes artsen zijn hierbij aanwezig. Het eerste, tweede en derde interview vinden respectievelijk voor, tijdens en na implementatie van de algemene maatregelen plaats. De topiclijst met onderwerpen en vragen, die worden besproken, wordt vooraf opgesteld aan

de hand van de onderzoeksvragen en het voorgaande literatuuronderzoek. Vervolgens wordt er een thematische analyse uitgevoerd op basis van aantekeningen gemaakt door de interviewer.
De data omtrent de multidisciplinaire samenwerking zijn enerzijds verkregen tijdens de diepte-interviews van de huisartsen, anderzijds door een semigestructureerd interview met de maatschappelijk assistente.

3.3 Resultaten

3.3.1 Patiëntkenmerken

Na het toepassen van inclusie- en exclusiecriteria werden er vijf patiënten geselecteerd voor deelname aan de studie (zie Tabel 2). Er namen vier vrouwelijke patiënten deel aan het onderzoek en één mannelijke patiënt. Één van deze patiënten (Patiënte 3) is gedurende het onderzoek verhuisd naar een serviceflat in een woon- en zorgcentrum (WZC). De reden van haar opname was de gezondheidsproblematiek van haar enige zoon. Hij kon plots minder beschikbaar zijn voor haar waardoor er in overleg tussen de patiënte en haar familie gekozen is voor deze oplossing. Zij is wel geïncludeerd gebleven in de studie en verder opgevolgd.

Bij alle vijf patiënten is er naast de diagnose van een milde tot matige depressie, op basis van de richtlijn van Domus Medica, nog een toetsing aan de hand van de DSM-5 criteria gebeurd. In onderstaande tabel (zie Tabel 3) zijn de aanwezige symptomen van de DSM-5 criteria per patiënt weergegeven bij het begin van het onderzoek, evenals de GDS score. Het meest opvallende bij de eerste contacten was de belangrijke factor eenzaamheid en sociale isolatie bij alle vier vrouwelijke patiënten.

Patiënt	M/V	Leeftijd	Burgerlijke status	Woonsituatie	Co-morbiditeiten
1 (KL)	V	75	Getrouwd	Samenwonend	• Artralgie heup • Hypertensie
2 (GA)	M	81	Getrouwd	Samenwonend	• DM 2 • Prostaatcarcinoom in VG
3 (VC)	V	84	Weduwe, 20 jaar	Alleen / WZC	• Mammacarcinoom in VG
4 (VPM)	V	85	Weduwe, 11 maanden	Alleen	• Vertigo • Hypertensie • Aortaklepstenose
5 (JR)	V	87	Weduwe, 2 jaar	Alleen	• VKF • Pacemaker • Prediabetes

Tabel 2: Patiëntkenmerken

	Patiënt				
	1	2	3	4	5
GDS bij inclusie	14/30	16/30	14/30	18/30	15/30
DSM-5 criteria					
1. Sombere stemming	✓	✓	✓	✓	✓
2. Verminderde interesse/plezier	✓	✓			✓
3. Gewichts- of eetlustverandering	✓ (Eetlustdaling)		✓ (Gewichtsverlies)	✓ (Eetlustdaling)	✓ (Eetlustdaling)
4. Insomnia/hypersomnia		✓ (Insomnia)	✓ (Insomnia)	✓ (Insomnia)	✓ (Hypersomnia)
5. Psychomotorische agitatie, vertraging	✓ (Agitatie)	✓ (Vertraging)	✓ (Agitatie)	✓ (Agitatie)	
6. Vermoeidheid, energieverlies		✓			
7. Gevoel van waardeloosheid, schuldgevoelens			✓	✓	✓
8. Concentratiestoornis, besluiteloosheid	✓		✓	✓	
9. Suïcidegedachten					

Tabel 3: De Geriaric Depression Scale score (GDS) en DSM-5 criteria per patiënt

3.3.2 Implementatie

3.3.2.1 Interventieresultaat: op niveau van de patiënt

Hieronder zijn de resultaten per interventie op een beschrijvende manier weergegeven. Gedurende de opvolging was het opvallend dat bij de vrouwelijke patiënten in de eerste twee maanden telkens hetzelfde gesprek over hun bekommernissen plaatsvond. Het ging vaak over hun eenzaamheid of over hun behoefte en wens dat hun familie meer op bezoek zou komen.

a) Inclusie en informatie

Tijdens het eerste contact waren hun reacties over de nieuw diagnosticeerde depressie en de interventies eerder uiteenlopend. Twee van de vijf patiënten, patiënten 1 en 4, konden de diagnose vrij snel verwerken en aanvaarden. Zij waren zeer gemotiveerd om deel te nemen aan de studie. Bij patiënt 2 leek de diagnose niet binnen te komen en hij toonde dan ook weinig interesse. Toch besloot hij deel te nemen. Hij gaf een zeer gelaten indruk. Voor patiënte 3 was de diagnose eerder onverwacht. Hierdoor werd zij zeer emotioneel. Maar de bevestiging en 'gevonden oorzaak' van haar psychische toestand was voor haar wel een opluchting. Zij was zeer bereid om hier iets aan te doen. Patiënte 5 werd ook emotioneel door de diagnose, hoewel zij minder verbaasd was. Zij vond van zichzelf dat ze al langer depressieve klachten had en ze had zichzelf al meermaals afgevraagd 'Ik ben toch niet depressief?'. Ze kon de diagnose dan ook goed aanvaarden. Toch was ze in het begin eerder weigerachtig tegenover de interventies.

De informatie die werd gegeven, leken ze allen, uitgezonderd patiënt 2, goed te begrijpen. Dit vergde enige tijd, ongeveer 45 minuten per patiënt.

Bij drie patiënten vond er een gesprek plaats met een mantelzorger of familielid. Ze herkende en erkende goed de depressieve klachten van de patiënt in kwestie. Ze slaagden er echter voorheen niet in hier een oplossing voor te zoeken of hen te motiveren om dit aan te brengen bij hun huisarts.

b) Slaaphygiëne

Bij vier van de vijf patiënten was er een slaapprobleem aanwezig. Onder hen waren er enerzijds drie patiënten die klachten hadden van insomnia en anderzijds één patiënt van hypersomnia. Ze kregen allemaal de brochure van slapeloosheid van Domus Medica met tips rond slaaphygiëne. Bij twee patiënten verbeterde de slaap.

Bij patiënt 2 was er geen verbetering van de slaap. Hij was weinig gemotiveerd voor activering overdag waardoor zijn dag-nacht ritme niet veranderde. Hij sliep doorheen de dag vaak, met als gevolg dat hij 's nachts niet kon slapen. Patiënte 3 sliep beter door op een vroeger en stipter tijdstip telkens te gaan slapen. Patiënte 4 had al jaren last van slaapproblemen waarvoor ze reeds medicatie nam, namelijk lormetazepam. Hier brachten de extra slaaptips geen verbetering. Patiënte 5 bleef voorheen eerder lang in bed liggen, ze vertelde dat ze altijd zou kunnen en willen slapen. Ze verbeterde haar dag-nacht ritme doordat er iedere ochtend een thuisverpleegster aan huis kwam en ze dus op regelmatige tijdstippen moest opstaan.

c) Weekschema, dagbestedingen en huisbezoek door de maatschappelijk assistente

Globaal genomen hadden alle vijf patiënten bij inclusie een vaste structuur in hun dagschema. De activiteiten die ze deden waren wel verschillend. Bij twee patiënten zijn maaltijden aan huis opgestart door de maatschappelijk assistente. Bij één patiënt is thuisverpleging opgestart. Beide veranderingen zorgden voor extra structuur in hun dagindeling.

Het weekschema van patiënte 1 bestond voornamelijk uit huishoudelijke taken en voor haar dementerende echtgenoot zorgen. Zij deed praktisch niets van ontspannende activiteiten. Ook ging ze bijna nooit buitenshuis omdat ze haar echtgenoot niet alleen kon thuis laten, hoewel ze zelf fysiek nog heel goed was. Gedurende de studie is er hier een verandering gebeurd. Er is met de familie afgesproken dat een tweetal keren per week een familielid op haar echtgenoot komt letten en zij zelf hierdoor een namiddag voor zichzelf zou hebben. Zij gaat dan winkelen of met vriendinnen wandelen. Hier heeft ze enorm deugd van.
Patiënt 2 was zelden fysiek actief en weinig gemotiveerd. Hij hield zich voornamelijk bezig met lezen en TV kijken. Ondanks stimulatie voor heractivering is er geen verandering in zijn dagbesteding gebeurd.

Patiënten 3, 4 en 5 waren alle drie ook eerder weinig actief en vaak eenzaam. Ze waren met veel sociale contacten opgehouden sinds ze weduwe geworden waren. Ze hielden zich voornamelijk bezig met kruiswoordraadsels oplossen, TV kijken en lezen. Alle drie waren ze gemotiveerd voor meer beweging en sociale contacten. Na het bespreken van de weekschema's hebben er enkele veranderingen plaatsgevonden.

Zo was patiënte 3 zeer gemotiveerd om sociale activiteiten te hervatten, ze was enthousiast voor opnieuw naar OKRA te gaan. Ook kreeg ze meer bezoek van haar familie, waar ze haar telkens op verheugde. Na een tweetal maanden is ze echter omwille van praktische redenen toch verhuisd naar een WZC.

De dochter van patiënte 4 gaf ook aan dat het vooral eenzaamheid en gebrek aan fysieke beweging was dat ze opmerkte bij haar moeder. Nu houdt ze zich meer actief bezig met fietsen op een

hometrainer en met turnoefeningen voor senioren te doen via een Tv-programma op de seniorenzender. Ook werkt ze zelf meer in de tuin, wat ze heel graag doet en waarvan ze tot rust komt. Voor meer sociale activiteiten was ze niet goed te motiveren, ze was eerder angstig voor het onbekende en om nieuwe mensen te leren kennen.

Patiënte 5 gaat nu meer wandelen met de buren en mee naar sociale bijeenkomsten van OKRA. Ze vindt het fijn om onder de mensen te komen. Ze ervaart het als een zeer positieve verandering, hoewel ze hier in het begin eerder weigerachtig ten opzichte van was. Doordat er dagelijks een thuisverpleegkundige langskomt, wordt haar zelfzorg nog extra gestimuleerd.

d) Psychologische interventies

Geen van de patiënten is gemotiveerd kunnen worden voor psychologische begeleiding door de psychologe van de praktijk.

e) Outcome patiënt na 6 maanden

Bij drie van de vijf patiënten is er een daling van de score (zie Tabel 4), wat overeenkomt met een vermindering van ernst van depressie. Ze voelen zich ook subjectief beter na de interventies. Toch is er volgens de scorewaarde nog steeds een milde depressie aanwezig.
De grootste verandering die ze hebben ondervonden is de sociale heractivering. Ze komen nu terug meer buitenshuis en hebben meer fysieke beweging. Ook het belang van een zekere structuur in hun dagindeling is hen duidelijk geworden.

Eén patiënt zijn score is niet verbeterd. Bij de patiënte die verhuisd is naar een WZC is er geen eind GDS meer afgenomen. Net na opname in het WZC ondervond zij verscheidene aanpassingsproblemen. Deze waren na enkele weken reeds verdwenen. Ze ervaarde de sociale contacten in het WZC als een verbetering.

Patiënt	GDS bij inclusie	GDS na 6 maanden
1.	14/30	12/30
2.	16/30	16/30
3.	14/30	-
4.	18/30	15/30
5.	15/30	11/30

Tabel 4: Score op GDS vóór en na interventies

3.3.3.2 Interventieresultaten: op niveau van de zorgverlener

a) Ervaring en mening van de huisarts

Er vonden drie mondelinge diepte-interviews met alle zes huisartsen van de Artsenpraktijk plaats. Hieronder zijn, na data-analyse, de meningen en ondervindingen van de zes artsen op een beschrijvende manier weergegeven. Bij een eerste interview werd er gepeild naar hun ervaring met depressies bij ouderen en er werd navraag gedaan naar hun huidige aanpak. Tijdens implementatie van de interventies vond een tweede interview plaats. Hierbij werden de interventies overlopen en bediscussieerd. Bij een laatste en derde interview werden de algemene indrukken van de implementatie, struikelblokken en aandachts- en verbeterpunten besproken. Onderaan zijn schematisch de voornaamste struikelblokken en verbeterpunten weergegeven (zie Tabel 5).

Diepte-interview 1: Vóór implementatie

Topics diepte-interview voor implementatie
Depressie bij ouderen in de praktijk: algemeen - Hoe zit het momenteel met de depressieve oudere in de praktijk? Wat zijn de kenmerken en ondervindingen? Zijn er cijfers? - Hoe gebeurt momenteel de diagnostiek? Wat zijn de struikelblokken of ervaringen? - Hoe gebeurt momenteel de behandeling? Is er een praktijkrichtlijn die gevolgd wordt? Hoe verloopt hierbij de samenwerking op de eerste lijn? Wat zijn de struikelblokken? - Hoe zit het met het gebruik van antidepressiva? **Richtlijn Depressie van Domus Medica: toe te passen?** **Gewenste verbeteringen?**

Ze herkenden allen duidelijk de toenemende problematiek. Tijdsgebrek vonden ze een belangrijke moeilijkheidsfactor in de diagnose en de behandeling van een depressie bij ouderen. Ouderen komen zelden op eigen initiatief op consult voor een psychisch probleem. Bovendien is er tijdens een controle huisbezoek vaak niet voldoende tijd om dit klachtenpatroon verder uit te klaren. Bij een dergelijk consult of huisbezoek zijn er meestal bijkomstige fysieke klachten waar er dan voornamelijk aandacht aan geschonken wordt.

Een systematische aanpak binnen de praktijk was er niet voor dit probleem. Er werd voornamelijk getracht de sociale omkadering van deze patiënten te verbeteren. De familie werd gecontacteerd om te informeren en hun bevindingen mee te delen.
Ze ondervonden een groot gebrek aan mogelijkheden van eerstelijnshulpverlening en omkadering voor deze problematiek. Bovendien zijn het merendeel van deze ouderen weigerachtig t.o.v. psychologische interventies. Ze kunnen moeilijk over hun emoties praten.
Mobiliteit is vaak ook een probleem om de behandeling efficiënt te kunnen laten verlopen.
Vaak worden er antidepressiva opgestart. Exacte cijfers voor het gebruik van antidepressiva voor milde tot matige depressies zijn er helaas niet. Er werd in de patiëntendossiers geen onderscheid gemaakt in de codering wat betreft de ernst van depressie. Het gebrek aan een eenduidige gemeenschappelijke aanpak zorgde ervoor dat er in de patiëntendossiers enkele belangrijke zaken moeilijk terug te vinden waren zoals een precieze codering van de ernst van depressie, huidige aanpak, follow-up plan en huidige zorgverleners die betrokken zijn. Wel blijkt uit statistieken dat er 26,6% van de patiënten in onze praktijk 70-plusser is waarbij 14,6% van de 70-plussers een antidepressivum neemt. Het precieze aantal patiënten met een depressie is door minder goede codering in het verleden ook niet terug te vinden.
Voor ernstige depressies werd er, zo blijkt uit hun ondervinding, doorverwezen naar het ouderenteam van het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG). Vaak werd er dan ook een antidepressivum gestart.

Er waren initieel enkele bedenkingen in verband met de toepassing van de richtlijn. Ze hadden de indruk dat de aanpak namelijk zeer tijdsintensief zou zijn. Is het opstellen van een weekschema met de patiënt een taak voor de huisarts? Moet de huisarts de dagactivering met de patiënt bespreken? Is er een mogelijkheid dat de sociaal assistente deze taak op zich neemt? Kan een thuisverpleegkundige ingeschakeld worden in kader van behandeling van een depressie?

Opvallend was dat de artsen niet op de hoogte waren van het takenpakket en de functie van de maatschappelijk assistente van het OCMW.

Ze waren van mening dat er een betere organisatie van hulpverlening op de eerste lijn zou moeten zijn. Er zou een vlottere samenwerking met instellingen als het ouderenteam van het CGG en eventueel de eerstelijnspsycholoog moeten komen. Zo kunnen ze vlotter op iemand beroep doen voor het vragen van advies wat betreft diagnostiek en behandeling.

Diepte-interview 2: Gedurende implementatie

Topics diepte-interview gedurende implementatie
Hoe verloopt de inclusie? **Hoe verloopt de toepassing van de algemene maatregelen en wat zijn de eerste indrukken?** - Informatie geven - Dagbesteding- weekschema- monitoring - Slaapadvies

Het afnemen van de GDS is niet zo vanzelfsprekend. Het vergt een zekere vaardigheid en aanvoelen van de patiënt. Sommige vragen kunnen confronterend overkomen voor de patiënt. Bij een patiënte kwamen er belangrijke levensgebeurtenissen uit het verleden naar boven die ze niet eerder vermeld had. Een voordeel hiervan kan zijn dat de arts nu meer van de voorgeschiedenis weet en deze beter kan plaatsen binnen de psychologische aanpak. Soms is dit een eerste aanknopingspunt om over deze gebeurtenis en bijkomende gevoelens te spreken. De GDS kan bovendien niet dienen om de diagnose te stellen, enkel om deze diagnose te ondersteunen. Daarom hebben de artsen hier enkele bedenkingen bij: Is de afname van de GDS de taak van de huisarts? Of is dit de toekomstige taak van een verpleegkundige of een maatschappelijk assistente? Wat is de meerwaarde hiervan?

De eerste en belangrijke stap is het informatie geven. Hierbij blijkt wel voor de artsen dat het nuttig is om bijkomend een brochure te geven, vermits op het moment van het stellen van de diagnose de patiënt vaak overspoeld wordt door informatie en niet alles direct opneemt en verwerkt.

Ondanks het feit dat het tijdrovend is om een weekschema van de patiënt te overlopen, is het toch nuttig voor zowel arts als patiënt. Voor de behandelde arts is dit een goede manier om te weten te komen wat de dagdagelijkse activiteiten van de patiënt zijn. Zo komen er kleine belangrijke dingen aan het licht, die ze anders niet zouden vermelden, bijvoorbeeld de hoogtepunten van hun week. Met als gevolg dat soms zeer kleine veranderingen kunnen teweeg gebracht worden met een groot effect.
Bovendien is het zo voor de patiënten gemakkelijker om meer structuur in hun dag te brengen en na te denken en stil te staan over activiteiten die ze belangrijk vinden. Hier kan dan de nodig aandacht aan geschonken worden en tijd voor gereserveerd worden. Voorbeelden hiervan zijn het dagelijks wandelingetje buitenshuis of het vaste tijdstip van eten en slapen.

Het navragen van slaapproblemen is relatief eenvoudig en niet tijdsintensief. Bovendien kan dit probleem meestal goed aangepakt worden.

Diepte-interview 3: Na implementatie

Topics diepte-interview na implementatie
Diagnostiek - Zijn er veranderingen ontstaan in diagnostiek? - Wat zijn verbeterpunten of aandachtpunten? **Behandeling** - Zijn de algemene maatregelen zoals in de richtlijn toepasbaar? - Wat zijn struikelblokken in de praktijk? - Wat zijn verbeterpunten in de praktijk?

Het blijft moeilijk om een milde tot matige depressie bij ouderen te diagnosticeren. Ouderen zeggen vaak niet alles tegen hun arts en vermelden zelden spontaan hoe ze zich mentaal voelen. De steekkaart van Domus Medica kan hiervoor een handig hulpmiddel zijn in de praktijk. Zo kunnen er bij een vermoeden van depressie best twee oriënterende vragen gesteld worden (5):

- Ben je de voorbije maand in je dagelijkse leven frequent gehinderd geweest door depressieve gevoelens of hopeloosheid?
- Ben je de voorbij maand frequent gehinderd geweest door weinig interesse of weinig plezier in de dingen die je deed?

Bij een positief antwoord op één van beide vragen kan er dan meer tijd vrijgemaakt worden om de klacht verder te exploreren. In onze praktijk zou dit sneller en frequenter moeten nagevraagd worden in de toekomst.

Alle artsen waren van mening dat de behandeling beter kan gebeuren. Toch hebben ze één belangrijke bedenking over het toepassen van deze maatregelen tijdens een huisbezoek.
Ze vinden dat er momenteel onvoldoende tijd is om als huisarts in onze praktijk alle algemene maatregelen, zoals beschreven in de richtlijn, zelf uit te voeren. Zo is er voor de huisarts bijvoorbeeld geen tijdsbestek voor een weekschema met dagactiviteiten te bespreken met de patiënt. Hetzelfde geldt voor het bespreken van dagactivering. Hiervoor kan en zou er in de toekomst meer samengewerkt moeten worden met andere eerstelijnszorgverleners.

Tot slot zijn er nog enkele verbeterpunten aangekaart en besproken. Zo is het nuttig om in de patiëntendossiers beter de ernst van depressie trachten te beschrijven en te coderen. Ook kan het helpen om beter een follow-up voor de behandeling in te plannen en te noteren in het dossier van de patiënt.
Daarnaast zou er zeker meer aandacht geschonken moeten worden in de toekomst aan slaapproblemen. Vermits slaapproblemen vaak geassocieerd zijn met een depressie, gaat dit een aandachtspunt zijn om op te letten tijdens controlebezoeken. Zo zou er bijna routinematig nagevraagd kunnen worden of er slaapproblemen aanwezig zijn. Dit heeft als voordelen dat het probleem sneller kan aangepakt worden en dat er vlugger een link kan gelegd worden naar een mogelijke beginnende depressie.
Hoewel alle artsen van mening zijn dat het merendeel van de ouderen vaak geen veranderingen willen te weeg brengen, is toch gebleken dat vaak kleine veranderingen voor een positieve evolutie kunnen zorgen. Hierin kan de huisarts een ondersteunende rol op zich nemen.
Minder sociaal actieve patiënten komen vaak bijna enkel nog in contact met hun huisarts. Dit maakt het moeilijker om een behandeling te starten en een sociaal netwerk rond te patiënt te organiseren. Hiervoor is het zeker interessant om in de toekomst meer met de maatschappelijk assistente samen

te werken en in te schakelen waar nodig. Zo kan er beter ingespeeld worden op de noden van de patiënt en kan er een betere ondersteuning en netwerk rondom de patiënt komen.

Statistieken over het gebruik van antidepressiva bij 70-plussers tonen post-implementatie gelijkaardige resultaten.

Struikelblokken HA pre-implementatie (-)	Verbeterpunten HA post- implementatie (+) / Persisterende struikelblokken (-)
- Moeilijke diagnose	+ Toepassen steekkaart ter diagnostiek - Moeilijke diagnose
- Tijdsgebrek HA	+ Samenwerking maatschappelijk assistente + Vroegtijdig bevragen van o.a. slaapproblemen - Tijdsgebrek HA
- Gebrek samenwerking eerste lijn	+ Samenwerking maatschappelijk assistente - Gebrek uitgebreid netwerk hulpverlening
- Verminderde mobiliteit patiënt	+ Samenwerking maatschappelijk assistente ter informatie van mogelijke hulp
- Moeilijke follow-up	+ Betere codering in dossier

Tabel 5: Struikelblokken pre- en post-implementatie, verbeterpunten post-implementatie

b) Multidisciplinair: samenwerking en toepasbaarheid

Er is in deze studie niet verder samengewerkt met een psychologe. Hoewel de psychologe bereid was om hieraan mee te werken, zijn ouderen inderdaad eerder weigerachtig voor psychologische hulpverlening. Hun bijkomende verminderde mobiliteit zorgt nog voor een extra belemmerende factor. Er waren weinig mogelijkheden in de regio voor gerontopsychologen of psychologen die aan huis gaan voor hulpverlening.

De onderlinge samenwerking met de thuisverpleging was bij één van de patiënten wel een voordeel. De algemene toestand kan door hen beter worden ingeschat doordat ze de patiënt dagelijks zien. Er gebeurt ook een extra controle en inschatting van de patiënt. Bovendien kan er meer structuur in het dagelijkse ritme van de patiënt komen als een thuisverpleegkundige dagelijks op regelmatige tijdstippen langskomt. Daarnaast is er een vrij gemakkelijke communicatie tussen arts en verpleegkundige mogelijk.

De samenwerking met de maatschappelijk assistente van het OCMW verliep vrij vlot. Door het overleg vooraf aan de studie wisten de artsen wat het takenpakket inhield van haar. Vervolgens kon er via mail vlug gecommuniceerd worden bij welke patiënten de arts het nuttig vond om op huisbezoek te gaan. Hierbij wordt het beroepsgeheim bewaard, vermits er niets van medische informatie uitgewisseld wordt tussen arts en maatschappelijk assistente.
Het is zeer interessant om de patiënten zo op de hoogte te brengen van de mogelijkheden in de buurt, het principe van thuiszorg, de minder mobiele centrale,… Na de studie is er gepeild naar interesse en mogelijkheden om hun takenpakket verder uit te breiden. Zo staat zij er onder andere voor open om tijdens de huisbezoeken het weekschema met dagactiviteiten te overlopen. Wat er juist wel en niet mogelijk is, moet nog verder besproken worden binnen het OCMW.

Er is tijdens de diepte-interviews van de huisartsen ook gesproken om al dan niet thuishulp van de patiënten te betrekken. Enerzijds is dit zeer nuttig omdat ze elke dag bij de patiënt komen en hun activiteiten deels kunnen sturen. Anderzijds is het moeilijk om thuishulp in te schakelen en hen

instructies te geven. Hun takenpakket is eerder afgebakend door het ziekenfonds of desbetreffende organisatie. Als arts kunnen we suggesties doen voor bepaalde activiteiten, maar we kunnen hen niets opleggen.

3.4 Conclusie

Aan de hand van dit praktijkverbeterend project hebben we kunnen ondervinden dat er in een eerste tijd verscheidene niet-medicamenteuze interventies kunnen uitgevoerd worden om een milde tot matige depressie te behandelen. Deze interventies zijn ondersteuning aanbieden, psycho-educatie geven, actieve monitoring, slaapadvies geven en dagbestedingen bespreken. We kunnen stellen dat bij 3/5 patiënten er een objectieve en subjectieve verbetering van depressie was door deze algemene maatregelen te treffen. Sociale heractivering en dagstructurering hebben voornamelijk voor een positieve evolutie gezorgd.

De richtlijn van Domus Medica 'Depressie bij volwassenen' kan goed geïmplementeerd worden in de praktijk. De steekkaart voor het stellen van de diagnose is een handig hulpmiddel geweest tijdens dit project. De artsen zijn ervan overtuigd om dit in de toekomst te blijven toepassen. Ook de algemene maatregelen bij de behandeling zijn uitgevoerd kunnen worden zoals aangereikt in de richtlijn. Over het dagelijks gebruik hiervan in de toekomst en de taakverdeling hebben de artsen binnen de praktijk echter enkele bedenkingen (zie 4.1 Discussie).

Op multidisciplinair gebied is er een vooruitgang geboekt in de praktijk door samenwerking met de maatschappelijk assistente van het OCMW. Zij neemt een belangrijke plaats in bij de sociale omkadering van de patiënt. Met andere zorgverleners in de eerste lijn is er helaas een zeer beperkte samenwerking geweest.

4. Algemene discussie en besluit

4.1 Discussie

Over het behandelen van een depressie volgens de richtlijn, hebben de artsen enkele bemerkingen. Enerzijds blijken de interventies effectief en toepasbaar, maar anderzijds stellen ze zich vragen over de rol van de huisarts in het toepassen van de maatregelen. De huisarts zou wel moeten instaan voor het stellen van de diagnose, het geven van informatie en het aanpakken van slaapproblemen. Bij de interventie dat de huisarts een weekschema en dagactiviteiten met de patiënt zou moeten bespreken, hebben ze hun bedenkingen. De voornaamste belemmerende factor in de behandeling is het tijdsgebrek. De artsen zijn dan ook van mening dat onder andere deze maatregel perfect kan uitgevoerd worden door een maatschappelijk assistente of een verpleegkundige.

Artsen zijn vaak niet op de hoogte wat de mogelijkheden zijn in de regio voor hulpverlening. Zo blijkt ook uit dit project, namelijk de artsen waren niet op de hoogte van de diensten van de maatschappelijk assistente. Er zijn echter verscheidene zorgverleners die een rol kunnen spelen, maar hiervan is echter niet steeds iedereen op de hoogte. Bovendien vergt het tijd en ondervinding om deze samenwerking optimaal te kunnen laten verlopen.

Zo wordt er meer en meer verwacht dat artsen taken gaan uitbesteden aan andere disciplines in de gezondheidszorg. Ook artsen zijn hier vaak vragende partij. Toch is dit niet steeds voor de hand liggend. Zo is namelijk, in dit geval, een depressie bij ouderen een ernstige aandoening en moeilijk te herkennen en te behandelen. Bovendien is het moeilijk voor de zorgverleners afzonderlijk om een overzicht te blijven houden over het aanbod en wie welke zorg verleent bij een patiënt. Toch blijkt uit een recente studie (2016) van Zimmermann et al. reeds het gunstige resultaat van een verpleegkundige als belangrijke complementaire kracht naast de huisarts in de ondersteuning van zelfmanagement van een depressieve patiënt (14).
Is er in de toekomst plaats voor een assistente of verpleegkundige specifiek voor het begeleiden van een depressievere oudere in deze algemene maatregelen? Of moeten medische problemen volledig in handen blijven van de huisarts?

Zou er anderzijds meer moeten ingezet worden op preventie in de toekomst? Zo toont de manamathesis van Dr. Annouck Demarest aan dat het zinvol kan zijn om te screenen op een (sub)klinische depressie bij 75-plussers. Ook zijn stapsgewijze interventies ter preventie haalbaar en effectief. Er zijn wel enkele beperkingen aangehaald in dit praktijkonderzoek (15).

4.2 Sterktes en zwaktes van de studie

Er zijn enkele beperkingen in deze studie. Eerst en vooral is er een bias in de studiepopulatie. Zo gaat het om een zeer kleine studiepopulatie van vijf patiënten. Over de resultaten van de interventies op de GDS kunnen dusdanig moeilijk conclusies getrokken worden. Een voordeel is wel dat de deelnemers afzonderlijk nauwgezetter zijn kunnen opgevolgd worden. Ook zijn de woonsituaties en burgerlijke status van de patiënten divers en representatief voor de oudere patiënt. Bovendien ging het hier vooral om de samenwerking op de eerste lijn en implementatie van de richtlijn. Daarnaast is er een bias omtrent het geslacht, er namen vier vrouwen deel en één man. Nochtans zeggen cijfers dat de incidentie van een depressie bij vrouwen dubbel zo groot is dan bij mannen (5). Ook is er sprake van een minimale attrition bias. Één patiënte is na randomisatie uit de studie gevallen na verhuis naar een WZC.

Bovendien heeft deze onderzoeksmethode, namelijk een one-group pretest-posttest design, ook zijn beperkingen. Vermits het niet strikt experimenteel is en er geen controlegroep is, is het moeilijk om duidelijke kwalitatieve conclusies te trekken uit de verbetering van GDS score bij de patiënten.

Er is bewust gekozen om de interventies te laten uitvoeren en de patiënt te laten opvolgen door de HAIO. Dit zorgde voor een onafhankelijke benadering. De nieuwe HAIO had immers bij het begin van de studie een objectieve kijk op de situatie en toestand van de patiënt. De behandelde arts zou zich kunnen laten leiden door voorgaande gesprekken en ervaringen met de patiënt. Dit kan zowel een voordeel als nadeel zijn.

De opvolging verloopt echter maar over zes maanden. Om kwalitatieve conclusies te trekken over de interventies zou de opvolging over een langere termijn moeten verlopen.

4.3 Suggesties voor verder onderzoek

Gezien het belang van de niet-medicamenteuze behandeling van een depressie bij een kwetsbare oudere, moet er verder onderzoek gebeuren op grotere schaal hoe deze algemene maatregelen goed geïmplementeerd kunnen worden in een huisartsenpraktijk.

De samenwerking met thuishulp en thuisverpleegkundigen in kader van dit probleem zou nog verder onderzocht kunnen worden. De thuishulp zou hier een belangrijke psychosociale rol op zich kunnen nemen, waar de thuisverpleegkundige zich zou kunnen toespitsen op screening en behandelinterventies. Dit biedt gunstige therapeutische mogelijkheden voor de toekomst.

Er zou verder onderzoek moeten gebeuren naar de diensten van het OCMW. Hoe zit het met de andere gemeentes van Vlaanderen? Is er in elk OCMW een maatschappelijk assistente die op huisbezoek gaat bij ouderen? Indien dit het geval is, zou het interessant zijn om na te gaan of er een mogelijkheid is het takenpakket van de maatschappelijk assistente uit te breiden en een plaats te voorzien voor algemene maatregelen. Bovendien is het nuttig om de samenwerking tussen huisartsen en een OCMW beter in kaart te brengen en eventueel zo te optimaliseren.

4.4 Algemeen besluit

Globaal kunnen we uit voorgaand literatuuronderzoek en deze kleinschalige studie besluiten dat er verscheidene doeltreffende algemene maatregelen zijn die de huisarts kan uitvoeren om een milde tot matige depressie bij een 70-plusser te behandelen, gaande van informatie geven tot weekschema's bespreken. De meest doeltreffende maatregelen waren sociale heractivering en dagstructurering. Daarnaast is het belangrijk voor de huisarts om aandacht te hebben voor de slaaphygiëne van de patiënt.

De richtlijn 'Depressie bij volwassenen' van Domus Medica is goed geïmplementeerd kunnen worden in de Artsenpraktijk in Balen. De steekkaart voor diagnostiek is handig en efficiënt. De algemene maatregelen in de behandeling zijn duidelijk en toepasbaar. De rol van de huisarts in de praktische uitvoering ervan staat echter nog ter discussie voor de artsen binnen de praktijk. Tijdsgebrek is hier een belangrijke belemmerende factor.

Er vond een verbetering in de samenwerking tussen zorgverleners plaats in de regio Balen, namelijk tussen de huisartsen van de praktijk en de maatschappelijk assistente van het OCMW Balen. Zij heeft een belangrijke rol in de sociale heractivering van de patiënt.

Er zijn dus nog enkele aandachtspunten naar de toekomst toe. De multidisciplinaire aanpak van een depressie bij ouderen zou eerst en vooral moeten gebeuren op basis van een praktische toepassing van een richtlijn. Huisartsen zouden hierbij meer vertrouwd moeten geraken met de implementatie van bijvoorbeeld de richtlijn van Domus Medica. Met het doel dat artsen zo ook meer op de hoogte zijn van de mogelijke interventies en verwijzingen in de regio. Er zou meer overleg en directe samenwerking moeten zijn met alle zorgverleners in de eerste lijn. Deze samenwerking zou een belangrijke complementaire kracht kunnen zijn in de behandeling. Hopelijk kan dit in de toekomst op grotere schaal nog verder geoptimaliseerd worden want al deze veelbelovende therapeutische opties bieden reeds gunstige toekomstperspectieven!

Dankwoord

In de eerste plaats zou ik mijn promotor Prof. Dr. De Lepeleire willen bedanken voor de begeleiding van mijn masterproef. Dankzij zijn opmerkingen en suggesties ben ik tot dit resultaat kunnen komen.

Daarnaast wil ik mijn praktijkopleider Dr. Johan Beirinckx bedanken om mij te steunen en te helpen tijdens mijn twee leerrijke HAIO-jaren. Ook mijn andere collega's in de praktijk Dr. Mentens, Dr. Ooms en Dr. Verlinden zou ik van harte willen bedanken. Zij waren op ieder moment steeds bereid om mij te helpen en advies te geven. Dankzij hen heb ik twee belangrijke en mooie jaren achter de rug waarbij mijn interesse in de huisartsgeneeskunde nog meer is kunnen groeien.

Tot slot wil ik mijn ouders en mijn vriend Josse bedanken voor hun geduld en steun tijdens mijn studies geneeskunde.

Referenties

1. Copeland JRM, Beekman ATF, Braam AW, Dewey ME, Delespaul P, Fuhrer R, et al. Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. World Psychiatry 2004 Feb, 3(1): 45-49.
2. Anderson DN. Treating depression in old age: the reasons to be positive. Age and Ageing 2001 Jan, 30(1): 13-17.
3. Apóstolo J, Bobrowicz-Campos E, Rodrigues M, Castro I, Cardosoa D. The effectiveness of non-pharmacological interventions in older adults with depressive disorders: a systematic review. International Journal of Nursing Studies 2016 Jun, 58: 59-70.
4. Holvast F, Massoudi B, Oude Voshaar RC, Verhaak PFM. Non-pharmacological treatment for depressed older patients in primary care: A systematic review and meta-analysis. PLoS One 2017, 12(9).
5. Declercq T, Habraken H, van den Ameele H, Callens J, De Lepeleire J, Cloetens H. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Depressie bij volwassenen. Antwerpen: Domus Medica vzw 2017.
6. Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, Licht-Strunk E, Van Marwijk HWJ, Van Rijswijk HCAM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Nederlands Huisarts Genootschap 2012.
7. Trimbos-instituut. Addendum ouderen bij de MDR Depressie. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ 2008. Beschikbaar via: www.ggzrichtlijnen.nl/depressie. Geraadpleegd 2017 maart 20.
8. Nederlands kenniscentrum ouderenpsychiatrie. Meetinstrumenten: GDS. Beschikbaar via: www.nkop.nl/praktijk/meetinstrumenten/details/?instrument=20. Geraadpleegd 2017 februari 8.
9. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. Clinical Psychology Review 2007 Apr, 27(3):318-326.
10. Baglioni C, Battagliese G, Feige B, Spiegelhalder K, Nissen C, Voderholzer U, et al. Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. Journal of Affective Disorders 2011 Dec, 135(1-3):10-19.
11. Taylor DJ, Lichstein KL, Weinstock J, Sanford S, Temple JR. A pilot study of cognitive-behavioral therapy of insomnia in people with mild depression. Behavior Therapy 2007 Mar, 38(1):49-57.
12. Cuijpers P, Karyotaki E, Pot AM, Park M, Reynolds C. Managing depression in older age: Psychological interventions. Maturitas 2014 Okt, 79(2): 160-169.
13. Arean PA, Niu G. Choosing Treatment for Depression in Older Adults and Evaluating Response. Clinics in Geriatric Medicine 2014 Aug, 30(3): 535-551.
14. Zimmermann T, Puschmann E, Van den Bussche H, Wiese B, Ernst A, Porzelt S, et al. Collaborative nurse-led self-management support for primary care patients with anxiety, depressive or somatic symptoms: Cluster-randomised controlled trial (findings of the SMADS study). International Journal of Nursing Studies 2016 Nov,63:101-111.

15. Demarest A. Depressie bij thuiswonende geriatrisch patiënten: een geïndiceerd preventief zorgplan binnen een huisartsenpraktijk in Brugge. Universiteit Gent 2016-2017.

16. Thuisarts.nl. Ik heb een depressie. Beschikbaar via: www.thuisarts.nl/depressie/ik-heb-depressie. Geraadpleegd 2017 februari 11.

17. Torbeyns W. Brochure slapeloosheid. Domus Medica 2012. Beschikbaar via: https://www.domusmedica.be/documentatie/downloads/patienteninformatie/706-brochure-slapeloosheid.html. Geraadpleegd 2017 maart 20.

Bijlagen

Bijlage 1: Geriatric Depression Scale (8)

Geriatric Depression Scale (GDS)

Naam: .....

Geboortedatum: ....-....-.....

Datum invullen: ....-....-.....

Deze vragenlijst bestaat uit vragen waarop u met "Ja" of "Nee" kunt antwoorden.

Het is de bedoeling dat u de vragen leest en bedenkt welk antwoord u hierop zult geven.

U geeft het antwoord dat het best weergeeft hoe u zich de afgelopen week, met vandaag erbij, gevoeld heeft.

Om het door u gekozen antwoord zet u dan een cirkeltje.

Voorbeeld:

Vindt u het mooi weer vandaag? (Ja) **Nee**

In dit voorbeeld vindt degene die de vraag beantwoord dat het mooi weer is.

Het is belangrijk dat u alle 30 vragen beantwoordt.

Vertaling: J.A.C. Bleeker, M.L. Frohn de Winter, E. Cornelissen (1985)

NB. Zet een cirkeltje om het antwoord dat op u van toepassing is.

---

1. Bent u innerlijk tevreden met uw leven?	Ja	Nee
2. Bent u met veel activiteiten en interessen opgehouden?	Ja	Nee
3. Hebt u het gevoel dat uw leven leeg is?	Ja	Nee
4. Verveelt u zich vaak?	Ja	Nee
5. Hebt u hoop op de toekomst?	Ja	Nee
6. Piekert u over dingen die u niet uit uw hoofd kunt zetten?	Ja	Nee
7. Hebt u meestal een goed humeur?	Ja	Nee
8. Bent u bang dat u iets naars zal overkomen?	Ja	Nee
9. Voelt u zich meestal wel gelukkig?	Ja	Nee
10. Voelt u zich vaak hopeloos?	Ja	Nee
11. Bent u vaak rusteloos of zenuwachtig?	Ja	Nee
12. Blijft u liever thuis dan uit te gaan en nieuwe dingen te doen?	Ja	Nee
13. Piekert u vaak over de toekomst?	Ja	Nee
14. Hebt u het gevoel dat u meer moeite heeft met het geheugen dan anderen?	Ja	Nee
15. Vindt u het fijn om te leven?	Ja	Nee

NB. Zet een cirkeltje om het antwoord dat op u van toepassing is.

---

16. Voelt u zich vaak down en in de put?	**Ja**	**Nee**
17. Voelt u zich nogal waardeloos op het ogenblik?	**Ja**	**Nee**
18. Piekert u veel over het verleden?	**Ja**	**Nee**
19. Vindt u het leven opwindend?	**Ja**	**Nee**
20. Is het voor u moeilijk om met nieuwe dingen te beginnen?	**Ja**	**Nee**
21. Voelt u zich energiek?	**Ja**	**Nee**
22. Hebt u het gevoel dat uw situatie hopeloos is?	**Ja**	**Nee**
23. Denkt u dat de meeste mensen het beter hebben dan u?	**Ja**	**Nee**
24. Windt u zich vaak op over kleinigheden?	**Ja**	**Nee**
25. Hebt u vaak het gevoel dat u zou willen huilen?	**Ja**	**Nee**
26. Kost het u moeite om ergens uw aandacht bij te houden?	**Ja**	**Nee**
27. Staat u ´s ochtends met plezier op?	**Ja**	**Nee**
28. Geeft u er de voorkeur aan gezelschap te vermijden?	**Ja**	**Nee**
29. Is het gemakkelijk voor u om beslissingen te nemen?	**Ja**	**Nee**
30. Voelt u zich even helder als gewoonlijk?	**Ja**	**Nee**

Bijlage 2: Veiligheidskaart OCMW Balen

VEILIGHEIDSKAART

balen

Seniorenraad BALEN

GEGEVENS BEWONER

Naam en voornaam _____

Adres _____

Telefoon- of gsm-nr. _____

Geboortedatum _____

Kleef hier een recente pasfoto

CONTACTPERSOON 1 IN GEVAL VAN NOOD

Naam en voornaam _____

Adres _____

Telefoon- of gsm-nr. _____

Relatie _____

CONTACTPERSOON 2 IN GEVAL VAN NOOD

Naam en voornaam _____

Adres _____

Telefoon- of gsm-nr. _____

Relatie _____

GEGEVENS HUISARTS

Naam en voornaam _____

Adres _____

Telefoon- of gsm-nr. _____

MEDISCHE INFO

Bloedgroep _____

Allergieën (medicatie, insecten,...)

_____

_____

Bijzonderheden _____

_____

_____

Noodzakelijke medicatie:

_____

_____

_____

Extra info _____

_____

Belangrijke tip: Hang een recente lijst van medicatie aan deze kaart.

een initiatief van Seniorenraad i.s.m. het gemeentebestuur

NUTTIGE TELEFOONNUMMERS

- Oproep voor ziekenwagen, brandweer en politie: 112
- Dringende politiehulp: 101
- Ziekenvervoer Rode Kruis: 105
- Politie Balen-Dessel-Mol: 014/33 37 00
- Brandwondencentrum: 02/268 62 00
- Antigifcentrum: 070/245 245
- Card Stop: 070/344 344
- Gasreuk: 0800/65 065
- Gemeentehuis Balen: 014/74 40 40
- OCMW Balen: 014/82 98 48
- Seniorenraad via VC De Kruierie: 014/74 40 50
- Raad voor gehandicapten via OCMW: 014/82 98 48

WACHTDIENSTEN DOKTER, TANDARTS EN APOTHEKER

Dokter van wacht	Balen	Olmen	Hulsen
Weekdagen overdag	eigen huisarts bellen	eigen huisarts bellen	eigen huisarts bellen
's Nachts (maandag tot donderdag)	011/40 31 84	013/67 58 58	011/23 23 00
's Nachts (vrijdag tot zondag) en feestdagen	014/22 22 00	013/67 58 58	014/22 22 00

Tandarts van wacht: 0903/39 969 – www.tandarts.be (1,50 euro per minuut)
Apotheek van wacht: 0900/10 500 – www.apotheek.be (0,50 euro per minuut)

Wat neem je zeker mee naar de dokter van wacht?
Identiteitskaart, kleefbriefje van de mutualiteit en eventueel een lijst van de geneesmiddelen die je gewoonlijk inneemt.

Wachtpost van de huisartsen uit de regio Zuiderkempen (voor heel Balen behalve Olmen) **014/22 22 00**
Molseweg 204 in Geel (witte huis rechts op het einde van de Ring in Mol (wegversmalling), richting Geel).

ZIEKENHUIZEN IN DE REGIO

	Heilig Hartziekenhuis	Alg. Ziekenhuis Sint Dimpna	Mariaziekenhuis Noord-Limburg
Adres	Gasthuisstraat 1 2400 Mol	JB-Stessensstraat 2 2440 Geel	Maesenveld 1 3900 Overpelt
Telefoon infobalie	014/71 20 00	014/57 77 77	011/82 60 00
Dienst afspraken	014/71 20 53		
Dienst radiografie	014/71 20 43		011/82 62 50
Website	www.azmol.be	www.azstdimpna.be	www.mznl.be

Wat zeg je als je een noodnummer belt?

Het is belangrijk dat je precieze en juiste informatie kunt meedelen en dat je de vragen kunt beantwoorden. Dit wil men van je horen:

- Geef het juiste adres (gemeente, straat, nummer, kruispunt, speciale toegang, verkeerslichten,...) en eventueel wat de gemakkelijkste manier is om er te geraken (eventuele wegomleidingen,...)
- Beschrijf wat er is gebeurd: brand, ongeval, agressie, inbraak, hartaanval,...
- Geef aan of er mensen in gevaar of gewonden zijn en hoeveel, zijn ze bij bewustzijn,...
- Wie je bent? (familierelatie tot slachtoffer, getuige,...)

Nuttige tips!

- Wacht rustig op antwoord. Haak niet in, want daardoor kom je opnieuw achteraan de wachtrij te staan!
- Als de situatie zou verergeren of verbeteren, bel dan terug naar de noodcentrale om dit mee te delen.
- Als je per ongeluk een noodnummer hebt gebeld, hang dan niet op, maar zeg dat alles in orde is. Zo weet men dat er geen sprake is van een noodgeval.

Europees noodnummer: 112

Hang deze kaart op een goed zichtbare plaats, bv. aan je prikbord!

Bijlage 3: Steekkaart diagnose depressie, Domus Medica (5)

STEEKKAART

DEPRESSIE BIJ VOLWASSENEN: DIAGNOSTIEK

domus medica

DIAGNOSTIEK: STAPPENPLAN

Stap 1: Wees alert voor depressie en voor depressieve klachten bij uw patiënt.

Stap 2: Stel bij vermoeden van depressie twee oriënterende vragen en exploreer verder bij een positief antwoord op een van beide:

- ben je de voorbije maand in je dagelijks leven frequent gehinderd geweest door depressieve gevoelens of hopeloosheid?
- ben je de voorbije maand frequent gehinderd geweest door weinig interesse of weinig plezier in de dingen die je deed?*

Stap 3: Stel een diagnostisch landschap op en verzamel argumenten voor en tegen de diagnose depressie.

Stap 4: Exploreer de ICE (ideas, concerns, expectations) en copingmechanismen, en bevraag het suïciderisico.

Stap 5: Stel op basis van de voorgaande vier stappen de diagnose depressie en toets zo nodig aan de DSM-5-criteria *(zie achterkant)*.

Stap 6: Schat de ernst van de depressie in. Beoordeel daarvoor:

- de lijdensdruk die de patiënt ervaart;
- de invloed die de depressie op het dagelijks leven/functioneren van de patiënt heeft.

AANDACHTSPUNTEN BIJ OUDEREN

Hou er rekening mee dat depressie op oudere leeftijd een ernstige diagnose is:

- er is een verhoogde kans op sterfte en invaliditeit, er zijn meer functionele beperkingen en er is meer angst;
- er is meer kans op suïcidale ideaties en ook meer (geslaagde) suïcide;
- er is meer cognitief verval en een verhoogd risico op dementie.

Hou er rekening mee dat depressie op oudere leeftijd een moeilijke diagnose is: behoud in de differentiaaldiagnose ook somatische ziektebeelden, normale problemen van oudere leeftijd en dementie.

Neem bij een vermoeden van depressie een klassieke depressieanamnese af. Bevraag hierbij ook ernst, duur en weerslag van de depressie op het functioneren van de oudere en op zijn cognitie.

* De auteursgroep heeft zich gebaseerd op de Whooley-questions die in tegenstelling tot de DSM-5 een tijdspanne van één maand vooropstellen.

© Domus Medica vzw - 2017

DSM-5-CRITERIA VAN DEPRESSIE

A. Vijf of meer van de volgende symptomen zijn binnen dezelfde periode van twee weken aanwezig geweest en wijken af van het eerdere functioneren; minstens een van de symptomen is ofwel een sombere stemming, ofwel verlies van interesse of plezier. Geen symptomen meetellen die duidelijk zijn toe te schrijven aan een somatische aandoening.

1 Sombere stemming, gedurende het grootste deel van de dag en bijna elke dag, zoals blijkt uit ofwel subjectieve mededelingen (bv. zich verdrietig, leeg of hopeloos voelen), ofwel observatie door anderen (bv. tranen in de ogen).

2 Duidelijk verminderde interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten, gedurende het grootste deel van de dag, en dit bijna elke dag, zoals blijkt uit een subjectieve beschrijving of observatie door anderen.

3 Significant gewichtsverlies zonder dat dieet wordt gehouden, of een gewichtstoename (bv. meer dan 5% van het lichaamsgewicht binnen één maand), of bijna elke dag een afgenomen of toegenomen eetlust.

4 Insomnia of hypersomnia, bijna iedere dag.

5 Psychomotorische agitatie of vertraging, bijna elke dag (waarneembaar door anderen, en niet alleen subjectieve gevoelens van rusteloosheid of geremd worden).

6 Vermoeidheid of verlies van energie, bijna iedere dag.

7 Gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens (die het karakter van een waan kunnen hebben), bijna elke dag (niet alleen zelfverwijt of schuldgevoel over het ziek zijn).

8 Verminderd vermogen tot nadenken of concentreren, of besluiteloosheid, bijna elke dag (ofwel subjectief beschreven ofwel geobserveerd door anderen).

9 Recidiverende gedachten aan de dood (niet alleen de vrees om dood te gaan), recidiverende suïcidegedachten zonder een specifiek plan, of een suïcidepoging, of een specifiek plan om suïcide te plegen.

B. De symptomen veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen.

C. De episode kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel of een andere somatische aandoening.

Bron: American Psychiatric Association. Beknopt overzicht van de criteria DSM-5. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2014.

© Domus Medica vzw - 2017

Bijlage 4: Informatieformulier voor de patiënt

ICHO VZW
INTERUNIVERSITAIR CENTRUM VOOR HUISARTSEN OPLEIDING

Informatieformulier voor de patiënt

De niet-medicamenteuze aanpak van depressie bij 70-plussers in een multidisciplinaire groepspraktijk

Beste patiënt(e),

In het kader van haar master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde doet Dr. Marie-Katrien Wauteraerts een studie omtrent de behandeling van depressie bij ouderen. Deze studie zal plaatsvinden in de periode van maart 2017 tot augustus 2018.

In dit onderzoek wordt gekeken hoe de niet-medicamenteuze behandeling van depressie kan geoptimaliseerd worden in een multidisciplinaire groepspraktijk. Er wordt nagegaan welke behandelingen er mogelijk zijn op de eerste lijn in de regio Balen. Tegelijkertijd wordt er nagegaan hoe de samenwerking tussen deze zorgverleners efficiënter kan gebeuren. We hopen dat dit een eerste stap kan zijn om een depressie bij ouderen sneller en doeltreffend te kunnen behandelen zonder dat het noodzakelijk is om een antidepressivum op te starten.

Als U van één van de artsen in de praktijk de diagnose van milde tot matige depressie hebt gekregen en U toestemt om deel te nemen aan het onderzoek, wordt U geïncludeerd in de studie.
Eerst zal er gevraagd worden om een korte vragenlijst te beantwoorden (Geriatric Depression Scale) om een idee te krijgen van de ernst van uw depressie.
Vervolgens wordt een niet-medicamenteuze behandeling gestart. De zes maanden die daarop volgen zal u van kortbij gevolgd worden door de huisarts.
Na zes maanden behandeling en opvolging zal er opnieuw gevraagd worden diezelfde vragenlijst in te vullen en zal uw mening gevraagd worden omtrent de uitgevoerde interventies.

Al uw contactgegevens en persoonlijke informatie zijn vertrouwelijk en worden anoniem verwerkt in deze studie. Enkel de onderzoekers hebben hier toegang toe.

Uw deelname is vrijwillig en kan op ieder moment worden stop gezet, zonder nadelige gevolgen voor U en uw arts-patiëntrelatie.

Indien U toestemt om deel te nemen aan de studie, gelieve bijgevoegd formulier te ondertekenen.
Indien U nog bijkomende vragen hebt, kan U steeds contact opnemen met onderstaande onderzoeker of uw behandelend huisarts.

We bedanken U alvast voor uw medewerking.
Met vriendelijke groeten, Dr. Marie-Katrien Wauteraerts

Bijlage 5: Toestemmingsformulier voor deelname aan de studie

ICHO VZW
INTERUNIVERSITAIR CENTRUM VOOR HUISARTSEN OPLEIDING

Toestemmingsformulier voor deelname aan de studie

De niet-medicamenteuze aanpak van depressie bij 70-plussers in een multidisciplinaire groepspraktijk

Onderzoeker en Huisarts-in-opleiding: Dr Marie-Katrien Wauteraerts

Promotor: Prof. Dr. J. De Lepeleire

Academiejaar: 2016-2018

Hierbij geef ik mijn toestemming voor deelname aan bovengenoemd onderzoek.

Ik bevestig dat Dr. …… mij geïnformeerd heeft over deze studie en dat ik alles goed begrepen heb. Ik heb de informatie ook schriftelijk ontvangen.

Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik mijn toestemming op ieder moment d.m.v. schriftelijke mededeling aan de onderzoeker kan intrekken, zonder nadelige gevolgen.

Ik bevestig dat de bekomen gegevens verwerkt mogen worden voor de verwezenlijking van het doel van het onderzoek zoals beschreven in de informatiebrief.

Naam deelnemer: ……

Handtekening deelnemer:

Datum:

Naam onderzoeker: Dr. Marie-Katrien Wauteraerts

Ik, ondergetekende, Marie-Katrien Wauteraerts, bevestig dat ik mondeling de nodige informatie heb gegeven over deze klinische studie, dat ik een kopie heb gegeven van het informatie- en toestemmingsformulier dat door de verschillende partijen werd getekend, dat ik bereid ben om zo nodig alle aanvullende vragen te beantwoorden en dat ik geen druk op de patiënt heb uitgeoefend om aan de studie deel te nemen. Ik verklaar dat ik werk volgens de ethische principes die worden beschreven in de Verklaring van Helsinki en de Belgische wet van 7/5/2004 over proeven op mensen.

Handtekening onderzoeker:

Bijlage 6: Patiëntenbrochure 'Ik wil goed leren omgaan met mijn depressie' (16)

'Ik wil goed leren omgaan met mijn depressie'

In het kort

- **Een depressie kan enkele maanden duren.**
- **Het is belangrijk dat u goed leert omgaan met de sombere gevoelens.**
- **Het kan helpen om contact te hebben met vrienden of familie met wie u kunt praten en die u proberen te begrijpen.**
- **Stel niet te hoge eisen aan uzelf.**
- **Richt u vooral op de eenvoudige, praktische zaken van het dagelijks leven.**
- **Zorg voor regelmaat, zoals vaste etenstijden, vroeg opstaan en dagelijks contact met een vertrouwd persoon.**
- **Ook regelmatig sporten of bewegen kan helpen uw depressie te verminderen.**
- **Zoek afleiding in activiteiten die voor u prettig of ontspannend zijn.**
- **Drink niet te veel alcohol.**

Wat is een depressie?

Bij een depressie bent u somber en heeft u nergens meer zin in. Deze klachten duren langer dan 2 weken en u heeft er veel last van. Het depressieve gevoel verstoort uw dagelijkse bezigheden, zoals uw werk, gezinsleven en contact met andere mensen.

Depressie is een aandoening die veel voorkomt. Het is niet iets om u voor te schamen of om u schuldig over te voelen.

Bijzondere vormen van depressie zijn:

- winterdepressie: iemand wordt in de herfst depressief en knapt in de lente weer helemaal op. Als dit 2 jaar zo is, is het een winterdepressie;
- postpartum depressie: een depressie na een bevalling;
- dysthymie: depressieve klachten die ten minste 2 jaar lang blijven.

Hoe ga ik me weer prettiger voelen?

Uit onderzoek weten we dat het helpt om geleidelijk aan weer dingen te gaan doen die u vroeger leuk vond. Door deze activiteiten weer te gaan doen, gaat u zich prettiger voelen. U wordt minder somber en uw energie komt langzaam terug.

Het kan zijn dat u hier tegen opziet. Begin dan met de eenvoudige dagelijkse dingen. Kleed u bijvoorbeeld 's ochtends meteen aan in plaats van in uw pyjama te blijven zitten. Pak de krant en lees uw favoriete column of rubrieken. Spreek af om met iemand koffie te gaan drinken of nodig daar iemand voor uit. Ga een eindje fietsen of wandelen.

- Bedenk welke dingen u wel weer zou willen doen, gewoon omdat ze u vroeger een goed gevoel gaven.
- Schrijf ze een voor een op, tot u een lijst heeft van plezierige activiteiten.

Adviezen bij een depressie

Praten

Vaak helpt het om erover te praten, met de huisarts of de praktijkondersteuner en met familie of vrienden.

De meeste mensen hebben begrip voor de situatie. Leg aan hen uit wat depressie betekent. U kunt hun ook deze tekst laten lezen.
Door de depressie gaat u misschien negatief over uzelf denken. Teleurstelling, verdriet en woede kunnen het negatieve gevoel versterken. Bespreek uw gevoelens. Het kost tijd dergelijke emoties te verwerken. Gun uzelf die tijd.

Haalbare doelen

Stel uzelf niet te hoge eisen, bijvoorbeeld dat u snel moet herstellen of normaal uw werk moet kunnen doen. U kunt in het begin het beste de praktische taken van het dagelijks leven doen, zoals boodschappen doen, eten koken en wassen.

Regelmaat

Probeer regelmaat in uw leven te houden. Ga op vaste (normale) tijden naar bed en sta op tijd op. Eet ook op vaste tijden.
Ga elke dag naar buiten. Buitenlucht en bewegen geven u al snel een beter gevoel.

Geen alcohol en drugs

Drink liever geen alcohol en gebruik geen drugs. Dit is belangrijk om het herstel te bevorderen.

Bedenk prettige activiteiten

Bedenk activiteiten die u prettig vindt om te doen. Kies bijvoorbeeld elke dag zo'n prettige activiteit en ga dat doen.

Bewegen en sporten

Bewegen of sporten geeft een goed gevoel. Probeer elke dag minstens een half uur actief te bewegen. Ga bijvoorbeeld fietsen, wandelen of tuinieren.
Sporten helpt: 3 keer per week een halfuur rennen of trainen helpt al om u minder depressief te voelen. Kies vooral een sport die u leuk vindt.
Door regelmatig te bewegen gaat u zich fitter voelen. Ook zorgt het voor een betere nachtrust.

Gezin

Een depressie kan het moeilijker maken om voor kinderen te zorgen. U kunt minder aan en bent misschien sneller geïrriteerd of boos. Als u kinderen heeft, is het goed om met uw huisarts te praten over hoe het gaat in uw gezin en te kijken naar oplossingen voor problemen.

Werken

Blijven werken is vaak beter dan tijdelijk stoppen met werken. Probeer dus te blijven werken, al zijn het bijvoorbeeld maar 2 halve dagen in de week. Bespreek het eventueel met uw bedrijfsarts.

De activiteitenlijst

Als u depressief bent, kan het een hele opdracht zijn om ineens weer leuke dingen te moeten gaan doen. Misschien is het al lastig om een aantal activiteiten op te noemen die u vroeger leuk vond. Denk er daarom rustig over na. Probeer daarbij de volgende vragen voor uzelf te beantwoorden:

- Wat vond ik vroeger leuk en doe ik nu niet meer?
- Welke gedachten, dingen of mensen zitten in de weg als ik me voorstel om dit weer te gaan doen?
- Wat kan ik doen om de activiteiten toch door te laten gaan als het tegenzit?
- Wie kan mij daarbij helpen?

Als u de lijst met activiteiten heeft opgesteld, bent u al een heel eind op weg.

Kies vervolgens met welke activiteit u wilt beginnen. Spreek voor uzelf een vaste tijd af voor de gekozen activiteit(en).

Met de lijst gaat u naar uw huisarts om te bespreken hoe het gaat. Als het niet direct lukt, bekijkt u samen met de huisarts waar dat aan ligt. Samen zoekt u naar een oplossing. Soms lukt het beter als u een andere activiteit kiest.

Hoe gaat het verder met een depressie?

Een depressie gaat vaak binnen een half jaar over: 6 van de 10 mensen met een depressie is binnen een half jaar hersteld.

Soms voelen mensen met een depressie zich schuldig over hun toestand en komen ze niet meer op het spreekuur. Dat is niet verstandig.

- Maak regelmatig een vervolgafspraak om te bespreken hoe het gaat. Vaak zal de huisarts de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) vragen om u te begeleiden. Het kan ook goed zijn dat bijvoorbeeld een maatschappelijk werker of een psycholoog u verder helpt. Samen met uw huisarts kijkt u wat in uw situatie het beste bij u past.

Wilt u een antidepressivum gaan gebruiken?

- Dan bespreekt u na 2 weken met uw huisarts of u last heeft van bijwerkingen. Na 6 weken bespreekt u of het middel goed werkt.

Depressies kunnen terugkomen (35-65%). U kunt dat meestal niet voorkomen.

- Wel kunt u de kans verkleinen door gezond te blijven leven: blijven bewegen/sporten, gezond eten en zorgen voor regelmaat in uw leven.

- Merkt u dat de klachten terugkomen? Maak een afspraak met uw huisarts. Wacht niet tot ze erger worden.

Een deel van de mensen die een depressie heeft gehad, krijgt manische periodes. In een manische periode is iemand veel actiever en veel zelfverzekerder dan hij/zij gewend is. Met een korte zelftest kunt u kijken of u deze verschijnselen herkent: zelftest van het Kenniscentrum bipolaire stoornissen. Ga zo nodig met de uitslag van de test naar uw huisarts. Informatie over depressie en manie vindt u bij bipolaire stoornis.

Meer informatie over depressie

- Een zelftest vindt u op MINDblue.nl en op Kleurjeleven.nl.
- Wilt u weten of online zelfhulp iets voor u is? Ga naar Zelfhulpwijzer.nl.
- Op snelbeterinjevel.nl kunt u trainingen doen: Minder stress, Minder Piekeren of Beter slapen. U krijgt oefeningen en kunt bijhouden of ze u helpen (via een eigen account).
- Op mentaalvitaal.nl vindt u tips, oefeningen en cursussen.
- Er is een zelfhulpcursus op kleurjeleven.nl.
- Voor lotgenotencontact en informatie kunt u contact opnemen met de Depressievereniging.
- Voor meer informatie kunt u ook terecht bij het MINDblue.nl.
- Lees eventueel het Zelfzorgboek Depressie van Stichting September. Te koop bij de apotheek.

De informatie over depressie is gebaseerd op de wetenschappelijke richtlijn voor huisartsen, de NHG-Standaard Depressie.

Bijlage 7: Patiëntenbrochure slaaphygiëne (17)

Brochure SLAPELOOSHEID

Goed om weten

· We hebben onze slaap nodig om te herstellen. Door te slapen slaan we zowel lichamelijk als geestelijk nieuwe energie op.
· Slapen is het natuurlijke vervolg van een toestand van ontspanning. Probeer jezelf dus niet tot slapen te dwingen, want dat heeft een averechts effect. Probeer jezelf wel te ontspannen.
· Onze slaap is een weerspiegeling van ons leven overdag. Kijk dus ook eens naar hoe je je leven overdag organiseert. Wie tot 's avonds laat druk bezig is, mag niet verwachten dat hij onmiddellijk kan slapen. Iemand die de hele dag piekert en tot niet veel komt, zal dat waarschijnlijk ook in zijn slaap ervaren.
· Je kunt pas spreken van een slaaptekort als je overdag merkt dat je daar last van hebt. Je wordt bijvoorbeeld snel kwaad, je kunt de aandacht niet bij je werk houden of je wil steeds maar slapen overdag. Ook de slaapbehoefte verschilt van persoon tot persoon. Je hebt nu eenmaal kort- en langslapers. Het is een fabeltje dat iedereen acht uur slaap nodig heeft.
· Ons slaappatroon verandert met de leeftijd. Een baby slaapt het grootste deel van de dag.
· We spreken van een slaapstoornis als iemand gedurende één maand regelmatig slecht slaapt en daar overdag veel last van heeft, zonder dat dit te wijten is aan de inname van een genees- of genotsmiddel of aan een lichamelijke of psychiatrische aandoening.
· Slaapproblemen komen veel voor. Ongeveer één derde van de westerse bevolking heeft weleens een slaapprobleem. Tussen de 10 en 20 % van de bevolking heeft last van een langdurig slaapprobleem.

Verschillende slaapstoornissen

Er zijn verschillende soorten slaapstoornissen. Soms slapen mensen slecht omdat ze lijden aan één of andere ziekte of omdat ze bepaalde middelen of medicijnen hebben genomen. Er zijn nog andere meer specifieke slaapstoornissen die te maken hebben met de ademhaling, onrust in de benen of omdat mensen in een steeds wisselend dag- en nachtritme zitten (ploegenwerk, lange vliegtuigreis).
Deze slaapklachten behandelen we hier niet. We beperken ons tot die slaapstoornissen waarbij mensen last hebben van in- of doorslaapstoornissen of vroegtijdig wakker worden. Enkel je arts kan uitmaken of/en welke slaapstoornis je hebt en/of wat hierna volgt voor jou van toepassing is.

Goede slaapgewoonten

· Ga pas 's avonds slapen als je moe wordt, maar sta zoveel mogelijk op hetzelfde uur op.
· Het is zeer belangrijk dat je het laatste halfuur van de dag gebruikt om je geleidelijk aan voor te bereiden op het slapen. Zorg voor een zekere routine: tafel dekken, omkleden, wassen en tandenpoetsen. Ook een warm bad of douche kan helpen om te ontspannen.
· Als je last hebt van slaapstoornissen, kun je beter niet lezen of tv-kijken in je slaapkamer.
· Als je na 20 minuten in bed nog niet bent ingedommeld, sta dan op en doe een nuttige, maar eerder vervelende activiteit in een andere kamer. Ga pas weer naar bed als je terug moe wordt.

Eten, drinken, actief zijn

· Probeer een uur voor het slapengaan rustgevende activiteiten te verrichten; luister bijvoorbeeld naar muziek of maak een praatje met je partner.
· Vermijd ’s avonds een zware maaltijd of lichamelijke inspanningen. Seksuele activiteit is geen probleem omdat de meeste mensen zich na het vrijen ontspannen voelen.
· Vermijd roken, alcohol en koolzuur- en cafeïnehoudende dranken (koffie, cola, limonade) net voor het slapengaan. Als je gewoon bent om veel van die dranken te gebruiken, bouw dat dan af over enkele dagen of weken. Alcohol vergemakkelijkt wel het inslapen, maar verstoort de natuurlijke slaap en zorgt ervoor dat je slechter doorslaapt.
· Tracht overdag zo actief mogelijk te zijn. Regelmatig lichaamsbeweging verbetert de slaap.

Comfortabele slaapomgeving

Zorg voor een comfortabele temperatuur en een stille, wat verduisterde slaapkamer.

Stresshantering

· Als piekeren de oorzaak is van je slaapklachten, zoek dan iemand om daarover te praten. Ga eens voor jezelf na welke activiteiten het piekeren in het verleden hebben verdreven. Het kan soms helpen om in de vroege vooravond je muizenissen op papier te zetten.
· Als je allerlei plannen ligt te maken in bed, leg dan op je nachttafel pen en papier en schrijf je ideeën op.
· Relaxatiemethodes zoals yoga, meditatie, zelfhypnose en andere ontspanningsoefeningen zijn een goede manier om je te leren ontspannen.

Medicatie

· Als je langer dan een à twee weken slaappillen neemt, dan maken die het probleem dikwijls alleen maar erger. Slaapmedicatie zorgt ervoor dat je niet wakker bent, maar is niet bij machte de natuurlijke slaap na te bootsen.
· De kans is groot dat je aan die pillen gewend geraakt en je er zo een probleem bij krijgt.
· Neem nooit slaappillen zonder je arts te raadplegen. Hij kan met jou methodes bespreken die je zonder medicatie in staat stellen iets te doen aan je slapeloosheid.

Langdurige slaapklachten

· Slaapklachten ontstaan meestal omdat mensen in een stressvolle periode zitten. Zelfs als de problemen opgelost zijn, kunnen de slaapklachten blijven bestaan.
· Na ongeveer drie weken van slecht slapen ontstaat een mechanisme waarbij het bed steeds meer de betekenis krijgt van 'de plaats waar ik wakker lig'. Dat maakt je gespannen, waardoor de kans kleiner wordt dat je snel inslaapt.
· Als je slaapklachten al maanden of jaren aanhouden en je zelf al van alles hebt geprobeerd, dan kan het nodig zijn om je manier van denken en leven ter sprake te brengen. Misschien kun je samen met je huisarts nadenken over een andere manier om naar de dingen te kijken, over hoe je je leven anders kunt organiseren of hoe je de problemen anders kunt aanpakken. Ook slaapklachten die al jarenlang bestaan, kunnen nog met goed gevolg behandeld worden.
· Onderzoek toont aan dat je je slaapprobleem het best oplost zonder naar medicatie te grijpen. Dat geeft het beste resultaat. De vorderingen die je daarmee behaalt, behoud je ook op langere termijn!
· Geef jezelf de tijd. Jouw slaapprobleem heeft de nodige tijd gehad om zich te ontwikkelen tot wat het nu is. Mensen denken dat er wonderoplossingen bestaan die het probleem in één

nacht oplossen. Het is erg begrijpelijk dat je hoopt op een mirakel, maar dat is niet haalbaar. Geef jezelf de tijd om je slaapprobleem terug af te leren en het gewone slaappatroon opnieuw aan te leren.

· Eén van de meest voorkomende fouten die mensen maken, is niet lang genoeg volhouden. Je hebt ongeveer twee à drie weken nodig om opnieuw een gewoon slaappatroon te hebben. Zolang moet je de adviezen van de arts zeker volgen.

· Soms is doorverwijzing naar een slaaplabo nodig. In zo'n slaaplabo wordt je slaap en de kwaliteit van je slaap heel nauwkeurig gemeten. Je overnacht dan in de slaapkliniek.

· Een slaapwaakdagboek kan je soms heel wat leren over wat een rol speelt in je slaapproblemen. Bespreek met je arts of zo'n dagboek voor jou een zinvol hulpmiddel kan zijn en hoe je dat het best invult.

Bijlage 8: Goedgekeurd protocol

KU LEUVEN

Biomedische Wetenschappen

Ethische begeleiding masterproeven

mp19456	De niet-medicamenteuze aanpak van depressie bij 70-plussers in een multidisciplinaire groepspraktijk

Student(en):
Marie-Katrien Wauteraerts
Promotor:
Jan De Lepeleire (jan.delepeleire@kuleuven.be - u0007721 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
Hoofdonderzoeker:
Marie-Katrien Wauteraerts (mariekatrien.wauteraerts@student.kuleuven.be - s0217503 -)
Faculteit:
Geneeskunde
Opleiding:
Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is:
monocentrisch
De opdrachtgever is:
academisch (universiteit,...)

Het onderzoek is:
Het onderzoek is (gedeeltelijk) prospectief.
Het onderzoek is:
Prospectief observationeel onderzoek
Gebruikte methode:
prospectief onderzoek waarbij interviews of vragenlijsten worden gebruikt

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:

Depressie is een ernstige co-morbiditeit bij ouderen en gezien de alsmaar toenemende vergrijzing, dient hieraan de nodig aandacht geschonken te worden.

Dit praktijkverbeterproject beoogt een optimalisatie van de niet-medicamenteuze aanpak van depressie bij ouderen in een multidisciplinaire groepspraktijk.

Naar aanleiding van de publicatie (februari 2017) van de nieuwe richtlijn van Domus Medica omtrent depressie, met in het bijzonder de aanvulling voor ouderen, is er ook een gedeelte implementatie van de richtlijn in deze thesis vervat.

Er is hiervoor nood aan training van huisartsen in het toepassen van de richtlijn en er is meer duidelijkheid nodig omtrent de mogelijkheden in de regio.

Zo wordt er met dit project getracht een vlottere en efficiëntere samenwerking op de eerste lijn te bekomen voor de niet-medicamenteuze aanpak van een depressie. De uitvoering van deze studie is een eerste stap om dit te kunnen optimaliseren en de huisartsen in onze praktijk hiervoor te sensibiliseren.

Vraagstelling:

De volgende onderzoeksvraag wordt vooropgesteld:

'Hoe kan de niet-medicamenteuze aanpak van depressie bij ouderen geoptimaliseerd worden in een Vlaamse multidisciplinaire huisartsenpraktijk?'

Met als subvragen:

- 'Welke niet-medicamenteuze interventies voor depressie bij ouderen zijn er mogelijk?'

- 'Wat is hun effectiviteit en toepasbaarheid in de praktijk?'

Methodologie:

In eerste instantie wordt er een literatuuronderzoek verricht. Er wordt via de richtlijn van Domus Medica nagegaan welke niet-medicamenteuze interventies er mogelijk en toepasbaar zijn bij ouderen. Daarnaast wordt er nagegaan wat momenteel de mogelijkheden zijn in de regio en welke eerstelijnszorgverleners (psychologen, kinesisten en verpleegkundigen) er bereid zijn om samen te werken om voor een groter aanbod van interventies te kunnen zorgen. Hiervoor wordt onder andere gebruik gemaakt van de sociale kaart van de regio. Van deze beschikbare mogelijkheden wordt er vervolgens een duidelijk overzicht gemaakt voor de huisartsen.

In tweede instantie wordt een interventioneel onderzoek gedaan, namelijk het toepassen van niet-medicamenteuze behandelingen van depressie.

Er worden 10 tot 20 patiënten geïncludeerd. Er is bewust voor een kleine populatie gekozen zodat de follow-up van zeer kortbij en volgens een vooraf bepaalde frequentie kan gebeuren. Als inclusiecriteria gelden: 70-plusser, man of vrouw, thuiswonend, nieuwe diagnose van een milde tot matige depressie en een score op de Geriatric Depression Scale (GDS) tussen 10/30 en 19/30. De

diagnose wordt gesteld door één van de zes huisartsen in onze groepspraktijk aan de hand van de nieuwe richtlijn van Domus Medica. Huidige inname van een antidepressivum of noodzaak tot opstarten van een antidepressivum is een exclusiecriterium.

Tijdstip 0 is het moment wanneer de patiënt gediagnosticeerd wordt met een depressie en dit is eveneens het begin van inclusie. Het belang van de GDS, die op dat moment is afgenomen, bestaat eruit een objectieve en persoonlijke meetwaarde van de patiënt te hebben over de ernst van de depressie op het moment van inclusie.

Op tijdstip 1 wordt een niet-medicamenteuze behandeling gestart. De interventies gebeuren volgens een stepped-care model, bij onvoldoende resultaat wordt er overgeschakeld naar een volgende stap. De interventies, zowel individueel als groepsgericht, kunnen we indelen in drie stappen. Stap één bestaat uit algemene maatregelen door de huisarts zelf: ondersteuning, pyscho-educatie, 'active monitoring', slaapadvies, dagbesteding en activiteitenplanning. Stap twee omvat de laag-intensieve psycho-sociale interventies door de huisarts zelf of op verwijzing: groepsprogramma's en begeleide zelfhulp. Als laatste en derde stap maakt men gebruik van hoog-intensieve psychologische interventies door de psycholoog. De samenwerking gebeurt hoofdzakelijk met mantelzorgers en hulpverleners op de1e lijn.

Vervolgens worden de patiënten van nabij opgevolgd gedurende zes maanden. De eerste maand is er wekelijks contact met de huisarts en vervolgens om de drie weken. Deze frequentie kan afwijken naargelang de interventie.

Na zes maanden follow-up, tijdstip 2, wordt er opnieuw een GDS afgenomen. Zo kan er enerzijds nagegaan worden of er een verbetering van de depressie is, met andere woorden een afname van de score. Anderzijds kan er gekeken worden welke uitgevoerde interventie voor een positieve evolutie heeft gezorgd. Er wordt ook gepeild, via een mondeling contact met de patiënt, naar de ervaring met de interventie.

Als laatste interventiemoment, tijdstip 3, wordt er navraag gedaan bij de betrokken zorgverleners. Via mondelinge interviews wordt er enerzijds gepeild naar hun mening omtrent de samenwerking op de eerste lijn. Anderzijds wordt er nagegaan welke struikelblokken met de uitvoering zij ervaren in de praktijk en wat hierbij mogelijke verbeterpunten zijn. Ook wordt er navraag gedaan bij de huisartsen naar hun aanpak na de implementatie van de richtlijn en welke veranderingen ze hebben ondervonden.

Referenties:

- Richtlijn 'Depressie bij volwassenen', Domus Medica

- Apóstolo J, Bobrowicz-Campos E, Rodrigues M, Castro I, Cardoso D. The effectiveness of non-pharmacological interventions in older adults with depressive disorders: A systematic review. International Journal of Nursing Studies 2016 Jun,58:59-70.

Bijlage 9: Gunstig advies Ethisch Comité

Martine Goossens <martine.goossens@kuleuven.be>
di 28/03/2017 10:51
Aan:
Jan De Lepeleire;
CC:
Marie-Katrien Wauteraerts;

English version below

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "De niet-medicamenteuze aanpak van depressie bij 70-plussers in een multidisciplinaire groepspraktijk" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "De niet-medicamenteuze aanpak van depressie bij 70-plussers in een multidisciplinaire groepspraktijk" and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)