Dankwoord

Eerst en vooral willen wij graag een woord van dank richten aan iedereen die ons heeft bijgestaan in het tot stand brengen van deze masterproef:

Om te beginnen zouden we Professor Chantal Van Audenhove willen bedanken voor de begeleiding doorheen gans dit proefschrift. Zij gaf ons ook de kans om deel uit te maken van een groter onderzoeksproject binnen het steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Dankzij haar wordt dit werk geen dode letter.

Ook willen wij Tom Van Daele bedanken voor zijn goede raad en voortdurende beschikbaarheid. Zijn enthousiasme werkte aanstekelijk.

Verder willen we zeker de huisartsen niet vergeten die, ondanks hun ongetwijfeld drukbezette agenda, tijd wilden vrijmaken om deel te nemen aan onze focusgroepavond. Dankzij hun actieve deelname aan de discussie konden wij heel wat nuttige gegevens verzamelen.

Uiteraard zijn wij tenslotte onze familie en vrienden heel dankbaar voor hun aanmoedigingen en goede raad, niet enkel tijdens deze masterproef, maar ook gedurende de voorbije 9 lange jaren.

Abstract

Inleiding: Niettegenstaande depressie wereldwijd een belangrijk probleem vormt voor de volksgezondheid vindt slechts een beperkte fractie van de personen met depressie toegang tot adequate en aangepaste zorg. Het aanbieden van therapeutische interventies via internet, genaamd “e-mental health”, zou mogelijks een oplossing kunnen bieden voor deze treatment gap.

Doelstelling: Binnen deze masterthesis bestudeerden we het nieuwe aanbod van “e-mental health” en onderzochten de voor- en nadelen van dit type van interventies in het kader van behandeling van milde depressies binnen de huisartsenpraktijken in Vlaanderen. Hierbij luidde onze centrale vraagstelling: “Is er plaats voor e-mental health voor milde depressies binnen de huisartsenpraktijken in Vlaanderen?”

Methode: In een eerste fase gingen we in de literatuur op zoek naar de huidige richtlijnen omtrent de aanpak van depressie binnen de huisartsenpraktijk, alsook naar de huidige evidentie omtrent toepassingen van e-mental health als nieuwe behandeltechniek voor milde depressies. In een tweede fase organiseerden wij een focusgroep waarbij zeven huisartsen geïnformeerd en bevraagd werden omtrent hun visie op e-mental health voor milde depressies.

Resultaten: Binnen de groep van deelnemende huisartsen aan de focusgroep was er consensus over het feit dat er een patiëntenpopulatie bestaat die in aanmerking komt voor e-mental health als nieuwe therapievorm voor milde depressies. Als belangrijke reden voor het (nog) niet geïmplementeerd geraken van deze nieuwe behandeltechniek binnen de huisartsenpraktijken in Vlaanderen gaven ze het gebrek aan gevalideerde informatie en kwaliteitsgaranties aan. Bovendien stelden ze zich ook vragen omtrent de veiligheid van de delicate patiëntengegevens die worden vrijgegeven op het internet.

Conclusie: E-mental health kan beschouwd worden als een positieve aanvulling op het reeds bestaande aanbod voor behandeling van milde depressies bij huisartsen, mits aan een aantal randvoorwaarden op vlak van informatie, veiligheid en kwaliteit voldaan wordt.

Inhoudsopgave

Dankwoord **2**

Abstract **3**

Inhoudsopgave **4**

Inleiding **5**

Literatuurstudie **8**
De rol van de huisarts in detectie, diagnostiek en behandeling van depressie *9*
E-mental health *17*
Onderzoeksvraagstelling en context *26*

Onderzoek **27**
Onderzoeksvragen *27*
Methode *27*
Analyse *28*
Resultaten *29*

Discussie **35**
Kritische reflecties *37*
Beperkingen van dit onderzoek *40*
Aanbevelingen voor onderzoek, praktijk en beleid *40*

Conclusie **42**

Referenties **43**

Bijlagen **47**

Inleiding

Depressie vormt wereldwijd een belangrijk probleem voor de volksgezondheid, met volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) een geschatte lifetime prevalentie tussen 15 en 34 procent (1). Specifiek voor Vlaanderen zou het ongeveer gaan om 14 procent van de bevolking (2), waarbij Domus Medica spreekt van één op vijf vrouwen en één op tien mannen (3). De lijdensdruk van depressieve stoornissen is groot en het dagdagelijks functioneren wordt op verschillende domeinen negatief beïnvloed. Zo wordt de participatie binnen het sociale en familiale leven vaak als moeilijker ervaren en resulteert het lijden vaak tot ziekteverzuim. Van Audenhove et al. stelden in 2007 reeds dat : *"…stemmingsstoornissen momenteel op de eerste plaats [staan] op de wereldlijst voor ziekteverzuim en invaliditeit bij de volwassen bevolking."* (1,2) Deze pathologie heeft dan ook een belangrijke weerslag op de maatschappij, zowel door het ziekteverzuim als door de zorgkosten. Zo levert het gebruik van antidepressiva het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) een kostenplaatje op van bijna 160 miljoen euro. Hiermee vormen zij de op één na grootste uitgavenpost (4). Een depressieve stoornis legt dus niet enkel een lijdensdruk op de patiënt en zijn directe omgeving, maar heeft ook een weerslag op de maatschappij door het ziekteverzuim alsook de zorgkosten.

Helaas vindt slechts een minderheid van de mensen die kampen met een depressieve stoornis zijn toegang tot adequate en aangepaste zorg: momenteel krijgt minder dan 20 procent van de patiënten een behandeling (5). Nochtans zijn er ondertussen meerdere wetenschappelijk onderbouwde behandelmogelijkheden voor handen die hun effectiviteit hebben bewezen, waaronder cognitieve gedragstherapie (CGT) en selectieve serotonine-heropnameremmers (SSRI's) (3,6,7,8,9). Naar deze opmerkelijke tegenstrijdigheid wordt in de literatuur gerefereerd als 'The Treatment Gap' (1,10,11). Mogelijke drempels tot het krijgen van zorg zijn: een gebrek aan informatiebronnen, een tekort aan psychotherapeuten, de kostprijs, de wachttijden, het taboe rond hulp zoeken voor psychische klachten… Volgens Bruffaerts et al. zou het belangrijkste pijnpunt liggen in het uitstelgedrag van patiënten bij het zoeken van hulp. Zes op de tien personen komen op korte termijn niet tot een eerste behandelingscontact. De gemiddelde duur tussen aanvang van depressie en het zoeken van professionele hulp bedraagt een jaar. Anderzijds komen negen op de tien personen op lange termijn minstens tot één behandelingscontact (1).

De huisarts wordt hierbij het meest gecontacteerd. Zo zou 86 procent minstens eenmaal naar de huisarts gaan. Of vanuit het standpunt van de huisarts bekeken: van de patiënten die een huisarts consulteren lijdt ruim tien procent aan een

depressieve stoornis (1). Zowel uit de literatuur als uit de klinische praktijk blijkt dat klachten van depressie frequent voorkomen binnen de huisartsenpraktijk.

Als jonge huisartsen in opleiding ervaarden we dat de bespreking en behandeling van depressieve klachten zeer tijdsintensief kan zijn en dat we het als jonge artsen niet steeds even gemakkelijk vonden om de patiënten goed te begeleiden. Vooral bij patiënten met mild-depressieve klachten – waarbij psycho-educatie en counseling de kern vormen van het beleid – stuitten we zelf op deze drempels.

Een welkome oplossing voor deze drempels, waar zowel patiënten als huisartsen mee kampen, is mogelijks e-mental health. Dit is het gebruik van de informatie- en communicatietechnologie om de geestelijke gezondheidszorg te ondersteunen en/of te verbeteren. Specifiek toegespitst op milde depressies richten we ons in deze masterthesis op online psychotherapeutische zelfhulp-interventies, met meerdere gradaties in de mate van begeleiding of coaching. Het effect van dergelijke psychotherapeutische interventies is reeds in verschillende studies bewezen en e-mental health interventies voor mild depressieve klachten hebben in sommige landen reeds goed hun weg gevonden tot de huisartsenpraktijk.

Deze masterproef kadert binnen een onderzoek van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Dit is een consortium van verschillende universiteiten, waaronder ook LUCAS, KU Leuven. LUCAS is een kenniscentrum dat werkt met diverse partners uit alle sectoren van zorg en welzijn. Via kwaliteitsvol wetenschappelijk onderzoek ondersteunt het Steunpunt de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin bij het uittekenen van een innovatief beleid. Vermaatschappelijking van de zorg is één van de voornaamste krachtlijnen van het actueel Vlaams welzijnsbeleid. Zorg wordt steeds meer ingebouwd in het vertrouwde netwerk van patiënten. De zorggebruiker woont bij voorkeur zo lang mogelijk thuis en wordt meer en meer verondersteld de verantwoordelijkheid voor de zorg in eigen handen te nemen, de zogenaamde 'vraaggestuurde zorg'. Het verwezenlijken van meer toegankelijke zorg in de omgeving van de patiënt vergt echter de noodzakelijke middelen en adequate informatie ter ondersteuning van zowel de zorggebruiker alsook de zorg- en hulpverlener.

In deze context situeert zich ons onderzoek naar de gebruiksmogelijkheden van een e-mental health tool in verschillende sectoren van de Vlaamse gezondheidszorg. Eerder onderzoek focuste reeds op apothekers en ziekenhuisverpleegkundigen, en een lopend onderzoek van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin focust op de implementatie bij chronisch zieke patiënten via de thuisverpleging. In onze masterproef gaat bijzondere aandacht uit naar een andere doelgroep zorgverleners, met name de huisartsen.

In het kader van deze thesis deden we onderzoek naar de mogelijkheden en uitdagingen rond de implementatie binnen de huisartsenpraktijken in Vlaanderen van elektronische zelfhulp interventies voor patiënten met mild depressieve klachten, met als specifiek voorbeeld de tool “Kleur Je Leven”.

Centraal staat de vraag: 'is er plaats voor e-mental health tools voor mild depressieve klachten binnen de huisartsenpraktijken in Vlaanderen?'

Literatuurstudie

Voorafgaand aan het onderzoek verdiepten we ons in de bestaande literatuur omtrent depressie in de huisartsenpraktijk en e-mental health met als doel een beter zicht te krijgen op de huidige aanpak van depressie door de huisarts, alsook de evidenties omtrent e-mental health in de behandeling van milde depressie.

Deze literatuur werd gevonden door gebruik te maken van de zoekmachines Pubmed en Tripdatabase, waarbij we de volgende trefwoorden hanteerden: general practitioner, computerised cognitive behaviour therapy, cognitive behaviour therapy, depression, primary care, e-mental health, e-health en internettherapy.

Verder hebben wij ons ook gebaseerd op de folia farmacotherapeutica van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI), de website van Trimbos (http://www.trimbos.nl), de website van Kleur Je Leven (www.kleurjeleven.be), de website van het Rijksinstituut voor ziekte- en Invaliditeitsverzekering (www.riziv.be), de visietekst van de werkgroep Metaforum Leuven omtrent het toenemend gebruik van psychofarmaca, de richtlijnen omtrent de aanpak van depressie binnen de huisartsenpraktijk van Domus Medica en NHG, het handboek 'De aanpak van depressie door de huisarts' geschreven door Chantal van Audenhove, Iris De Coster, Hans van den Ameele, Jürgen De Fruyt en Michel Goetinck.

De rol van de huisarts in detectie, diagnostiek en behandeling van depressie

Detectie & Diagnostiek

De huisarts wordt in het overgrote deel van de gevallen als eerste geconsulteerd bij milde tot ernstige gemoedsklachten en speelt dus een cruciale rol in de detectie en diagnosestelling van depressie (4). Bij deze poortwachtersfunctie kan de arts gefundeerde richtlijnen over de aanpak van depressie binnen de eerstelijnszorg als leidraad hanteren (3). Naast het volgen van deze richtlijnen hebben arts-gebonden factoren, zoals de persoonlijke ervaring en beleving, interesse voor de leefwereld van de patiënt, de gevoeligheid voor het menselijk lijden, de psychologische vorming, de stijl van communicatie en consultvoering, het 'tussen de regels' herkennen van depressieve kenmerken… ook een invloed op de adequaatheid waarmee de diagnose depressie zal worden gesteld (12,13).

In de aanbeveling van Domus Medica wordt het stadium van detectie en diagnose onderverdeeld in 4 fasen. Het diagnoseproces start met een eerste fase van adequaat alert worden. Een verhoogde alertheid is op zijn plaats bij ondermeer volgende situaties: veelvuldige consultaties met vage, eerder fysieke klachten, isolerend gedrag met abnormale inactiviteit, ernstige somatische aandoeningen met verlies aan perspectief in het leven… Bij een vermoeden van depressie kan het vermoeden versterkt worden in een tweede fase, waarbij volgende twee vraagstellingen worden voorgelegd: "Ben je de voorbije twee weken frequent gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid?" en/of "Ben je de voorbije twee weken frequent gehinderd door weinig interesse of plezier in de dingen die je deed?" Vervolgens dienen andere verklaringen voor de klachten uitgesloten te worden tijdens een differentieel diagnostische derde fase. Deze andere verklaringen kunnen onder andere gekaderd worden binnen een andere psychische pathologie, (zoals bipolaire stoornis, psychose, angststoornis, persoonlijkheidsstoornis…), of een somatische aandoening, (zoals hypothyreoïdie, ziekte van Parkinson, anemie…). Bij een aantal patiënten zal voor de huisarts het vermoeden van de diagnose 'depressieve stoornis' nu groot zijn. Om tot een werkelijke diagnose te komen toetst men de klachten van de patiënten af aan de symptomenlijst van de DSM-IV criteria, zoals gebruikelijk in de psychiatrische diagnostiek. Hiermee is de diagnose depressie formeel gesteld (3).

Probleeminschatting (stressoren & weerbaarheid & netwerk)

Als de diagnose van depressie is gesteld, volgt het stadium van probleem-inschatting. Dit zal in belangrijke mate de intensiteit van het zorgplan bepalen (3).

Het gewicht van de problematiek is afhankelijk van de ernst van de depressie-gerelateerde symptomen, de weerbaarheid van de patiënt, alsook van het aantal en de aard van de uitlokkende en beschermende factoren. Voor een inschatting van de ernst van de symptomen dient er aandacht uit te gaan naar het aantal symptomen, de intensiteit, de impact op het dagdagelijkse functioneren, de ervaren lijdenslast en het suïcidegevaar. De weerbaarheid van de patiënt kan in kaart gebracht worden door te peilen naar de draagkracht op somatisch vlak (lichamelijk, conditie), op psychologisch vlak (cognitieve vaardigheden, hulpeloosheid…) en op relationeel niveau (krijgt al dan geen ondersteuning van familie en andere netwerken). Ten slotte dient er ook een inschatting te worden gemaakt van de context met de uitlokkende en beschermende factoren. Deze vertellen iets over de stressgevoeligheid en –tolerantie van de patiënt (3).

Opstellen van een behandelplan

Bij het opstellen van een beleid, stoelt de arts zich enerzijds op de eerder ingeschatte ernst van de problematiek en anderzijds op de noden en verwachtingen van de patiënt en zijn naaste omgeving. Het opstellen van een beleid betekent dus ook in dialoog gaan met de patiënt, waarbij de arts eerst voldoende informatie verstrekt over de voor- en nadelen van de verschillende behandelopties, om vervolgens zowel de patiënt als zijn omgeving expliciet te bevragen naar hun voorkeursbehandeling en de verwachtingen daaromtrent (3,14). Bij deze bespreking van de aanpak van de klachten is een participerende benadering van belang, waarbij duidelijk wordt gemaakt dat het succes van de behandeling in aanzienlijke mate afhangt van de actieve medeverantwoordelijkheid van de patiënt (14).

Op basis van de ingeschatte ernst van de problematiek zijn de beleidsaanbevelingen vanuit Domus Medica als volgt: Bij lichte (mineure, subliminale, subtreshold) depressie blijft de huisarts waakzaam en ondersteunt deze vooral de eigen weerbaarheid van de patiënt in een afwachtende ‘watchfull waiting’-positie. Zo nodig worden elementen uit de niet-medicamenteuze aanpak (concretiseren van de klacht, psycho-educatie en activering) toegevoegd. Bij

matige (milde tot matig majeure) depressie stelt de huisarts als eerste keuze een niet-medicamenteuze behandeling voor. Hij kan dit in eigen beheer doen onder de vorm van het concretiseren van de klacht, psycho-educatie en activering of hij verwijst de patiënt voor gespecialiseerde psychotherapie. Medicatie wordt toch opgestart indien de patiënt de niet-medicamenteuze aanpak weigert, uitdrukkelijk naar een medicamenteuze behandeling vraagt of een voorgeschiedenis heeft van ernstige depressie. Bij ernstige (ernstig majeure) depressie zal de huisarts antidepressiva voorstellen en in eerste instantie een verwijzing naar gespecialiseerde psychotherapie voorstellen. De voorkeur gaat uit naar cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke therapie. Het overleg tussen patiënt en arts is hierin richtinggevend.

Een behandelplan is echter niet statisch en bijsturing van de aanpak kan dan ook op ieder moment nodig zijn naargelang de veranderde ernstinschatting van de depressie, de mate en duur van de lijdensdruk, nieuwe signalen voor suïciderisico, de wisselende aan-of afwezigheid van hulpbronnen en steunende omkadering van de patiënt, verschuivingen in de verwachtingen van de patiënt, de positieve respons op de ingestelde behandeling, veranderingen in de eigen mogelijkheden van de huisarts om een depressie te hanteren… (3).

Niet-medicamenteuze behandeling

Veel patiënten die met milde depressieve klachten op consultatie komen, hebben in de eerste plaats nood aan een warme invoelende persoon die actief naar hen luistert en die hen helpt om de depressieve klachten een plaats te geven en tot aanvaarding of meer strijdvaardigheid te komen (2,3,4,12,14,15). Huisartsen kunnen nog een stap verder gaan en een aantal niet-medicamenteuze interventies uit de cognitieve gedragstherapie in hun behandelingspakket opnemen. De interventies zijn gericht op het verminderen van de ervaren klachten en op het doorbreken van de negatieve spiraal van het denken, voelen en handelen (2).

De persoonlijke interesse voor psychosociale problemen en de waarneming van de eigen effectiviteit om ermee om te gaan, bepalen in belangrijke mate de omvang van de niet-medicamenteuze begeleiding door de huisarts (2). Het feit dat de psychologische aspecten te weinig in acht worden genomen in de basisopleiding van de huisarts kan ook een rol spelen in de mate waarin een huisarts de begeleiding op zich wil en/of kan nemen (16). Echter, de volgende drie stappen binnen de niet-medicamenteuze begeleiding zijn essentieel voor iedere huisarts: Ten eerste, het concretiseren van de klacht en de impact ervan op het functioneren. Eens men de klacht goed beluisterd heeft, probeert men tot

concretisering van de klacht te komen. Dit is het specificeren van de uitlokkende en onderhoudende factoren, het beschrijven van de reacties van de patiënt en de daarmee samenhangende gevolgen voor de patiënt, het bieden van ruimte waarin de patiënt zijn ideeën, bezorgdheden en verwachtingen kan uiten ten aanzien van de consultatie en de behandeling (2,3,14). Ten tweede, de psycho-educatie en het benoemen en herkaderen van de depressie. Vooreerst benoemt men de problematiek als 'depressie', waarna er informatie wordt verschaft over deze aandoening. Hierbij komen volgende items aan bod: symptomatologie, duur, verloop, impact, biopsychosociaal depressiemodel en therapeutische mogelijkheden (2,3,4,14,15). Ten derde, het activeren van de patiënt. De patiënt wordt geactiveerd via beweging, sport of het terug opnemen van activiteiten die vroeger aangenaam, nuttig of waardevol waren en/of een gevoel van competentie gaven. De therapietrouw van de patiënt hangt samen met het uitleggen hoe deze activiteiten een gunstig effect hebben op het verloop van een depressie en met het regelmatig opvolgen van de vorderingen hierin (3,14).

Huisartsen die voldoende ervaring opdeden of die zich specifiek in de psychotherapie bekwaamd hebben, kunnen nog twee stappen verder gaan. Men kan er ook voor kiezen om hiervoor te verwijzen naar een psychotherapeut (3). De eerstvolgende stap is het inwerken op de cognities van de patiënt. Het biopsychosociaal depressiemodel wijst op het belang en de negatieve rol die bepaalde opvattingen en denkstijlen (zoals zwart-witdenken) kunnen spelen in het ontstaan en/of onderhouden van de depressieve stemming. De huisarts bespreekt met de patiënt de invloed van de negatieve gedachten die een depressie kunnen uitlokken en/of onderhouden, de depressief makende denkstijlen, de opties om de omgeving, zichzelf of de toekomst anders te bekijken (2,3). Daarna volgt het inwerken op de onderliggende probleemaspecten. De huisarts bespreekt wat er fundamenteel moeilijk loopt in het leven van de patiënt en hoe hij dit kan oplossen of er een modus vivendi in kan leren vinden. Er wordt hierbij positieve aandacht besteed aan de sterke kanten van het functioneren en aan hoe de patiënt die nog kan versterken (3).

Medicamenteuze behandeling

Door de toenemende evidentie van publicatiebias is het moeilijk in de eerste lijn een juiste inschatting te maken van wat het te verwachten effect is van antidepressieve medicatie in het algemeen en van SSRI's in het bijzonder. Uit alle recente publicaties blijkt dat het tot nu toe toegeschreven effect van deze medicatie overschat is én dat het grootste effect van antidepressiva te verwachten

valt in de groep van patiënten met een ernstige depressie. Bij een lichte of matige depressie is antidepressieve medicatie dan ook niet de eerste keuze in de eerste lijn. Enkel bij een ernstige depressie dient men antidepressieve medicatie als eerstekeuzebehandeling aan te wenden. In geval van ernstige majeure depressie mét suïcidaliteit mag niet getwijfeld worden om al in het eerste consult een antidepressivum op te starten. Bij het opstarten van een medicamenteus beleid wordt er aanbevolen van tevens een gespecialiseerde niet-medicamenteuze aanpak onder de vorm van cognitieve gedragstherapie toe te voegen (2,3,4,13,15).

Zowel een klassiek tricyclisch antidepressivum (TCA) als een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI) zijn verdedigbare eerstekeuzemedicijnen in de eerste lijn. De huisarts kan echter aan de hand van de volgende vijf criteria een aangepaste keuze maken tussen beide klassen van medicatie voor de patiënt in kwestie: het profiel van de nevenwerkingen, de mogelijke interacties met andere medicatie, de halfwaardetijd van de gekozen medicatie, de toxiciteit en dus het gevaar voor suïcide en ten slotte de kostprijs (2,3,4,13). Tijdens de opstartfase is regelmatige follow-up aanbevolen, niet zozeer ter evaluatie van de doeltreffendheid, maar wel ter evaluatie van de bijwerkingen en therapietrouw. Deze follow-up gebeurt bij het opstarten best wekelijks, daarna om de twee tot vier weken, afhankelijk van het klinisch verloop. De respons zelf dient pas geëvalueerd te worden na vier tot zes weken. Indien de respons onvolledig is en het antidepressivum goed wordt verdragen, kan de dosis verder worden opgedreven. Na aanpassing van de dosis dient een nieuwe evaluatie te gebeuren na twee tot vier weken. De dosis kan zo worden opgedreven tot een maximale dosis is bereikt (2). De acute behandeling van de depressieve stoornis is gericht op respons (significante afname van depressieve symptomen) en vervolgens op remissie (afwezigheid van de depressieve symptomen). Wanneer deze remissie vier tot zes maanden aanhoudt, wordt van herstel gesproken. Na de acute behandeling is er dus een voortgezette behandeling van zes maanden aangewezen om deze terugval te vermijden. Tijdens deze voortgezette behandeling is het aanbevolen om eenzelfde dosis voor te schrijven als tijdens de acute behandeling. Bij patiënten met een voorgeschiedenis van een depressieve episode dient na de acute en voortgezette behandeling het antidepressivum gedurende ten minste een jaar te worden voorgeschreven. Bij patiënten met een voorgeschiedenis van meerdere depressieve episodes dient na de acute en voortgezette behandeling een langdurige (drie tot vijf jaar en langer) onderhoudsbehandeling te worden overwogen. Wanneer na een acute-, voortgezette- of onderhoudsbehandeling het antidepressivum wordt gestopt, dient dit traag te gebeuren om zo een discontinuatiesyndroom te vermijden of zo beperkt mogelijk te houden (2).

Opvolg begeleiding

Volgens de aanbevelingen dient de huisarts zelf het initiatief te nemen om vervolggesprekken met de patiënt vast te leggen. Bij aanvang zijn normaliter wekelijkse gesprekken aan te bevelen, bij een gunstige evolutie kunnen tweewekelijkse tot maandelijkse gesprekken volstaan. In het geval van dreigende suïcide en voor zover er niet tot een opname werd overgegaan, is een veel striktere opvolging, bijvoorbeeld dagelijks tot meermaals per dag, noodzakelijk.

In geval van louter niet-medicamenteuze aanpak dient men er in de opvolging over te waken dat zowel de resterende klachten als tekenen van herstel aan bod komen. Hierbij is het nuttig de patiënt actief te bevragen naar wat hij heeft gedaan om deze vooruitgang te bekomen. Het is ook van belang de patiënt ervan te vergewissen dat het verloop van een depressie een traject is van 'vallen en opstaan'. Zo niet, kan een sombere dag na enkele betere dagen snel gezien worden als herval of als een bewijs dat er geen beterschap mogelijk is, wat kan leiden tot demoralisatie. Indien na verloop van tijd de negatieve beleving en inschatting geleidelijk afnemen bij de patiënt, kan men samen de depressie in een breder kader proberen plaatsen: thema's uit het verleden en kwetsbaarheden kunnen dan blootgelegd worden, waarbij vooral aandacht dient gegeven te worden aan de manier waarop de patiënt anders met zijn kwetsbaarheid kan leren omgaan. Ook het verder ontwikkelen van de sterke kanten van de patiënt is een aandachtspunt. Bij het aanhouden van een positieve evolutie kan men opteren voor een minder intensieve begeleiding en uiteindelijk een formele afsluiting waarbij wordt geëvalueerd wat de patiënt als hulp heeft ervaren en hoe in de toekomst aandacht kan blijven gaan naar eventueel herval. Bij onvoldoende respons op de niet-medicamenteuze aanpak dient een antidepressivum toegevoegd te worden.

In het geval van medicamenteuze aanpak is een nauwgezette follow-up, dit is minimaal wekelijks gedurende de eerste weken van inname van een antidepressivum, aanbevolen gezien het verhoogd risico op suïcidale ideaties tijdens de eerste fase van behandeling van een ernstige depressie. Het effect van de medicatie dient na 4 tot 6 weken geëvalueerd te worden. Bij partiële of onvoldoende respons binnen deze periode wordt geadviseerd nog eens 2 tot 6 weken door te behandelen tot er voldoende respons optreedt. Mogelijks dient een herevaluatie van de diagnostiek overwogen te worden en kan de huisarts verwijzen naar een psychiater. Bij voldoende respons en geen of aanvaardbare ongewenste effecten wordt de medicatie verder gegeven tot volledige remissie. Na remissie wordt de behandeling nog zes maanden voortgezet (voor de behandeling van een eerste episode van een ernstige depressie). Bij onaanvaardbare ongewenste effecten wordt de medicatie afgebouwd en in overleg met de patiënt een ander antidepressivum opgestart. Er wordt dan aanbevolen om een middel uit een andere groep te kiezen. Bij therapieresistente depressie of een acute fase non-

responder, moet de diagnose worden herbekeken en zal de huisarts verwijzen naar de psychiater en/of een ambulant thuiszorgteam inschakelen. Bij het afsluiten van de medicamenteuze behandeling, dient de medicatie afgebouwd te worden vooraleer de niet-medicamenteuze behandeling wordt gestopt. Om onttrekkingsverschijnselen te vermijden bouwt men de medicatie best af over een periode van minimaal vier weken. Concreet betekent dit dat er bijvoorbeeld per week ongeveer twee dagdosissen minder worden gegeven (3).

Nazorg & hervalpreventie

Gezien het risico op herval van een aantal patiënten met depressie, moeten er hierrond afspraken worden gemaakt. Dit vooraf bespreken heeft als voordeel dat de patiënt een herval niet per definitie ziet als falen.

Voor ongeveer de helft van de patiënten zal ooit een tweede depressieve episode volgen, voor nog eens de helft daarvan een derde episode. Voor sommige patiënten wordt het zelfs een steeds recidiverende aandoening, een chronische depressie. Medicamenteuze preventie van herval bestaat uit het langer doorbehandelen van risicopatiënten na een remissie: bijvoorbeeld negen tot twaalf maanden in plaats van de gebruikelijke zes maanden. Ook afbouw van medicatie kan dan over een langere periode worden gespreid: minimaal drie maanden. Bij de niet-medicamenteuze preventieve aanpak van herval dient men bij verwijzing van de patiënt er rekening mee te houden dat de effectiviteit van gedragstherapie, competentiebevorderende technieken, psycho-educatieve technieken… zal dalen bij een relaps patiënt (3).

Getrapte zorg & samenwerking

Het zorgverleningssysteem bestaat uit mensen met verschillende en aanvullende opleidingen voor de opvang van de patiënt: arts, psycholoog, verpleegkundige, maatschappelijk werker, apotheker… Er dient geijverd te worden voor een multidisciplinaire en patiëntgerichte aanpak. Er zijn immers aanwijzingen dat samenwerking de kwaliteit van zorg voor depressieve patiënten verbetert, kosteneffectief is en een gunstig effect heeft in de preventie van herval. De aanbevelingen pleiten ook voor het opstellen van een zorgplan voor elke

depressieve patiënt waarbij deze veelheid aan zorg stapsgewijs ingeschakeld wordt en dit op basis van de inschatting van de ernst van de depressie, het suïciderisico, de weerbaarheid en de context (3,4,15,16).

Depressie preventie

Het biopsychosociaal depressiemodel gaat ervan uit dat bij kwetsbare personen meerdere soorten uitlokkende factoren een negatieve spiraal in gang kunnen zetten die tot een manifeste depressie leidt. Individuele zorgverleners, zoals huisartsen, kunnen door op deze factoren in te grijpen, een depressie waarschijnlijk voorkomen. Dit kan enerzijds door de weerbaarheid te helpen versterken en/of steunende netwerken te helpen in stand houden en anderzijds door mogelijke uitlokkende factoren te helpen relativeren, aanvaarden en er beter mee te leren omgaan. Het is dus belangrijk dat actieve stimulering van de weerbaarheid en risicoreductie worden nagestreefd.

E-mental health

Treatment gap

Ondanks de hierboven beschreven beschikbare richtlijnen voor huisartsen en het voorhanden zijn van effectieve behandelingen, zoals SSRI's, TCA en psychotherapie-waaronder cognitieve gedragstherapie (CGT)-, blijven veel patiënten onbehandeld. Zo zou minder dan 20% van de personen met een depressie momenteel worden behandeld (5). Nochthans is de lijdensdruk en impact op het dagdagelijkse functioneren bij mensen met een depressie groot. Blijkbaar zijn de drempels tot de reguliere geestelijke gezondheidszorg dus nog te groot, zowel voor huisarts als patiënt.Deze opmerkelijke tegenstrijdigheid kreeg in de literatuur ook een naam: 'treatment gap' (1, 10, 11).

In zijn studie omtrent het voorkomen van depressie in België stelde Bruffaers et al. vast dat hulp zoeken vaak langdurig wordt uitgesteld. De gemiddelde duur tussen aanvang van depressie en het zoeken van professionele hulp bedraagt een jaar(1). Als mensen dan toch hulp gaan zoeken, belanden ze vaak het eerst bij de huisarts. Zo zou 86% minstens eenmaal naar de HA gaan (1,2).

De aangehaalde redenen voor dit uitstelgedrag variëren. Zo geeft een deel van de bevolking aan niet te weten waar ze hulp kunnen vinden. Een ander veel gerapporteerde reden is dat men denkt dat de depressie wel vanzelf zal overgaan en dat men liever het probleem zelf oplost. Ook is er vaak een gebrek aan motivatie bij patiënten. Andere verklaringen voor het uitstellen tot hulp zoeken, zijn de hoge kosten, het nog steeds heersende taboe rond depressie, tijdsgebrek of therapie niet beschikbaar buiten de kantooruren. Een belangrijke drempel tenslotte zou de lange wachttijd door een tekort aan opgeleide therapeuten zijn. Dit maakt dat CGT maar voor een beperkt deel van de bevolking beschikbaar is. De vergrijzing van de bevolking zal op termijn een nog groter tekort aan arbeidskrachten in de zorg doen ontstaan. De vraag naar onder andere therapeuten zal dus toenemen.

E-mental health: 'closing the gap'?

De laatste jaren is internetgebruik wereldwijd aan een razendsnel tempo toegenomen. Ook voor gezondheidszorg wordt het web meer en meer aangewend.

Zo zou 35- tot zelfs 80 procent van de gebruikers het internet wel eens consulteren in verband met gezondheidsproblemen (17). Dezelfde trend valt ook op te merken in het zorgaanbod. Steeds vaker vinden we toepassingen van ICT terug in de gezondheidszorg, zoals klinische- en niet-klinische informatiesystemen, telezorg, zorgnetwerken en applicaties van de sociale media. Dit fenomeen heet 'e-health'. Naar het gebruik van informatie-en communicatietechnologie in de geestelijke gezondheidszorg wordt dan als 'e-mental health' gerefereerd (18,19). E-mental health is momenteel volop in ontwikkeling. Steeds vaker komen we het begrip tegen in de wetenschappelijke literatuur en ook in de klinische praktijk vindt dit medium steeds vaker ingang. Ondertussen bestaan er dan ook diverse therapeutische internetinterventies: bewezen effectieve tools voor alcoholproblematiek, drugsverslaving, eetstoornissen, insomnia, stress, burn-out, angst en ook voor depressie (18,20,21,22,23).

E-mental health programma's kunnen louter informatie en praktische tips zoals do's en don'ts verstrekken of zijn gebaseerd op bestaande vormen van psychotherapie. Wat depressie betreft zijn de meeste tools gebaseerd op cognitieve gedragstherapie (CGT) of bevatten ze gedragstherapeutische technieken. Regelmatig zijn er echter ook elementen uit mindfullness en problem-solving training, psycho-educatie, relaxatietechnieken, assertiviteitstraining en stresshantering in terug te vinden. Er bestaan drie types van online psychotherapeutische interventies. Een eerste type, online zelfhulp, is een interventie waar helemaal geen begeleiding van een therapeut wordt voorzien. Het zijn interventies die volledig zelfstandig te doorlopen zijn. Via tips en tricks leren deelnemers op een goede manier omgaan met hun problemen. De online zelfhulp kan bestaan uit filmpjes, opdrachten, informatie over de aandoening, getuigenissen en soms zelfs discussiefora. De computer als therapeut dus, want een clinicus komt hier niet aan te pas. Een tweede type van online therapie is begeleide zelfhulp. Bij deze interventies gaan deelnemers ook zelfstandig aan de slag, maar wordt er toch nog enige vorm van begeleiding door een coach voorzien. De mate van begeleiding kan sterk variëren. Ten slotte kan er nog een derde type van online hulp onderscheiden worden: online psychotherapie. Deze vorm voorziet nog meer begeleiding door een therapeut en benadert zo het meest de oorspronkelijke face-to-face psychotherapie. De therapeut introduceert elke volgende stap in de therapie, geeft feedback en evalueert regelmatig het proces. De begeleiding bestaat hier dus niet enkel uit aanmoediging tot volhouden en patiënten bij problemen weer op weg helpen. De computer is bij deze therapievorm slechts een medium om problemen van afstand en tijd te overbruggen. In deze studie richten we ons vooral op de eerste twee types van online therapie, namelijk zelfhulp en begeleide zelfhulp (17,19,24).

Voordeel: drempels ontwijken

Internet maakt de weg naar professionele begeleiding heel wat gemakkelijker en heeft verschillende voordelen: aangezien deze methode geen of weinig inbreng van opgeleide therapeuten vraagt, is e-health over het algemeen relatief goedkoop en behoren lange wachttijden tot de verleden tijd. CGT is dus niet langer een privilege van enkele goedverdieners met tijd en veel geduld, maar is dankzij e-health toegankelijk voor een veel groter publiek. Door het anonieme karakter speelt het stigma dat rond hulp zoeken voor psychische problemen hangt een minder grote rol. Een ander groot voordeel is dat het op eigen tempo en eigen tijdstip kan. Therapie is beschikbaar 24 uur op 24. Kantooruren vormen geen probleem meer. Verder ga je bij internetinterventies zelfstandig aan de slag. Gebruikers leren zelf hun problemen aan te pakken. Vooruitgang wordt meer een eigen verdienste en niet enkel de verdienste van de therapeut die je 'erbovenop hielp'. Dit zou enigszins preventief kunnen werken naar herval toe. Dankzij het laagdrempelige karakter zullen mensen sneller stappen ondernemen. E-mental health bereikt zo diegenen die door klassieke therapie niet worden bereikt. Het is een veelbelovende methode om de kloof tussen zorgvraag en zorgaanbod te dichten (8,11,17,18,25,26).

Effectiviteit van e-mental health

Verschillende studies tonen aan dat internetinterventies werken. Toch kan de mate van effectiviteit die deze studies vinden behoorlijk variëren. Dit heeft te maken met een aantal factoren: zo wordt er niet steeds dezelfde therapie onderzocht en verschilt ook de mate en vorm van begeleiding die bij een tool wordt aangeboden. Verder verschillen de onderzoeksresultaten naargelang de karakteristieken van de proefpersonen die in de studie worden geïncludeerd en ten slotte bepaalt ook de keuze van de controlegroep vaak de uitkomst van een studie. Ter verduidelijking zullen we deze vier variabelen hieronder verder uitdiepen.

Therapievorm

Een eerste belangrijk onderscheid in de resultaten van de studies zijn de therapievormen die als internetinterventie worden bestudeerd. De meeste interventies baseren zich op cognitieve gedragstherapie (CGT), de meest courant toegepaste therapie in klassieke face-to-face interventies voor stemmingsstoornissen en angstklachten. Sommige studies gebruiken een tool die elementen uit verschillende therapievormen combineert, zoals bijvoorbeeld CGT in combinatie met principes uit mindfullness, acceptance based treatment, tips in stresshantering en/of assertiviteitstraining (10,11,22,27,28). Enkele studies onderzochten het effect van psychodynamische psychotherapie (PDT) en probleemoplossende therapie (PST) (17,25). Johansson et al. stelden bijvoorbeeld vast dat online psychodynamische begeleide zelfhulp effectief is bij meer ernstige depressies (9). PST zou ook zijn nut bewezen hebben als zelfhulptool. Warmerdam et al. vonden dat deze therapievorm zelfs sneller resultaten boekte in het bestrijden van depressieve symptomen dan CGT (27).

Begeleiding

Een tweede onderscheid is de vorm en mate van begeleiding die bij een internetinterventie wordt aangeboden. Het al dan niet begeleiden van een internetinterventie is misschien nog het meest bepalend voor de effectiviteit. Zo is er een duidelijke tendens dat begeleide interventies meer werkzaam zijn dan zelfhulp interventies (11,19,28,29,30,31). Dit zou enerzijds te maken hebben met de verhoogde therapietrouw die een coach bij deelnemers teweegbrengt. Therapietrouw is immers een groot probleem bij internetinterventies vooral bij diegene die zich richten op depressie. Een verklaring hiervoor is deels te vinden in de aard van de aandoening: depressie gaat namelijk meestal gepaard met anhedonie, de onmogelijkheid om vreugde te ervaren. Dit gaat vaak ook samen met een sterk verminderde interesse en plezier in activiteiten. Problemen met het niet altijd consequent volgen van behandeling is dan ook enigszins inherent aan deze stoornis (32). De extra stimulans van een coach lijkt dan ook een aspect waar internetinterventies, die zich richten op depressie, wel baat bij kunnen hebben .

Therapietrouw is echter niet de enige reden waarom begeleide interventies over het algemeen betere resultaten bereiken. Zo vonden Berger et al., na bevraging van de deelnemers aan hun studie die het effect van beperkte therapeutische begeleiding bij de zelfhulp interventie 'Deprexis' onderzocht, dat het merendeel onder hen ook daadwerkelijk enig contact met een coach wenst. Therapie die louter bestond uit een tool op de computer kon bij weinig deelnemers op appreciatie rekenen. Tussentijds contact met een begeleider leek de tevredenheid van de deelnemers meestal ten goede te komen (22).

De hierboven aangehaalde onderzoeksresultaten tonen aan dat begeleide interventies een aantal voordelen kunnen bieden ten opzichte van zelfhulp interventies. Maar waar moet die begeleiding dan uit bestaan? Hoe uitgebreid moet een tool door een externe coach ondersteund worden en wie mag die functie van coach aannemen? Is dit een functie enkel weggelegd voor hoog opgeleide therapeuten? Uit de literatuur bleek dat de mate van begeleiding niet zo belangrijk is. Meer begeleiding zou niet noodzakelijk leiden tot betere resultaten. Een wekelijkse ondersteuning via mail of telefoon om deelnemers aan te moedigen lijkt namelijk voldoende (29,31). De gemiddelde tijdsinvestering is ongeveer tien minuten per patiënt per week. Een interventie van zes weken vraagt zo slechts zestig minuten tijd van een begeleider (30,33).

Wat de professionele achtergrond is van de persoon die als coach wordt aangesteld, blijkt niet zo veel verschil te maken. Een *'technicus'* bereikt even goede resultaten als een professionele hulpverlener, zelfs vergelijkbaar met face-to-face-interventies. De begeleider hoeft dus niet getraind te zijn in CGT of andere psychotherapie. Wel moet het iemand zijn die betrouwbaarheid en expertise uitstraalt. De coach moet duidelijk zijn over de te verwachten uitkomsten en de deelnemers regelmatig aansporen om de therapie vol te houden (8,29,30). Indien de begeleiding echter heel oppervlakkig is en enkel een wekelijkse aansporing omvat om deelname verder te zetten, lijkt het verschil met zelfhulp interventies zonder begeleiding vaak eerder beperkt (22). Een optimale tool voorziet dus wekelijkse, kortstondige begeleiding van een tiental minuten door een betrouwbare, aanmoedigende coach. Belangrijk hierbij is dat er persoonlijke feedback wordt gegeven en dat de vragen van de deelnemers individueel worden beantwoord. Deze persoon heeft daarbij ook aandacht voor hoe deelnemers de interventie ervaren en helpt hen wanneer er eventueel problemen optreden (20,31,33).

Dit wil echter niet zeggen dat er geen plaats is voor zelfhulp interventies binnen de zorg. Begeleiding is namelijk niet de enige mogelijkheid om de therapietrouw van een tool te bevorderen. Zo zijn er verschillende andere aspecten die hieraan kunnen bijdragen, waaronder: de mogelijkheid tot interactie zoals een online discussieforum, het aanbieden van een grote waaier aan technieken en behandelingsopties, een deadline voorzien en een schema waaraan participanten zich dienen te houden (11,22,30). Therapie zonder coach heeft bovendien ook zijn voordelen: het is gemakkelijker te organiseren, minder kostelijk en het aantal deelnemers kent geen limiet (17,22). Zoals uit de literatuurstudie blijkt zijn de significante effecten van dergelijke interventies vaak eerder klein, maar worden ze wel in verschillende studies consequent teruggevonden. Deze beperkte effectiviteit kan verder ook nog worden gerelativeerd. Zo spreken Cuijpers et al. in een meta-analyse over het effect van zelfhulp interventies van een *number needed to treat* van 6,41 (32). Dit staat voor het aantal patiënten dat moet worden behandeld om één depressie te voorkomen, een aantal dat in de lijn ligt van face-

to-face psychotherapeutische interventies. Als men verder gaat vergelijken met behandeling bij de huisarts is het effect van zelfhulp interventies niet superieur, maar leidt het wel tot minder consumptie in de gezondheidszorg (6).

Karakteristieken van deelnemers

Een derde belangrijke variabele in de effectiviteit van internetinterventies zijn de karakteristieken van de deelnemers aan de studies. Zo is in heel wat studies enige vorm van selectiebias vast te stellen. Internetinterventies hebben bijvoorbeeld een groter effect op angstklachten. Studies die zowel personen met angst als personen met depressie includeren, geven dan ook vaak aan dat internettherapie meer kans op slagen heeft. Angst en depressie zijn natuurlijk vaak comorbide, dit bemoeilijkt het bestuderen van het therapeutisch effect op depressie alléen (5,8,18,30,32). Ook de mate van depressie bij de proefpersonen is een bepalende factor in het al dan niet slagen van een interventie. Internetinterventies zijn over het algemeen minder werkzaam bij ernstige depressies. Deze categorie vraagt meer gespecialiseerde hulp (6,18,28). Verder stellen we vast dat deelnemers zowat altijd vrijwilligers zijn. Hierdoor includeren studies al gauw proefpersonen met een interesse voor interventies via internet, zeker wanneer inclusies gebeuren via online advertenties, medische websites of discussiefora. Sommige studies stelden bovendien vast dat wanneer men beroep doet op vrijwilligers, er verhoudingsgewijs meer mannen zich aanmeldden dan wat er op basis van epidemiologische gegevens van depressie werd verwacht. Dit doet het vermoeden rijzen dat internetinterventies meer aantrekkelijk zouden zijn voor mannen (8,20,28,30). Naast het probleem van selectiebias valt verder ook op dat er momenteel weinig studies follow-up voorzien van personen die vroegtijdig, bijvoorbeeld na initieel contact, afhaken of dat de onderzoeksgroepen maar een klein aantal deelnemers bevatten waardoor de groep niet steeds representatief is.

Ten slotte zijn er nog een aantal resterende bepalende factoren, inherent aan deelnemers, die maken dat een tool meer kans heeft op slagen. Zo is motivatie bijvoorbeeld een belangrijke voorwaarde. Dit bleek al uit gegevens over selectiebias. Gebruikers moeten echt bereid zijn deze vorm van therapie te volgen. Ook moet men *'computerminded'* zijn en slechts kampen met een milde vorm van depressie. Een andere belangrijke voorwaarde is dat personen zelfstandig kunnen en willen werken en dat ze de aangeleerde principes daadwerkelijk integreren in hun dagelijkse leven. Vooral personen die zelf hun verantwoordelijkheid opnemen voor de behandeling en succes aan zichzelf toe schrijven (in plaats van aan de therapeut), zijn gebaat met dit soort van interventies. Zij zouden zelfs minder kans op herval hebben. Ook mensen met een zeker optimisme en aanpakgerichte copingstrategieën hebben meer baat bij online CGT (34). Geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, voorgaande therapieën, medicatie of comorbiditeiten hebben geen invloed op de effectiviteit van een tool (11,22,31,32,34).

De controlegroep

Een vierde en laatste variabele die de uitkomst van een studie bepaalt, is de keuze van de controlegroep. Sommige studies vergelijken verschillende internetinterventies met elkaar: bijvoorbeeld CGT met PST, 'watchful waiting' of met een traditionele behandeling door de huisarts. Andere studies maken de vergelijking tussen zelfhulp interventies (volledig zelfstandig) met begeleide zelfhulp interventies (met de hulp van een coach). CGT komt in de meeste vergelijkingen voor. Weinig onderzoekers maakten echter de vergelijking met medicatie.

Een interventie vergelijken met niets doen, het zogenaamde 'watchful waiting', lijkt een waterdichte methode. Toch stelde men in bepaalde studies vast dat de depressieve klachten in dergelijke controlegroepen ook verbeterden. Dit maakt de interpretatie van de onderzoeksresultaten wel gecompliceerd. Men veronderstelt dat de controlegroep in dergelijke situaties ondertussen een andere vorm van hulp had gezocht, zoals psychotherapie of behandeling bij een huisarts. Milde depressie kan uiteraard ook vanzelf overgaan. De Graaf et al. vergeleken online cognitieve gedragstherapie met behandeling bij de huisarts en vonden geen superioriteit van de zelfhulp interventie. Uiteraard heeft een huisarts de mogelijkheid om te verwijzen, waardoor een aantal proefpersonen uit deze controlegroep vermoedelijk face-to-face psychotherapie ondergingen (6,10).

Probleem van therapietrouw: is de computer als therapeut wel acceptabel voor de patiënt?

Een van de voornaamste problemen waar internetinterventies voor depressie mee kampen is lage therapietrouw. Drop-out percentages zijn namelijk hoog: ongeveer 38 tot 90 procent van de deelnemers beëindigt de deelname na één sessie. Gemiddeld genomen voltooit slechts 32 procent de volledige interventie. Uiteraard is er variatie tussen de interventies: interventies met lagere drop-out richten zich niet alleen op personen met depressieve klachten, maar includeren ook deelnemers met angststoornissen. Ook interventies die enige vorm van coaching of begeleiding voorzien, rapporteren een hogere therapietrouw (6,11,20,22,29,32).

Niettemin kan de vraag worden gesteld of dit soort van therapie wel aanvaardbaar is voor participanten en hoe zij tegenover een online benadering staan. Een aantal studies hebben hier al aandacht aan besteed. Zo stelden Titov et al. vast dat de

tevredenheid van deelnemers aan de online interventie ‘The Wellbeing Program’ zeer hoog was (30). Een belangrijke nuance hierbij is dat het om een begeleide interventie ging: ook uit andere onderzoeken waarin de tevredenheid van deelnemers werd nagegaan, bleek namelijk dat de meerderheid toch enige vorm van begeleiding of contact met een coach wenste (22,29). Loutere zelfhulp internetinterventies lijken dan ook slechts weggelegd voor een specifieke subgroep, door Bendelin et al. omschreven als 'doeners'. Zij verkiezen zelfstandig aan de slag te gaan, hebben een praktische aanpak en gaan geleerde behandelingsprincipes actief in het dagelijkse leven toepassen. Voor hen is de computer een meer dan aanvaardbare therapeut (31). Met deze conclusies moet er echter voorzichtig worden omgesprongen aangezien er tot op heden nog relatief weinig studies naar ‘aanvaardbaarheid’ terug te vinden zijn (7).

Er is wel enige onderzoeksevidentie voorhanden die de lage therapietrouw enigszins kan relativeren. Zo stelden Björn et al. vast dat een heel aantal van hun participanten aan de internetinterventie 'Deprexis' blijvende positieve effecten van de therapie ondervonden, ondanks het feit dat zij maar een beperkt aantal lessen hadden gevolgd, een gekend fenomeen in de psychotherapie: vele mensen ervaren namelijk het grootste therapeutische effect tijdens de eerste sessies van psychotherapie. Wanneer men dan voldoende niveau van beterschap heeft bereikt, stopt men de behandeling, ondanks dat deze nog niet is afgerond. Sommige onderzoekers beschouwen dit als een vorm van zelfmonitoring (11). Zoals eerder aangehaald, is het probleem ook enigszins eigen aan depressie, een stoornis gekenmerkt door weinig motivatie en anhedonie (32). Dit gebrek aan therapietrouw manifesteert zich dan ook in andere therapievormen, zoals het nemen van antidepressiva of behandeling bij de huisarts. Het probleem ligt dus niet enkel aan de interventie. Bovendien hoeft er niet veel begeleiding te zijn om het uitvalspercentage te doen verminderen. Internetinterventies met wekelijkse ondersteuning via telefoon kunnen betere resultaten behalen dan face-to-face therapie, een behandeling die trouwens zelf te kampen heeft met uitvalspercentages tot 50 procent (6,8,10,29).

Eerste stap in getrapte zorg.

De effectiviteit is sterk uiteenlopend en vooral de resultaten van zelfhulp interventies zijn vaak maar matig. Zoals Spek et al. stellen: *”Door de grote overlap tussen de mate van ondersteuning en het probleem waar de interventie op was gericht* [*interventies voor angst boden vaker professionele ondersteuning aan], was het erg lastig om harde conclusies te trekken over de oorzaak van de verschillen in*

effectiviteit."(5) Toch kunnen deze therapievormen nuttig zijn om de wachtperiode tot meer gespecialiseerde zorg te overbruggen. Als eerste stap zijn deze tools perfect in te passen in getrapte zorg (cfr. supra). Hierbij is het wel zeer belangrijk om een vorm van opvolging te voorzien. Als therapie niet aanslaat zijn veel personen immers niet geneigd om verdere stappen te ondernemen. De ontmoediging kan - in sommige gevallen van meer ernstige depressie - de hopeloosheid versterken (6,10,22,32,35).

Onderzoeksvraagstelling en context

In Nederland werd door het Trimbos Instituut een elektronisch zelfhulpprogramma ontwikkeld voor patiënten met milde depressieve klachten. Dit programma is bewezen effectief en is ondertussen goed geïmplementeerd in de huisartsenpraktijk van onze noorderburen. Naar analogie van dit programma werd er ook hier in België een elektronische zelfhulp programma ontwikkeld door ISW Limits in samenwerking met het Trimbos Instituut, genaamd Kleur Je Leven (5,36).

'Kleur je leven' is een voorbeeld van een zelfhulptool voor personen met milde depressieve klachten. Het is een internetinterventie bestaande uit 8 lessen en een terugkomles, om zelfstandig depressieve klachten aan te pakken. De deelnemer bepaalt zelf het tempo, maar er wordt aangeraden om een les per week te volgen. De tool bestaat uit schriftelijke en gesproken informatie, korte films, animaties en opdrachten. De deelnemers krijgen op die manier een beter inzicht in hun klachten en leren vaardigheden om beter met de klachten te kunnen omgaan. Zoals veel e-mental health toepassingen is Kleur je Leven gebaseerd op cognitieve gedragstherapie.

De cursus is bestemd voor volwassenen met een milde depressie, zonder psychiatrische comorbiditeit of suïciderisico. Ook in geval van crisissituaties of rouw is deze cursus niet voldoende. Het is een volledig zelfstandig te doorlopen cursus, zonder begeleiding door een coach. Wel wordt er aan de deelnemers gevraagd om na 5 weken en na 12 weken een online vragenlijst in te vullen. Op basis van deze antwoorden krijgen de deelnemers een feedbackbericht met indien nodig een advies. Zo wordt er gepeild hoe het tijdens en na de cursus met iemand gaat. Kleur je leven is oorspronkelijk ontwikkeld in Nederland door het Trimbos instituut. Daar is reeds bewezen dat de tool minstens even effectief is als de groepscursus 'In de put, uit de put' in het behandelen van vijftigplussers met depressieve klachten. Dankzij de samenwerking tussen het Trimbos instituut en ISW Limits kwam er een Vlaamse versie van kleur je leven tot stand (5,19,26,36).

Ondanks de informatie-campagnes vanuit ISW Limits, blijkt dat de interventie Kleur Je Leven echter niet goed geïmplementeerd geraakt in de huisartsenpraktijken van Vlaanderen. Onze onderzoeksvraag luidt dan ook: ''Is er plaats voor e-mental health tools voor mild depressieve klachten binnen de huisartsenpraktijken in Vlaanderen?''

Onderzoek

Onderzoeksvragen

Onze onderzoeksvraag luidt:

''Is er plaats voor e-mental health tools voor mild depressieve klachten binnen de huisartsenpraktijken in Vlaanderen?''

Om hierop een antwoord te kunnen formuleren peilden we onder andere naar de huidige kennis omtrent e-mental health, de eventuele gebruikservaringen met e-mental health tools, de drempels tot het gebruik van dergelijke tools, de hoeveel informatie die de huisartsen nodig achten om tot implementatie over te gaan en de visie omtrent de praktische kant van de implementatie in de praktijk.

Methode

Om een antwoord te vinden op de vraag “is er plaats voor e-mental health tools voor mild depressieve klachten binnen de huisartsenpraktijken in Vlaanderen?” organiseerden wij een focusgroepavond. Alle huisartsen uit regio Groot-Leuven werden een maand op voorhand per e-mail uitgenodigd om deel te nemen aan de focusgroep. In de mail werd vermeld dat het onderwerp van de focusgroep de implementatie van e-mental health voor milde depressie binnen de huisartsenpraktijk betrof. Tevens werd erin gecommuniceerd dat de focusgroep van start zou gaan met een informatieve voorstelling en demonstratie, gevolgd door een open panel gesprek waarin er aan de hand van enkele stellingen openlijk zou kunnen gediscussieerd worden. Een kleine week voor de focusgroep werd nog een herinneringsmail verzonden.

De focusgroep ging uiteindelijk van start met zeven participanten. Aan iedere participant werd bij aankomst een papier overhandigd met de volgende twee openingsvragen: “Heeft u al van e-mental health gehoord? Zoja welke?” en “Heeft u reeds gebruik gemaakt van e-mental health interventies in uw praktijk? Waarom wel of niet?”

In de eerste helft van de focusgroep werd er een informatieve voorstelling gebracht rond e-mental health interventies voor de aanpak van milde depressie,

gevolgd door een demonstratie van een specifieke interventie, namelijk ’Kleur Je Leven’.

In de tweede helft van de focusgroep werd er een open panelgesprek gehouden, waarin de aanwezige huisartsen vrij konden discussiëren over de geprojecteerde stellingen omtrent e-mental health. De discussie werd hierbij gemodereerd door drs. Tom Van Daele, die deze masterthesis begeleidt. Het volledige gesprek werd opgenomen via audio-software op 2 aparte iPhones. Dit leverde 33 minuten aan geluidsmateriaal op. Deze data werden vervolgens uitgetypt en volledig geanonimiseerd. Dit transcript is een vrij letterlijke weergave van de discussie waarbij enkel beperkte aanpassingen werden doorgevoerd om de leesbaarheid en verstaanbaarheid te faciliteren (verwijderen van niet functionele pauzes, zinshernemingen, dialect taalgebruik…).

Analyse

De bekomen data werden vervolgens onderworpen aan een 'SWOT-analyse' (37). In een eerste fase hebben we de tekst gecodeerd in vier grote thema's: sterktes, zwaktes, mogelijkheden en bedreigingen. Alle elementen die de aanwezige huisartsen als positief beschouwden aangaande e-mental health interventies werden zo onder 'sterktes' geplaatst. Geleverde kritiek, zoals nadelen en tekortkomingen van dergelijke interventies, codeerden we als een 'zwakte'. Sterktes en zwaktes zijn vrij stabiel en inherent aan de interventies of de situaties. Wanneer er echter mogelijkheid was voor verandering, zowel in goede als slechte zin, werden antwoorden respectievelijk gecategoriseerd onder 'mogelijkheden' of 'bedreigingen'. Voorbeelden van 'mogelijkheden' zijn onder andere suggesties ter verbetering van interventies en ideeën om e-mental health interventies op een acceptabele manier bij de huisarts te implementeren. Wanneer huisartsen problemen verwachtten, bijvoorbeeld rond de implementatie ervan in eigen praktijk, werd dit als een 'bedreiging' gecodeerd. In een tweede fase zijn we binnen deze vier groepen gaan zoeken naar de verschillende topics die in de discussie naar voor kwamen. In een derde fase hebben we geprobeerd een rode draad te vinden binnen al deze verschillende topics. Dit leidde ons naar verschillende subthema's. Het resultaat van deze drie fasen is een abstract schema met vier thema's, elk onderverdeeld in drie tot vijf subthema's met bijhorende topics.

Resultaten

Hieronder volgt een weergave van het transcript na onderwerping aan een 'SWOT-analyse'. De vier grote thema's: 'sterktes', 'zwaktes', 'mogelijkheden' en 'bedreigingen' worden achteréenvolgens weergegeven. Per thema worden de bekomen subthema's: 'interventiekarakteristiek', 'implementatie in de huisartsenpraktijk', 'doelgroep', 'bekendheid' en/of 'veiligheid'met bijhorende topics uitgeschreven. Het abstract schema van deze resultaten is terug te vinden onder 'bijlagen'.

Sterktes

Er waren een aantal karakteristieken inherent aan online-interventies die de betrokken huisartsen als sterktes beschouwden. Zo is de bereikbaarheid van de therapie een troef: H5: *"Jaja, dat verlaagt de drempel"* en werd de prijs als relatief laag beschouwd in vergelijking met face-to-face therapie. Eén huisarts zag ook een voordeel in het feit dat online-therapie een prijskaartje heeft: H2: *"En als ik dan hoorde dat ze er moesten voor betalen dacht ik: 'dat is al een drempel extra', maar misschien is dat ook een extra motivatie om het af te maken, want ze hebben erin geïnvesteerd."* Verder haalden de huisartsen als pluspunt aan dat je bij de voorgestelde online interventie 'Kleur je Leven' je eigen evolutie kan opvolgen via het bijhouden van een stemmingsdagboek. Zo zijn evoluties objectiveerbaar, zowel voor patiënt als voor arts. Ook de mogelijkheid tot herlezen van de aangereikte informatie werd als een voordeel gezien: H2: *"En de patiënten kunnen het hier ook wel nalezen achteraf. Terwijl, als je iets vertelt op een consultatie, hoeveel hebben ze er dan uiteindelijk van onthouden als ze dan naar huis gaan?"*

In de context van een huisartsconsult zagen de meeste huisartsen de tool als iets tijdsbesparend: H3: *"Dus in bepaalde gevallen denk ik wel dat het echt tijd kan besparen"* en als een facilitatie van de consultatie: H3, H5: *"Vlotter, want je moet het dan allemaal niet meer zelf vertellen."* Eén huisarts zag het als een alternatief voor het aanreiken van een boek.

Ondanks het tot nu toe beperkte gebruik van dit soort interventies in de huisartsenpraktijk, leek er toch interesse voor te bestaan bij de aanwezige huisartsen: H1:*"Ik heb er al verschillende mensen naar doorverwezen en in die zin ben ik er wel voor te vinden, voor dit soort van therapieën…"* De meesten meenden ook dat er een doelgroep is voor dit soort van therapie, vooral omdat het anoniem en laagdrempelig is: H6: *"Ik denk dat dit toch voor een groep mensen kan werken, voor hen die face-to-face als een drempel ervaren… en dit als iets anoniemer kunnen ervaren en toch hun ding kunnen neerschrijven…"* H1: *"Ja, als ze niet graag praten…",* maar ook voor jongeren die gewoon zijn veel met computer te werken:

H2: *"Maar inderdaad, ik denk dat vooral jongere mensen, die met een computer kunnen werken enzo, of een computer hebben, dat het daarvoor interessant is."*

Zwaktes

Ondanks het feit dat een enkele huisarts al wel eens gebruik heeft gemaakt van een internetinterventie en een klein aantal interventies bij sommigen bekend voorkwamen – bijvoorbeeld omdat patiënten er zelf mee naar de consultatie kwamen – is het begrip 'e-mental health' relatief onbekend bij huisartsen: H1: *"Ik heb ingevuld dat ik er nog niet van gehoord had, maar eigenlijk zonder het te weten heb ik wel al zoiets gebruikt. Er bestaat ook een website 'hoeveel is teveel' dat gaat over alcoholverslaving en allerhande verslavingen."* H2: *"Ik wist wel dat er zo'n websites bestonden maar ik kende ze niet altijd bij naam."* Hx: *"Ja, ik heb al eens gehoord van 'Kleur je Leven', maar weet niet goed wat dit juist inhoudt."* Hx: *"'Fit in je hoofd' van de CM."* Hx: *"Ik heb al eens gehoord van 'Kleur je Leven'. Van geen andere. Eventueel online rookstopbegeleiding. Maar ik weet niet of dit ook e-mental health is?"* Hx: *"voor jullie uitnodiging had ik er nog niet van gehoord."* Op de vraag - die aan het begin van de avond schriftelijk beantwoord werd - of er reeds gebruik gemaakt was van e-mental health interventies in eigen praktijk, antwoordden zes van de zeven huisartsen dit nog nooit gebruikt te hebben. Drie huisartsen haalden als reden aan er onvoldoende mee vertrouwd te zijn.

Als kritiek op 'Kleur je Leven' specifiek en internetinterventies in het algemeen opperde een huisarts dat er een sterke motivatie van de deelnemer vereist is. Een ander stelde zich vragen bij de therapietrouw. Zelfhulp leek voor de meeste huisartsen iets wat niet voor zomaar voor iedereen is weggelegd. Een tweede minpunt dat naar voor werd geschoven, is dat de therapie heel standaard is. Het is geen persoonlijke benadering op maat. De vraag werd ondermeer gesteld of zo een tool zich kan aanpassen: H5:*"...als je zelf aangeeft: 'ik wil daar en daar rond werken', dan kan dat best in les zeven pas aan bod komen, terwijl als je naar de therapeut gaat...dat vind ik wel een beetje jammer precies. Daarom mijn vraag: past dit zich dan aan?"*

Ook naar implementatie in de huisartsenpraktijk toe waren er heel wat vragen. Zo was het nog niet echt duidelijk voor de meesten hoe je de tools het best kan gebruiken in je praktijk. In het algemeen vonden de meeste huisartsen het noodzakelijk om de inhoud van de tool goed te kennen vooraleer ermee aan de slag te kunnen gaan: H5: *".. .je moet weten naar waar je doorverwijst en wat je kan verwachten. Dus eigenlijk moet je als arts de mensen of de programma's die je dan aanbeveelt ...ja, je moet ze kennen…",* niet alleen om meer zekerheid te bekomen omtrent de kwaliteit van de tool, maar ook om een goede indicatiestelling te waarborgen: H3: *"Maar ook de inhoud, naast het kwalitatieve. Het kan wel zijn dat er mij aangeraden wordt dat het kwalitatief goed is, maar dan moet ik nog wel*

weten wat de inhoud is, om het dan aan die of die patiënt te kunnen meegeven." Naast de inhoud van de tool leek het voor de meeste huisartsen ook erg nuttig om een zicht te hebben op de antwoorden van de patiënt. Enkelen vonden dit zelfs noodzakelijk om een goede begeleiding te waarborgen. Hoewel interventies zoals 'Kleur je Leven' de mogelijkheid bieden om als huisarts zelf de rol van coach op te nemen en zo toegang te verkrijgen tot de antwoorden van de patiënt, bleek geen geen enkele huisarts hiervoor open te staan. De rol van coach opnemen werd over het algemeen als te belastend ervaren: H3:*"Indien je de info van de website wil kunnen gebruiken, dan moet je ook een stukje van de rol van coach op je nemen. Dat stoort me wel een beetje."* H2:*"Ik weet niet of wij daaraan geraken over wat er wordt behandeld van thema's."* Maar ook om een tool zelf te doorlopen schijnen huisartsen geen tijd te vinden: H5: *"Al die huisartsen in Vlaanderen gaan niet al die websites een keer doornemen. Dus dat is echt een probleem denk ik voor de implementatie van dat soort programma's."*

Mogelijkheden

Om internetinterventies op een goede manier in de huisartsenpraktijk te implementeren deden de aanwezige artsen een aantal voorstellen. Zoals reeds vermeld vonden de meesten het nuttig tot noodzakelijk om zelf toegang te hebben tot de tool. Over het al dan niet toegang krijgen tot de antwoorden van de patiënt waren de meningen verdeeld. H6: *"En dit als iets anoniemer kunnen ervaren en toch hun ding kunnen neerschrijven en dan vind ik dat je als huisarts niet alles moet kunnen meelezen."* H2: *"Het lijkt mij heel nuttige informatie die ik zelf nog niet als bagage heb en zo in combinatie met die website zou ik wel patiënten kunnen opvolgen."* H2: *"Als je weet waarmee je patiënten aan het werken zijn dan kan je daarop ingaan…. Ja, ik weet het niet… maar het zou wel handig zijn om inderdaad al iets bij de hand te hebben zodat je kan meevolgen, maar niet per se als coach…"* H3: *"Wat ik nuttig vind, is weten wat de patiënt heeft ingevuld omdat je kan zeggen: 'van die vijf dingen… dat wil ik eens bespreken.'"*

Een andere arts dacht aan de mogelijkheid om contact op te nemen met de coach. Die coach zou de huisarts dan op de hoogte kunnen brengen van belangrijke evoluties. Een collega in de groep beaamt dit voorstel.

Een aantal huisartsen koppelden een belangrijke voorwaarde aan het gebruik van deze tool in de praktijk. Zij vonden namelijk een goede indicatiestelling erg belangrijk. Men zou steeds moeten aftoetsen of die bepaalde tool iets is voor die bepaalde patiënt en of een patiënt bijvoorbeeld bereid is huiswerkopdrachten te maken: H2: "*Want ik moet zeggen, ik probeer dat ook wel zo, zo huiswerkopdrachten mee te geven… Ik heb eigenlijk nog nooit iemand gehad die dat dan terug meebracht…Maar inderdaad, misschien moet ik eerst zien van hoe dat de patiënt met zulke dingen afkomt, en dan zien,…"* H5: "*Maar nee, maar eerst toetsen hé, of dat*

diegene die voor u zit in dat soort manier van werken geïnteresseerd is. Hetzelfde voor jou, voordat je zo een huiswerkje meegeeft…zo van 'is dat iets wat u gaat liggen?' Anders heeft het geen zin hé, dan zoeken we verder." Hiervoor is het belangrijk zelf goed de inhoud van de tool te kennen: H5: "*Maar dus, hoe meer je er dan over weet…dan kan je dat wel vertellen, zo van: 'Dat gaat zoiets zijn, is dat iets voor u of niet?', vooraleer je daar dan je vijftig euro in gaat steken."* Ook om een goede keuze tussen verschillende tools binnen eenzelfde genre te maken, is kennis van inhoud belangrijk: H3: "*Als er twee, drie van dat genre van tools beschikbaar zijn, ja, dan moet je wel weer kunnen kiezen hé. Dus kwaliteit is één ding, maar inhoud is…ook nuttig."*

Om een oplossing op het probleem van bekendheid en kwaliteitsgarantie te bieden werd er voorgesteld het gebruik van internetinterventies in de richtlijnen op te nemen: H5, H6: *"En dan denk ik aan Domus Medica ofzo. Dan heb je wel een manier om huisartsen te bereiken. Dan moet je het niet zelf doen. Dan heb je daar een korte inhoud, een samenvatting… een brochure die je kan afprinten, zodat je zelf weet…en de patiënt een beetje weet…"* H2*: "…al het onderzoek moet ik dan al niet meer zelf doen."* H3*:"Inderdaad, een richtlijn, daarvan ga ik uit dat dat goed onderzocht en onderbouwd is. Als er in een richtlijn een website staat vermeld, ga ik zeker eerder die website vertrouwen dan een website die ik ergens anders vind."* Verder deed men het voorstel om een soort van accreditering te voorzien, om de privacy van de patiënt te waarborgen: H4: *"…zoals onze softwareprogramma's gevalideerd worden…"*

Deze taak zou kunnen opgenomen worden door Domus Medica, het kenniscentrum of organisaties zoals LUCAS, KU Leuven. Omdat deze laatste kandidaat minder gekend is bij huisartsen zou je volgens een aanwezige arts dan wel andere kanalen moeten zoeken om het bekend te maken. Verder was het volgens de artsen vooral ook belangrijk dat het om een neutrale instantie ging, die onafhankelijk over de kwaliteit kan oordelen en die ook door de sector en het publiek als dusdanig wordt gepercipieerd. De meest veilige manier leek volgens een aanwezige om sowieso de huisarts als coach te nemen.

Tot slot voegden enkele huisartsen als suggestie toe dat anderstalige tools wel nuttig zouden zijn: H2: *"Want dat lijkt me ook iets interessant om anderstalige patiënten te kunnen bereiken, waarbij diepere gesprekken door de taalbarrière niet echt mogelijk zijn en zo een ingangspoort zou kunnen zijn."* H7: *"Er bestaat zo geen Franstalige website? Ik heb nu juist een Franstalige patiënte die nu naar een therapeut in Brussel gaat omdat er hier geen Franstalige therapeuten voor handen zijn."* H1:*"Jawel, er zijn er wel, maar niet veel."* Na een tussenkomst van de moderator met de verduidelijking dat er in België nog niet veel tools in andere talen bestaan, maar dat dit in de buurlanden wel al een sterke opmars kent, stelde een arts voor of het niet mogelijk was te netwerken met die buurlanden en bijvoorbeeld websites aan elkaar te linken.

Bedreigingen

Naar de toekomst toe hadden de meeste huisartsen wat vragen bij de therapietrouw, onder andere omdat een tool zoals 'Kleur je Leven' vrij arbeidsintensief is en veel discipline en motivatie van een patiënt vraagt: H2: *"… Je moet al mensen vinden die gemotiveerd zijn om dit te doen en bij een depressie is dat dikwijls een probleem…"*. Eén huisarts vond de tool zelfs wat betuttelend en vreesde dat een deel van zijn patiënten hierdoor zou afhaken:

H5: *"Zo van lesje één en dan deze huiswerkjes en lesje twee … ik ken patiënten aan wie ik het zeker niet moet gaan voorstellen."* Verder hadden sommigen weinig vertrouwen in de effectiviteit van dit type interventies. Een nuancering hiervoor is dat de effectiviteit bij face-to-face therapie ook niet altijd even sterk is en dat uit de literatuur ook al bleek dat de twee op dat vlak gelijkwaardig zijn, mits er enige vorm van begeleiding bij zo'n self-help tool wordt voorzien. Hierbij werd er door enkele aanwezigen goedkeurend/bevestigend geknikt.

Naar implementatie in de huisartsenpraktijk toe vreesden de meesten een te grote werkbelasting indien ze de taak van coach op zich zouden nemen: H3*:"Ik wil me niet engageren als coach",* H2: *"…maar niet per se als coach, want dat is weer extra werkbelasting",* H7: *"Ik denk dat het meer tijd vraagt…Want anders stuur je die naar de therapeut en dan ben je ervan af. Het ligt in de handen van de therapeut."* Verder werd er nogmaals benadrukt dat een goede indicatiestelling erg belangrijk is en het gevaar van richtlijnen erin bestaat dat deze blindelings worden opgevolgd, zonder eerst voldoende af te toetsen of de patiënt een geschikte kandidaat is.

Enkele bemerkingen die huisartsen tenslotte nog maakten hadden betrekking op de veiligheid van zo'n tool en de privacy van de patiënt. Een huisarts stelde de vraag of zo een tool wel over een betrouwbare filterfunctie beschikt om suïcidale patiënten er op tijd te kunnen uitfilteren. Een andere aanwezige suggereerde dat zo'n tool een patiënt met een depressie misschien nog verder doet vervreemden van de realiteit. Over het belang van privacy waren veel huisartsen het eens: H1:*"Een ander belangrijk punt is zeker weten dat het privé blijft, wat ze daar allemaal vertellen eh… Internet is flou…Want het zijn gevoelige dingen en gevoelige zaken die daar neergeschreven worden."* H4: *"Ik heb nog zo'n beetje mijn bedenkingen rond de privacy. Het medisch dossier hoort aan de patiënt toe en wij zijn daar beheerder van. En het concept van e-health is…en dat is nu aan het komen, dat wij het niet meer beheren hé. Het feit dat gegevens over de mentale gezondheid van onze patiënten ook zomaar ter beschikking komen van servers of wat floue organisaties, dat is toch zeker ook iets wat we als artsen samen met de patiënten mee moeten bewaken."* Deze standpunten werden door de andere deelnemers op goedkeuring onthaald. Verder werd ook de link van de tool 'Kleur je Leven' aan de CM als een bedreiging van de privacy gezien: H5: *"De CM, ja, dat is dan allemaal*

zogezegd geanonimiseerd, maar dat is wel een verzekeraar." H1: *"Je krijgt korting als je CM-lid bent, dus dan zou ik denken: 'gaat die adviseur dat hier lezen wat ik hier schrijf?'"* De huisarts als coach aanstellen leek voor een arts een meer veilige oplossing, maar als bedenking werd hier snel gemaakt dat als een huisarts alles kan meelezen een tool ook niet meer echt privé is.

Als afsluiter van de discussie werd er nog door twee huisartsen opgemerkt dat het probleem van internet en privacy verder gaat dan deze internettherapie alleen. Mensen zoeken en posten meer en meer op het internet en zijn zich hier niet steeds helemaal bewust van. Het is een toenemend gevaar waar huisartsen zich voor moeten behoeden.

Discussie

In deze masterthesis probeerden we na te gaan in hoeverre de huisartsen in Vlaanderen bekend zijn met het relatief nieuw fenomeen van e-mental health. Er werd ook gepeild naar hun meningen en suggesties omtrent de online therapeutische interventies, alsook de implementatie ervan in hun dagdagelijkse praktijk. De onderzoeksvraag kon dan ook verwoord worden als: "Is er plaats voor e-mental health tools voor mild depressieve klachten binnen de huisartsenpraktijken in Vlaanderen?" We deden dit aan de hand van 'Kleur je leven'.

Door middel van een kwalitatief onderzoek hebben we getracht een antwoord te formuleren op deze onderzoeksvraag. We organiseerden een focusgroep met zeven huisartsen. Aan het begin van de bijeenkomst werd er eerst schriftelijk gepeild naar de bekendheid met het fenomeen 'e-mental health'. Tijdens de eerste helft van de focusgroep werd er dan aan de hand van een voorstelling en een demonstratie informatie verschaft over de mogelijkheden van e-mental health voor mild depressieve klachten. Tijdens de tweede helft van de focusgroep werd er aan de hand van enkele vraagstellingen een open discussie tot stand gebracht waarbij de huisartsen hun meningen vrij konden uiten. Het geluidsmateriaal van deze discussie werd opgenomen, en later uitgetypt tot een werkbaar transcript. De bekomen data werden vervolgens onderworpen aan een SWOT-analyse. In een eerste fase werd de tekst gecodeerd in de volgende 4 thema's: sterktes, zwaktes, mogelijkheden en bedreigingen. In een tweede fase gingen we op zoek naar de verschillende topics binnen deze vier thema's. In een derde fase hebben we getracht een rode draad te vinden binnen deze verschillende topics.

Tijdens de focusgroep werd duidelijk dat de aanwezige huisartsen verschillende sterke punten zagen in het nieuw opkomende fenomeen van e-mental health. Zo werd er aangehaald dat deze interventie laagdrempelig is door de relatief lage kostprijs, alsook door het wegvallen van de wachttijden. Bovendien werd het als een meerwaarde beschouwd dat de patiënten hun eigen evolutie kunnen objectiveren en opvolgen, alsook dat de aangereikte psycho-educatieve informatie beschikbaar blijft voor de patiënten zodat ze deze ten gepaste tijde terug kunnen openklikken en herlezen. Wat betreft de implementatie van deze online interventies binnen de dagelijkse praktijk, waren de huisartsen van mening dat deze nieuwe tools het consult zouden kunnen faciliteren, alsook tijdsbesparend zouden kunnen werken. De huisartsen gaven te kennen dat ze wel interesse hadden voor het gebruik van e-mental health bij patiënten met mild depressieve klachten en waren tevens van mening dat er een doelgroep bestond binnen hun patiëntenpopulatie die geschikt zou kunnen zijn voor dit type van therapeutische interventie.

Het gesprek met de huisartsen gaf ook meer duidelijkheid over welke aspecten van e-mental health eerder als zwakke punten werden ervaren. Zo gaven de artsen tijdens de discussie te kennen dat het begrip 'e-mental health' nog aan bekendheid moet winnen. Dit strookt ook met de resultaten van de vragenlijst die voor de aanvang van de focusgroep werden ingevuld. Hierbij gaven zes huisartsen te kennen dat ze nog nooit e-mental health tools hadden gebruikt binnen hun praktijk. Drie van de zes artsen gaf als reden aan nog nooit van e-mental health te hebben gehoord en de andere helft gaf aan dat ze er wel al van hadden gehoord, maar er nog onvoldoende mee vertrouwd waren om het daadwerkelijk te gebruiken in de praktijk. De artsen waren ook van mening dat een elektronische zelfhulp interventie niet voor iedereen is weggelegd. Voornamelijk het feit dat dit type van interventies een zekere mate van motivatie en therapietrouw vereist van de patiënten kwam hierbij ter sprake. Wat betreft de implementatie in de dagdagelijkse praktijk, hadden de huisartsen ook hun bedenkingen bij enkele aspecten. Ze vonden het noodzakelijk om over voldoende informatie te beschikken wat betreft de inhoud en kwaliteitsgarantie van de verschillende elektronische interventies, om deze ook daadwerkelijk te kunnen voorleggen aan geschikte patiënten. Hierbij werd tevens ook aangehaald dat men vreesde voor een toegenomen werkbelasting, indien dit zou betekenen dat men zich telkens zou moeten verdiepen in de nieuwe elektronische zelfhulptools.

Tijdens de focusgroep werd er ook gepeild naar de mening van de artsen omtrent de potentiële opportuniteiten van e-mental health tools binnen de huisartsenpraktijk. Hierbij bracht een arts ter sprake dat het bijzonder waardevol zou kunnen zijn om als behandelende arts contact te kunnen opnemen met de coach achter de interventie, om zo overleg te kunnen plegen omtrent de evolutie van de patiënt. Een andere jongere collega gaf aan dat de pyscho-educatieve informatie die wordt aangereikt in de elektronische tools een nuttige leidraad zouden kunnen vormen tijdens de consulten en haar zo in staat zou kunnen stellen om in de toekomst meer patiënten zelfstandig te kunnen begeleiden. Enkele andere huisartsen voegden toe dat de beschikbaarheid van anderstalige tools ook zeer nuttig zouden kunnen zijn, om op deze manier de anderstalige patiënten te kunnen bereiken, waarbij de taalbarrière niet zelden een drempel vormt voor het voeren van diepere gesprekken. Ten slotte waren alle aanwezige huisartsen het erover eens dat er nood is aan het vergroten van de bekendheid inzake e-mental health, en het bieden van gevalideerde kwaliteitsgaranties hieromtrent.

Aan de hand van de uitlatingen van de huisartsen werd duidelijk dat er ook een zekere vrees bestaat omtrent dit nieuw opkomend fenomeen van e-mental health. Zo vroegen enkele artsen zich af of deze elektronische tools niet als te betuttelend en/of te arbeidsintensief zouden worden ervaren door de patiënten. Er werden ook vraagtekens geplaatst bij de effectiviteit en de therapietrouw aangaande deze interventies. Alle aanwezige artsen waren het er unaniem over eens dat de vraagtekens omtrent veiligheid en privacy een belangrijk punt van bezorgheid

vormt. Zo vroegen de artsen zich af of de elektronische zelfhulp tools over een betrouwbare filterfunctie beschikken om suïcidale patiënten er op tijd te kunnen uitfilteren. Ook werd er argwaan getoond over de discretie waarmee er zal worden omgegaan met de elektronisch ingegeven delicate informatie aangaande de mentale gezondheid van hun patiënten.

Kritische reflecties

De focusgroep leerde ons dat de aanwezige huisartsen de laagdrempeligheid, flexibiliteit en lage kostprijs van e-mental health tools als belangrijke sterktepunten beschouwen. Het taboe rond psychotherapie kan inderdaad deels omzeild worden door de anonimiteit van online interventies. Ook de beperkte beschikbaarheid van psychotherapeutische hulpverleners, door de combinatie van de huidige jachtige tijdsgeest en een tekort aan hulpverleners, vormt niet zelden een drempel voor de patiënten bij het zoeken van hulp. E-mental health tools kunnen ook hier mogelijks een oplossing bieden, gezien de patiënt zelf kan kiezen waar en wanneer hij inlogt om een nieuwe sessie te doorlopen binnen de tool. Het prijskaartje is een vaak aangehaald argument om geen psychotherapeutische hulp te starten. Vaak zijn de kosten aanzienlijk, zeker indien men meerdere sessies over een geruime periode nodig heeft. De online zelfhulp-interventies zijn hiermee in vergelijking dan relatief goedkoop. We kunnen dan ook argumenteren dat e-mental health het potentieel heeft om psychotherapie beschikbaar te maken voor een breder/groter publiek. Bij een aantal van de aangehaalde bedenkingen of suggesties zijn verder nog een aantal kritische reflecties te maken die hieronder kort worden opgelijst en toegelicht.

De huisartsen gaven tijdens de focusgroep ondermeer aan dat ze verwachten dat de implementatie van e-mental health tools de consulten zullen faciliteren en efficiënter doen verlopen. Een eerste consult met een depressieve patiënt kan inderdaad al gauw uitlopen en gevolg geven tot tijdsdruk en een gejaagd gevoel bij de arts. Voor het inplannen van de vervolgafspraken kan er dan anticiperend eventueel meer tijd worden ingecalculeerd in de agenda, maar feit blijft wel dat de begeleiding van deze patiënten steeds als zeer arbeidsintensief en tijdsintensief wordt ervaren. Door het aanbieden van elektronische zelfhulp interventies kan de werkbelasting van de arts verlicht worden, gezien de psycho-educatie en counseling dan in grote mate al op een gestructureerde manier wordt aangeboden tijdens de sessies van de online interventie. Tijdens vervolgconsulten kan dan ook meer gericht ingepikt worden op de inhoud van de sessies die de patiënt heeft

doorlopen, hetgeen een consult meer kapstokken kan geven en efficiënter kan doen verlopen.

Verder kwam duidelijk naar voren dat het begrip ‘e-mental health’ bij huisartsen nog aan bekendheid moet winnen. Dit strookt ook met de resultaten van de vragenlijst die voor de aanvang van de focusgroep werd ingevuld. Ze vonden het verder ook noodzakelijk om over voldoende informatie te beschikken wat betreft de inhoud en kwaliteitsgarantie van de verschillende elektronische interventies om deze ook daadwerkelijk te kunnen voorleggen aan geschikte patiënten. Deze argumenten lijken ons één van de belangrijkste redenen te zijn voor het stroef verlopen van de implementatie van de e-mental health tools binnen de huisartsenpraktijken in Vlaanderen. Er is duidelijk vraag naar meer informatie en garantie voor kwaliteit. Mogelijks zou de opname van e-mental health interventies in de praktijkrichtlijnen van Domus Medica voor de aanpak van depressie deze leemte deels kunnen opvullen. Naast een algemene informatieve tekst over het gebruik van e-mental health in de praktijk, lijkt een bijlage met een overzicht en korte inhoud van kwaliteitsvolle zelfhulp programma’s volgens ons een belangrijke meerwaarde te kunnen bieden voor de geïnteresseerde huisartsen.

De artsen waren verder ook van mening dat een elektronische zelfhulp interventie niet voor iedereen is weggelegd. Voornamelijk het feit dat dit type van interventies een zekere mate van motivatie vereist van de patiënten kwam hierbij ter sprake. Het probleem van motivatie is inderdaad deels eigen aan de depressieve stoornis, waarbij de aandoening juist gekenmerkt wordt door onder andere anhedonie en weinig motivatie. Vanuit de literatuur weten we echter dat wekelijkse kortstondige begeleiding door een aanmoedigende coach al een duidelijke positief effect heeft op de tevredenheid en de motivatie van de patiënt. Ook de therapietrouw vormde een punt van bezorgdheid. Deels terecht, aangezien de literatuur ons te kennen geeft dat gemiddeld genomen slechts 32 procent van de patiënten de volledige elektronische interventie voltooit. Er is echter wel enige onderzoeksevidentie voor handen die de lage therapietrouw kan relativeren: vele patiënten ervaren het grootste therapeutische effect tijdens de eerste sessies van de behandeling. Wanneer men dan zelf acht dat er een voldoende niveau van beterschap is bereikt, staakt men zelfstandig de therapie, ondanks dat deze nog niet is afgerond. Sommige onderzoekers benoemen dit als een vorm van zelfmonitoring van de patiënten.

Tijdens de focusgroep kwamen ook enkele opportuniteiten van e-mental health aan bod. Zo bracht een arts ter sprake dat het bijzonder waardevol zou zijn om als behandelende arts contact te kunnen opnemen met de coach achter de interventie, om overleg te kunnen plegen over de evolutie van de patiënt. Dit werd zowel beaamd als genuanceerd door de andere collega’s: zoals bij een doorverwijzing voor traditionele face-to-face psychotherapie dient er eerst toestemming te worden gevraagd aan de patiënt of er contact mag worden opgenomen met de

therapeut. Indien de patiënt hierin toestemt, kan de bijkomende informatie die verschaft wordt door de coach inderdaad zeer waardevol zijn in de verdere begeleiding van de patiënt. Een andere jongere collega gaf aan dat de pyscho-educatieve informatie, die mooi gestructureerd wordt aangereikt in de elektronische tools, een nuttige leidraad zou kunnen vormen tijdens de consulten en haar zo in staat zou kunnen stellen om in de toekomst meer patiënten zelfstandig te begeleiden. Als jonge huisartsen in opleiding ervaarden we zelf ook dat het in de praktijk niet steeds even gemakkelijk is om patiënten die kampen met een depressie goed te begeleiden en te sturen in de beleving van hun klachten. Vooral bij patiënten met mild-depressieve klachten – waarbij psycho-educatie en counseling de kern vormt van het beleid – stuitten we zelf op deze drempels. Wij beamen dan ook dat het gebruik van een elektronische zelfhulp-tool het consult meer richting en structuur kan geven voor jonge huisartsen die nog niet veel ervaring hebben met de begeleiding van patiënten met een milde depressie.

Aan de hand van de uitlatingen van de huisartsen werd duidelijk dat er ook een zekere vrees bestaat omtrent dit nieuw opkomend fenomeen van e-mental health. Zo waren alle aanwezige artsen het er unaniem over eens dat de veiligheid en privacy een belangrijk punt van bezorgdheid vormen. Zo vroegen de artsen zich onder andere af of de elektronische zelfhulp interventies over een betrouwbare filterfunctie beschikken om suïcidale patiënten er op tijd te kunnen uitfilteren. Ook werd er argwaan getoond over de discretie waarmee er zal worden omgegaan met de elektronisch ingegeven delicate informatie aangaande de mentale gezondheid van hun patiënten. Het lijkt ons inderdaad ook uiterst belangrijk dat veiligheid en privacy kunnen gegarandeerd worden. Als we kijken naar Nederland zien we dat de eerste toepassingen van online therapie daar reeds werden ingevoerd in 1997. Sinds dit jaar is men er begonnen met het invoeren van kwaliteitslabels voor online interventies. Dit gebeurt binnen een samenwerking van de Nederlandse overheid en het Trimbos Instituut, een expertisecentrum rond geestelijke gezondheidszorg. Naar analogie hiervan zou dit misschien ook kunnen doorgetrokken worden naar Vlaanderen, waarbij er binnen een samenwerking van enkele gevestigde instituten de beschikbare kwalitatieve elektronische interventies kunnen doorgelicht worden, en voorzien worden van een kwaliteitslabel. Wat betreft de gevestigde instituten denken wij hier onder andere aan het federaal kenniscentrum voor gezondheidszorg, Domus Medica, LUCAS, KU Leuven… Enkele artsen vroegen zich ten slotte ook af of deze elektronische zelfhulp interventies niet als te betuttelend en/of arbeidsintensief zouden ervaren worden door de patiënten. Dit lijkt ons ook een terechte opmerking, waarbij we tevens graag willen benadrukken dat het uiterst belangrijk is om steeds zorg te verschaffen op maat van de individuele patiënt. Een therapie heeft dan ook enkel kans op slagen als de arts eerst de inschatting maakt of deze therapeutische optie geschikt is voor de patiënt. Dit vraagt dan ook enige kennis van de inhoud van de specifieke online interventie, alsook enige kennis van de mens achter de patiënt.

Beperkingen van dit onderzoek

Het is belangrijk om te vermelden dat er binnen het onderzoek niet de mogelijkheid was om representativiteit van de doelgroep na te streven. Het doel was eerder om op exploratieve wijze de meningen en suggesties van de huisartsen te bevragen. De bekomen data werden onderworpen aan een SWOT-analyse.Deze biedt een allereerste blik op de houding van Vlaamse artsen ten aanzien van e-mental health. De resultaten kunnen zo als een opstap dienen naar toekomstig, meer uitgebreid onderzoek.

Er was verder ook sprake van enige bias. Een uitnodigingsmail versturen voor participatie aan een focusgroep rond e-mental health, trekt natuurlijk deelnemers aan die wel enige interesse hebben rond dit onderwerp. Niettemin keken de huisartsen die in de huidige focusgroep waren betrokken wel met de noodzakelijke kritische blik naar dit interventietype. Ze waren niet onverdeeld positief en konden ook verschillende zwaktes en verbeterpunten aangeven.

Ten slotte zorgde de demonstratie van een welbepaalde interventie, Kleur je Leven, die voorafging aan de focusgroep, ervoor dat er aan de huisartsen geen algemeen beeld kon worden geschetst van alle mogelijkheden en toepassingen van elektronische psychotherapeutische interventies. Hun bemerkingen en reflecties waren dan ook voornamelijk op dit concreet praktijkvoorbeeld gebaseerd. Dit werd deels opgevangen door de informatieve voorstelling over mental health die aan de demonstratie vooraf ging.

Aanbevelingen voor onderzoek, praktijk en beleid

Als aanbevelingen voor verder onderzoek lijkt het ons opportuun om een grotere onderzoeksgroep samen te stellen door het organiseren van meerdere focusgroepen met huisartsen die reeds ervaring hebben met het gebruik van e-mental health in hun praktijk. Het lijkt ons hiervoor nuttig om een groep huisartsen te voorzien van een gratis login, van een nog nader te bepalen elektronische psychotherapeutische interventie, zodat ze de tool goed kunnen leren kennen vooraleer hem aan te bieden aan de patiënten.

Op beleidsniveau zijn er twee grote aanbevelingen. Een eerste aanbeveling heeft als doel om de kenbaarheid van e-mental health bij de huisartsen te vergroten. Hierbij wordt er voorgesteld om deze methodieken op te nemen in de praktijkrichtlijnen van Domus Medica voor de aanpak van depressie. Naast een

algemene informatieve tekst over het gebruik van e-mental health in de praktijk, lijkt een bijlage met overzicht en korte inhoud van kwaliteitsvolle zelfhulp programma's een grote meerwaarde te kunnen bieden voor geïnteresseerde huisartsen. De tweede aanbeveling is gericht op het vergroten van het vertrouwen in e-mental health bij de huisartsen. Een kwaliteitslabel kan hierbij nuttig zijn. Hiervoor zien we een rol weggelegd voor enkele gevestigde instituten die in nauwe samenwerking de beschikbare kwalitatieve elektronische interventies doorlichten en voorzien van een kwaliteitslabel dat zowel garanties biedt rond de werkzaamheid als de veiligheid van interventies. Wat betreft de gevestigde instituten denken wij hier onder andere aan het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg, Domus Medica, LUCAS KULeuven …

Conclusie

Dit onderzoek had als doel om een beter inzicht te krijgen in de opportuniteiten en werkpunten voor de implementatie van e-mental health voor patiënten met een milde depressie binnen de huisartsenpraktijken in Vlaanderen. Uit de praktijk blijkt dat slechts een kleine minderheid van de Vlaamse huisartsen e-mental health tools aanreikt aan hun patiënten met mild-depressieve klachten.

We zijn begonnen met een inzicht te geven in de bestaande literatuur en richtlijnen. Enerzijds hebben we binnen de internationale literatuur gezocht naar onderzoeksresultaten over de effectiviteit en het gebruik van e-mental health, en meer specifiek de e-mental health tools voor de aanpak van mild depressieve klachten binnen de setting van huisartsen. Vervolgens werd er van de bekomen informatie een synthese gemaakt . Anderzijds hebben we de huidige richtlijnen en aanbevelingen voor huisartsen binnen Vlaanderen over de aanpak van depressie uitgediept en samengevat.

Vanuit het besef dat e-mental health tools voor de aanpak van depressieve klachten nog niet goed geïmplementeerd zijn binnen de huisartsenpraktijken van Vlaanderen, hebben we daarna meer inzicht gegeven in de perceptie van de Vlaamse huisartsen van dergelijke tools en de implementatie ervan in de praktijk. Dit hebben we gedaan door middel van een focusgroep, waarin huisartsen vrij konden discussiëren over de mogelijke sterktes, zwaktes, bedreigingen en opportuniteiten van e-mental health tools voor de aanpak van mild depressieve klachten. De bekomen data van deze focusgroep werd vervolgens op een kwalitatieve wijze geanalyseerd. Dit betekent dat we vanuit de data getracht hebben stellingen te beschrijven en te analyseren.

We kunnen stellen dat er bij de groep huisartsen interesse was in dit nieuwe fenomeen van e-mental health tools voor de behandeling van milde depressie. De artsen meenden ook dat er een patiëntenpopulatie bestaat die geschikt is voor deze vorm van therapie. Om deze nieuwe behandelingsmodaliteiten echter ook daadwerkelijk te implementeren in de praktijk, achtten ze het nodig om gevalideerde informatie en kwaliteitsgaranties te kunnen consulteren omtrent de bestaande e-health tools. Ten slotte rezen er ook vragen omtrent de veiligheid van de delicate patiëntengegevens die worden vrijgegeven op het internet.

Referenties

1. Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demyttenaere K. Het voorkomen van depressie in België. Stand van zaken en reflecties voor de toekomst. Tijdschrift voor psychiatrie 2008; 10: 655-665.

2. Audenhove C. van, De Coster I, Ameele H. van den, De Fruyt J, Goetinck M. De aanpak van depressie door de huisarts. Leuven: Lannoo Campus; 2007. p. 238.

3. Heyrman J, Declercq T, Rogiers R et al. Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts. Huisarts Nu 2008; 37(6): 284-317.

4. Claes S, Casteels M, Danckaerts M et al. Het toenemend gebruik van psychofarmaca. Visietekst werkgroep Metaforum Leuven 2010. Internetsite Kuleuven. Beschikbaar via : www.kuleuven.be/metaforum. Geraadpleegd 2012 april 8.

5. Spek V. Kleur je leven: een internetinterventie voor depressieve klachten bij vijftigplussers. Sociale interventie 2008; 17(2): 41-45.

6. de Graaf LE, Gerhards SA, Arntz A et al. One-year follow-up results of unsupported online computerized cognitive behavioural therapy for depression in primary care: A randomized trial. J Behav Ther Exp Psychiatry 2011; 42(1): 89-95.

7. Kaltenthaler E, Sutcliffe P, Parry G, Beverley C, Rees A, Ferriter M. The acceptability to patients of computerized cognitive behaviour therapy for depression: a systematic review. Psychol Med 2008; 38(11): 1521-1530.

8. Andrews G, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, Titov N. Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. PLoS One 2010; 5(10): e13196.

9. Johansson R, Ekbladh S, Hebert A et al. Psychodynamic Guided Self-Help for Adult Depression through the Internet: A Randomised Controlled Trial. PLoS One. 2012;7(5): e38021.

10. Moritz S, Schilling L, Hauschildt M, Schröder J, Treszl A. A randomized controlled trial of internet-based therapy in depression. Behav Res Ther 2012; 50(7-8): 513-521.

11. Meyer B, Berger T, Caspar F, Beevers CG, Andersson G, Weiss M. Effectiveness of a Novel Integrative Online Treatment for Depression (Deprexis): Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res 2009; 11(2): e15.

12. McPherson S, Armstrong D. General Practitioner Management of Depression : A Systematic Review. Qual Health Res 2012; 22(8): 1150-1159.

13. Demotte R et al. Het doelmatig gebruik van antidepressiva bij de behandeling van depressie, Consensusvergadering Rijksinstituut voor Ziekte-en Invaliditeitsverzekering. Internetsite Rijksinstituut voor Ziekte-en Invaliditeitsverzekering 2006. Beschikbaar via: www.riziv.fgov.be. Geraadpleegd 2013 mei 3.

14. Weel-Baumgarten EM.van, Gelderen MG. van, Grundmeijer HG. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012; 55(6): 252-259.

15. Maxwell M, Pratt R. Prevention and management of depression in primary care in Europe: a hollistisc model of care and interventions. Internetsite Rijksinstituut voor Ziekte-en Invaliditeitsverzekering 2007. Beschikbaar via: www.riziv.fgov.be. Geraadpleegd 2013 mei 3.

16. Ondersteuning huisartsen, eerstelijnhulp inzake geestesgezondheid. Advies van de Hoge Gezondeheidsraad. Internet site federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmillieu 2005. Beschikbaar via : www.health.belgium.be. Geraadpleegd 2013 juli 10.

17. Donker T, Straten A.van, Riper H, Marks I, Andersson G, Cuijpers P. Implementation of Internet-based preventive interventions for depression and anxiety: role of support? The design of a randomized controlled trial. Trials 2009; 10: 59.

18. Notenboom A, Blankers I, Goudriaan R, Groot W. E-health en zelfmanagement: een panacee voor arbeidstekorten en kostenoverschrijdingen in de zorg? Internet site Ape Den Haag 2012. Beschikbaar via: www.ape.nl. Geraadpleegd 2012 mei 2.

19. Wat is E-mental health? Internet site Trimbos. Beschikbaar via: cms.ict-link.nl/cms/elodocs/Wat_is_E_mental_health.doc. Geraadpleegd 2012 mei 15.

20. Perini S, Titov N, Andrews G. Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for depression: Randomized controlled trial. Aust N Z J Psychiatry 2009; 43(6): 571-578.

21. Cheng SK, Dizon J. Computerised cognitive behavioural therapy for insomnia: a systematic review and meta-analysis. Psychother Psychosom 2012; 81(4): 206-216.

22. Berger T, Hämmerli K, Gubser N, Andersson G, Caspar F. Internet-Based Treatment of Depression: A Randomized Controlled Trial Comparing Guided with Unguided Self-Help. Cogn Behav Ther 2011; 40(4): 251-266.

23. Boon B, Risselada A, Huiberts A, Riper H, Smit F. Curbing Alcohol Use in Male Adults Through Computer Generated Personalized Advice: randomized controlled trial. Journal of medical internet research 2011; 2: e43.

24. Ruwaard J. The Efficacy and Effectiveness of Online CBT. Enschede: IpskampDrukkers BV; 2012. p. 177.

25. Warmerdam L, Smit F, Straten A.van, Riper H, Cuijpers P. Cost-utility and Cost-Effectiveness of Internet-Based Treatment for Adults With Depressive Symptoms: Randomized Trial. J Med Internet Res 2010; 12(5): e53.

26. Trimbos-instituut. E-mental health. Internet site Trimbos 2011. Beschikbaar via: www.trimbos.nl/onderwerpen/e-mental-health. Geraadpleegd 2012 mei 15.

27. Warmerdam L, Straten A. van, Twisk J, Riper H, Cuijpers P. Internet-Based Treatment for Adults with Depressive Symptoms: Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res 2008; 10(4): e44.

28. Carlbring P, Hägglund M, Luthström A et al. Internet-based behavioral activation and acceptance-based treatment for depression: A randomized controlled trial. J Affect Disord 2013; 10. 1016: 1-6.

29. Mohr DC, Duffecy J, Jin L et al._Multimodal E-Mental Health Treatment for Depression: A Feasibility Trial. J Med Internet Res 2010; 12(5): e48.

30. Titov N, Andrews G, Davies M, McIntyre K, Robinson E, Solley K. Internet Treatment for Depression: A Randomized Controlled Trial Comparing Clinician vs. Technician Assistance. PLoS One 2010; 5(6): 1-8.

31. Bendelin N, Hesser H, Dahl J, Carlbring P, Nelson KZ, Andersson G. Experiences of guided Internet-based cognitive-behavioural treatment for depression: A qualitative study. BMC Psychiatry 2011; 11: 107.

32. Cuijpers P, Donker T, Johansson R, Mohr DC, Straten A.van, Andersson G. Self-Guided Psychological Treatment for Depressive Symptoms: A Meta-Analysis. PLoS One 2011; 6(6): e2124.

33. Declercq T, Poelman T. Zijn antidepressiva en benzodiazepines effectief voor de behandeling van mineure depressie? Minerva 2011; 10(7): 84-85.

34. de Graaf LE, Hollon SD, Huibers MJ. Predicting outcome in computerized cognitive behavioral therapy for depression in primary care: A randomized trial. J Consult Clin Psychol 2010; 78(2): 184-189.

35. Audenhove C. van, Everaert S, Scheerder G, De Coster I. Getrapte zorg voor personen met depressie in de centra geestelijke gezondheidszorg. Analyse, evaluatie en optimalisering van het zorgaanbod. Onderzoeksrapport Lucas 2007.

36. Kleur je leven. Internet site ISW Limits 2010. Beschikbaar via: www.iswlimits.be/nl/kleur-je-leven/35/. Geraadpleegd 2012 april 8.

37. Routebeschrijving bemoeizorg. Doelen en indicatoren bepalen: SWOT-analyse. Internetsite Trimbos 2010. Beschikbaar via: www.trimbos.nl/onderwerpen/implementatie/implementatie-behandelrichtlijnen/verbeter-de-zorg-per-stoornis/routebeschrijving-bemoeizorg. Geraadpleegd 2013 Juli 10.

Bijlagen

Bijlage 1: Focusgroep: uitnodigingsmail

Bijlage 2: Focusgroep: karakteristieken van de aanwezige huisartsen

Bijlage 3: Focusgroep: openingsvragen

Bijlage 4: Focusgroep: powerpoint voorstelling omtrent e-mental health binnen de eerstelijnszorg

Bijlage 5: Focusgroep: transcript van het open panel gesprek

Bijlage 6: Focusgroep: samenvatting SWOT-analyse

Bijlage 7: Voorbeelden van e-mental health interventies

Bijlage 8: Symptomen van depressie volgens DSM-IV

Bijlage 1: Focusgroep: uitnodigingsmail

Leuven, 21 mei 2013

Geachte collega,

"Dokter, het gaat niet meer."

Uitlopende consultaties, overbevraagde therapeuten, antidepressiva, benzodiazepines, …

Herkenbaar?

Wij zijn Linde & Yoo-Na, momenteel laatstejaarsstudenten huisartsgeneeskunde (haio). In het kader van onze masterproef onder begeleiding van professor Chantal Van Audenhove (LUCAS, KU Leuven & Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin) doen wij onderzoek naar het **gebruik van e-mental health in de huisartsenpraktijk**. Hoewel de effectiviteit en voordelen van dit type interventies al is aangetoond, worden deze nog niet vaak in de huisartsenpraktijk gebruikt.

Op **dinsdagavond 25 juni** organiseren wij daarom een avond waarop we de mogelijkheden van e-mental health demonstreren aan de hand van een specifieke interventie, Kleur je Leven. Deze internetcursus is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en heeft als doel om patiënten zelfstandig of met beperkte begeleiding hun depressieve klachten aan te laten pakken. Na een algemene toelichting en de demonstratie sluiten we af met een korte discussie waarbij u en uw collega's jullie mening kunnen geven over het gebruik van dergelijke tools in de huisartsenpraktijk.

Datum: dinsdag 25 juni 2013
Tijdstip: 20u30-22u00
Locatie: Grote vergaderzaal, MCH, Maria Theresiastraat 63A, 3000 Leuven
Accreditering: is aangevraagd

Gelieve uw aanwezigheid te bevestigen voor 18 juni: yoona.choi@dsv.kuleuven.be

Alvast hartelijk bedankt voor uw interesse!
Met vriendelijke groet,

Linde Wyseur
Yoo-Na Choi
haio's

drs. Tom Van Daele
Prof. dr. Chantal Van Audenhove
Begeleider en promotor KU Leuven LUCAS & SWVG

Meer informatie? Een demo bekijken? Ga naar www.kleurjeleven.be

Bijlage 2: Focusgroep: karakteristieken van de aanwezige huisartsen

Huisarts	Geslacht	Leeftijd	Type praktijk	Regio
A	v	60jr	Groepspraktijk	Kessel-Lo
B	v	27jr	Huisarts in opleiding	Boutersem
C	v	30jr	Groepspraktijk	Leuven
D	v	58jr	Solopraktijk	Betekom
E	m	30jr	Groepspraktijk	Wilsele
F	m	60jr	Solopraktijk	Heverlee
G	v	40jr	Groepspraktijk	Leuven

Bijlage 3: Focusgroep: openingsvragen

Vraag 1:

Heeft u reeds van e-mental health gehoord? Zo ja, welke interventie?

Antwoorden:

- Ja, ik heb al eens gehoord over "Kleur Je Leven", maar weet niet goed wat het juist inhoudt.
- Neen.
- "Fit In Je Hoofd" van de CM.
- Voor jullie uitnodiging nog niet.
- Neen.
- Van "Kleur Je Leven". Geen andere. Eventueel online rookstopbegeleiding, maar ik weet niet of dit ook e-mental health is?

Vraag 2:

Heeft u reeds gebruik gemaakt van e-mental health interventies in uw praktijk? Waarom wel of niet?

Antwoorden:

- Neen. Ik ben er onvoldoende mee vertrouwd.
- Niet dat ik besef.
- Neen. Ik ken ze onvoldoende om actief te gebruiken / voor te stellen aan patiënten.
- Neen dus, maar ik heb zeker wel interesse in.
- Neen, niet bekend.
- Neen, ik ken te weinig over de mogelijkheden hieromtrent.

Bijlage 4: Focusgroep: powerpoint voorstelling omtrent e-mental health binnen de eerstelijnszorg

KU LEUVEN
LUCAS



Voorstelling:

E-mental health binnen de eerstelijnszorg

Info-avond ikv MaNaMa-scriptie Huisartsgeneeskunde
Linde Wyseur & Yoo-Na Choi

Indeling

- E-health
- E-mental health: Algemeen
- E-mental health: Milde depressie
- E-mental health bij milde depressie: Rol voor huisartsen
- Kleur Je Leven

2

E-health

- Toepassingen van ICT (Informatie & Communicatie Technologie) in de gezondsheidszorg (1)
- ICT als medium voor…
  - Advies en informatie voorziening
  - Zelftesten en zelfhulp programma's
  - Fora voor lotgenoten
  - Screening en kortdurende interventies
  - Consultaties en online-behandeling
  - Nazorg en preventie van terugval
  - …

(1) 2012 Notenboom A, Blankers I, Goudriaan R, Groot W.

3

Indeling

- E-health
- E-mental health: Algemeen
- E-mental health: Milde depressie
- E-mental health bij milde depressie: Rol voor huisartsen
- Kleur Je Leven

4

E-mental health: Algemeen

- Gebruik van ICT om de geestelijke gezondheidszorg te ondersteunen en/of te verbeteren (2)
- Voorbeelden:
  - Kleur je leven (milde depressie)
  - Teleblok
  - Awel (contactkanaal voor kinderen en jongeren)
  - Slachtofferchat
  - Cannabishulp
  - Gokhulp
  - …

- (2) 2012 Trimbos Instituut

5

Indeling

- E-health
- E-mental health: Algemeen
- E-mental health: Milde depressie
- E-mental health bij milde depressie: Rol voor huisartsen
- Kleur Je Leven

6

E-mental health: Milde depressie

- Drie types online psychotherapeutische interventies (3,4,5)

1. Self-help online
   - Tools die volledig zelfstandig te doorlopen zijn
2. Guided self-help
   - Zelfstandig aan de slag met de tools, maar met enige vorm van begeleiding door een coach
3. Online psychotherapie
   - Benadert het meest de face-to-face psychotherapie
   - Computer is slechts een medium om afstand en tijd te overbruggen

(3) 2009 Donker T, Straten A.van, Riper H, Marks I, Andersson G, Cuijpers P. (4) 2011 Boon B, Risselada A, Huiberts A, Riper H, Smit F. (5) 2009 Perini S, Titov N, Andrews G

E-mental health: Milde depressie

- Therapeutische technieken:
  - Cognitieve Gedragstherapie
    - Mindfullness
    - Problem-solving technieken
    - Psycho-educatie
    - Relaxatietechnieken
    - Assertiviteitstraining
    - Technieken omtrent stresshantering

E-mental health: Milde depressie

- Determinanten van effectiviteit
  - Therapievorm (6)
    - Cognitieve gedragstherapie, problem solving treatment, psychodynamic psychotherapy
  - Begeleiding (7)
    - Wekelijkse kortstondige (10') begeleiding
    - Aanmoediging, persoonlijke feedback, (beantwoorden van vragen, helpen bij problemen)
  - Karakteristieken van deelnemers (8)
    - Lichte/milde depressie
    - Motivatie, computerminded, een zekere mate van aanpaksgerichte copingsstrategie

(6) 2008 Kaltenthaler E, Sutcliffe P, Parry G, Beverley C, Rees A, Ferriter M. (7) 2010 Mohr DC, Duffecy J, Jin L, (8) 2011 Bendelin N, Hesser H, Dahl J, Carlbring P, Nelson KZ, Andersson G

Indeling

- E-health
- E-mental health: Algemeen
- E-mental health: Milde depressie
- E-mental health bij milde depressie: Rol voor huisartsen
- Kleur Je Leven

E-mental health bij milde depressie: Rol voor huisartsen

- Lifetime voorkomen depressie in vlaanderen: 13,6% (9)
- Huisartsen als poortwachter
  - In 86% (10) wordt de huisarts als eerste gecontacteerd
- Treatment gap
  - De reguliere GGZ bereikt slechts een klein deel van personen met een depressie: minder dan 20% (11)

(9) 2007 Audenhove C. van, De Coster I, Ameele H. van den, De Fruyt J, Goetinck M. (10) 2012 Ruwaard J, (11) 2008 Spek V

E-mental health bij milde depressie: Rol voor huisartsen

- Detectie & Diagnose
- Bespreking van de mogelijke therapeutische interventies
- Bespreking van de drempels
  - Taboe rond hulp voor psychische problemen
  - Kwaliteit van de geboden psychotherapie
  - Kostprijs
  - Wachttijden
  - Moeilijk in te plannen na de kantooruren

E-mental health bij milde depressie: Rol voor huisartsen

- Belangrijke rol voor begeleider
  - Drop out verminderen
  - Huisarts als vertrouwenspersoon
  - Vanuit standpunt huisarts: (tijds-)efficiëntie

13

Indeling

- E-health
- E-mental health: Algemeen
- E-mental health: Milde depressie
- E-mental health: Rol voor huisartsen
- Kleur Je Leven

14

Kleur Je Leven

- Internetcursus om zelfstandig milde depressieve klachten aan te pakken
  - 8 lessen + 1 terugkomles (na 6 weken)
  - Na 5 weken en na 12 weken: vragenlijst + feedback
- Gebaseerd op Cognitieve Gedragstherapie
- Doelgroep
  - Volwassenen
  - Lichte tot matige depressie

15

Kleur Je Leven

- Wat biedt deze tool?
  - Zelfstandig problemen leren aanpakken
    - Inzicht krijgen in eigen klachten
    - Copingsstrategieën verwerven
    - Ontspanningstechnieken
    - Tips om piekeren te verminderen
    - Constructief leren denken
    - Sociale vaardigheden
    - Assertiviteits training

16

Kleur Je Leven

- Ontwikkeld in een samenwerking tss ISW Limits (BE) en het Trimbos-instituut (NL)
- Stand van zaken in NL:
  - Goed geïmplementeerd in de eerstelijnszorg
  - Effectiviteit is bewezen
- Prijs: 50 euro voor leden CM/Partena, 80 euro voor niet-leden

17

Referenties

- (1) Notenboom A, Blankers I, Goudriaan R, Groot W. E-health en zelfmanagement: een panacee voor arbeidstekorten en kostenoverschrijdingen in de zorg? Internet site Ape Den Haag 2012. Beschikbaar via: www.ape.nl. Geraadpleegd 2012 mei 2.
- (2) Wat is E-mental health? Internet site Trimbos. Beschikbaar via: cms.ict-link.nl/cms/elodocs/Wat_is_E_mental_health.doc. Geraadpleegd 2012 mei 15.
- (3) Donker T, Straten A.van, Riper H, Marks I, Andersson G, Cuijpers P. Implementation of Internet-based preventive interventions for depression and anxiety: role of support? The design of a randomized controlled trial. Trials 2009; 10: 59.
- (4) Boon B, Risselada A, Huiberts A, Riper H, Smit F. Curbing Alcohol Use in Male Adults Through Computer Generated Personalized Advice: randomized controlled trial. Journal of medical internet research 2011; 2: e43.

18

Referenties

- (5) Perini S, Titov N, Andrews G. Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for depression: Randomized controlled trial. Aust N Z J Psychiatry 2009; 43(6): 571-578.
- (6) Kaltenthaler E, Sutcliffe P, Parry G, Beverley C, Rees A, Ferriter M. The acceptability to patients of computerized cognitive behaviour therapy for depression: a systematic review. Psychol Med 2008; 38(11): 1521-1530.
- (7) Mohr DC, Duffecy J, Jin L et al. Multimodal E-Mental Health Treatment for Depression: A Feasibility Trial. J Med Internet Res 2010; 12(5): e48.
- (8) Bendelin N, Hesser H, Dahl J, Carlbring P, Nelson KZ, Andersson G. Experiences of guided Internet-based cognitive-behavioural treatment for depression: A qualitative study. BMC Psychiatry 2011; 11: 107.

Referenties

- (9) Audenhove C. van, De Coster I, Ameele H. van den, De Fruyt J, Goetinck M. De aanpak van depressie door de huisarts. Leuven: Lannoo Campus; 2007. p. 238.
- (10) Ruwaard J. The Efficacy and Effectiveness of Online CBT. Enschede: IpskampDrukkers BV; 2012. p. 177.
- (11) Spek V. Kleur je leven: een internetinterventie voor depressieve klachten bij vijftigplussers. Sociale interventie 2008; 17(2): 41-45.

KU LEUVEN
LUCAS



Demonstratie:

E-mental health tool
"Kleur je leven"

Info-avond ikv MaNaMa-scriptie Huisartsgeneeskunde
Linde Wyseur & Yoo-Na Choi

KU LEUVEN
LUCAS



Discussie

KU LEUVEN
LUCAS



Discussie:

Wat vindt u van het gebruik van deze vorm van therapie in de huisartsenpraktijk?

KU LEUVEN
LUCAS



Discussie:

Hoeveel informatie heeft u als arts nodig om deze interventie te kunnen implementeren in uw praktijk?

KU LEUVEN
LUCAS



Discussie:

Is deze tool een hulpmiddel of vraagt het juist extra moeite om dit als arts te gebruiken?

KU LEUVEN
LUCAS



Discussie:

Is het ontbreken van een vermelding over e-mental health in de richtlijnen een minpunt?

KU LEUVEN
LUCAS



Discussie:

Hoe zou u het gebruik van deze tool praktisch aanpakken? Zelf begeleiden of liever door een professional verbonden aan de tool?

Bijlage 5: Focusgroep: transcript van het open panel gesprek

Moderator:

Wat vindt u van het gebruik van deze vorm van therapie of begeleiding in de huisartsenpraktijk?

H1:

Ik heb ingevuld dat ik er nog niet van gehoord had, maar eigenlijk zonder het te weten heb ik wel al zoiets gebruikt. Er bestaat ook een website 'hoeveel is teveel' dat gaat over alcoholverslaving en allerhande verslavingen. En ik werk daar wel al mee. Ik heb er al verschillende mensen naar doorverwezen en in die zin ben ik er wel voor te vinden, voor dit soort van therapieën, maar ik heb vragen bij de percentages van mensen die starten en ermee doorgaan.

HAIO x:

Het uitvalpercentage is groot, zeker als deelnemers zelf via internet op een interventie stuiten en deze uitproberen. Velen loggen in en staken al na de eerste les. Anderzijds is uit onderzoek gebleken dat minimale begeleiding de therapietrouw al sterk kan doen toenemen. Die begeleiding hoeft niet veel te zijn. 10 minuten per week zou voldoende zijn. Meer begeleiding doet de therapietrouw niet stijgen. Het zou wel enigszins persoonlijk moeten zijn, bv aanmoedigen, vragen hoe het gaat, antwoorden op vragen waarmee deelnemers zitten. Vandaar dat wij het idee hadden dat de huisarts hier wel een geschikte persoon voor zou kunnen zijn. Echt veel tijd en begeleiding moet je er als huisarts niet in steken. Volgens mij kan je het zien als naar een diëtiste gaan, het is een soort stok achter de deur.

H2:

Ik denk dat dat iets belangrijk is. Want dat leek me zo een beetje een drempel eerst. Ik wist wel dat er zo'n websites bestonden maar ik kende ze niet altijd bij naam. Ik dacht ook: 'ja, je moet al mensen vinden die gemotiveerd zijn om dit te doen en bij een depressie is het dikwijls een probleem om mensen gemotiveerd te krijgen.' En als ik dan hoorde dat ze er moesten voor betalen dacht ik: 'dat is al

een drempel extra', maar mss is dat ook een extra motivatie om het af te maken want ze hebben er in geïnvesteerd. En zoals je zei, in vgl met een therapeut kost dat eigenlijk niets. Ik zou het inderdaad interessant vinden voor mensen die niet het budget hebben en wel de mogelijkheden om het online te doen en zelf als arts dan de begeleiding op te nemen, want het lijkt mij heel nuttige informatie die ik zelf nog niet als bagage heb en zo in combinatie met die website zou ik wel patiënten kunnen opvolgen Ik heb het nog niet gebruikt, maar zo lijkt het me wel iets nuttig.

H3:

Dat impliceert dan wel dat je jezelf als coach moet aanmelden en jezelf als coach moet opgeven. Indien je de info van de website wil kunnen gebruiken, dan moet je ook een stukje van de rol van coach op je nemen. Dat stoort me wel een beetje. Ik wil me niet engageren als coach. Ik heb drie patiënten momenteel waarbij ik dit zou kunnen doen, maar ik zie het niet zitten om drie patiënten te coachen.

H2:

Ik denk niet dat dat moet, maar het lijkt mij inderdaad wel nuttig om te weten waarover het ongeveer gaat gaan, want dat is soms iets... ik weet niet of wij daaraan geraken over wat er wordt behandeld van thema's...Maar bijvoorbeeld die driehoek tekenen, dat probeer ik ook wel al bij mijn patiënten, en als je weet waarmee je patiënten aan het werken zijn dan kan je daarop ingaan. Of je kan al vragen bijvoorbeeld: 'wat waren je opdrachten van deze week, hoe ga je ermee om, lukt het een beetje?' Uiteidelijk kun je ook aan je patiënten zelf vragen wat er behandeld is. Ja, ik weet het niet...maar het zou wel handig zijn om inderdaad al iets bij de hand te hebben zodat je kan meevolgen, maar niet persé als coach, want dat is weer extra werkbelasting.

H1:

Of je zou zelf patiënt moeten kunnen spelen eh. In die andere cursus heb ik dat gedaan.

H3:

Dan weet je nog niet wat je patiënt heeft ingevuld.

H1:

Ja, maar dan weet je wat men biedt.

H3:

Wat dat ik nuttig vind is weten wat de patiënt heeft ingevuld omdat je kan zeggen: 'van die vijf dingen...dat wil ik eens bespreken.' Ik gebruik dikwijls zo'n depressie schaal om te zien of je al dan niet kan spreken van een depressie. Ik doe dat eigenlijk vooral om dat dat een hoop vragen zijn die alles beslaan en waar ik dan uithaal waar ik met mijn patiënt wil over praten. Ik zou hetzelfde kunnen doen met de antwoorden die ze geven. Omdat ik sommige antwoorden interessant vind voor mezelf. Daarom zou ik mezelf coach maken.

H1: Maar ik zou me kunnen voorstellen dat als je als huisarts gekend bent bij die coach, bijvoorbeeld dat de patiënt de gegevens van zijn huisarts meedeelt... en dat je als huisarts contact kan nemen met die coach en dat je vraagt: 'kan je me het laten weten als er belangrijke evoluties zijn?'

H3:

Dat kan ook.

Moderator:

Je kan een pdf afprinten van wat je als huiswerk hebt ingevuld en meenemen naar je huisarts.

H3:

Dat zou voor mij bijvoorbeeld al voldoende zijn.

H4:

Nu, u heeft al enkele gegevens over de tool verteld, zo is er 80% dat stopt, maar mits enige begeleiding betert dat. Maar is er al enige evidentie over het effect van het volgen van zo'n cursus op de evolutie van een milde depressie?

Haio x:

Er zijn effecten, maar ze zijn niet zo heel groot, ook afhankelijk van welke studie je erop na gaat. Maar als je kijkt naar de effecten van face-to-face psychotherapie zijn die ook niet zo heel groot. Mits enige begeleiding komt het vaak bijna op hetzelfde neer. Ook in vergelijking met veel medicamenten.

Haio y:

Het is inderdaad wat vergelijkbaar met psychotherapie. En ik wou bij dat uitvalspercentage ook nog een kanttekening maken: vaak zien ze dat mensen op een gegeven moment stoppen omdat ze naar hun eigen aanvoelen voldoende herstelt zijn, een bepaalde graad van satisfaction behaald hebben en niet omdat ze niet tevreden zijn van de tool. Men ziet ook in face-to-face psychotherapie dat het grootste deel van het effect wordt bekomen in de eerste sessies en dat er daarna niet zoveel bijkomend effect meer is. Het is niet omdat ze vroeger stoppen dat het geen positief effect heeft gehad op de patiënten.

H5:

Dat is één van mijn opmerkingen. Als ik het zo zie, en dat is ook wat mijn vraag van daarjuist was: als je zelf aangeeft: 'ik wil daar en daar rond werken', dan kan dat best in les zeven pas aan bod komen, terwijl als je naar de therapeut gaat en in de eerste sessie komt aan bod van 'daar en daar zijn mijn problemen', dan zijn dat de aangrijpingspunten waarrond je als arts kan beginnen. Dat vind ik wel een beetje jammer precies. Daarom mijn vraag: past dit zich dan aan?

H1:

Kan je lessen overslaan?

H3:

Ja, je kan ze ook snel overlopen. Als je echt de zevende les persé wil zien, dan kan je daar meteen naar toe gaan.

H5:

Ja, gewoon klik klik klik...

Moderator:

Overstijg gerust deze specifieke interventie en weet dat dergelijke meer op maat gemaakte interventies daadwerkelijk ook bestaan. Stel je gerust ook de vraag: 'e-mental health, is dat de toekomst? Is dat iets waarmee wij als huisartsen aan de slag willen? En waarom wel en waarom niet?' En ga er daarbij gerust van uit dat de technische tekortkomingen die er nu in deze interventies zijn, dat die er niet per se overal zijn in alle interventies, dat daar aandacht aan besteed wordt.

H4:

Het is misschien de tijd van de sociale media die enorm opgang vinden. Dan hoor ik toch één van mijn jonge patiënten zeggen: 'ja maar facebook enzo, dat is allemaal goed, maar spelen doe ik toch met mijn vriendjes.' In het echt stel ik me de vraag...ja misschien in Nieuw-Zeeland of Australië, maar als we naar ons land kijken, een enorme voorziening van huisartsen en therapeuten, of we daar dan zo voor staan te springen om de mensen met een depressie nog eens te doen vervreemden van de realiteit.

H6:

Ik denk dat dit toch voor een groep patiënten kan werken, voor hen die face-to-face als een drempel ervaren. En dit als iets annoniemer kunnen ervaren en toch hun ding kunnen neerschrijven. En dan vind ik dat je als huisarts niet alles moet kunnen meelezen. Ik denk dat je dat therapeutisch proces moet laten zoals het is, want bij face-to-face psychotherapie weet je ook niet wat er gezegd wordt. Dus ik denk dat die twee dus wel kunnen naast mekaar staan. Tenzij dat je je als huisarts echt als coach wilt opstellen. Maar ik denk dat er wel een groep is die zich daar net veiliger bij voelt. En bij face-to-face misschien zou afhaken en schrik hebben: ' ik moet straks weer naar die therapeut en ik voel me daar niet confortabel bij.'

H1:

Ja, als ze niet graag praten…

H2:

Bestaat die website ook in andere talen dan het Nederlands? Want dat lijkt me ook iets interessant om anderstalige patiënten te kunnen bereiken…waarbij diepere gesprekken door de taalbarriere niet echt mogelijk zijn. En zo een ingansgpoort zou kunnen zijn. Omdat het een gestandaardiseerde website is lijkt het me nuttig om anderstalige patiënten die met een hoop problemen zitten, die ook moeilijk verwoord kunnen worden… Zo naar de toekomst toe dan hé?

H7:

Er bestaat zo geen Franstalige website? Ik heb nu juist een Franstalige patiënte die nu naar een therapeut in Brussel gaat omdat er hier geen Franstalige therapeuten voor handen zijn.

H1:

Jawel, er zijn er wel, maar niet veel.

H7:

Ze gaat naar brussel, terwijl ze hier in Heverlee woont.

H2:

Ja, als dat een Franstalige patiënte is, is dat niet zo gemakkelijk voor de opvolging, de coaching.

Moderator:

In België bestaan er op dit moment nog vrij weinig, buiten in het Nederlands taalgebied. De enige website waar ik weet van een online equivalent van een

Vlaamse versie is 'alcohol.be'. Die website is ontwikkeld door het CAW Limburg en gaat over alcoholverslaving. Die is qua topics heel vergelijkbaar met 'Kleur je Leven' en die is ook volledig gratis. De Waalse tegenhanger is ook door het CAW Limburg ontwikkeld en heet 'alcool.be'. Op dit moment is dit de enige online hulp verlening in het Frans waar ik weet van heb. Maar het internet is natuurlijk niet gebonden aan landsgrenzen. Als we bijvoorbeeld bij onze noorderburen gaan kijken, daar bestaan nu al meer dan 250 e-mental health interventies. In Vlaanderen zijn we nu ongeveer aan een stuk of tien. Ook in Frankrijk, Engeland, Duitsland, de VS en in de Scandinavische landen zijn ze er heel veel mee bezig. Soms begrenst men de toegang tot het eigen land, maar meestal zijn ze vrij toegangkelijk. Maar natuurlijk stuit je dan vaak op andere referenties, een ander kader, een andere manier van werken..

H6:

Of vertalen niet per se, maar bijvoorbeeld op zoek gaan naar partners waarvan dat je weet dat hun programma een degelijk programma is. Want als ik bv op Franse of Spaanse websites ga....150 websites.... Welke moet ik in godsnaam aan die Spanjaard hier voor mij aanbevelen? Want er zullen wel enorme kwaliteitsverschillen in zitten. Als je zo wat zou kunnen netwerken en naar mekaar linken...

Moderator:

Hoeveel info heb je nodig als arts om daarmee aan de slag te gaan? Dan hoor ik als eerste punt: een zekere kwaliteitsgarantie. Zijn er nog andere suggesties?

H5:

Ja, dat is de vraag die je altijd hebt bij doorverwijzing naar geestelijke gezondheidszorg: je moet weten naar waar je doorverwijst en wat je kan verwachten. Dus eigenlijk moet je als arts de mensen of de programma's die je dan aanbeveelt... ja je moet ze kennen. Ofwel face-to-face kennen, die psycholoog of psychiater naar wie je doorverwijst, ofwel dat programma al bijna zelf een keer hebben doorgemaakt. En dat kan je van een programma al wel is doen, maar als je voor angst en voor gelijk wat, voor alcohol....Al die huisartsen in Vlaanderen gaan niet al die websites een keer doornemen. Om programma's 8 weken door te nemen... Dus dat is echt een probleem denk ik voor de implementatie van dat soort programma's. Hoe dat we dat dan moeten oplossen, weet ik niet. Want ik denk dat er inderdaad wel een doelgroep is waar dat dat wel nuttig voor kan zijn. Ja, iets of

iemand waar dat huisartsen dan vertrouwen in hebben, zou die links en één link per aandoening moeten kunnen aanbevelen, en dan denk ik aan Domus Medica ofzo. Dan heb je wel een manier om huisartsen te bereiken. Dan moet je het niet zelf doen. Dan heb je daar een korte inhoud, een samenvatting van bijvoorbeeld: 'het duurt 8 weken en in week 1, 2, 3 staat dat..' En een brochure dat je kan afprinten, zodat je zelf weet..en dat de patient een beetje weet...

H6:

Een beetje zoals je bij de therapieverenigingen een lijst hebt, dat dan op een website staat die erbij aangesloten is. Het geeft toch een beetje richting.

H5:

Ja, het is misschien niet genoeg, maar geeft toch een beetje richting.

H1:

Een ander belangrijk punt is zeker weten dat het privé blijft, wat ze daar allemaal vertellen. Je kan natuurlijk inloggen onder een pseudonaam en een pseudoadres..Internet is floo hé. Dat er zeker gegarandeerd kan worden dat het privé blijft. Want het zijn gevoelige dingen en gevoelige zaken die daar neergeschreven worden. Dat je zeker bent dat dat privé blijft...(er wordt door iemand gehumt) (H5 ook: jaja).

H4:

Een soort van idee van accreditering zoals onze softwareprogramma's gevalideerd worden, maar door wie dan? Door domus medica? Hebben zij genoeg in huis om ..ja..

Moderator:

In Nederland zijn ze sinds 1997 bezig met online therapie en sinds dit jaar zijn ze bezig met een kwaliteitslabel in te voeren voor online interventies. Dat is in samenwerking met de overheid en het trimbos instituut, een expertisecentrum rond het GGZ. Dus een kwalitatieve interventie zal kunnen doorgelicht worden, onderzoeksevidentie bekeken..een gekend label krijgen.

H5:

Ik denk dat LUCAS dat gerust kan doen, maar LUCAS is niet gekend bij huisartsen. Daar gaan ze niet naar toe gaan, maar dan moet je andere kanalen zoeken om dat dan bekend te maken.

H4:

Onafhankelijk een beetje van de CM bijvoorbeeld.

H6:

Of kenniscentrum?

H5:

Ja het kenniscentrum…

H6:

Iets neutraal.

H4:

Ja, wiens corebusiness dat toch niet is hé, omdat dat drempelverhogend kan zijn.

Moderator:

Nog zaken die absoluut noodzakelijk zijn voordat je een patënt naar zo'n interventie doorverwijst? Ook in de ruimste zin, niet enkel 'Kleur je Leven'.

Veiligheid, Kwaliteit van interventie hoorde ik al noemen..

H5:

Ja veiligheid.

H1:

Of het gevoelig genoeg is om de suïcidale patiënten eruit te filteren.

Moderator:

Mhm, dus je bedoelt sensititief genoeg, als ik het dan goed begrijp.

H1:

Ja.

H3:

Maar ook de inhoud, naast het kwalitatieve. Het kan wel zijn dat er mij aangeraden wordt dat het kwalitatief goed is, maar dan moet ik nog wel weten wat de inhoud is, om het dan aan die of die patiënt te kunnen meegeven. Als er twee, drie van die genre tools beschikbaar zijn, ja, dan moet je wel weer kunnen kiezen hé. Dus kwaliteit is één ding, maar inhoud is… ook nuttig.

Moderator:

We zouden misschien ook naar een derde stelling kunnen gaan: zo'n tool, zo een online- interventie, helpt dat de artsen om de werklast te verminderen, of is dat juist een bijkomende belasting? Is dat iets waarvan je denkt “ik neem het op, om meer ruimte te creëren”, of gaat het juist minder ruimte creëren voor mijn werken? Of is het een status quo?

H7:

Ik denk dat het meer tijd vraagt. Want ik denk dat als de tool succes heeft, dat je de patiënt dan toch wel gaat moeten begeleiden, anders gaat die afhaken vrees ik. Dus, in die zin is het waarschijnlijk geen tijdsbesparing. Want anders stuur je die naar de therapeut, en dan ben je ervan af. Het ligt in de handen van de therapeut.

H3:

Mhm, ik heb nu bijvoorbeeld één patiënt in mijn hoofd, waarbij dat ik denk dat zo een tool mij wel tijd zou besparen. Dat is inderdaad een jonge vrouw die mild depressief is, die perfect op het internet met zo een tool kan omgaan, die nog een goede drive heeft om daarmee bezig te zijn. Dus bij haar ben ik er redelijk van overtuigd dat het haar sneller zou vooruit helpen en mij dus tijd zou besparen. Ik zie haar nu ook om de twee weken, dus dat is ideaal om te coachen en te laten volhouden. Ik denk dat ik haar echt wel eens ga voorstellen omdat eens te doen. Dus in bepaalde gevallen denk ik wel dat het echt tijd kan besparen. Maar natuurlijk, als je een patiënt hebt waaraan je steeds moet zitten sleuren en trekken, ja, dan is het natuurlijk meer tijdrovend. Maar dan kan je je afvragen “was dit dan wel een patiënt die hiervoor in aanmerking komt?”

H5:

Ik herinner mij zo twee patiënten die online zo vanalles hebben gekocht, cd-rommekes. Dat ging dan over angst. En dat ging heel goed hè Die kwamen dan alletwee bij mij en ik wist eigenlijk niet wat die aan het doen waren, maar ik kreeg dan wel feedback. En dan vroeg ik ‘oké, waar ben je deze week mee bezig geweest?', en 'lukt het nog?', en 'wanneer zie ik u terug?' En dan zo gewoon… het proces begeleiden. Dat ging eigenlijk vlotter, want je moet het dan allemaal niet meer zelf…

H3:

Mhm, ja, je moet het allemaal zelf niet meer vertellen hè.

H1:

Ja, ik denk ook als je zelf de mensen begeleidt, dat je dan tijd wint. Ik reik ook wel gemakkelijk een boek aan. Ik heb hem dan ook gelezen en dan kunnen we daarover praten. En ja, dat is eigenlijk een alternatief hé.

H2:

Ik zou het ook als hulpmiddel gebruiken. Omdat ik zelf nog niet zoveel boeken of tools heb die ik kan aanreiken. Er zijn wel bepaalde schema’s die ik nu gebruik

tijdens de consultatie. Maar inderdaad, ik denk dat vooral jongere mensen, die met een computer kunnen werken enzo, of een computer hebben, dat het daarvoor interessant is. Ik denk inderdaad, dat sommige mensen daar niet voor geschikt zijn, dus je moet dan al een beetje selecteren. Maar gewoon inderdaad om te vragen hoe dat het gaat, om te zien hoe dat het lukt of om te peilen of ze verslechteren, maar meer heb je dan eigenlijk niet te doen. Uw consultaties zijn dan veel beperkter, omdat je heel de uitleg van die principes niet zelf moet doen aan uw patiënten. Dus ik denk dat het wel een hulpmiddel kan zijn, maar bij de juiste patiënt. Maar dat is bij alle interventies natuurlijk zo hé, dat het moet passen bij uw patiënt.

H3:

Een bijkomend voordeel is dat dit gestructureerd is. Alles wat hier in staat, zal ik vast ook wel vertellen, maar dat gaat niet zo schoon over van ’t één in ’t ander. Dat is dan vooral wat er in mij opkomt op dat moment. En hier heb je wel structuur.

H2:

En de patiënten kunnen het hier ook wel nalezen achteraf. Terwijl, als je iets vertelt op een consultatie, hoeveel hebben ze er dan uiteindelijk van onthouden als ze naar huis gaan? Terwijl, dit is iets wat ze dan achteraf, in hun huiswerk-stekje kunnen nalezen, terugkijken ook naar hoe slecht ze zich in het begin voelden. En dat lijkt mij ook echt wel goed, dat ze met deze module kunnen zien dat hun stemming echt wel betert, allez, dat hoop ik dan toch. Dat is echt iets wat je niet kan objectiveren. Mensen laten inzien over een periode van 8 weken, van; “kijk, je voelt je toch beter dan in ’t begin”. Terwijl dat dat toch wel interessant is. Ik denk dat het goed is van dat er zo bij te kunnen nemen.

H5:

Ik vind het ook gewoon al interessant om te horen wat de mensen ervan oppikken. Als ze naar de therapeut gaan, doe ik dat ook hé, zo van: 'wat wordt er daar gezegd?'. Als ik ze dan toch mee blijf begeleiden... En dat kan je dan wat kleuren, of je kan wat bijschaven hé. Zo van: 'dat heb je precies een beetje verkeerd begrepen', of 'dat heeft u precies wel goed geholpen.' Ik zou dit dus op dezelfde manier gebruiken. En dat maakt het voor u, als begeleidende huisarts, ja, gemakkelijker toch.

H2:

En ze kunnen snel terecht.

H5:

Ja, natuurlijk, jaja, dat verlaagt de drempel. Mensen die daar geschikt voor zijn… Ze zijn wel niet allemaal zo, maar je hebt er zo… ja.

Het enige wat ik bij dit vond, en misschien is dat bij andere dingen ook zo, maar dat heb je bij ons en bij therapeuten ook, is dat het nogal betuttelend over kan komen hé. Zo van lesje één, en dan deze huiswerkjes, en lesje twee,…Ik ken patiënten aan wie ik het zeker niet moet gaan voorstellen. Maar soms weet je niet hoe dat die daar dan op gaan reageren. Maar dus, hoe meer je er dan van weet… kan je dat dan wel vertellen, zo van: “dat gaat zoiets zijn, is dat iets voor u of niet?” Vooraleer je daar dan je vijftig euro in gaat steken.

H2:

Ik moet zeggen, ik probeer dat ook wel zo, zo huiswerkopdrachten mee te geven. Zo van: 'we gaan deze week vooral daar op proberen te letten en dan gaan we zien volgende week hoeveel dat dat geholpen heeft.' Ik heb eigenlijk nog nooit iemand gehad die dat dan terug meebracht. Ik heb nu ook nog niet zo veel jaren ervaring dus ik hoop dat dat dus positiever wordt met de jaren. Maar inderdaad, misschien moet ik eerst zien van hoe dat de patiënt met zo'n zaken afkomt en dan zien, want inderdaad, anders gaat dat vijftig euro voor niets geweest zijn.

H5:

Maar nee, maar, eerst toetsen hé, ofdat diegene die voor u zit, in die manier van werken geïnteresseerd is. Het zelfde voor jou, voordat je zo een huiswerkje meegeeft, zo van: 'is dat iets wat u gaat liggen?' Anders heeft het geen zin hé, dan zoeken we verder.

Moderator:

Misschien afsluitend nog een laatste topic. Als je op dit moment kijkt in de richtlijnen omtrent aanpak van depressie, dan zie je op dit moment hier nog niets over staan, over e-mental health. Dat is een grote afwezige. Zou dat een verschil maken, als dat er expliciet in wordt opgenomen? Zijn daar meningen over?

H5:

Dat is vooral omdat de jonge huisartsen...ze vragen dan allemaal richtlijnen en die willen ze dan blindelings volgen. Wat niet helemaal goed is hé. Dus als dat daar in staat, gaat dat zeker een effect hebben. Maar of dat dan goed is… Want het risico is dan dat dat wordt voorgesteld aan mensen zonder te toetsen of ze er wel geschikt voor zijn. Ik denk dat het aspect van eerst goed inschatten van, wie zit er daar voor u, wat voor iemand is dat, dat dat heel belangrijk is in uw richtlijn. Maar ja, als het er niet instaat, dan komt het zeker niet aan bod, denk ik.

H3:

Inderdaad, een richtlijn, daarvan ga ik uit dat dat goed onderzocht en onderbouwd is. Als er in een richtlijn een website staat vermeld, ga ik zeker eerder die website vertrouwen dan een website die ik ergens anders vind. Omdat ik ervan uitga dat zo een richtlijn niet zomaar iets is dat iemand uit zijn duim gezogen heeft, maar dat dat doordacht is opgesteld door collega's-artsen. Dus dan gaat daar meer gebruik van gemaakt worden.

H2:

Ja, ik ben dus zo een jonge huisarts, die dat inderdaad volgt, zo een richtlijn. Wij zijn ook lichtjes gebrainwashed. En inderdaad, ik moet er een beetje soepel mee leren werken, maar als het er in staat,… al het onderzoek moet ik dan al niet meer zelf doen. als bepaalde organisaties, waar huisartsen zich aan vasthouden, als daar vermeldingen instaan van bepaalde websites...dan is het nog te zien bij wie dat je het gebruikt natuurlijk, maar dan moet je zelf al niet meer gaan nakijken van: 'zou dat nu wel iets zijn wat ik durf gebruiken?' Wie weet wat is dat. Dan moet je dat allemaal al minder gaan nalezen. Boeken waarvan ik hoor van mensen dat ze goed zijn, ja, die moet ik daarom niet eerst allemaal zelf gelezen te hebben voordat ik ze aanraad, omdat ik al gehoord heb dat het goede boeken zijn.

H1:

Er is nu ook al wel geweten dat mindfullness bij lichte depressies echt wel effect heeft. En mensen gebruiken dat toch ook wel hé.

H4:

Maar gevaarlijk bij ernstige depressies hé.

H1:

Ja, maar het gaat hier over milde depressies hé.

H4:

Ik heb nog zo een beetje mijn bedenkingen rond de privacy. Het medisch dossier hoort aan de patiënt toe, en wij zijn daar beheerder van. En het concept van e-health is, en dat is nu aan het komen, dat wij het niet meer beheren hé. Kijk, de labo-resultaten zitten eigenlijk in de server hier, onze radiologie zit eigenlijk ook op verschillende servers. Het feit dat de gegevens over de mentale gezondheid van onze patiënten ook zomaar ter beschikking komt van servers of wat floe-e organsisaties, dat is toch zeker ook iets wat we als artsen samen met de patiënten mee moeten bewaken. Er wordt overal vanalles gepost enzo… dat is voor mij in zekere zin toch ook wel een drempel.

Moderator:

Hebben er nog mensen daar een mening over, rond deze privacy-kwestie misschien? Zo afsluitend nog snel?

H5:

Dat is onder andere wat ik dus met die veiligheid bedoelde hé, dat zijn delicate gegevens… En de CM, ja, dat is dan allemaal zogezegd ge-anonimiseerd, maar dat is wel een verzekeraar.

Moderator:

Ah, maar de CM zit daar zelf wel niet tussen natuurlijk.

H5:

Ja, nee, ik weet het wel, maar snel-snel zijn die linken wel gelegd hé.

H1:

Je krijgt korting als je CM-lid bent, dus dan zou ik denken: 'gaat die adviseur dat hier lezen wat ik hier schrijf?'

H2:

Het zou veiliger zijn, als je sowieso je huisarts moet invullen en dat uw arts dan uw coach wordt. Nuja, dat is dan weer meer werkbelasting voor ons, maar dan blijft die link gesloten. Dan gaan alle gegevens naar het dossier van de arts, maar ja, dat is dan ook weer geen privacy meer voor de patiënt. Wat de patiënt invult... dan gaan wij dingen te lezen krijgen die de patiënt niet tegen ons wou vertellen. Ja, dat is zo dubbel. Maar dat zou ook een optie kunnen zijn. Dat je als arts begeleidt.

H3:

Maar dan ga je niet veel artsen hebben die dat doen.

H2:

Nee, dat is door de werkbelasting dan, ja…

H3:

Maar dat geldt niet alleen voor dit, dat gaat alleen nog maar erger worden de komende jaren hé.

H5:

Ja, het is iets waar we mee zitten en waar we ons voor moeten behoeden en ook onze patiënten voor moeten behoeden, want je hebt mensen die te ondoordacht op allerlei websites zitten. Als je hen dan zelf iets aanbeveelt, dan moet je wel enige zekerheid hebben. Maar zelfs bij B-health hebben wij die zekerheid niet hé.

Moderator:

Oké, dan zou ik graag afronden. Kwestie van niet meer dan vijf minuutjes over tijd te gaan. Ik wil jullie in elk geval heel hartelijk bedanken voor jullie tijd.

Bijlage 6: Focusgroep: samenvatting SWOT-analyse

Sterktes	**Zwaktes**	**Mogelijkheden**	**Bedreigingen**
Interventiekarakteristiek - Lage kostprijs (in vgl met psycholoog) - Kostprijs is motivatie (tot volhouden van therapie) - Bereikbaarheid - Eigen evolutie opvolgen - Evolutie is objectiveerbaar - Herlezen aangereikte info	**Interventiekarakteristiek** - Motivatie van deelnemers vereist-therapietrouw - Weinig geïndividualiseerde therapie - Niet voor iedereen weggelegd	**Interventiekarakteristiek** - Anderstalige tools - Links naar anderstalige tools	**Interventiekarakteristiek** - Therapietrouw - Arbeidsintensief (voor de patiënt) - Effectiviteit - Betuttelend
Implementatie in huisartsenpraktijk - Faciliteren van consult - Tijdsbesparend (tenzij je je als coach opstelt)	**Implementatie in huisartsenpraktijk** - Beschikbare info (inhoud, tool van patiënt, PDF van huiswerk) - Kwaliteitsgarantie - Werkbelasting (als coach) - Werkbelasting (interventies voldoende kennen)	**Implementatie in huisartsenpraktijk** - Toegang tot tool - Toegang tot tool van patiënt - Contact met coach - Gids voor onervaren artsen - Kwaliteitsgarantie -opname in richtlijnen - Veiligheidsgarantie (accreditering-huisarts als coach)	**Implementatie in de huisartsenpraktijk** - Werkbelasting als coach

Doelgroep - Interesse bij huisartsen - Doelgroep bij patiënten		**Doelgroep** - Juiste interventie voor juiste patiënt	**Doelgroep** - Juiste indicatiestelling - Richtlijnen (blindelings volgen)
	Bekendheid - Begrip 'e-mental health' - Bestaande interventies - Gebruik in de huisartsenpraktijk		**Veiligheid** - Suïcidale patiënten (filtercapaciteit) - Vervreemding van realiteit
			Privacy - internet, servers - link met CM, verzekeraar - huisarts is beheerder van medisch dossier - een toekomst met internet - privacy van patiënt met een huisarts als coach

Bijlage 7: Soorten van e-mental health interventies

Type 1	**Type 2**	**Type 3**
Fit In Je Hoofd www.fitinjehoofd.be	Tele-Onthaal www.tele-onthaal.be	Alcoholhulp www.alcoholhulp.be
Geestelijke Gezond Vlaanderen www.geestelijkgezondvlaanderen.be	Zelfmoordlijn www.preventiezelfdoding.be	Cannabishulp www.cannabishulp.be
Slaap- en kalmeringsmiddelen www.druglijn.be	Awel www.awel.be	Gokhulp www.gokhulp.be
Eet-Expert www.eetexpert.be	JAC www.jac.be	Drughulp www.drughulp.be
	Slachtofferchat www.slachtofferchat.be	Mijn Kwartier www.mijnkwartier.be
	Holebifoon www.cavaria.be/holebifoon	Pluk Je Geluk www.plukjegeluk.be
	Druglijn www.druglijn.be	Kleur Je Leven www.kleurjeleven.be
	Teleblok www.teleblok.be	
	Boysproject www.boysproject.be	
	Child Focus www.childfocus.be	

Bijlage 8: Symptomen van depressie volgens DSM-IV

Symptomen	**Voorgestelde vragen**	**DSM-IV-R Diagnostische criteria**
Depressieve stemming	Hoe was je globale stemming de laatste tijd? Hoe dikwijls was het slecht? Hoelang duurde dit?	Depressieve stemming het grootste deel van de dag bijna elke dag de laatste twee weken.
Anhedonie	Verlies je interesse in je gewone activiteit? Heb je nog plezier in dingen die je gewoonlijk plezier gaven?	Duidelijk verminderde interesse of plezier in bijna alle activiteiten het grootste deel van de dag bijna elke dag.
Slaapproblemen	Hoe is je slaapkwaliteit? Hoe is deze in vergelijking met je gewone slaappatroon?	Slapeloosheid of slaperigheid gedurende bijna elke dag.
Verandering in eetlust of gewichtsverlies	Is je eetlust of je gewicht veranderd?	Bijna dagelijks optredende verstoring van de eetlust of niet bewust gekozen gewichtsverlies of gewichtstoename (≥ 5% van het lichaamsgewicht in een maand tijd).
Verminderde energie	Heb je vermindering van je energie opgemerkt?	Moeheid of energieverlies bijna dagelijks.
Verhoogde of verminderde psychomotorische activiteit	Ben je rusteloos, heb je moeite om stil te zitten? Ben je gemakkelijk geirriteerd? Ben je trager geworden, alsof je alles vertraagd doet of blijft hangen?	Psychomotorische agitatie of lusteloosheid bijna dagelijks.

Verminderde concentratie	Heb je moeilijkheden om je te concentreren? Neem je moeilijker beslissingen dan vroeger?	Verminderde concentratie, moeilijk nadenken of beslissingen nemen, of besluiteloosheid bijna dagelijks.
Gevoelens van schuld of van waardeloosheid	Voel je je schuldig of verwijt je jezelf bepaalde zaken?	Gevoelens van waardeloosheid of overdreven schuldgevoelens bijna dagelijks.
Bezig zijn met suïcide	Vind je het leven soms niet waard geleefd te worden, zodat je denkt dat je beter dood kan zijn? Soms denken mensen met depressie meer aan doodgaan. Herken je deze gedachten?	Herhaalde gedachten aan de dood of aan zelfmoord.