Een concreet activeringsprogramma met stappenteller en thuisopdracht als ondersteuning bij de afbouw van antidepressiva

Evelien Hofman, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dirk Avonts, Universiteit Gent

Co-promotor: Tom Declercq, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

ABSTRACT

Context

De richtlijnen over depressie stellen dat men antidepressiva bij een eerste depressieve episode zal proberen afbouwen na 6 maanden remissie. Waarom sommige patiënten deze medicatie nadien langdurig blijven nemen, is onduidelijk. Gaat het om angst voor herval ? Is er onvoldoende psychologische ondersteuning ?

Onderzoeksvraag

Heeft een activeringsprogramma met stappenteller en thuisopdracht een invloed op de bereidheid van patiënten om antidepressiva af te bouwen, indien zij zich meer dan 6 maanden in remissie bevinden, na een lege artis medicamenteus behandelde eerste depressieve episode?

Methode

We zochten naar wetenschappelijke literatuur in de Medline, Cochrane Library en Cinahl databases. De opzet van dit onderzoek bleek uniek. Daarom zochten we naar literatuur die onze hypothese vanuit verschillende hoeken kan ondersteunen.

We nodigden patiënten uit voor een stappenproject waarbij zij gemotiveerd werden tot het bereiken van meer dan 10.000 stappen per dag. Zij kregen een stappenteller en een dagboek mee naar huis ter ondersteuning. Bij de start en na 4 en 8 weken werd een motiverend gesprek gevoerd met de onderzoeker, waarbij kwantitatieve en kwalitatieve data werden verzameld.

Resultaten

De belangrijkste oorzaken van langdurig antidepressiva gebruik blijken de subjectief ervaren zekerheid over een betere gemoedstoestand bij het continueren ervan en de angst voor herval bij afbouw. Negen patiënten, waarvan 7 vrouwen, namen deel aan dit project. Geen van hen gaf op. Twee patiënten konden tijdens het project het antidepressivum succesvol afbouwen.

Na 8 weken stelden we bij 6 van de 9 deelnemers een verschuiving vast in de bereidheid tot afbouw van antidepressiva. Voor de stemming zagen we een toename bij 7 deelnemers, die minstens 30 % bedroeg bij 4 van hen. Eén patiënt bleef stabiel, een andere daalde meer dan 20 %. Voor de subjectieve algemene gezondheidstoestand stelden we na 8 weken een toename vast bij 5 patiënten, die minstens 40 % bedroeg bij 2 van hen. Twee patiënten bleven stabiel, twee patiënten daalden met maximum 10 %. Voor het aantal stappen per dag zagen we na 8 weken een toename met minstens 2000 stappen, een afname van meer dan 5000 stappen en een verschil kleiner dan 2000 stappen bij respectievelijk 3, 1 en 5 patiënten. Het aantal patiënten dat akkoord ging met de stellingen dat dit project leidt tot een toename in zelfvertrouwen, zelfinzicht, positieve gedachten, positieve gevoelens, fit gevoel en motivatie tot beweging bedroeg respectievelijk 6, 8, 8, 6, 7 en 9.

Conclusie

Dit activeringsprogramma had een effect op de stemming, de subjectief ervaren algemene gezondheidstoestand en de bereidheid tot afbouw van antidepressiva. Ook uit de kwalitatieve analyse blijkt dat dit programma het draagvlak voor afbouw van antidepressiva vergroot. Toch besloten slechts twee patiënten om te stoppen. We weten dus niet of het activerings-programma in deze vorm voldoende ondersteuning biedt voor een succesvolle afbouw.

INHOUD

Abstract 2

1. Inleiding 1

1.1. Keuze van het onderwerp 1

1.2. Onderzoeksvragen 2

1.3. Stand van de literatuur over dit onderwerp 3

1.4. Doelstelling van dit project 3

2. Oriënterend literatuuronderzoek – methodiek 4

3. Onderzoeksmethodiek 7

3.1. Selectie van de deelnemers 7

3.2. Inclusie- en exclusiecriteria 7

3.3. Een complexe interventie 7

Drie gesprekken: start – na 4 weken – na 8 weken 7

Stappenteller 8

Dagboek 8

Vragenlijsten 8

Interview 10

3.4. Data verwerking 10

4. Resultaten oriënterend literatuuronderzoek 11

4.1. niet-medicamenteuze interventies bij de afbouw van antidepressiva 11

4.2. niet-medicamenteuze interventies bij de afbouw van andere middelen 11

4.3. Invloed van activering of fysieke activiteit op de gemoedstoestand 12

4.4. Invloed van activering of fysieke activiteit op de subjectieve algemene gezondheidstoestand 13

4.5. Percepties van patiënten over het gebruik van antidepressiva 13

5. Resultaten praktijkproject 14

5.1. Beschrijving van de deelnemers 14

5.2. Primaire uitkomst van de kwantitatieve analyse 15

Evolutie van de bereidheid tot afbouw 15

5.3. Secundaire uitkomsten van de kwantatieve analyse 15

Evolutie van de stemming 15

Evolutie van de subjectieve algemene gezondheidstoestand 17

Evolutie van het aantal stappen 18

Stellingen over de invloed van het project 18

5.4. Kwalitatieve analyse 20
Hoe staan patiënten tegenover het continueren of afbouwen van antidepressiva ? 20
Hoe staan patiënten tegenover beweging in het dagelijks leven ? 21
Hoe denken patiënten over de invloed van beweging op het gebruik van antidepressiva ? 24
Wat zijn, volgens de deelnemers, de sterktes en zwaktes van dit project ? 25
6. Discussie 27
6.1. Invloed van het activeringsprogramma op de bereidheid tot afbouw van antidepressiva 27
Evolutie van de bereidheid tot afbouw van antidepressiva 27
Analogie met interventies bij de afbouw van benzodiazepines 28
Analogie met interventies bij de afbouw van tabaksproducten 29
6.2. Invloed van het activeringsprogramma op de gemoedstoestand 29
Invloed van activering op de gemoedstoestand bij gezonde personen 30
Invloed van activering op de gemoedstoestand bij depressieve personen 31
6.3. Invloed van het activeringsprogramma op de subjectieve algemene gezondheidstoestand 32
6.4. Afbouw van antidepressiva binnen het model van Miller & Rollnick 34
6.5. Gedachten van de patiënten omtrent de Invloed van het activeringsprogramma op de afbouw van antidepressiva 34
6.6. Gedachten van de patiënten omtrent de bevorderende en belemmerende factoren bij de Afbouw van antidepressiva 35
6.7. Gedachten van de patiënten omtrent de bevorderende en belemmerende factoren bij het Motiveren tot beweging 36
6.8. Beperkingen en sterktes van dit onderzoek 37
6.9. Implicaties voor verder onderzoek 39
7. Implicaties voor de praktijk 41
8. Besluit 43
9. Referenties 44
10. Bijlagen 48
10.1. Goedgekeurd protocol 48
10.2. Gunstig advies Ethisch Comité 55

1. INLEIDING

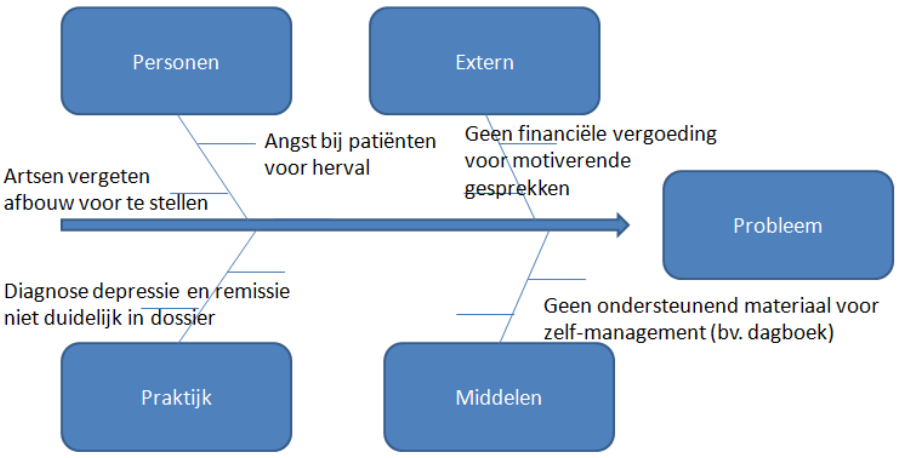
1.1. KEUZE VAN HET ONDERWERP

Depressie is een van de grootste problemen waarmee wij anno 2016 geconfronteerd worden. *Over de hele wereld* zouden minstens 350 miljoen mensen lijden aan depressie waardoor ze de belangrijkste oorzaak van arbeidsongeschiktheid vormt (1). Uit een onderzoek in *Vlaamse huisartspraktijken* blijkt dat de incidentie van depressie 627 per 100.000 mannen en 1.176 per 100.000 vrouwen bedroeg in 2008. Nieuwe episodes komen het meest voor tussen 25 en 44 jaar, en zijn in 33 % van lichte aard, in 47 % van matige aard en in 19 % van ernstige aard. De meerderheid van de patiënten (74 %) met een nieuwe episode kreeg een voorschrift voor antidepressiva en bij 37 % bestond de aanpak enkel uit medicatie (2). Bij de Vlaamse huisarts krijgt 8,78 % van de vrouwen en 4,71 % van de mannen antidepressiva voorgeschreven (3).

Zowel het aantal patiënten dat een voorschrift voor antidepressiva krijgt, als het aantal patiënten dat **langdurig antidepressiva** neemt, ligt hoog. In Nederland blijkt 9 van de 10 voorschriften een herhaling (4). Voor specifieke problemen, zoals recidiverende depressieve episoden, wordt dat aangeraden. Bij een eerste depressieve episode bevelen verschillende richtlijnen echter aan om 6 maanden na remissie, de medicatie af te bouwen (5-7). Een derde van de langdurige gebruikers zou hiervoor in aanmerking komen (8).

Een van de belangrijkste redenen voor het continueren van antidepressiva blijkt **angst voor herval** (9, 10). Daarnaast vermoeden we dat er bij de start van de behandeling te weinig gesproken wordt over de duur ervan en over de mogelijkheid tot afbouw. Ook tijdens de fase van remissie kost het de arts meer **moeite** om de patiënt te motiveren tot afbouw van medicatie dan om deze zonder meer voor te schrijven. In een Nederlandse kwalitatieve studie (10) besloot men dat artsen meer expliciet zouden moeten navragen wat de **patiënten denken** over gebruik van antidepressiva. Patiënten zouden op die manier beter ondersteund kunnen worden waardoor vermeden wordt dat zij antidepressiva onterecht vroegtijdig stoppen of onnodig lang gebruiken. Ten slotte is het voor artsen moeilijker te beslissen vanaf wanneer afbouw wenselijk is, als het moment van de start niet duidelijk in het **dossier** wordt vermeld.

Figuur 1: Eigen visgraatanalyse: waarom nemen patiënten onnodig lang antidepressiva?



Om bovenstaand probleem aan te pakken, kunnen we **verschillende actiepunten** formuleren. We zouden de niet-medicamenteuze aanpak van bij het begin beter kunnen ondersteunen door middel van advies omtrent zelfmanagement (structuur in dagelijkse activiteiten, planning, een dagboek). Daarnaast zouden we de diagnose depressie duidelijk als zorgelement in het elektronisch medisch dossier kunnen invoeren om gerichte opvolging te stimuleren. Als hulpmiddel zouden we ook een werkplan in het EMD kunnen invoeren zodat we na 9 maanden een herinnering krijgen om de mate van remissie te evalueren. Ook kunnen we investeren in goede psycho-educatie over depressie: preventie, oorzakelijke of onderhoudende factoren, beloop en therapeutische mogelijkheden (11). De patiënt moet weten dat antidepressiva in principe tijdelijk gegeven worden en niet plots gestopt mogen worden. Dit laatste kan het *'antidepressant discontinuation syndrome'* (duizeligheid, slapeloosheid, vermoeidheid,…) veroorzaken (12) waardoor de patiënt misschien nooit meer wil stoppen.

Wij kozen ervoor om aan de slag te gaan met personen die zich minstens 6 maanden in remissie bevonden na een eerste depressieve episode en in aanmerking kwamen voor afbouw van antidepressiva. Om het gevoel van 'afhankelijkheid' van medicatie te verminderen, stelden wij een niet-medicamenteuze aanpak voor onder de vorm van een activeringsprogramma. **Structureren, activeren en motiveren tot beweging** vindt men in alle aanbevelingen omtrent depressie terug (5, 7, 13). Ook verscheen beweging onder begeleiding recent in een aantal richtlijnen als mogelijke behandeling (13-16). Fysieke activiteit zou immers een positieve invloed hebben op depressieve symptomen (17-20).
Daarom boden we een **activeringsprogramma** aan en onderzochten we de invloed van deze niet-medicamenteuze aanpak op de **bereidheid** om medicatie **af te bouwen**. Dit zou een alternatieve en goedkope hervalpreventie kunnen vormen voor depressie, die geen bijwerkingen heeft en de patiënt op lange termijn mentaal en fysiek gezonder maakt.

1.2. ONDERZOEKSVRAGEN

Primair

1. Heeft dit activeringsprogramma met stappenteller en thuisopdracht een invloed op de bereidheid van patiënten om antidepressiva af te bouwen, indien zij zich meer dan zes maanden in remissie bevinden, na een lege artis medicamenteus behandelde eerste depressieve episode ?

Secundair

2. Heeft dit activeringsprogramma een invloed op de stemming van de patiënten ?
3. Heeft dit activeringsprogramma een invloed op de subjectieve algemene gezondheidstoestand ?
4. Heeft dit activeringsprogramma een invloed op het aantal stappen per dag ?
5. Wat is, volgens deze patiënten, de invloed van dit activeringsprogramma op het persoonlijk functioneren ?
6. Welke argumenten formuleren onze patiënten om antidepressiva te continueren of af te bouwen ?
7. Welke factoren zijn bij deze patiënten van belang bij het motiveren tot beweging ?

1.3. STAND VAN DE LITERATUUR OVER DIT ONDERWERP

Voor zover door ons gekend, is dit het eerste project omtrent de bovenstaande primaire onderzoeksvraag. Dat ligt vooral aan het feit dat wij een specifieke doelgroep hadden, namelijk: patiënten die hersteld zijn van een eerste depressieve episode. Er bestaat wel veel evidentie over de invloed van fysieke activiteit op de gemoedstoestand bij depressieve patiënten. Daarnaast bestaat er ook heel wat literatuur over de rol van fysieke activiteit binnen de preventie van depressie in de algemene bevolking. Over secundaire preventie van depressie met behulp van activering vonden wij geen literatuur terug. De uitgebreide resultaten van het oriënterend literatuuronderzoek vindt u onder hoofdstuk 4.

1.4. DOELSTELLING VAN DIT PROJECT

We willen patiënten, die hersteld zijn van een eerste depressieve episode, activeren via een begeleid activeringsprogramma met stappenteller en dagboek. We motiveren hen tot wandelen met als streefdoel 10.000 stappen per dag. Zo hopen we hen bewust te maken van de positieve invloed van activering op de (geestelijke) gezondheid en bieden we een niet-medicamenteuze preventieve maatregel aan tegen toekomstige depressieve episodes. We hopen dat dit leidt tot een soort reattributie in verband met de verschillende hulpmiddelen bij een depressieve gemoedstoestand waardoor de patiënten meer bereid zijn tot een poging om antidepressiva af te bouwen.

2. ORIËNTEREND LITERATUURONDERZOEK – METHODIEK

Voor het literatuuronderzoek gingen we uit van onderstaande zoekvragen:

1. Wat is de invloed van een niet-medicamenteuze interventie (bv. afbouwconsult en/of activering) op de bereidheid van patiënten om antidepressiva af te bouwen ?
2. Welke interventies verhogen de bereidheid tot afbouw van andere middelen ? bv. benzodiazepines, rookstop
3. Wat is de invloed van activering of fysieke activiteit op de gemoedstoestand van gezonde personen ? Kan beweging depressie voorkomen ?
4. Wat is de invloed van activering of fysieke activiteit op de gemoedstoestand van depressieve personen ? Kan beweging een vorm van behandeling voor depressie zijn ?
5. Wat is de invloed van activering of fysieke activiteit op de subjectieve algemene gezondheidstoestand bij gezonde personen ?
6. Welke percepties hebben patiënten over het gebruik van antidepressiva ?

Voor de **eerste onderzoekvraag** zochten we via PubMed naar geschikte artikels in de MEDLINE database. We gebruikten de volgende MeSH termen: *'depressive disorder', 'antidepressive agents', 'exercise', 'motivation', 'motivational interviewing', 'secondary prevention'.* Daarnaast gebruikten we ook andere zoektermen, zoals *'discontinuation' en 'intervention'*. Verschillende combinaties van deze zoektermen leverden telkens een aantal zoekresultaten waarvan het abstract werd doorgenomen. We zochten specifiek naar studies met bewegingsinterventies bij afbouw van antidepressiva, maar vonden er geen. Vele van de gevonden artikels onderzochten de doeltreffendheid van fysieke activiteit in de behandeling van depressie. Andere beschreven het vaak vroegtijdig stoppen van antidepressiva door de patiënt omwille van bijwerkingen.
Via de Cochrane Library vonden we geen review die het antwoord bood op onze vraag. Via de CINAHL database werd ook gezocht met dezelfde zoektermen, zonder bruikbaar resultaat. Tenslotte vonden we ook via de Tripdatabase geen antwoord op deze zoekvraag.
Gezien we geen ondersteunende literatuur vonden bij deze eerste onderzoeksvraag, besloten we om literatuur te zoeken omtrent andere, maar soortgelijke situaties. Zo zochten we naar evidentie over doeltreffende interventies bij de afbouw van andere middelen, zoals benzodiazepines en tabaksproducten.

Voor de **tweede onderzoekvraag** zochten we, voor het onderdeel over benzodiazepines, eerst in de MEDLINE database via de MeSH-termen *'benzodiazepines', 'substance-related disorders', 'exercise', 'motivation', 'motivational interviewing', 'dyssomnias'* en de zoektermen *'discontinuation'* en *'intervention'*. Via verschillende combinaties van deze zoektermen vonden we heel wat studies en reviews omtrent interventies om benzodiazepines te helpen afbouwen. Het ging om het verzenden van een stopbrief, het voeren van een informerend gesprek, het aanbieden van cognitieve gedragstherapie, het aanbieden van een afbouwschema, het voeren van een mediacampagne, het ondersteunen van educatie van artsen,… Gezien het grote aantal zoekresultaten beperkten we ons tot het lezen van reviews omtrent dit onderwerp. We vonden geen literatuur terug omtrent interventies, die specifiek

gericht waren op beweging, om patiënten te motiveren tot afbouw van benzodiazepines. Ook via de Tripdatabase vonden we geen antwoord op deze zoekvraag.
Voor het deel van de zoekvraag over interventies bij rookstop, hebben we ook in de MEDLINE database gezocht via de MeSH termen *'smoking cessation', 'motivational interviewing', 'exercise'* en de zoekterm *'intervention'*, met de beperking dat de zoektermen in de titel stonden en dat enkel reviews weerhouden werden. Vooral de Cochrane reviews leken zinvol en gaven snel een literatuuroverzicht.
In de Cochrane Library gaf de combinatie van de zoektermen *'benzodiazepines'* en *'exercise'* 19 resultaten, waarvan geen publicatie bij onze specifieke zoekvraag paste. Omtrent rookstop hadden we de interessante Cochrane reviews reeds geselecteerd uit de MEDLINE database.
In de CINAHL database werd gezocht met de zoektermen *'benzodiazepines'* en *'physical activity'*. Dit leverde een tiental resultaten, maar bij het lezen van de abstracts bleek geen van deze resultaten bruikbaar. De combinatie van *'benzodiazepines'* en *'exercise'* gaf een gelijkaardig aantal resultaten, maar ook deze bleken geen antwoord te bieden op onze onderzoeksvraag. Omtrent bewegingsinterventies bij rookstop vonden we in deze database nog een extra review via de zoektermen *'smoking cessation interventions'* en *'exercise'*.
Ten slotte gingen we voor de tweede onderzoeksvraag ook in Nederlandse tijdschriften op zoek. Zo vonden we in Minerva een bespreking van een systematische review over minimale interventies om langdurig gebruik van benzodiazepines te verminderen (21). Ook daarin werd echter geen bewegingsinterventie beschreven.

Om het antwoord te vinden op onze **derde onderzoeksvraag** zochten we eerst in de MEDLINE database via de MeSH termen *'exercise', 'mental health', 'healthy volunteers', 'prevention'* en *'depressive disorder'.* Gezien we met verschillende combinaties van deze zoektermen veel resultaten bekwamen, gebruikten we enkele extra zoekfuncties, zoals het voorkomen van de zoektermen in de titel. We vonden zeer veel cohorte studies in verschillende gemeenschappen. Daarom gingen we specifiek op zoek naar (systematische) reviews en grote cohorte studies, en beperkten we ons tot publicaties vanaf het jaar 1995.
Via de Cochrane Library zochten we ook naar reviews omtrent deze onderzoeksvraag via de zoekstring *'exercise AND mental health'* en *'exercise AND prevention AND depression'*. We vonden een dertigtal artikels maar konden niets weerhouden. Het betrof immers reviews over andere aandoeningen dan depressie, of over kinderen of adolescenten.
Via de CINAHL database werd via dezelfde zoektermen uitgebreid gezocht naar studies omtrent het effect van beweging op de gemoedstoestand, maar er konden geen bruikbare resultaten weerhouden worden.

Voor de **vierde onderzoekvraag** zochten we ook eerst in de MEDLINE database. De MeSH termen *'depressive disorder'* en *'exercise'*, en de zoekterm *'therapy'* werden gebruikt. Er werd enkel gezocht naar systematische reviews. Abstracts waarbij de titel duidelijk aangaf dat de onderzochte personen een belangrijke comorbiditeit (fibromyalgie, CVS, MS, kanker, diabetes,..) hadden, namen we niet op. Ook titels die duidelijk verwezen naar onderzoek bij kinderen of adolescenten werden niet verder geëxploreerd. Op die manier bekwamen we 18 bruikbare systematische reviews.

Ook via de Cochrane Library zochten we reviews in het kader van beweging bij depressie. De zoekstring *'depressive disorder AND exercise'* leverde een veertigtal resultaten op. Van deze resultaten bleek vooral de review 'Exercise for depression' van Cooney et al. (22) nuttig.
Ook in de CINAHL database vonden we heel wat resultaten via de zoektermen *'exercise'* en *'depression'* in de abstracts, met de beperking 'review'. We elimineerden de reviews over kinderen en over andere aandoeningen. Ook lieten we enkel recente reviews toe (vanaf 2005). We bekwamen echter geen bijkomende zinvolle literatuur.
Ten slotte zochten we voor de vierde onderzoeksvraag informatie in richtlijnen omtrent de aanpak van depressie. We maakten gebruik van de NHG-standaard (5), de richtlijn van Domus Medica (7) en de richtlijnen van NHS (6, 13) over depressie.

Voor de **vijfde onderzoeksvraag** zochten we in de MEDLINE database via de MeSH termen *'exercise', 'quality of life', 'health status'*, en *'self report'*. Opnieuw gebruikten we de beperking dat de termen voorkwamen in de titel. We vonden vooral studies die de levenskwaliteit onderzochten in functie van de mate van beweging. Bij het toevoegen van de zoekterm *'depressive disorder'* vonden we geen relevante literatuur terug.
In de Cochrane Library zochten we voor deze onderzoeksvraag via de zoekstring *'exercise AND health status'*, maar we vonden enkel reviews over patiënten met chronische ziekten.
Ook werd in de CINAHL database gezocht via de zoekstring *'exercise [TI] AND health status OR quality of life [TI] AND healthy [AB] NOT chronic disease NOT children'.* Zo bekwamen we een tiental resultaten. We konden hiervan 2 resultaten weerhouden. We zochten verder via de zoekstring *'exercise [TI] AND health status OR quality of life [TI] AND depression [AB] NOT chronic disease NOT children'* en bekwamen nog een twintigtal artikels. Deze werden echter als irrelevant beschouwd.

Ten slotte gingen we voor de **zesde onderzoeksvraag** in de MEDLINE database op zoek via de MeSH termen *'antidepressive agents', 'mental processes' en 'qualitative'.* Er is duidelijk meer beschreven over de gedachten van patiënten die leiden tot vroegtijdig stoppen met antidepressiva dan over de gedachten die leiden tot langdurig gebruik. Toch konden we enkele artikels weerhouden. Via de Cochrane Library en CINAHL database vonden we geen interessante artikels terug.

Bij elk artikel dat als zinvolle bijdrage werd beschouwd voor onze zoekvragen, werd ook de **referentielijst** nagekeken om bijkomende interessante artikels op te sporen. Zo konden nog een tiental artikels toegevoegd worden.

Voor de zoekvragen waarbij we vlot literatuur vonden, speelde de **impact factor en het jaar van publicatie** een grote rol in de beslissing om een artikel te weerhouden. Voor de andere zoekvragen bespraken we de weinige literatuur die we vonden, en hielden we dus minder rekening met bovenstaande factoren.

3. ONDERZOEKSMETHODIEK

3.1. SELECTIE VAN DE DEELNEMERS

Via de website van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (www.bcfi.be) werden de merk- en stofnamen van alle bestaande antidepressiva genoteerd. Daarna werd via een zoekfunctie in het elektronisch medisch dossiersysteem (verder EMD) een selectie gemaakt van de patiënten waarbij minimum één van deze geneesmiddelen in de chronische medicatielijst stond. De namen van deze 61 patiënten werden genoteerd. Via het journaal in het EMD elimineerden we de patiënten bij wie deze medicatie minder dan 9 maanden geleden werd opgestart. Met behulp van de antecedenten schrapten we de namen van de patiënten die niet mochten deelnemen (bv. bijkomende psychiatrische pathologie).
Aan de overige patiënten werd een brief verzonden met een uitnodiging om aan het project deel te nemen. Zo werden 38 brieven verstuurd in mei 2015. De patiënten konden telefonisch een afspraak maken voor een eerste gesprek. We kregen van 24 patiënten geen antwoord. Negen patiënten lieten weten dat zij het project interessant vonden, maar op dit moment niet bereid waren om deel te nemen. Vijf patiënten waren enthousiast. Tijdens de daaropvolgende maanden konden we tijdens de consultaties nog 4 mensen selecteren die in aanmerking kwamen voor het project, hoewel we hen niet teruggevonden hadden via het zoeksysteem in het EMD. De laatste deelnemer startte in augustus 2015 met het project. Zo bekwamen we 9 deelnemers.

3.2. INCLUSIE- EN EXCLUSIECRITERIA

In het eerste gesprek gingen we de inclusie- en exclusiecriteria na. Patiënten konden deelnemen indien zij sinds meer dan 9 maanden antidepressiva namen voor een eerste depressieve episode én indien remissie sinds minimum 6 maanden bereikt was. Patiënten konden niet deelnemen wanneer zij jonger waren dan 24 jaar of in geval van zwangerschap, fysieke onmogelijkheid tot deelname aan het activeringsprogramma, voorgeschiedenis van meer dan 1 depressieve episode, psychiatrische comorbiditeit (bv. angststoornis) of voorgeschiedenis van psychotische depressie, postpartum depressie, bipolaire depressie, ernstige depressie of depressie met suïcidale gedachten.

3.3. EEN COMPLEXE INTERVENTIE

Deze interventie impliceerde 3 gesprekken met telkens 4 weken interval, activering via een stappenteller met het verhogen van de fysieke activiteit en zelfevaluatie door middel van een thuisopdracht met een dagboek.

DRIE GESPREKKEN: START – NA 4 WEKEN – NA 8 WEKEN

In het eerste gesprek bedankten we de patiënt voor de interesse in ons project en gaven we de nodige informatie omtrent de mogelijkheid tot afbouw van antidepressiva. We legden het doel van ons project uit. Indien de patiënt bereid was om deel te nemen, startten we

met de eerste vragenlijst. De patiënt ontving een stappenteller en een dagboek, en werd gemotiveerd om de dagelijkse fysieke activiteit geleidelijk op te drijven naar 10.000 stappen per dag. Er werd ook gevraagd om eventuele gedachten en gevoelens dagelijks te noteren in het dagboek, naast het aantal stappen.

Na 4 en 8 weken volgde een gesprek waarbij de patiënt opnieuw gevraagd werd om een vragenlijst in te vullen. Daarnaast probeerde de onderzoeker de patiënt verder te motiveren tot voldoende beweging. Tijdens het laatste gesprek volgde aansluitend ook een interview waarbij gepeild werd naar de mening van de patiënt over antidepressiva gebruik, over bepalende factoren in de dagelijkse fysieke activiteit, over het mogelijk verband tussen activering en afbouw van antidepressiva en over de sterktes en zwaktes van het project.

Enkel op vraag van de patiënt werd overgegaan tot afbouw van het antidepressivum. Dit gebeurde aan de hand van een geleidelijk afbouwschema.

STAPPENTELLER

De stappentellers werden gedurende 6 maanden gratis geleend aan de faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de Universiteit Gent. Het ging om stappentellers van het type Yamax Digiwalker SW-200.

DAGBOEK

Het dagboek werd eigenhandig opgesteld. Er werd dagelijks plaats voorzien voor het invullen van het aantal stappen, de stemming (semi-kwantitatief via een meetpunt op een lijnstuk, cfr. vragenlijst hieronder), gedachten en gevoelens. Het dagboek telde voldoende bladzijden voor 12 weken, zodat de patiënt dit na het project verder kon gebruiken.

VRAGENLIJSTEN

De vragenlijsten werden eigenhandig opgesteld. In de eerste vroegen we naar enkele demografische kenmerken en gingen we de inclusie- en exclusiecriteria nogmaals na.

Bij de start van het project, na 4 en na 8 weken werd via de vragenlijst nagegaan in welke **fase van bereidheid** de patiënt zich bevond m.b.t. het afbouwen van antidepressiva. De patiënt hoorde de stelling aan te duiden die het best aansloot bij zijn of haar mening. De mogelijkheden vindt u hieronder. Elke stelling kwam overeen met een fase binnen de motivatiecirkel van Prochaska en DiClemente (23). De fasen werden van boven naar onder genummerd van 1 tot en met 6. Dat was de **primaire uitkomst** van dit onderzoek.

Over het afbouwen van antidepressiva denk ik het volgende……

- ☐ *Ik zie niet in waarom ik de antidepressiva zou afbouwen. (precontemplatie)*
- ☐ *Ik weet dat ik de antidepressiva zou kunnen afbouwen, maar zie dat nu nog niet zitten. (contemplatie)*

- *Ik heb besloten de antidepressiva af te bouwen, maar ben er nog niet mee gestart. (beslissing)*
- *Ik ben de antidepressiva aan het afbouwen. (actie)*
- *Ik heb de antidepressiva succesvol afgebouwd. (consolidatie)*
- *Ik heb de antidepressiva afgebouwd, maar ben er intussen opnieuw mee gestart. (terugval)*

We hanteerden verschillende **secundaire uitkomstmaten**. Zo vroegen we aan de patiënten om de **stemming en subjectieve algemene gezondheidstoestand** aan te geven door een kruisje te zetten op een lijnstuk. Nadien berekenden we op hoeveel % van het lijnstuk dit kruisje stond. Zo konden we een kwantitatieve inschatting maken van de stemming en de subjectieve algemene gezondheidstoestand op tijdstip 0 en na 4 en 8 weken.

Huidige stemming
Deze lijn gaat van een zeer sombere stemming naar een zeer vrolijke stemming. Zet een kruisje op de plaats waar u denkt dat u zich de voorbije 2 weken ongeveer bevindt.

 _____ 

Uw algemene gezondheidstoestand
Deze lijn gaat van best naar slechtst voorstelbare gezondheidstoestand. Zet een kruisje op de plaats waar u denkt dat u zich in de voorbije weken bevond.

Slechtst _____ Best

Na 4 en na 8 weken werd ook het **gemiddeld aantal stappen per dag** voor elke voorbije week berekend waarna een kruisje werd genoteerd in de bijpassende categorie. De exacte gemiddelden van week 1, 4 en 8 werden ook genoteerd.

	< 2.000	2.000-4.000	4.000-6.000	6.000-8.000	8.000-10.000	> 10.000
Week 1						
Week 2						
Week 3						
Week 4						

Bij het laatste gesprek werd aan de vragenlijst een aantal **stellingen** toegevoegd waarbij de patiënt kon aanduiden in welke mate hij of zij met de stellingen akkoord ging.

Dit project heeft…..	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord
…mijn zelfvertrouwen vergroot					
…ervoor gezorgd dat ik meer inzicht heb in mezelf					

…ervoor gezorgd dat ik nu meer positieve gedachten heb dan voordien					
…ervoor gezorgd dat ik nu meer positieve gevoelens heb dan voordien					
… ervoor gezorgd dat ik me nu beter kan concentreren dan voordien					
… ervoor gezorgd dat ik nu ruimer kan denken dan voordien (ideeën…)					
…ervoor gezorgd dat ik me nu fitter voel dan voordien					
… me gemotiveerd tot meer beweging					
…mijn mening over beweging veranderd					
…me doen nadenken over hoe ik dagelijks meer kan bewegen					
…me bewust gemaakt van de invloed van beweging op mijn gezondheid					
…me bewust gemaakt van de invloed van beweging op mijn stemming					
…ervoor gezorgd dat ik in de toekomst meer ga bewegen					

INTERVIEW

Tijdens het laatste gesprek werd een **semi-gestructureerd interview** afgenomen door de onderzoeker. Dit peilde onder meer naar de mogelijke factoren binnen de motivatie om antidepressiva af te bouwen en binnen de motivatie om fysieke activiteit op te drijven. We vroegen naar de voor- en nadelen van afbouwen versus continueren, en van voldoende versus onvoldoende bewegen. Ook werd gevraagd naar mogelijke stimulerende en inhiberende factoren om te bewegen. Ten slotte gingen we na hoe de patiënten dachten over de eventuele invloed van beweging op het gebruik van antidepressiva, en wat zij beschouwden als sterktes en zwaktes in dit project.

3.4. DATA VERWERKING

Kwantitatieve gegevens werden verzameld via het dagboek en de vragenlijsten. Berekeningen werden uitgevoerd via het software programma *Microsoft Excel*. Via dit programma werden ook de grafische voorstellingen gemaakt. Kwalitatieve data werden verzameld a.d.h.v. het semi-gestructureerd interview. De factoren die door de patiënten werden vermeld, werden nadien eigenhandig verdeeld in een aantal categorieën.

4. RESULTATEN ORIËNTEREND LITERATUURONDERZOEK

4.1. NIET-MEDICAMENTEUZE INTERVENTIES BIJ DE AFBOUW VAN ANTIDEPRESSIVA

We zochten in de internationale literatuur naar bestaande evidentie omtrent de invloed van niet-medicamenteuze interventies (bv. afbouwconsult en/of activering) op de (bereidheid tot) afbouw van antidepressiva bij herstelde patiënten. We stelden echter vast dat er nog nooit een dergelijk project was uitgevoerd.

We vonden wel een kleine studie met een soortgelijke interventie in een eerstelijnspopulatie in Estland. De uitkomst was echter niet de motivatie tot afbouw van antidepressiva, maar de evolutie van onder meer de gemoedstoestand en de gezondheidstoestand. Er werd aan patiënten, die 3 jaar voordien een eerste depressieve episode doormaakten, een programma met Nordic Walking werd aangeboden. Het ging om sessies van 30 minuten, 3 keer per week, gedurende 24 weken (24). Het ging om een 'home-based programme' en er werd gebruik gemaakt van een dagboek. Deze studie toont dus veel gelijkenissen met ons project.
Van de vijf patiënten waarbij de depressie verdwenen was vóór de interventie, vond niemand dat de gemoedstoestand verbeterde door het wandelen. Twee van deze vijf patiënten vonden wel dat de gezondheidstoestand verbeterde door het bewegingsprogramma. Van de 16 patiënten die nog depressief waren, vonden 2 patiënten dat de gemoedstoestand door de interventie verbeterde. Twee patiënten vonden dat de gezondheidstoestand erdoor verbeterde.
Gezien de **effecten** op de gemoedstoestand en de gezondheidstoestand in deze studie **klein** waren, zou men hetzelfde kunnen verwachten voor de invloed van een dergelijk programma op de bereidheid om antidepressiva af te bouwen.

Een andere studie die veel gelijkenis toont met ons onderzoek is de TREAD trial (25). Daar onderzocht men bij depressieve patiënten hoe het gebruik van antidepressiva beïnvloed werd door motiverende gesprekken over beweging. Men stelde echter **geen verschil** vast tussen de interventie en controle groep na 4, 8 en 12 maanden.

Gezien we weinig literatuur vonden omtrent de invloed van activering op de (bereidheid tot) afbouw van antidepressiva, gingen we op zoek naar evidentie over niet-medicamenteuze interventies bij de afbouw van andere middelen, zoals benzodiazepines en tabaksproducten.

4.2. NIET-MEDICAMENTEUZE INTERVENTIES BIJ DE AFBOUW VAN ANDERE MIDDELEN

Er gebeurde reeds veel onderzoek naar de mogelijkheden om patiënten te helpen bij de afbouw van benzodiazepines en bij het stoppen met roken. Deze situaties komen in zekere zin overeen met het afbouwen van antidepressiva bij patiënten in remissie na een depressie.

In de reviews van Oude Voshaar et al. (26) en Mugunthan et al. (21) stelde men vast dat *minimale interventies* (bv. het sturen van een advies via de post of een informerend gesprek) doeltreffender zijn dan de gebruikelijke zorg tijdens het afbouwen van **benzodiazepines**. Daarentegen stelden Darker et al. (27) in een Cochrane review dat er onvoldoende evidentie

bestaat om *complexe interventies* zoals motivationele gespreksvoering aan te bevelen bij de afbouw van benzodiazepines.
We vonden geen literatuur omtrent *bewegingsprogramma's* bij de afbouw van benzodiazepines. Beweging wordt wel geadviseerd bij slaapproblemen in de eerste lijn (28, 29). Een systematische review door Yang et al. (30) toonde een matig effect van structurele lichaamsbeweging op de slaap. Of een verbetering van de slaap door fysieke activiteit kan leiden tot vlottere afbouw van benzodiazepines, konden we niet afleiden uit de literatuur.

Bij het motiveren tot **rookstop** weten we dat een *eenvoudig advies* van de arts zonder verdere begeleiding weinig doeltreffend is (31). Het is vooral de *motivationele gespreksvoering* die leidt tot meer bereidheid om te stoppen met roken (32). Ook bestaat er (beperkte) evidentie voor de positieve invloed van beweging op rookstop (33-35).

We weten dus uit voorgaande studies dat het *bewustmaken* van de indicatie voor afbouw van bepaalde middelen via een brief of een consult, of het voeren van een *motivationeel gesprek*, kan leiden tot een hogere kans op succesvolle afbouw.

4.3. INVLOED VAN ACTIVERING OF FYSIEKE ACTIVITEIT OP DE GEMOEDSTOESTAND

Naast onze primaire onderzoeksvraag, vroegen we ons ook af of het activeringsprogramma een invloed zou hebben op de gemoedstoestand van de patiënten. Dit is immers een soort intermediaire uitkomst. Als de gemoedstoestand zou verbeteren, zouden we een toename kunnen verwachten van de motivatie om antidepressiva af te bouwen.

Zou activering of fysieke activiteit een invloed kunnen hebben op de gemoedstoestand van de patiënten in onze *doelgroep* ? Het ging om patiënten die hersteld waren van een depressie, dus ze konden niet meer beschouwd worden als depressieve personen. Anderzijds kunnen zij ook niet helemaal als gezonde personen beschouwd worden gezien de voorgeschiedenis van depressie. Er is sprake van een 'grijze zone'. We zochten daarom naar evidentie over de invloed van beweging op de gemoedstoestand van beide groepen.

Er bestaat heel wat evidentie voor de positieve invloed van fysieke activiteit op de gemoedstoestand van **gezonde personen**. In verschillende reviews kwam men tot het besluit dat bewegen de kans op depressie vermindert, waardoor het als een preventieve maatregel kan worden beschouwd (36-39). Ook in meerdere observationele studies kon men aantonen dat mensen die meer fysiek actief zijn in het dagelijks leven, minder depressieve symptomen vertonen (40-43). Verder zag men in een RCT dat onvoldoende fysiek actieve personen een betere gemoedstoestand hadden dan de controlegroep nadat ze gedurende 12 weken gemotiveerd werden tot wandelen met een stappenteller (44).

Men probeerde in enkele grote systematische reviews na te gaan of fysieke activiteit een plaats heeft binnen de behandeling van **depressie**. Telkens heeft men moeten concluderen dat er omtrent dit onderwerp onvoldoende kwaliteitsvolle studies (RCT's) bestaan. Het gaat onder meer over het ontbreken van blinde randomisatie en blinde evaluatie, het ontbreken van een 'intention-to-treat-analyse' en de aanwezigheid van klinische heterogeniteit (45). Het lijkt inderdaad moeilijk om voor een dergelijke onderzoeksvraag een perfecte RCT uit te voeren.

Daarnaast is er een belangrijke verscheidenheid qua interventie in de uitgevoerde studies: type beweging, intensiteit van beweging, duur van de interventie, enz.
Toch besloot men in enkele grote reviews dat bewegingsinterventies even doeltreffend kunnen zijn bij de behandeling van depressie als psychotherapie (38) en antidepressiva (22). Men zag immers in verschillende meta-analyses en systematische reviews dat bewegingsinterventies een positieve invloed hadden op depressieve symptomen of scores (17-20, 46). Daarom werden (gestructureerde) bewegingsprogramma's ook recent opgenomen in een aantal richtlijnen omtrent de aanpak van depressie (13-15, 47).

Fysieke activiteit zou dus zowel een preventieve als een therapeutische rol kunnen spelen bij de aanpak van depressie. Er zijn verschillende hypothesen over de manier waarop beweging positieve effecten kan hebben op de mentale gezondheid (38). Een bespreking hiervan binnen dit onderzoek zou ons echter te ver leiden.

4.4. INVLOED VAN ACTIVERING OF FYSIEKE ACTIVITEIT OP DE SUBJECTIEVE ALGEMENE GEZONDHEIDSTOESTAND

Het was niet evident om artikels te vinden over de invloed van beweging op de 'algemene gezondheidstoestand', zoals die ervaren wordt door de persoon zelf. Er bestaan meer studies met als uitkomstmaat '**levenskwaliteit'**.
We vonden een meta-analyse (48), een systematische review (49) en heel wat cohorte studies (50-53) terug waarin men kon aantonen dat de levenskwaliteit positief geassocieerd is met fysieke activiteit bij gezonde personen. Ook bij depressieve personen blijkt beweging een positieve invloed te hebben op de levenskwaliteit. Dat stelde men vast in een kosteneffectiviteitanalyse (54) en in een RCT (55).

De **objectieve** positieve effecten van beweging op de gezondheid werden aangetoond in de systematische review door Hanson en Jones (39). Zij onderzochten personen die regelmatig wandelen in groep en stelden een statistisch significant effect vast op onder meer bloeddruk (↓), hartfrequentie (↓), BMI (↓), totale cholesterol (↓) en fysieke levenskwaliteit (↑).

4.5. PERCEPTIES VAN PATIËNTEN OVER HET GEBRUIK VAN ANTIDEPRESSIVA

In kwalitatieve onderzoeken omtrent dit onderwerp ziet men vaak ambivalentie. Zo zagen Knudsen et al. (56) enerzijds een zekere **angst voor herval** en anderzijds het gevoel **niet afhankelijk te willen zijn** van medicatie voor een stabiele gemoedstoestand. Van Geffen et al. (10) stelden vast dat ongeveer de helft van de patiënten die antidepressiva voorgeschreven kreeg, er positief tegenover stond. De patiënten die er negatief over dachten, vonden het vooral moeilijk dat ze hun problemen niet zelf konden oplossen. Ook hadden ze angst om gestigmatiseerd te worden, om afhankelijk te worden, om bijwerkingen te ervaren of om langdurige veranderingen in de hersenen of persoonlijkheid op te lopen. Wanneer het moment voor afbouw aangebroken is, ziet men dat angst voor herval de belangrijkste reden is om het antidepressivum toch te continueren (9, 10).

5. RESULTATEN PRAKTIJKPROJECT

5.1. BESCHRIJVING VAN DE DEELNEMERS

Tussen mei 2015 en augustus 2015 startten negen patiënten met het project. Iedereen voltooide het project na acht weken. In tabel 1 worden de demografische en klinische kenmerken van de deelnemers bij de start van het project weergegeven. Het grootste aandeel waren vrouwen (n = 7). De leeftijd varieerde van 27 tot 59 jaar, met een gemiddelde van 44 jaar. Het aantal maanden gebruik van antidepressiva varieerde van 18 tot 156 maanden, met een gemiddelde van 72 maanden of 6 jaar. Geen van de deelnemers was alleenwonend; ze hadden allemaal een partner en/of kinderen.

Tabel 1: Demografische en klinische kenmerken bij de start van het project

Totaal aantal deelnemers	9
Man / vrouw verdeling	2 / 7
Leeftijd	
- **Gemiddelde**	44
- **Mediaan**	45
Aantal maanden antidepressiva gebruik	
- **Gemiddelde**	72
- **Mediaan**	36
Familiale context	
- **Aantal met partner**	8 / 9
- **Aantal met kind(eren)**	7 / 9
- **Aantal zonder partner of kinderen**	0 / 9
Motivatie tot afbouw	
- **Fase 1 (precontemplatie)**	2
- **Fase 2 (contemplatie)**	3
- **Fase 3 (beslissing)**	3
- **Fase 4 (actie)**	0
- **Fase 5 (consolidatie)**	0
- **Fase 6 (terugval)**	1
Gemiddelde stemming	55,48 %
Gemiddelde gezondheidstoestand	61,48 %

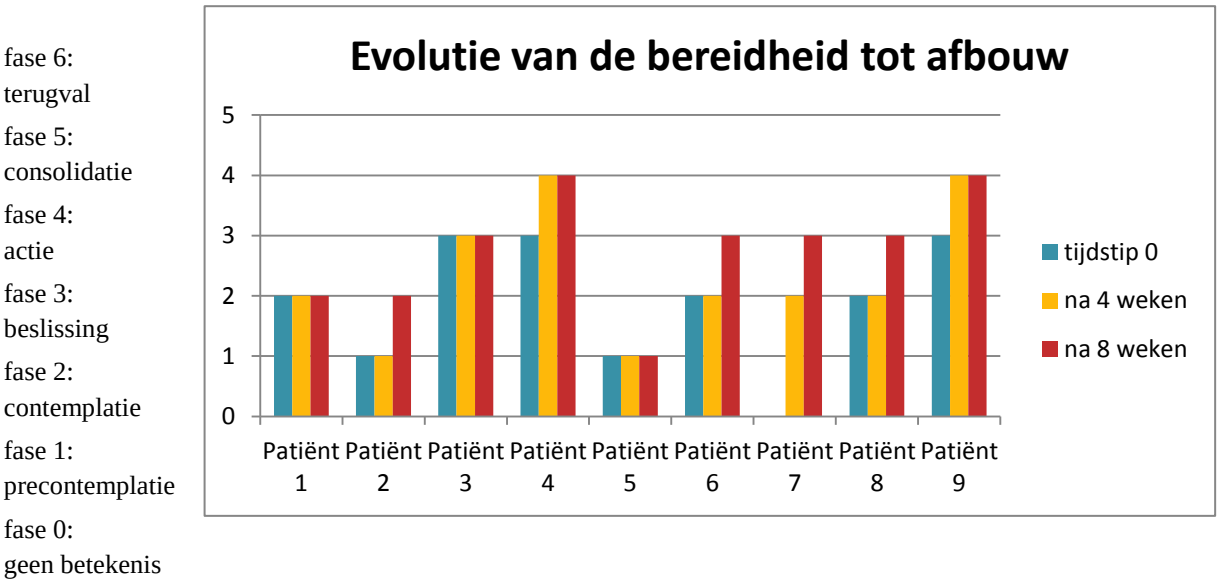
5.2. PRIMAIRE UITKOMST VAN DE KWANTITATIEVE ANALYSE

EVOLUTIE VAN DE BEREIDHEID TOT AFBOUW

Twee patiënten besloten tijdens het project om de antidepressiva geleidelijk af te bouwen en slaagden daar ook in. Bij zes deelnemers zagen we een verschuiving van de motivatie. Het ging om een verschuiving van fase 1 naar fase 2 (n = 1), van fase 2 naar fase 3 (n = 2), van fase 3 naar fase 4 (n = 2) en van fase 6 naar fase 2 (n = 1).

Bij drie patiënten veranderde de bereidheid tot afbouw van antidepressiva niet tijdens het project; zij bleven in dezelfde fase binnen de cirkel van Prochaska en DiClemente. Deze deelnemers bevonden zich in fase 1, fase 2 en fase 3.

Figuur 2 : Evolutie van de individuele bereidheid tot afbouw van antidepressiva



Opmerking bij bovenstaande figuur: patiënt 7 bevond zich bij de start van het project in fase 6 gezien die persoon gepoogd had om af te bouwen, maar daar niet in was geslaagd. Wij lieten deze waarde weg in de grafische voorstelling omdat dit een vertekend beeld zou geven.

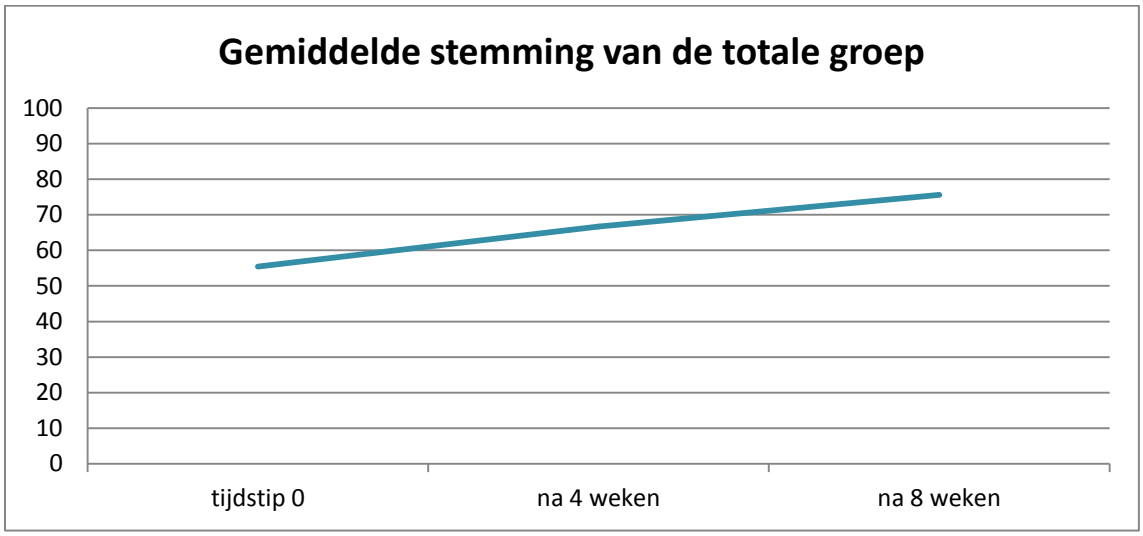
5.3. SECUNDAIRE UITKOMSTEN VAN DE KWANTATIEVE ANALYSE

EVOLUTIE VAN DE STEMMING

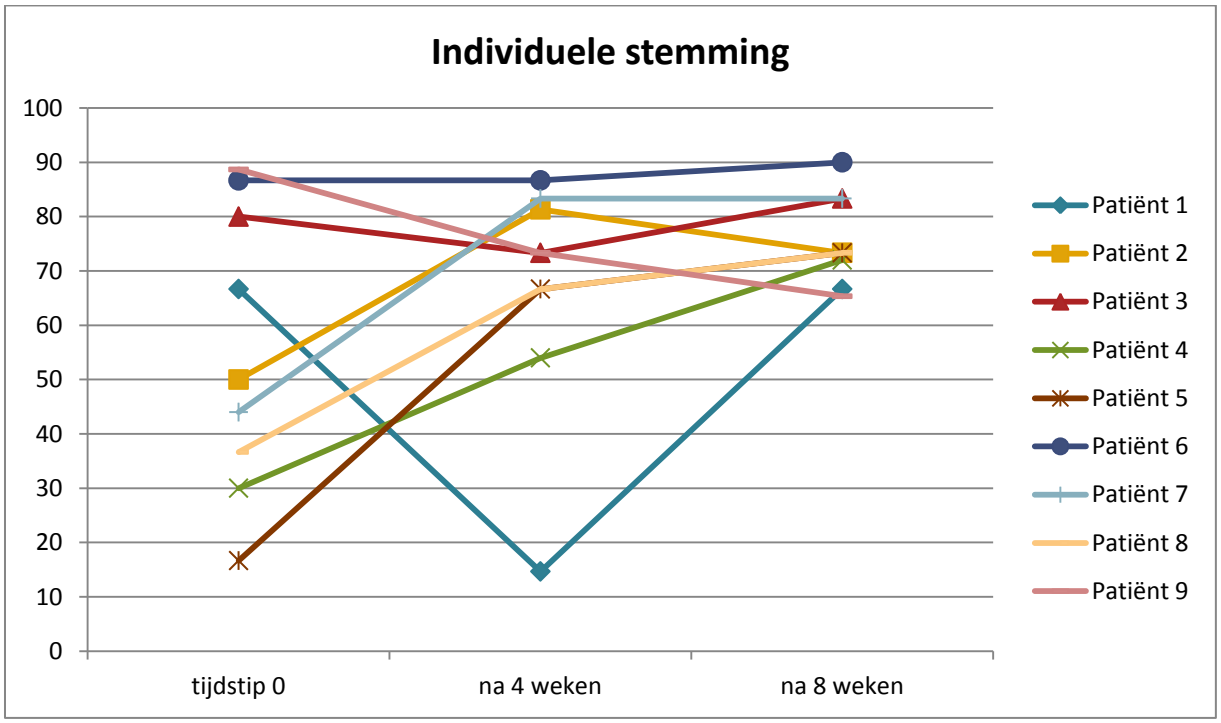
Bij zeven patiënten stelden we een verschuiving vast van de stemming naar boven. Die verschuiving bedroeg meer dan 30 % bij 4 patiënten. Eén deelnemer gaf na 8 weken dezelfde waarde voor stemming aan, maar had in de tussentijd een grote daling vertoond. Een andere deelnemer gaf een daling van de stemming aan na 4 en na 8 weken, in totaal meer dan 20 %.

De gemiddelde stemming evolueerde van 55,48 % op tijdstip 0 naar 75,63 % na 8 weken (+ 20,15 %). Na 4 weken bedroeg de gemiddelde stemming 66,67 %. Hieronder vindt u een grafische voorstelling van deze resultaten in figuur 3 en 4.

Figuur 3 : Grafische voorstelling van de evolutie van de stemming tijdens het project



Figuur 4 : Grafische voorstelling van de evolutie van de individuele stemming tijdens het project

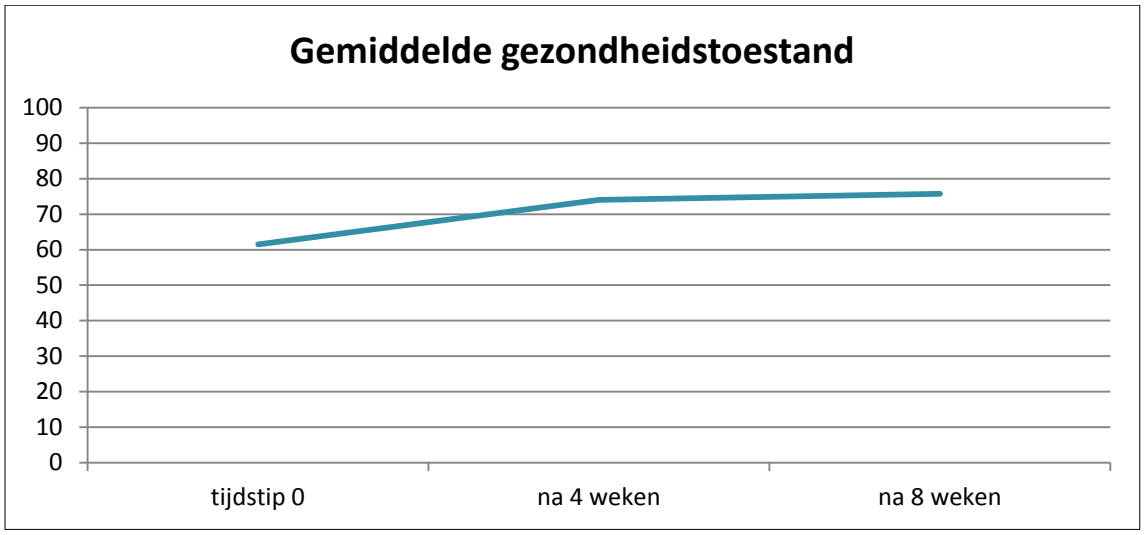


Opmerking bij bovenstaande figuur: patiënt 1 gaf na 4 weken een sterk gedaalde stemming aan. Dit kwam door een ruzie met de partner in de voorbije week. Na 8 weken bereikte deze persoon toch een iets hogere waarde voor de stemming dan bij de start van het project.

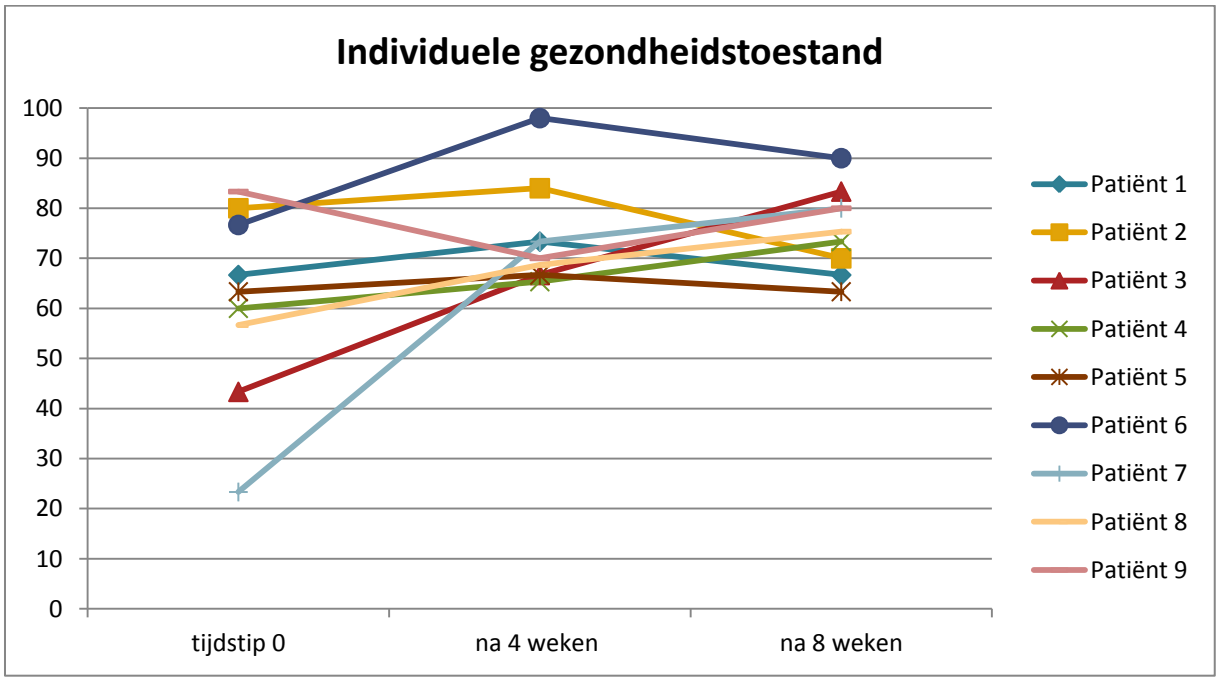
EVOLUTIE VAN DE SUBJECTIEVE ALGEMENE GEZONDHEIDSTOESTAND

Voor de subjectieve algemene gezondheidstoestand stelden we na 8 weken een toename vast bij 5 patiënten, die minstens 40 % bedroeg bij 2 van hen. Twee patiënten bleven stabiel. Bij de twee overige patiënten stelden we een daling vast van ≤ 10 %.
De gemiddelde algemene gezondheidstoestand evolueerde van 61,48 % op tijdstip 0 naar 75,78 % na 8 weken (+ 14,30 %). Na 4 weken bedroeg deze waarde 74 %. Hieronder vindt u een grafische voorstelling van deze resultaten in figuur 5 en 6.

Figuur 5 : Grafische voorstelling van de evolutie van de subjectieve algemene gezondheidstoestand tijdens het project



Figuur 6 : Grafische voorstelling van de evolutie van de individuele subjectieve algemene gezondheidstoestand tijdens het project

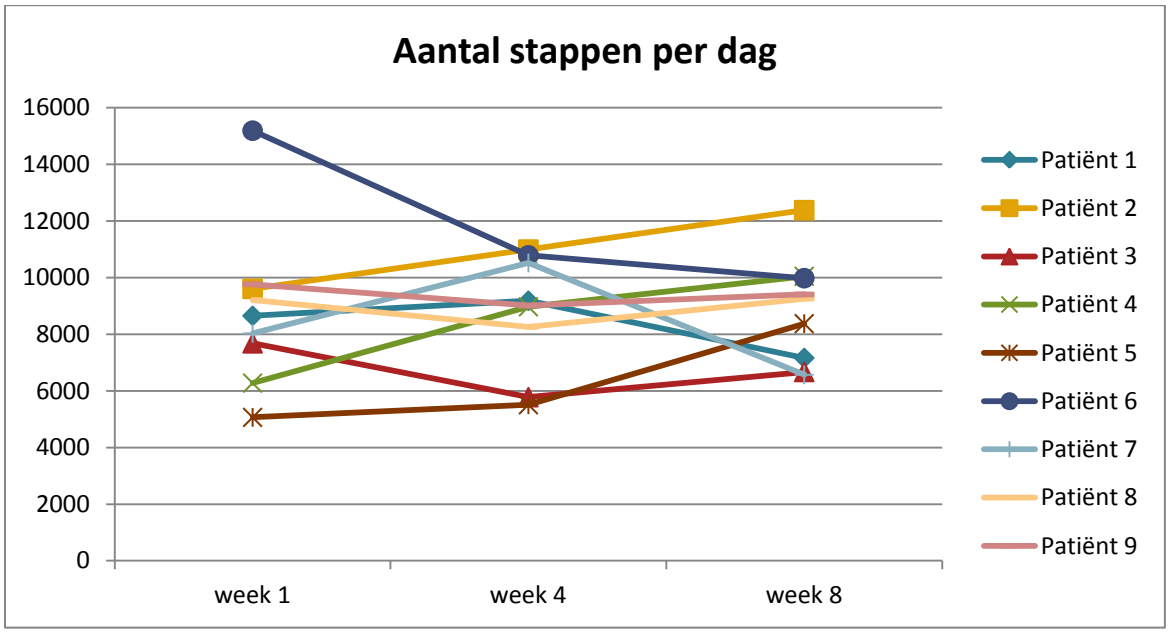


EVOLUTIE VAN HET AANTAL STAPPEN

Voor het aantal stappen per dag zagen we na 8 weken een toename met minstens 2000 stappen bij drie patiënten, een verschil kleiner dan 2000 stappen bij vijf patiënten en afname van meer dan 5000 stappen bij één patiënt. Deze laatste haalde na 8 weken echter nog steeds meer dan 9000 stappen per dag. Het verschil in het gemiddelde aantal stappen per dag van de totale groep bedroeg tussen week 1, 4 en 8 minder dan 100 stappen.

Zes deelnemers haalden na 8 weken gemiddeld minstens 8000 stappen per dag. De andere drie patiënten haalden na 8 weken gemiddeld minstens 6000 stappen per dag. Een overzicht van de evolutie van het aantal stappen vindt u in figuur 7.

Figuur 7 : Grafische voorstelling van de evolutie van het individuele aantal stappen per dag



Opmerking bij bovenstaande figuur: het grote aantal stappen van patiënt 6 bij de start van het project wordt verklaard door een piekmoment van jogging en tuinieren.

STELLINGEN OVER DE INVLOED VAN HET PROJECT

De meerderheid van de patiënten was akkoord of helemaal akkoord met de stellingen dat dit project het zelfvertrouwen vergroot (n = 6), voor meer zelfinzicht zorgt (n = 8), tot meer positieve gedachten leidt (n = 8), tot meer positieve gevoelens leidt (n = 6), een fitter gevoel geeft (n = 7), motiveert tot meer beweging (n = 9), de mening over beweging verandert (n = 7), doet nadenken over hoe men dagelijks meer kan bewegen (n = 8), bewust maakt van de invloed van beweging op gezondheid (n = 9), bewust maakt van de invloed van beweging op de stemming (n = 8) en ervoor zorgt dat men meer zal bewegen in de toekomst (n = 8). Tegenover de stelling dat dit project ervoor zorgt dat men zich beter kan concentreren dan voordien, staat de meerderheid neutraal (n = 6). Met de stelling dat dit project ertoe leidt dat men ruimer kan denken dan voordien, gaat een minderheid akkoord (n = 4). Een overzicht van de stellingen en de verdeling van de antwoorden vindt u hieronder in tabel 2.

Tabel 2: Stellingen omtrent dit project met de verdeling van de antwoorden (het meest gegeven antwoord werd blauw gekleurd)

Dit project heeft…..	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord
…mijn zelfvertrouwen vergroot	n = 0	n = 0	n = 3	n = 6	n = 0
…ervoor gezorgd dat ik meer inzicht heb in mezelf	n = 0	n = 0	n = 1	n = 4	n = 4
…ervoor gezorgd dat ik nu meer positieve gedachten heb dan voordien	n = 0	n = 0	n = 1	n = 7	n = 1
…ervoor gezorgd dat ik nu meer positieve gevoelens heb dan voordien	n = 0	n = 0	n = 3	n = 5	n = 1
… ervoor gezorgd dat ik me nu beter kan concentreren dan voordien	n = 0	n = 1	n = 6	n = 2	n = 0
… ervoor gezorgd dat ik nu ruimer kan denken dan voordien (ideeën…)	n = 0	n = 1	n = 4	n = 4	n = 0
…ervoor gezorgd dat ik me nu fitter voel dan voordien	n = 0	n = 0	n = 2	n = 7	n = 0
… me gemotiveerd tot meer beweging	n = 0	n = 0	n = 0	n = 4	n = 5
…mijn mening over beweging veranderd	n = 0	n = 2	n = 0	n = 5	n = 2
…me doen nadenken over hoe ik dagelijks meer kan bewegen	n = 0	n = 0	n = 1	n = 5	n = 3
…me bewust gemaakt van de invloed van beweging op mijn gezondheid	n = 0	n = 0	n = 0	n = 8	n = 1
…me bewust gemaakt van de invloed van beweging op mijn stemming	n = 0	n = 0	n = 1	n = 6	n = 2
…ervoor gezorgd dat ik in de toekomst meer ga bewegen	n = 0	n = 0	n = 1	n = 3	n = 5

5.4. KWALITATIEVE ANALYSE

HOE STAAN PATIËNTEN TEGENOVER HET CONTINUEREN OF AFBOUWEN VAN ANTIDEPRESSIVA ?

Tijdens het stappenproject zijn we bij twee van de negen deelnemers gestart met afbouwen omdat zij zelf vragende partij waren. De andere zeven personen voelden zich, ook na afloop van het project, nog onvoldoende klaar om de afbouw te starten.

Om in kaart te brengen hoe de motivatie van de patiënten t.o.v. medicatie-inname opgebouwd was, inventariseerden we de subjectief ervaren voor- en nadelen bij het continueren en afbouwen.

Voordelen van continueren van antidepressiva

De belangrijkste reden om de antidepressiva te continueren was de subjectief ervaren ***zekerheid*** over een betere gemoedstoestand. Dit werd vermeld door 7 deelnemers.

"De antidepressiva bieden mij een houvast."
"Als ik deze medicatie neem, ben ik zeker dat ik me goed voel."
"De antidepressiva geven mij een dikker vel, ik kan meer aan."
"De medicatie geeft mij een veilig gevoel. Het is een soort buffer."

Eén persoon gaf aan dat de reden voor het continueren eigenlijk eerder draait om ***gewoontevorming*** dan om een noodzaak. Een andere deelnemer gaf aan van andere artsen vernomen te hebben dat antidepressiva best langdurig worden genomen.

"Ik heb geen bijwerkingen van deze medicatie, en voel mij niet schuldig dat ik ze neem."
"Ik neem maar een heel lage dosis, dus dat kan geen kwaad."

Voordelen van afbouwen van antidepressiva

Wanneer we de patiënten vroegen wat het voordeel zou kunnen zijn van de afbouw van antidepressiva, dan bleek vooral de ***mentale invloed*** belangrijk. Zes van de 9 deelnemers zou opgelucht zijn met de bevestiging geen medicatie nodig te hebben om zich goed te voelen.

"Ik zou dan het gevoel hebben dat ik volledig af ben van die depressie."
"Ik zou een hoofdstuk kunnen afsluiten en me niet meer moeten schamen over de inname van deze medicatie. Het gevoel van persoonlijk falen zou weg zijn."
"Als ik succesvol zou kunnen afbouwen, zou ik mij sterker voelen."
"Ik zou mij minder afhankelijk voelen, ik zou blij zijn dat ik de medicatie kan missen."

Nadelen van continueren van antidepressiva

Drie van de negen patiënten konden geen nadelen formuleren van het continueren van antidepressiva. Bij zes deelnemers vormden de mogelijke ***bijwerkingen*** de voornaamste bezorgdheid.

"Ik heb sinds de start van de antidepressiva last van constipatie."

"Ik heb schrik voor de gevolgen op lange termijn van de inname van antidepressiva."
"Ik zou misschien minder last hebben van zweetbuien als ik zou kunnen afbouwen."
"Ik heb het gevoel dat mijn temperament wat onderdrukt wordt, en mis soms het enthousiasme van vroeger."
"Ik zou minder rommel willen innemen."

Twee van deze zes patiënten vermeldden ook een soort ***onwetendheid*** over de mogelijke toestand zonder antidepressiva.

"Het nadeel aan deze medicatie verder nemen, is dat ik nooit ga weten of ik zonder kan."
"Ik weet niet of de antidepressiva op dit moment eigenlijk nog werken bij mij. Ik voel me sowieso goed in mijn vel."

Nadelen van afbouwen van antidepressiva

Drie van de deelnemende patiënten gaf aan geen mogelijke nadelen te zien in het afbouwen van antidepressiva. De overige zes patiënten gaven aan dat ze ***angst*** hebben voor herval.

"Ik denk minder weerstand te zullen hebben zonder de antidepressiva."
"Ik zou een soort garantie willen hebben dat het afbouwen niet negatief zal uitdraaien."
"Ik blijf de medicatie nemen omdat ik denk dat de komende maanden ook moeilijke momenten met zich mee kunnen brengen...maar eigenlijk gebruik ik dat als excuus."
"Ik durf niet op mezelf terugvallen."

HOE STAAN PATIËNTEN TEGENOVER BEWEGING IN HET DAGELIJKS LEVEN ?

We vroegen de patiënten naar voor- en nadelen van voldoende en onvoldoende beweging.

Voordelen van voldoende beweging

Bij het vragen naar de voordelen van voldoende bewegen, kregen we van elke deelnemende patiënt een antwoord dat verwijst naar het ***mentaal*** voedzaam zijn van beweging. Zij gaven aan dat het een soort mentale afleiding vormt in het drukke dagelijkse leven, dat het een beter algemeen gevoel geeft en een vorm van ontspanning is.

"Mijn geest functioneert beter als ik beweeg; ik heb dan meer concrete doelstellingen."
"Wandelen doet mij energie winnen, uitwaaien, op de natuur focussen, andere mensen ontmoeten."
"Beweging zorgt ervoor dat ik mijn hoofd kan leegmaken."
"Beweging zorgt ervoor dat ik meer eigenwaarde heb."
"Ik kan dan eens mijn gedachten loslaten."
"Beweging is een trigger voor mij, het zorgt ervoor dat ik niet bij de pakken blijf zitten in mijn dagelijks leven."
"Het is een uitlaatklep, het doet me ruimer denken."
"Ik heb bij het bewegen wat meer tijd en aandacht voor mezelf in plaats van voor mijn werk en voor mijn gezin."
"Als ik een wandeling heb gemaakt, voel ik mij rustiger."
"Beweging geeft mij zelfvertrouwen."

Daarnaast gaven 5 patiënten een daling van het ***lichaamsgewicht*** aan als voordeel.

"Ik ben nu al 3 kg vermagerd op 2 maanden, en ik wil zeker niet terug !"
"Ik snoep vaak uit verveling. Als ik ga wandelen, heb ik hier geen tijd voor."

Vijf patiënten zagen een vooruitgang van de ***algemene gezondheid en conditie*** als voordeel.

"Het lichaam is als een machine die moet blijven draaien."
"Ik ben fitter, ik heb meer uithouding."
"Ik zweet nu minder als ik naar de trein moet wandelen."
"Ik kan terug mee met mijn kinderen."

Vier patiënten vertelden dat beweging hen eigenlijk veel ***plezier*** brengt, door persoonlijk welbevinden, maar ook door de sociale contacten die hierdoor worden uitgelokt.

"Het stappen en fietsen is zalig, je bent veel in de natuur en je komt op mooie plaatsen."
"Bewegen is voor mij een zalige ontspanning."
"Wij gaan regelmatig in groep joggen en dat is echt gezellig."
"Mijn dochter gaat mee wandelen waardoor we een beter contact hebben."

Nadelen van onvoldoende beweging

Wanneer naar de nadelen van onvoldoende beweging in het dagelijkse leven wordt gevraagd, geven de meeste patiënten (n = 6) een antwoord in verband met de invloed op de ***mentale gezondheid***. Ze zouden zich teleurgesteld voelen in zichzelf, innerlijke onrust ervaren, minder goed gestemd zijn en nog meer motivatie verliezen om te bewegen.

"Bewegen is een obsessie, ik kan niet zonder."
"Ik loop ambetant als ik te weinig beweeg, ik loop de muren op."
"Bewegen is als een uitlaatklep voor mij, zonder beweging word ik prikkelbaar."
"Als ik het bewegen zou verminderen, dan zou ik alsmaar sneller foert zeggen."
"Als ik minder zou bewegen, dan zou ik mij meer loom voelen, een negatieve ingesteldheid krijgen, minder mensen ontmoeten, meer tijd hebben om te piekeren."
"Ik zou mij een lamzak voelen als ik te weinig zou bewegen."

Daarnaast maakten twee patiënten zich zorgen om de negatieve gevolgen van onvoldoende beweging op de ***fysieke gezondheid***.

"Ik heb meer last van mijn darmen als ik niet beweeg."
"Zitten is tijdverlies, en je leven wordt bovendien nog korter doordat veel zitten ongezond is."
"Hoe meer ik zou zitten, hoe meer stram ik zou worden. Op de duur zou ik niet meer aan mijn schoenen geraken om ze toe te knopen."

Eén deelnemer zou het ***lichaamsgewicht*** moeilijker kunnen controleren.

Nadelen van voldoende beweging

Twee patiënten vonden dat ze door voldoende beweging soms ***pijn*** ervaren.

"Bij het joggen heb ik soms pijn aan mijn been."
"Soms heb ik last aan mijn voeten door het wandelen."

Een andere patiënt gaf aan dat je soms ***te veel*** gaat ***bewegen***. Zo had de stappenteller aangetoond dat deze persoon vaak veel meer dan 10.000 stappen per dag zette.

"De stappenteller heeft mij doen inzien dat ik meer moet leren doseren."

Ook zei iemand dat voldoende beweging ***tijd*** vraagt die je dan niet hebt voor andere zaken.

"Voldoende bewegen vraagt van mij meer organisatie."

Vijf patiënten konden geen nadeel formuleren bij voldoende beweging.

Voordelen van onvoldoende beweging

Behalve één patiënt zagen de deelnemers geen mogelijke voordelen aan onvoldoende beweging. De patiënt die hierop wel een antwoord kon formuleren, had het over de ***lichamelijke belasting*** die dan zou wegvallen.

"Als ik minder beweeg, heb ik minder last in mijn rug."

WAT KAN PATIËNTEN STIMULEREN OM MEER TE BEWEGEN ?

Via het semi-gestructureerd interview probeerden we te achterhalen welke factoren beweging kunnen bevorderen of verhinderen bij deze patiënten.

De grootste motiverende factor blijkt de ***stappenteller***. Op 1 deelnemer na vond iedereen dat het dragen van deze registratietool een stimulerende werking heeft.

"Ik heb zelf een stappenteller aangeschaft om niet te hervallen."

Daarnaast bleek ook ***sociale controle*** belangrijk. Vijf van de 9 patiënten gaf aan dat een bewegingspartner kan stimuleren. Het ging zowel om mensen (n = 4) als huisdieren (n = 1).

"Mijn partner is zeer sportief dus dat werkt voor mij motiverend."
"Ik heb motivatie nodig van anderen. Ik wandel soms samen met mijn dochter."
"Onze hond is altijd vragende partij om te gaan wandelen."
"Ik heb mij in de fitness ingeschreven voor een lessenreeks in groep."

Drie patiënten vertelden dat zij moeite hadden om de dagelijkse doelstelling aan stappen te halen, en dat zij het zeer motiverend vonden dat zij ook ***andere vormen van beweging*** mochten doen om het aantal stappen aan te vullen.

"Ik zag op de website www.10000stappen.be dat je bij elke 10 minuten beweging 1500 stappen mag bijtellen. Daarom ging ik meer met de fiets naar het werk."
"Fietsen doe ik liever dan stappen en kan ik gemakkelijker plannen in mijn dagelijks leven."

De mogelijkheid om het aantal stappen tijdens ***alledaagse activiteiten*** uit te breiden, gaf twee patiënten een extra stimulans om te bewegen.

"Ik heb het geluk al veel te kunnen bewegen in mijn job want ik ben verpleegkundige."

Twee patiënten gaven aan dat ***rustige periodes*** zoals vakantie, meer aanzetten tot beweging.

"Ik zie dat ik in de eerste 4 weken van het project meer stapte dan in de laatste 4 weken. Dat komt omdat ik het in de voorbije maand veel drukker had met mijn werk en mijn gezin."

"Ik ben leerkracht en tijdens de vakantie heb ik meer tijd om te gaan wandelen."

Een van de patiënten gaf de ***omgeving*** aan als motiverende factor.

"Ik word opgewekt van de natuur. Dat motiveert mij om mijn stapschoenen aan te doen."

Een andere patiënt vond dat het ***dagboek*** een motiverende functie had.

"Ik ga een dagboek blijven bijhouden voor mijn prestaties, dat is een echte stimulans."

Ten slotte gebruikte een van de patiënten ***muziek*** als stimulator tijdens het joggen.

WAT KAN PATIËNTEN VERHINDEREN OM VOLDOENDE TE BEWEGEN ?

Zes van de 9 patiënten gaf aan soms te weinig ***tijd*** te vinden om zichzelf aan te zetten tot lichamelijke activiteit.

"Als huismoeder heb ik altijd wel iets te doen…ik ben zeer afhankelijk van mijn planning."
"Anderen bepalen mijn agenda grotendeels."
"Ik merk dat ik meer stappen zet als ik thuis werk. Dat komt omdat ik dan tijd win door het wegvallen van de verplaatsing naar het werk, waardoor ik sneller eens ga wandelen."

Vier van de 9 patiënten zagen slechte ***weersomstandigheden*** als een drempel om te bewegen.

Een van de patiënten gaf aan dat ***overgewicht*** soms een drempel vormt voor beweging.

"Het is toch een stuk lastiger met die extra kilo's de laatste jaren."

Een van de deelnemers gaf aan dat ***angst*** soms een drempel vormt om te gaan wandelen.

"In de week wandel ik meestal laat, waardoor het donker is en ik me minder veilig voel."

Tenslotte antwoordde een van de patiënten dat extra lichamelijke inspanning soms onmogelijk is door ***vermoeidheid***.

HOE DENKEN PATIËNTEN OVER DE INVLOED VAN BEWEGING OP HET GEBRUIK VAN ANTIDEPRESSIVA ?

We gingen na wat de patiënten denken over de mogelijke invloed van activering en beweging op de slaagkans om antidepressiva af te bouwen. Zes van de 9 patiënten vermoedden dat hier wel degelijk een verband bestaat.

"Beweging zorgt ervoor dat mensen zich beter voelen. Dit zou een lagere dosis antidepressiva kunnen compenseren."

"Beweging doet de batterijen opladen. Men denkt dan helderder, relativeert beter; er is meer ruimte en energie. Dat zou kunnen zorgen voor minder nood aan antidepressiva."

"Bewegen doet goed en voelt ook goed! Wie kan blijven volhouden om te bewegen draagt daar de vruchten van. Voor sommigen kan dit vermoedelijk wel leiden tot het stoppen met antidepressiva."

"Het gestructureerd bewegen zorgt voor een bepaalde zekerheid. De stemming kan hierdoor verbeteren waardoor afbouw mogelijks gemakkelijker gaat."

"Bewegen zorgt voor minder stress, waardoor ik minder nood zou hebben aan medicatie."

"Het project doet nadenken over het al dan niet nodig hebben van antidepressiva. Ik kreeg door het bewegen meer zelfvertrouwen en heb nu meer het gevoel de medicatie niet meer nodig te hebben."

Toch gaven twee van de bovenstaande patiënten een opmerking bij dit verband. Eén deelnemer meende dat het betere gevoel vooral zou ontstaan door intensief sporten en niet door wandelen. Een andere persoon benadrukte dat het niet alleen de beweging is, maar ook de individuele begeleiding door de onderzoeker, die het afbouwen meer succesvol kan maken.

Drie patiënten twijfelden over het verband tussen bewegen en succesvol afbouwen van antidepressiva.

"Ik weet niets over de werking van antidepressiva en bewoog al veel voor ik deelnam aan het project. Ik kan dus niet echt zeggen of hier een invloed bestaat. Ik denk wel dat het een goed idee is om de afbouw van antidepressiva te koppelen aan het stimuleren van beweging omdat beweging een beter gevoel geeft. Misschien zou het effect sterker zijn als men in groep zou sporten. Dit geeft een soort sociale beloning die leidt tot meer zelfwaarde waardoor men minder gevoelig wordt voor depressie."

"Ik denk dat ik mij heel goed moet voelen vooraleer ik de medicatie kan afbouwen. Dat betekent dat ik niet alleen moet bewegen, maar ook structuur moet hebben, gezonder moet eten, enzo... Het project zou dus misschien ook op voeding moeten werken."

WAT ZIJN, VOLGENS DE DEELNEMERS, DE STERKTES EN ZWAKTES VAN DIT PROJECT ?

Bij het vragen naar de **sterktes** van dit project, gaf de meerderheid van de deelnemers (n = 6) aan dat dit project **motiveert** tot meer beweging.

"In dit project is de rol van feedback belangrijk. Ik voelde een soort prestatiedruk."
"Dit project werkt motiverend en heeft me doen nadenken."
"De externe controle zorgde ervoor dat ik meer inzet had dan anders."

De **individuele begeleiding** door de onderzoeker werd door enkele patiënten (n = 3) aangegeven als een andere sterkte van het project.

"Vooral de gesprekken waren zeer motiverend om mijn levensstijl aan te passen."
"Er werd ook tijd voorzien om te luisteren naar de leefwereld van de patiënt."

Drie patiënten gaven aan dat dit project tot meer **zelfinzicht** leidt.

"Ik besef nu tenminste hoeveel ik ongeveer beweeg ten opzichte van de norm voor een gezond leven. Het project doet beseffen dat oude goede gewoontes, zoals wekelijks zwemmen, waren weggevallen en dat structuur nodig is om beweging vol te houden."
"Dit project zorgt voor meer zelfevaluatie, je hebt meer aandacht voor het verband tussen beweging en stemming."

Bijna alle patiënten (n = 8) vonden dat het **dagboek** in dit project een meerwaarde vormt.

"Het dagboek doet mensen meer denken op lange termijn."

"Gedachten opschrijven doet deugd."
"Mijn stemming verbetert door het bewegen. Dat heb ik ingezien via het dagboek."
"Het dagboek geeft een reflectie over je prestatie en over jezelf, het zet aan tot nadenken en je kan achteraf de leuke momenten herbeleven."
"Het dagboek was mijn leidraad, zorgde voor opbouwen van routine."
"Ik keek af en toe terug in het dagboek. Hierdoor leerde ik dat ik na een grote inspanning enkele dagen wat minder stappen zette als compensatie. Ik was mij hier niet van bewust."

Bijna alle deelnemers (n = 8) vonden dat de **stappenteller** een positieve invloed had op de levensstijl en daarom een sterk element vormde in dit project.

"De stappenteller maakte mij bewuster van mijn fysieke activiteit."
"Het dagelijks gebruik van de stappenteller werkt zeer motiverend, het lokt nieuwsgierigheid uit en maakt het bewegen leuk."
"Zonder de stappenteller had ik het wandelen sneller opgegeven."
"De stappenteller is een plezierig dingetje, een houvast, het prikkelt de nieuwsgierigheid."
"De stappenteller was voor mij confronterend in beide richtingen. Zo schrok ik soms van het aantal stappen dat veel kleiner of groter was dan ik verwachtte. Dat doet me doseren."

Bij het vragen naar de **zwaktes** van dit project werd aangegeven dat in het dagboek misschien meer gewerkt kon worden met symbolen in plaats van met ruimte voor vrije tekst. Daarnaast werd voorgesteld om in het dagboek enkele tips te vermelden rond beweging. Tenslotte werd ons het advies gegeven om van bij het begin uit te leggen hoe men andere vormen van beweging bij het totale aantal stappen kan tellen.

6. DISCUSSIE

Dit praktijkverbeterend project is ontstaan vanuit de vaststelling dat een aantal patiënten **langdurig antidepressiva** nemen na herstel van een eerste depressieve episode. Vermoedelijk liggen verscheidene factoren aan de basis. Door **angst voor herval** kunnen antidepressiva een soort houvast vormen en gebruikt worden als secundaire preventie voor depressie (9, 10). Dit is echter geen duidelijke indicatie. Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat **artsen vergeten** om een afbouwpoging te bespreken. Artsen zouden meer alert moeten zijn voor de indicatie tot afbouw van deze medicatie en in staat moeten zijn om gepaste begeleiding te voorzien.

Het primaire doel van dit project was om het antwoord te vinden op de volgende onderzoeksvraag: ***Heeft een activeringsprogramma met stappenteller en thuisopdracht in de huisartspraktijk een invloed op de bereidheid van patiënten om antidepressiva af te bouwen in geval van remissie na een eerste depressieve episode ?***

6.1. INVLOED VAN HET ACTIVERINGSPROGRAMMA OP DE BEREIDHEID TOT AFBOUW VAN ANTIDEPRESSIVA

EVOLUTIE VAN DE BEREIDHEID TOT AFBOUW VAN ANTIDEPRESSIVA

Twee patiënten besloten tijdens het project om het antidepressiva gebruik geleidelijk af te bouwen en zij slaagden daarin. Bij zes van de negen patiënten stelden we 8 weken na de start van het activeringsprogramma een **verschuiving** vast **in de bereidheid** tot afbouw van antidepressiva. Zij bevonden zich bij de start van het programma in fase 1, 2, 3 of 6. Drie patiënten bevonden zich na het activeringsprogramma nog in dezelfde fase (fase 1, 2 en 3).

Bij twee derde van de patiënten heeft het totale programma dus een positieve invloed gehad op de motivatie om antidepressiva af te bouwen. Deze interventie kan dus zinvol zijn voor patiënten die theoretisch in aanmerking komen voor afbouw, maar daar nog niet mee zijn gestart. Gezien het de **eerste keer** was dat een **dergelijk project** plaatsvond, kunnen wij deze resultaten niet vergelijken met andere studieresultaten.

Wel vonden we een kleine studie in een **eerstelijnspopulatie in Estland** waarbij aan patiënten, die 3 jaar voordien een eerste depressieve episode doormaakten, een programma met Nordic Walking werd aangeboden. Het ging om sessies van 30 minuten, 3 keer per week, gedurende 24 weken (24). Het ging ook om een ‘home-based’ programma en er werd gebruik gemaakt van een dagboek. Er zijn dus veel gelijkenissen met ons project. Niemand nam echter nog antidepressiva in deze groep waardoor we geen vergelijking kunnen maken met onze primaire uitkomst. De vergelijking met de secundaire uitkomsten wordt later besproken.

Een andere studie die veel gelijkenis vertoont met ons onderzoek, is de **TREAD trial** (25). Daar includeerde men echter enkel patiënten die nog depressief waren (Beck Depression Inventory score $\geq$ 14). In deze studie evalueerde men het effect van motiverende gesprekken over beweging op onder meer het gebruik van antidepressiva na 4, 8 en 12 maanden. Men stelde echter geen verschil vast tussen de interventie en de controle groep.

Twee patiënten konden het antidepressivum succesvol afbouwen. Of dit te maken heeft met het activeringsprogramma, weten we niet zeker omdat we **geen controlegroep** hadden in dit project. Er is immers altijd de mogelijkheid dat patiënten **spontaan** beslissen om de medicatie te **stoppen**. We vonden geen cijfers terug over het gebruik van antidepressiva in de fase van remissie na een eerste depressieve episode. Wel vonden we informatie over de gemiddelde duur van gebruik in de Verenigde Staten (57). Binnen de groep patiënten die antidepressiva nemen, blijkt 8,4 % dat te doen voor minder dan 60 dagen, 30,4 % voor 2 maanden tot 2 jaar, 30,0 % voor 2 tot 5 jaar, 17,6 % voor 5 tot 10 jaar en 13,6 % voor meer dan 10 jaar. Ongeveer 40 % stopt het gebruik dus binnen de 2 jaar na het opstarten. Daarna stopt 30 % over de volgende 3 jaar en nadien 17,6 % over de volgende 5 jaar. We kunnen deze cijfers omrekenen naar een (standaard) stoppercentage van 3,33 %, 1,67 % en 0,59 % over 8 weken, afhankelijk van de duur van het gebruik. Hoe langer het antidepressivum genomen wordt, hoe kleiner de kans op stoppen. In ons project lag het stoppercentage op 22,2 % (2/9) na 8 weken wat duidelijk hoger is dan het verwachte aantal. De patiënten die gestopt zijn, namen het antidepressivum sinds 18 en 32 maanden. Zij bevonden zich dus onder de mediaan waardoor ook uit ons project blijkt dat de kans op stoppen hoger is bij een korter gebruik.

Gezien we weinig literatuur vonden omtrent de invloed van een activeringsprogramma op de bereidheid om antidepressiva af te bouwen, gingen we op zoek naar evidentie over de invloed van activerende en/of motiverende programma's op het afbouwen van andere middelen, zoals benzodiazepines en tabaksproducten.

ANALOGIE MET INTERVENTIES BIJ DE AFBOUW VAN BENZODIAZEPINES

We kunnen een gelijkenis zien met de positieve resultaten uit studies omtrent interventies bij het afbouwen van benzodiazepines. Vaak gaat het daar om **minimale interventies** zoals het sturen van een advies via de post of een informerend gesprek. In de review van Oude Voshaar et al. (26) lazen we dat via dergelijke interventies significant meer patiënten benzodiazepines kunnen afbouwen dan via de gebruikelijke zorg (OR 2,8, 95 % CI 1,6-5,1). Analoog vonden we in de systematische review door Mugunthan et al. (21) terug dat een korte interventie zoals een brief of een consultatie bij de huisarts een doeltreffende strategie kan zijn om het gebruik van benzodiazepines te verminderen (RR 2,04; 95% BI 1,5-2,8) of te stoppen (RR 2,3; 95% BI 1,3-4,2 of een NNT 12).
We kunnen vermoeden dat dergelijke interventies ook doeltreffend zijn bij de afbouw van andere medicatie, zoals antidepressiva. In het huidige project begon de complexe interventie met een informerend gesprek en een begeleidende brief. Deze bewustmaking zou dus al een reden kunnen zijn voor het vinden van een effect. De uitkomst bij studies omtrent de afbouw van benzodiazepines is echter altijd het al dan niet succesvol afbouwen, terwijl de belangrijkste uitkomst in ons project de bereidheid tot afbouw was. We kunnen wel veronderstellen dat, wanneer deze korte interventies een positieve invloed hebben op de afbouw van medicatie, zij ook een positieve invloed hebben op de bereidheid tot afbouw.

Voor **complexe interventies** zoals motivationele gespreksvoering bij afbouw van benzodiazepines bestaat er onvoldoende evidentie (27). Daarnaast is er ook geen ondersteunende literatuur voor bewegingsprogramma's bij de afbouw van benzodiazepines.

Het is wel zo dat de richtlijnen van NHG (28) en van Domus Medica (29) regelmatige beweging adviseren bij slaapproblemen in de eerste lijn. Dit is onder meer gebaseerd op een systematische review door Yang et al. (30) die bij structurele lichaamsbeweging een matig effect vaststelden op de slaap. Of een verbetering van de slaap door fysieke activiteit dan weer leidt tot vlottere afbouw van benzodiazepines, staat niet vast.

ANALOGIE MET INTERVENTIES BIJ DE AFBOUW VAN TABAKSPRODUCTEN

We kunnen ook een gelijkenis zien tussen onze onderzoeksresultaten en het effect van interventies bij rookstop. Daar blijkt een eenvoudig advies van de arts zonder verdere begeleiding weinig doeltreffend (kans op stoppen 2-3 %) (31), maar kan motivationele gespreksvoering (in vergelijking met een kort advies) wel leiden tot meer bereidheid om het gedrag te veranderen en te stoppen met roken (RR 1,26 95% CI 1,16-1,36) (32).

Binnen ons project vonden ook 3 motiverende gesprekken plaats. Het zou dus kunnen dat deze gesprekken de bereidheid tot afbouw van middelen ook bij onze patiënten hebben verhoogd. Tijdens deze gesprekken hebben wij echter enkel gestimuleerd tot meer beweging. Er werd gesproken over de mogelijkheid om antidepressiva af te bouwen, maar de patiënt werd daar niet toe aangezet. Het is mogelijk dat louter de fysieke activiteit binnen ons activeringprogramma een motiverende rol heeft gespeeld. Zo stelde men vroeger reeds vast dat beweging bij patiënten met depressie kan motiveren tot rookstop (33). De Cochrane review die bewegingsinterventies bij rookstop onderzocht, vond echter slechts twee studies die dergelijke interventies ondersteunen (34). Ook in een vroegere review vonden Ussher et al (35) hiervoor beperkte evidentie.

Hoewel we het in de motiverende gesprekken vooral over beweging hadden, werden in het laatste gesprek ook de voor- en nadelen geïnventariseerd van continueren en afbouwen. Dit is een gekende techniek binnen de motivationele gespreksvoering. Gezien dit aan het einde van het project plaatsvond, hebben we het effect hiervan niet kunnen beschouwen.

We weten dus uit voorgaande studies dat het **bewustmaken** van de indicatie voor afbouw van bepaalde middelen via een brief of een consult, of het voeren van een motivationeel gesprek over dit onderwerp, kan leiden tot een hogere kans op succesvolle afbouw. Op die manier kunnen we begrijpen dat ook enkele van onze deelnemers meer bereid waren tot afbouw van antidepressiva. Op welke manier dit project zijn effect tot stand bracht, kunnen we echter louter veronderstellen. Hieronder zetten we een hypothese uiteen.

6.2. INVLOED VAN HET ACTIVERINGSPROGRAMMA OP DE GEMOEDSTOESTAND

We zouden kunnen veronderstellen dat het effect van onze interventie draait om het verbeteren van de gemoedstoestand door de toename van fysieke activiteit. Gezien de patiënten de medicatie gestart zijn omwille van een sombere stemming, verwachten we dat ze bij een betere gemoedstoestand meer vertrouwen zullen hebben in de afbouw ervan (58).

Wij stelden in ons project inderdaad vast dat het activeringsprogramma een positieve invloed had op de gemoedstoestand. Bij zeven van onze deelnemers zagen we een positieve evolutie

van de stemming. De gemiddelde stemming van de totale groep evolueerde van 55,48 % op tijdstip 0 naar 75,63 % na 8 weken (+ 20,15 %). Ook tijdens de interviews vertelden patiënten hoe beweging tot meer positieve gedachten en gevoelens leidt.

Het is moeilijk om deze bevindingen te vergelijken met resultaten van andere studies, omdat het hier gaat om een specifieke populatie, namelijk patiënten die hersteld zijn van een depressie. Het zijn dus gezonde personen, maar geen doorsnee individuen omdat ze reeds een depressieve episode doormaakten. We hebben daarom te maken met een 'grijze zone'.
We vonden slechts één kleine studie waarbij de populatie en interventie quasi gelijk waren aan die van ons. In dit onderzoek vond echter geen van de deelnemers dat de gemoedstoestand verbeterde door het wandelen (24). Dit was het enige onderzoek met patiënten in de zogenaamde 'grijze zone'. Daarom bespreken we hieronder de invloed van fysieke activiteit op de gemoedstoestand van zowel gezonde als depressieve personen.

INVLOED VAN ACTIVERING OP DE GEMOEDSTOESTAND BIJ GEZONDE PERSONEN

Er is heel wat literatuur verschenen omtrent de positieve invloed van fysieke activiteit op de gemoedstoestand van gezonde personen. In een systematische review door Mammen en Faulkner (36) lezen we dat het bevorderen van fysieke activiteit, waaronder wandelen, een belangrijke strategie is om het risico op de ontwikkeling van depressie te reduceren in de algemene bevolking. Een andere grote review door Teychenne et al. (37) toont aan dat fysieke activiteit, zelfs in lage intensiteit, gezonde personen kan beschermen tegen depressie. Ook Paluska en Schwenk (38) kwamen in hun review tot het besluit dat fysieke activiteit de depressie scores zowel bij gezonde als bij depressieve personen kan verbeteren. Hanson en Jones schreven een systematische review (39) over de effecten van wandelen in groep op de gezondheid. Zij stelden een statistisch significant effect vast op depressie scores. Ook in een grote Amerikaanse observationele cohorte studie zag men dat in de algemene bevolking, personen die meer fysiek actief zijn, minder depressieve symptomen vertonen en zich algemeen emotioneel beter voelen (40). Analoog stelde men in een grote Nederlandse observationele studie (42) vast dat volwassenen die regelmatig bewegen, minder depressieve stoornissen hadden en ook minder kans hadden om deze te ontwikkelen.

Er verschenen omtrent dit onderwerp ook heel wat kleinere studies. Zo zagen Strawbridge et al. (41) in een observationele studie in Californië dat meer fysieke activiteit overeenkomt met minder kans op (het ontwikkelen van) depressie bij volwassenen ouder dan 50 jaar. Verder stelden Barcelos-Ferreira et al. (43) in een cross-sectionele studie in Sao Paulo vast dat de kans op depressie kleiner was bij patiënten die meer fysiek actief waren. Ten slotte vonden we een Schotse RCT waarin Baker et al. (44) de invloed onderzochten van een wandelinterventie bij gezonde personen die onvoldoende bewegen. Ze motiveerden de deelnemers om gedurende 12 weken te wandelen met een stappenteller. Er werd gevraagd om het dagelijkse aantal stappen geleidelijk te verhogen (volgens een vast schema). Men zag dat de fysieke activiteit toenam en dat de deelnemers meer positieve gevoelens hadden.

Het is dus duidelijk aangetoond dat fysieke activiteit een belangrijke rol kan spelen in de preventie van depressie.

INVLOED VAN ACTIVERING OP DE GEMOEDSTOESTAND BIJ DEPRESSIEVE PERSONEN

Er bestaat veel literatuur over het positieve effect van fysieke activiteit op depressieve symptomen bij patiënten die een depressieve episode doormaken. We kunnen dan ook veronderstellen dat het stimuleren van fysieke activiteit bij mensen die een depressie doorgemaakt hebben, zal leiden tot een betere gemoedstoestand, en op die manier meer zal aanzetten tot de afbouw van de antidepressiva. Hieronder vatten we de literatuur omtrent de bovenstaande vaststelling samen.

Twee grote reviews **vergeleken** beweging met **andere therapieën** bij depressie. Uit een Cochrane review van 2013 (22) blijkt dat een bewegingsinterventie even doeltreffend is in de behandeling van depressie als psychotherapie en antidepressiva, en meer doeltreffend is dan een afwachtende houding. Beweging zou dus een evenwaardige behandeling kunnen vormen voor depressie naast psychotherapie en/of antidepressiva.
Dat is ook de conclusie van Paluska en Schwenk in hun review (38). Zij toonden aan dat fysieke activiteit (zowel aërobe training, krachttraining als flexibiliteitstraining) depressieve symptomen kan verminderen. Zij beschreven beweging en psychotherapie als even doeltreffende strategieën in de aanpak van milde tot matige depressie. Ook stelden zij fysieke activiteit voor als een middel om evolutie naar ernstige symptomen te voorkomen bij mensen met milde depressieve symptomen.

De meeste reviews onderzochten de invloed van beweging op **depressieve symptomen** zonder een vergelijking te maken met andere therapieën. In 2009 publiceerden Rethorst et al. een meta-analyse van 58 RCT's omtrent bewegingsprogramma's (18). Deze bleken een positief effect te hebben op depressieve scores. Aërobe inspanningen hadden volgens deze meta-analyse ongeveer hetzelfde effect als krachttraining.
Recent werd ook een duidelijke invloed gezien van beweging op depressie in de systematische review van Josefsson et al. (17). In alle dertien onderzochte studies bleek de therapietrouw hoog (gemiddeld 80%). Het ging telkens om beweging onder supervisie, meestal om een aërobe activiteit, die gemiddeld drie keer per week gedurende 30 minuten plaatsvond, over een periode van gemiddeld 9 weken. Men vond een matig significant effect. De auteurs besloten dat beweging aanbevolen kan worden voor gemotiveerde patiënten met milde tot matige depressie.
Analoog aan deze bevindingen konden Silveira et al. in 2013 in hun systematische review (46) besluiten dat beweging als monotherapie of als aanvullende therapie naast antidepressiva een positief effect heeft op de depressieve symptomen. Deze invloed zou groter zijn bij ouderen en bij mensen met milde depressie.
Ook van wandelen werd een statistisch significant effect vastgesteld op de symptomen bij depressieve patiënten in een kleine systematische review van Robertson et al. (20).

Een belangrijke opmerking in de literatuur is dat bewegingsinterventies vooral een effect zouden hebben op **korte termijn**. Het effect op depressieve symptomen blijkt het grootst gedurende de eerste tien weken. Op langere termijn (6-26 maanden) kon men geen significant effect weerhouden (19). Dit heeft vermoedelijk te maken met een beperking in de motivatie

van de patiënt om na de initiële interventie de gedragsverandering verder te zetten. Hiervan moeten we ons als huisarts zeer bewust zijn tijdens het uitvoeren van dergelijke projecten.

Enkele **richtlijnen** stellen **bewegingsprogramma's** voor in de aanpak van depressie. Zo raadt de NICE richtlijn (13) aan om bij dysthymie of milde tot matige depressie een gestructureerd bewegingsprogramma te starten. Concreet gaat het om begeleide beweging gedurende 45-60 minuten, driemaal per week, over een periode van 12 weken. Donaghy en Taylor analyseerden in 2010 de bestaande evidentie om na te gaan of huisartsen deze richtlijn best volgen of niet (59). Zij belichten een aantal nadelen, namelijk de afhankelijkheid van de motivatie van de patiënt en de kostprijs van dergelijke programma's. Zij besloten dat men beweging kan promoten als behandeling voor depressie maar dat gestructureerde programma's voorlopig niet verdedigbaar zijn.
Stanton en Reaburn (14) baseerden zich op hun eigen review van 5 RCT's om een richtlijn te formuleren omtrent beweging bij depressie. Zij gaan daarbij wel voor een gestructureerd programma: begeleid aëroob bewegen, drie tot vier keer per week, gedurende 30-40 minuten, met een lage tot matige intensiteit.
In 2013 formuleerden ook Rethorst en Trivedi een aanbeveling om beweging voor te schrijven bij patiënten met depressie (15). Zij beschreven een programma met aërobe activiteit (wandelen, lopen, fietsen), 3 keer per week, gedurende 45-60 minuten. Men zou moeten oefenen aan 50-85 % van de maximale hartfrequentie (= 220 - leeftijd) en volhouden gedurende minimum 10-12 weken.
Ook in het Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie werd een artikel gepubliceerd waarin men fysieke training als een zinvolle behandelingsstrategie beschrijft (47).

Er is dus internationaal meer en meer aandacht voor het stimuleren van fysieke activiteit bij de behandeling van depressie. We vermoeden dat regelmatige beweging ook een positieve invloed kan hebben op de gemoedstoestand van patiënten die in remissie zijn na een eerste depressieve episode. Daarom zou beweging ingezet kunnen worden als een **vorm van secundaire preventie** van depressie. De patiënten in ons project gebruiken hiervoor medicatie. De plaats van antidepressiva in deze indicatie is echter niet onderbouwd. Een activeringsprogramma lijkt ons op lange termijn een veiligere keuze.
We stelden in ons onderzoek vast dat de meerderheid van de deelnemers akkoord ging met de stelling dat dit programma **bewustmaakt** van de invloed van beweging op de gemoedstoestand. Patiënten leren gaandeweg dat fysieke activiteit een rol kan spelen in de preventie van negatieve gedachten en gevoelens die tot depressie kunnen leiden.

6.3. INVLOED VAN HET ACTIVERINGSPROGRAMMA OP DE SUBJECTIEVE ALGEMENE GEZONDHEIDSTOESTAND

Men zou ook kunnen veronderstellen dat het positieve effect van onze interventie ontstaan is door het verbeteren van de subjectieve algemene gezondheidstoestand waardoor patiënten zich minder afhankelijk voelen van medicatie. We stelden inderdaad vast dat de meeste patiënten (n = 7) van zichzelf vonden dat ze zich in een betere algemene gezondheidstoestand bevonden aan het einde van het project. Het gemiddelde evolueerde van 61,48 % op tijdstip 0 naar 75,78 % na 8 weken (+ 14,30 %). Ook hier is het moeilijk om een correcte vergelijking

te maken met andere studies gezien ‘de grijze zone’ waarin onze patiënten zich bevinden. Bovendien vonden we meer studies terug met de uitkomst ‘levenskwaliteit’ dan met de uitkomst ‘gezondheidstoestand’. We vonden één kleine studie met een vergelijkbare populatie. Het gaat om het onderzoek door Suija et al. (24) waarbij vijf personen hersteld waren van een vroegere depressieve episode. Twee patiënten hiervan vonden dat de gezondheidstoestand verbeterde door een bewegingsprogramma op basis van Nordic Walking (3x30 min/week, 24 weken).

Voor **gezonde personen** stelden Gillison et al. (48) in een meta-analyse vast dat een bewegingsinterventie na 3 tot 6 maanden een verbetering gaf in de levenskwaliteit. Ook een systematische review door Pucci et al. (49) toonde een positieve associatie aan tussen fysieke activiteit en levenskwaliteit. Daarnaast werd in een grote Australische cohorte studie (50) een duidelijk verband vastgesteld tussen de mate van fysieke activiteit (waaronder wandelen) en gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit bij gezonde vrouwen tussen 50 en 80 jaar. Verder stelde men in een grote Britse cohorte studie bij menopauzale vrouwen (51) vast dat de gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit beter was bij regelmatige beweging. Ook in een cross-sectionele studie beschreven Halaweh et al. (52) bij gezonde Palestijnen van gemiddeld 68 jaar een sterke associatie tussen de mate van fysieke activiteit en gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit. In een grote Japanse cohorte studie (53) zag men dat mensen die voldoende bewegen een betere levenskwaliteit hebben, zowel op fysiek als psychisch vlak. Ten slotte toonden Wendel-Vos et al. (60) in een Nederlandse studie aan dat gezonde personen, die matig intensief bewegen, hoger scoren op gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit en een betere perceptie hebben over hun algemene gezondheidstoestand.

Ook bij **depressieve personen** kan beweging een positieve invloed hebben op de levenskwaliteit. In een kosteneffectiviteitanalyse door Gusi et al. (54) bleek dat een langdurig bewegingsprogramma (gedurende 6 maanden) bij depressieve vrouwen met overgewicht een duidelijke verbetering gaf in levenskwaliteit. Ook zagen Singh et al. (55) in een wat oudere RCT bij depressieve patiënten dat een bewegingsinterventie gedurende 10 weken de levenskwaliteit kon verbeteren.

Waarom de meeste patiënten voor zichzelf een betere algemene gezondheidstoestand aangeven aan het einde van het project, is onduidelijk. We zagen dat de meerderheid van de patiënten akkoord of helemaal akkoord ging met de stellingen dat dit project een fitter gevoel geeft en bewustmaakt van de invloed van beweging op gezondheid. Vermoedelijk is het de **toename van de fysieke activiteit** die zorgt voor het verbeteren van de subjectieve algemene gezondheidstoestand. Bij drie patiënten zagen we dat 8 weken na de start van dit activeringsprogramma het gemiddeld aantal stappen per dag met minstens 2000 toegenomen was. Bij vijf personen bleef dit aantal ongeveer gelijk. Dit laatste kan te wijten zijn aan het feit dat we geen meting van het aantal stappen uitvoerden vooraleer het activeringsprogramma begon. De patiënten hebben zich van bij de start ingezet om voldoende stappen te halen waardoor het verschil tussen de start en het einde van het project vermoedelijk kleiner is dan in de realiteit. De meerderheid van de patiënten vond alvast dat dit project motiveerde tot meer beweging, de mening over beweging veranderde, deed nadenken over hoe men dagelijks meer zou kunnen bewegen en ervoor zorgde dat men meer zou gaan bewegen in de toekomst.

6.4. AFBOUW VAN ANTIDEPRESSIVA BINNEN HET MODEL VAN MILLER & ROLLNICK

Wanneer mensen langdurig antidepressiva nemen, dan zijn zij dat gedrag gewoon geworden. Wanneer een arts vraagt om deze medicatie af te bouwen, kunnen we dus begrijpen dat er weerstand ontstaat. De medicatie heeft de patiënt immers uit de depressieve episode gehaald. We vragen een **gedragsverandering** en hiervoor is veel motivatie nodig. Miller & Rollnick beschreven twee voorwaarden bij het motiveren van patiënten tot gedragsverandering. Enerzijds is er kennis nodig over de voordelen van de gedragsverandering en de nadelen van het gedragsbehoud. Anderzijds heeft men voldoende zelfvertrouwen nodig om de stap naar blijvende verandering het hoofd te kunnen bieden (58).

De eerste voorwaarde, met name **voldoende kennis**, hebben wij proberen vervullen door tijdens het eerste gesprek aan te geven hoe de medicamenteuze aanpak van een depressieve episode idealiter verloopt. We vatten kort de richtlijnen samen waarbij we de patiënten spraken over de indicatie voor afbouw. We bespraken ook enkele mogelijke bijwerkingen van antidepressiva. Op die manier zouden de patiënten voor zichzelf de voor- en nadelen op een rijtje kunnen zetten. Omdat wij met dit activeringsprogramma niet de bedoeling hadden om patiënten onder druk te zetten om af te bouwen, hebben wij geprobeerd om deze informatie zeer neutraal en kort weer te geven.

De tweede voorwaarde, namelijk voldoende **zelfvertrouwen**, is moeilijker te vervullen. Toch ging de meerderheid van de patiënten akkoord of helemaal akkoord met de stellingen dat dit project het zelfvertrouwen vergroot en voor meer zelfinzicht zorgt. We vonden een kleine studie terug waarbij een wandelinterventie gedurende 8 weken het zelfvertrouwen van de deelnemers verhoogde (gezonde, premenopauzale vrouwen) (61). In een grotere studie door Opdenacker et al. (62) met 235 gezonde, oudere personen zag men dat een interventie, die leidde tot een meer actieve levensstijl, het zelfvertrouwen verhoogde op korte en lange termijn. Ook in een Cochrane review besloot men dat beweging een positieve invloed heeft op het zelfvertrouwen van kinderen en adolescenten (63). Deze bevindingen komen niet overeen met de studieresultaten van Sjögren et al. (64) die bij 90 sedentaire werknemers geen invloed zagen van fysieke activiteit op het zelfvertrouwen. Deze studie onderzocht de invloed van lichte krachtoefeningen; er was geen sprake van aërobe activiteit.

6.5. GEDACHTEN VAN DE PATIËNTEN OMTRENT DE INVLOED VAN HET ACTIVERINGSPROGRAMMA OP DE AFBOUW VAN ANTIDEPRESSIVA

We vermoeden dat een activeringsprogramma een positieve invloed kan hebben op de bereidheid van patiënten om antidepressiva af te bouwen. Wij vroegen aan de patiënten wat zij dachten over het verband tussen beweging en het continueren of afbouwen van antidepressiva. Zes patiënten hadden het vermoeden dat een activeringsprogramma de kans op afbouw kan verhogen. Zij verklaren dit mogelijke verband onder meer door een betere gemoedstoestand, een fitter gevoel, een betere structuur, andere gedachten, minder stress, meer zelfvertrouwen, meer bewustzijn van de mogelijkheid tot afbouw en de individuele begeleiding door een onderzoeker. Een van de deelnemers zag dit verband enkel met intensieve vormen van beweging.

Drie patiënten twijfelden over het verband tussen een activeringsprogramma en het succesvol afbouwen van antidepressiva. Zij gaven aan dat er meer nodig is dan beweging om zich goed te voelen (o.a. gezonde voeding) en dat bewegen in groep misschien meer effect zou hebben door uitbreiding van het sociale leven. We zouden inderdaad het activeringsprogramma kunnen uitbreiden naar gezonder eten en bewegen in groep, maar voor dit kleine praktijkverbeterend project leek dat praktisch moeilijk haalbaar.

In een Britse, kwalitatieve studie ging men bij patiënten met depressie in de huisartspraktijk na welke ideeën zij hadden over de doeltreffendheid van fysieke activiteit in de behandeling van depressie (65). De doelgroep en de doelstelling waren dus anders dan in ons onderzoek. Toch loont het de moeite om de resultaten te bekijken. Deze patiënten beschouwden fysieke activiteit als een aanvaardbare behandeling die de gemoedstoestand voor vele depressieve patiënten zou kunnen verbeteren. Zij zagen hiervoor de volgende verklaringen: biochemische veranderingen, afleiding van negatieve gedachten en het creëren van structuur in het dagelijkse leven. Daarnaast ervoeren zij meer sociale interactie, een beter slaap-waakritme en een betere gewichtscontrole. Deze bijkomstige voordelen zouden een algemeen beter gevoel geven, waardoor het zelfvertrouwen zou kunnen toenemen. We stelden gelijkaardige gedachten vast bij onze deelnemers. We zien dus dat fysieke activiteit positieve en constructieve gedachten uitlokt waardoor het een ondersteuning kan bieden voor de patiënt tijdens en na een depressieve episode.

Ook in de TREAD trial (25) gebeurde een kwalitatief onderzoek naar de gedachten van patiënten over de doeltreffendheid van fysieke activiteit in de behandeling van depressie. Het ging om depressieve patiënten die gedurende enkele maanden werden gemotiveerd tot meer beweging, waarbij hen de vrije keuze werd gelaten over de invulling daarvan. De doelgroep en de doelstelling waren dus ook hier verschillend van de onze. De meerderheid geloofde in de doeltreffendheid en aanvaardbaarheid van fysieke activiteit als behandeling van depressie. Ze verklaarden het positieve effect door biochemische veranderingen, afleiding van negatieve gedachten, het ontwikkelen van zingeving, het stimuleren van sociale interactie, het regelen van de slaap en het controleren van het lichaamsgewicht. Patiënten geloven dus in de doeltreffendheid van fysieke activiteit bij depressie en zien het als een aanvaardbare behandeling. We kunnen daarom vermoeden dat, ook patiënten die hersteld zijn van een depressie, positief zullen staan tegenover een activeringsprogramma dat aangeboden zou worden als een vorm van secundaire preventie.

6.6. GEDACHTEN VAN DE PATIËNTEN OMTRENT DE BEVORDERENDE EN BELEMMERENDE FACTOREN BIJ DE AFBOUW VAN ANTIDEPRESSIVA

Tijdens het stappenproject zijn we bij twee van de negen deelnemers gestart met de afbouw van antidepressiva omdat zij zelf vragende partij waren. De andere zeven personen voelden zich op dat moment nog onvoldoende klaar om de afbouw te starten. We gingen na welke factoren voor onze deelnemers belangrijk waren binnen de motivatie om antidepressiva verder te nemen of af te bouwen.

De belangrijkste argumenten waarom de patiënten in ons onderzoek antidepressiva zouden afbouwen, waren enerzijds de **mentale geruststelling** dat zij zich goed zouden kunnen voelen zonder medicatie, en anderzijds de mogelijke **bijwerkingen** van deze medicatie. Deze factoren werden ook beschreven door Van Geffen et al. (10) in hun kwalitatieve studie bij 18 patiënten die 3 maanden voordien een voorschrift antidepressiva kregen van de huisarts.

De grootste belemmerende factoren voor de afbouw van antidepressiva bij onze patiënten waren de subjectief ervaren **zekerheid** over een betere gemoedstoestand bij het continueren ervan en de **angst voor herval** bij afbouw. De angst voor herval werd ook in andere studies als belangrijke factor beschouwd (9, 10).

Er is dus enerzijds een zekere angst voor herval en anderzijds het gevoel niet afhankelijk te willen zijn van medicatie voor een stabiele gemoedstoestand. Deze ambivalentie vonden ook Knudsen et al. (56) terug in hun kwalitatief onderzoek bij 12 vrouwen die SSRI's gebruikten.

Als arts zouden wij de patiënten kunnen ondersteunen in het omgaan met deze factoren. Zo zouden wij door een grondige **psycho-educatie** vóór de start van de medicatie en tijdens het verloop van de depressieve episode, kunnen zorgen dat patiënten het gebruik van antidepressiva zien als één van de middelen om zich beter te voelen, naast activering, structurering, psychotherapie, enz. Zo zouden zij de verbetering van de gemoedstoestand niet louter toeschrijven aan de medicatie. Het geneesmiddel zou minder als 'redmiddel' beschouwd worden. We zouden tijdens de psycho-educatie ook duidelijker kunnen vermelden dat het de bedoeling is om 6 maanden na herstel af te bouwen. Daarbij zouden we de angst voor herval kunnen verminderen door aan te geven dat dit bij de meeste patiënten lukt en dat we hierbij kunnen begeleiden.

Louter **informeren** kan ook zinvol zijn bij patiënten met een duidelijke indicatie voor afbouw die daar nog niet mee zij gestart. Het normale gebruik van antidepressiva bij een eerste depressieve episode kan opnieuw worden uitgelegd en onzekerheden kunnen worden **geëxploreerd**. Op die manier kan de arts mogelijkheden zien om de patiënt beter te begeleiden. Dit zou kunnen gaan om een meer geleidelijke afbouw of **ondersteuning** door middel van niet-medicamenteuze maatregelen (psychotherapie, activering, enz.).

6.7. GEDACHTEN VAN DE PATIËNTEN OMTRENT DE BEVORDERENDE EN BELEMMERENDE FACTOREN BIJ HET MOTIVEREN TOT BEWEGING

We bespraken hierboven reeds de mogelijkheid om fysieke activiteit te gebruiken bij de preventie van depressieve klachten. Artsen worden verondersteld om alle patiënten te motiveren tot voldoende beweging. Dat geldt dus ook voor mensen met een voorgeschiedenis van een depressieve episode. In deze laatste groep is het nog belangrijker dan in de algemene bevolking gezien activering een bewezen preventieve en therapeutische doeltreffendheid heeft ten aanzien van depressie. Depressieve patiënten zouden bovendien sowieso minder bewegen dan niet-depressieve personen (66).

Motiveren tot bewegen is echter geen eenvoudige taak voor de huisarts. Wij gingen in onze studiepopulatie na welke onderliggende gedachten de deelnemers hadden in verband met

fysieke activiteit, of meer specifiek in verband met wandelen. De belangrijkste argumenten om te bewegen bleken de positieve invloed op de fysieke, maar vooral **mentale gezondheid**, het vlotter onder controle houden van het lichaamsgewicht en het beleven van plezier. Bevorderende factoren om te bewegen in ons project waren vooral de **stappenteller, de sociale controle en de keuzevrijheid** over de vorm van beweging. Onze deelnemers waren overtuigd van de positieve effecten van beweging voor de algemene gezondheid. Toch slaagden slechts 3 patiënten erin om uiteindelijk meer dan 10.000 stappen per dag te halen. Belemmerende factoren om voldoende te bewegen waren lichamelijke klachten door overbelasting, tijdstekort en slechte weersomstandigheden.

Uit de gesprekken bij onze deelnemers konden wij afleiden dat we als huisarts een belangrijke rol kunnen spelen bij het motiveren tot fysieke activiteit. Mogelijkheden zijn: exploreren over mogelijke voor- en nadelen van beweging voor de patiënt, informeren over het positief effect van eenvoudige vormen van beweging (bv. wandelen), doen nadenken over een efficiënt tijdsverbruik, aanbieden van een stappenteller, vrije keuze laten over de vorm van beweging en informeren over preventie van lichamelijke letsels.

6.8. BEPERKINGEN EN STERKTES VAN DIT ONDERZOEK

Een belangrijk nadeel van dit onderzoek is het lage aantal deelnemers. Dit betekent dat we de resultaten niet kunnen veralgemenen. Bovendien is het mogelijk dat de samenstelling van onze groep geen representatieve weergave is van de totale doelgroep in de huisartspraktijk. Er werden veel meer mensen uitgenodigd dan er effectief deelnamen aan het project. Patiënten die niet reageerden, waren vermoedelijk minder gemotiveerd om te bewegen of minder geïnteresseerd in de invloed van beweging op de gemoedstoestand en op het gebruik van medicatie. Dat betekent dat onze resultaten vertekend zijn ten opzichte van de totale doelgroep. We spreken van ***selection bias***.

Het verzamelen van de kwantitatieve en kwalitatieve data gebeurde tijdens een gesprek tussen de onderzoeker en de patiënt. De onderzoeker had rechtstreeks inzage in het antwoord van de patiënt. De onderzoeker was hier ook arts in de praktijk waar de deelnemers gerekruteerd werden, waardoor sommige patiënten de antwoorden misschien anders hebben genoteerd dan ze anoniem hadden gedaan. Er werd gevraagd om te allen tijde eerlijk te antwoorden, omdat dit belangrijk was voor het onderzoek. Toch kunnen we een bepaalde mate van ***response bias*** niet uitsluiten, zowel met betrekking tot de primaire uitkomst als de secundaire uitkomsten. De patiënten waren op de hoogte van de bedoeling van het onderzoek en kunnen dus hun antwoord aangepast hebben. Zo zouden ze een evolutie in de bereidheid tot afbouw geveinsd kunnen hebben. Er werd echter nooit inzage gegeven in de vorige antwoorden die dateerden van minimum 4 weken voordien.

De sterkste studies zijn degene die met een **controlegroep** werken. In ons project zouden we in de ideale situatie inderdaad een groep personen gehad hebben die niet aan het activeringsprogramma deelnam en waar we de bereidheid tot afbouw van antidepressiva, de stemming en de subjectieve algemene gezondheidstoestand konden meten op tijdstip 0, na 4 weken en na 8 weken. Op die manier zouden we het verschil kunnen maken tussen

veranderingen die spontaan optreden en veranderingen die het gevolg zijn van het activeringsprogramma. Het was voor dit praktijkproject echter moeilijk om voldoende deelnemers te vinden. Bovendien zou men in de ideale situatie een controlegroep hebben met gelijkaardige demografische kenmerken. Dat is quasi onmogelijk. Daarom hebben wij gekozen om elke deelnemer te laten deelnemen en dit project op te stellen als een observationeel onderzoek.

Een andere beperking van dit project is de **korte duur** (8 weken). Dit werd ook door enkele patiënten opgemerkt. We streefden naar een toename van motivatie en we weten uit soortgelijke situaties (rookstop, afbouw van benzodiazepines, enz.) dat dit veel tijd vergt. Er was een inspanning nodig van de patiënt om zichzelf te activeren en dat is niet bij iedereen gelukt in deze korte periode. Toch bleken 6 patiënten meer bereid tot afbouw van medicatie.

Door het werken met een kleine onderzoeksgroep en omdat het doel van de interventie activering was, hebben wij **alle vormen van beweging** toegelaten en omgerekend naar een aantal stappen. Dit betekent dat we geen besluiten kunnen trekken in verband met de invloed van een bepaalde vorm van beweging. Dit is ook de vaak gelezen opmerking in reviews die het mogelijke preventieve of therapeutische effect van beweging ten opzichte van depressie beschouwen: er is te veel verschil in type beweging om conclusies te kunnen trekken. Er zijn auteurs die beweren dat slechts intensieve vormen van beweging (67) of beweging tijdens de vrije tijd (37) een invloed hebben op de gemoedstoestand.

In dit onderzoek werden de patiënten gemotiveerd tot meer beweging, maar er vond **geen begeleide vorm** van beweging plaats. Ook werd men niet gestimuleerd om in groep te gaan bewegen. Het is mogelijk dat het effect daardoor minder uitgesproken was. Het voordeel is dat we weten dat onze positieve resultaten niet te wijten zijn aan sociale interactie. Sommige patiënten voelen zich meer gemotiveerd in een groep, maar we weten dat dit geen voorwaarde is om een effect te zien op de bereidheid tot afbouw.

Danielsson et al (68) toonden recent in hun RCT aan dat gestructureerd en begeleid bewegen duidelijk meer invloed heeft op depressieve symptomen dan het louter geven van beweegadvies. Het kan dus belangrijk zijn om in dergelijke projecten een vorm van **supervisie** in te schakelen. In ons onderzoek had een arts dit op zich kunnen nemen. In grotere onderzoeken zou het echter aangewezen zijn om een gespecialiseerde begeleider in te schakelen. Dit zorgt dan wel voor een hogere kostprijs van de interventie. Er gebeurde reeds onderzoek naar de kosteneffectiviteit van dergelijke begeleide vormen van beweging bij de behandeling van depressie. In 2008 werd in het Verenigd Koninkrijk een kosteneffectiviteitanalyse verricht waarbij meer dan honderd vrouwen boven de 60 jaar, met depressie of overgewicht, gedurende 6 maanden professioneel begeleid werden bij een wandelprogramma. Men zag een hoge participatie (86 procent) en kon de kosteneffectiviteit van een dergelijke interventie ondersteunen met een gemiddelde kostprijs van 311 euro per extra QALY t.o.v. de eerstelijnszorg die gewoonlijk werd gegeven (54). Dit komt niet overeen met de bevindingen van Chalder et al. (25). Zij concludeerden dat het motiveren tot beweging (door middel van 13 contacten) niet kosteneffectief is voor de behandeling van depressieve personen (20834 Britse pond per QALY of 27205 euro per QALY).

Het grote voordeel aan dit project is de **lage drempel voor deelname**. Men hoefde zich slechts driemaal naar de lokale huisartspraktijk te verplaatsen en werd er individueel begeleid door een vertrouwenspersoon. De interventie draaide om het bewustmaken van de indicatie voor afbouw en het verhogen van de fysieke activiteit, zonder de patiënten te verplichten om de medicatie aan te passen. Voor de patiënt was deelname gratis en zou de kost in gelijkaardige projecten maximum kunnen oplopen tot het betalen van het remgeld voor de consultaties aan de huisarts. De kostprijs voor het ondersteunend materiaal (stappentellers, vragenlijsten, dagboek) bleef ook zeer beperkt. Er werd hiervoor geen vergoeding gevraagd aan de patiënten. We kozen specifiek voor het promoten van wandelen omwille van de eenvoud, de lage kostprijs en het beperkte risico op lichamelijke letsels.

Een bijkomende sterkte aan dit project is dat het volledig aansluit bij de **algemene preventieve taak** van de huisarts. De patiënten werden geactiveerd door het streven naar de norm voor voldoende dagelijkse beweging, namelijk 10.000 stappen per dag. Dit is een preventieve maatregel die we aan elke patiënt zouden moeten aanbevelen. Huisartsen kunnen een grote rol spelen in het motiveren tot beweging, gezien wereldwijd 23 % van de volwassenen onvoldoende fysiek actief is (cfr. WHO 2010, 150 min./week matige intensiteit, of 75 min./week hoge intensiteit) (69). In Vlaanderen bleek in 2009 slechts 49 % van de mannen en 29 % van de vrouwen voldoende fysiek actief (10.000 stappen/dag of 30 min./dag matige intensiteit of 3 x 20 min./week intens bewegen) (70). Met het stimuleren tot meer beweging zorgen we voor veel bijkomende voordelen. Zo beschreven Tschentscher et al. (71) in een systematische review de positieve effecten van regelmatig wandelen (Nordic walking) op de bloeddruk, de hartfrequentie, de inspanningscapaciteit en de levenskwaliteit.

Een andere sterkte van dit onderzoek is het verzamelen van **kwalitatieve data**. We gingen na wat de argumenten waren voor onze patiënten om antidepressiva te continueren of af te bouwen, en om meer of minder te bewegen. We vroegen hen ook naar gedachten over het idee achter dit onderzoek. Op die manier konden wij enkele hypothesen vormen over de mogelijke oorzaken van het langdurig gebruik van antidepressiva en over de mogelijke oplossingen, wat van belang is voor onze aanpak in de toekomst. We vroegen de patiënten ten slotte ook nog naar de sterktes en zwaktes van dit onderzoek, waardoor we dit activeringsprogramma in toekomstige projecten kunnen optimaliseren. Zo werden enkele wijzigingen aan het dagboek en aan de instructies voorgesteld.

6.9. IMPLICATIES VOOR VERDER ONDERZOEK

Structureren, activeren en motiveren tot beweging zijn algemene adviezen die in meerdere richtlijnen omtrent de aanpak van depressie worden gegeven (5, 7, 13). Er werd nog nooit onderzocht of een concreet activeringsprogramma met motiverende gesprekken, een stappenteller en een dagboek een invloed heeft op de bereidheid van patiënten om antidepressiva af te bouwen, eens ze zich in de fase van remissie bevinden. Uit ons onderzoek bleek dat twee derde van de patiënten reeds na 8 weken meer bereid was om de medicatie af te bouwen. Men zou in een meer grootschalig onderzoek kunnen nagaan of een soortgelijk activeringsprogramma er inderdaad voor kan zorgen dat antidepressiva vlotter afgebouwd kunnen worden. Eventueel zou de kost van dergelijke interventies vergeleken kunnen worden

met de winst die men maakt door het korter gebruik van antidepressiva (kosteneffectiviteitsanalyse). In Nederland kostte depressie in 2011 1,6 miljard euro, waarvan 6 % (96.000 euro) gebruikt werd voor geneesmiddelen (72).

Bij onze interventie verliep de fysieke activiteit niet **gestructureerd of begeleid**. De patiënten hadden ook vrije keuze over de vorm van beweging, hoewel wandelen aanbevolen werd (laagdrempelig). Er zou verder onderzoek kunnen gebeuren naar de nood aan structuur of begeleiding bij deze programma's, naar de doeltreffendheid van verschillende vormen van beweging en naar het belang van vrije keuze. Ook zou vergelijkend onderzoek kunnen gebeuren om vast te stellen welk element binnen dit activeringsprogramma een doorslaggevende rol speelt of welke elementen men nodig heeft om de interventie te doen slagen.

We weten dat er een groep van patiënten bestaat die langdurig antidepressiva gebruiken zonder goede indicatie (8). Wij vroegen naar de **meningen van de patiënten** over het gebruik en de afbouw van antidepressiva en stelden vast dat er een belangrijke angst voor herval bestaat. Daarnaast vermoeden we ook dat er onvoldoende kennis is over het normale gebruik en over de bijwerkingen van antidepressiva. Dit was een kleine studie met 9 deelnemers. Grotere studies zouden in de toekomst moeten nagaan of deze factoren ook bij andere patiënten aanwezig zijn. Als dat het geval blijkt, is het belangrijk hier als arts rekening mee te houden en meer in te zetten op onze informerende en ondersteunende taak.

We hebben het activeringsprogramma hier toegepast bij patiënten die zich in de fase van remissie bevonden. We zouden dit programma al kunnen toepassen van **bij de diagnose**. Er is geen reden om dit niet te doen en er zijn duidelijke aanwijzingen dat activering en beweging een positieve effect kunnen hebben op depressieve symptomen. Men zou dus, in een volgend project, het effect van een gelijkaardig activeringsprogramma kunnen onderzoeken bij patiënten waarbij men een depressieve episode recent heeft gediagnosticeerd en waarbij er nog geen sprake is van remissie.

Wij hebben de begeleiding aangepakt op een persoonlijke manier. Meer en meer ontstaan er initiatieven waarbij patiënten via elektronische weg ondersteunende informatie en feedback krijgen. Men zou in de toekomst kunnen onderzoeken of dit activeringsprogramma **in een elektronische vorm** werkbaar en doeltreffend is. Zo zou men een interactieve website of smartphone applicatie kunnen maken die de begeleiding van de patiënt grotendeels overneemt.

7. IMPLICATIES VOOR DE PRAKTIJK

In dit project onderzochten we de invloed van een zogenaamde complexe interventie, die eigenlijk zeer eenvoudig is en die weinig verschilt van de routine aanpak in een huisartspraktijk. De context van het project is de opvolging van patiënten die zich na een eerste depressieve episode in de fase van remissie bevinden. Het activeringsprogramma impliceerde 3 gesprekken met de onderzoeker, gecombineerd met het gebruik van een stappenteller en een dagboek. Tijdens de gesprekken informeerden we over het normale gebruik van antidepressiva en het positieve effect van beweging op de gemoedstoestand. Daarnaast motiveerden we de patiënten tot het streven naar een hoger aantal stappen per dag. De adviezen sloten aan bij de algemene richtlijnen omtrent een gezonde levensstijl. Het is een laagdrempelige interventie met een heel klein risico op nadelige gevolgen. Daarom is dit een interventie die **perfect binnen de dagelijkse zorg** kan plaatsvinden. Het gaat over een aanpak die we als huisarts goed onder de knie hebben, maar die we nog intensiever kunnen gebruiken en ondersteunen in de bovenvermelde indicatie. Gezien dit programma bij de meerderheid van de deelnemers een invloed had op de bereidheid om antidepressiva af te bouwen, zou dit op lange termijn een grote besparing in de kosten voor de gezondheidszorg kunnen betekenen. Bovendien is niemand gebaat met onnodig langdurig gebruik van medicatie gezien de mogelijkheid op bijwerkingen.

Het belang van beweging voor **alle aspecten van de gezondheid** is onbetwistbaar. Er bestaan duizenden studies over de positieve invloed van beweging op onder meer de cognitieve functie, hart- en vaatziekten, longziekten, diabetes, obesitas, kanker, reumatologische aandoeningen, artrose, psychiatrische aandoeningen, enzovoort. We weten dat we vele gezondheidsproblemen kunnen voorkomen en/of genezen door middel van voldoende beweging. Hoewel zowat elke mens zich van de bovenstaande evidentie bewust is, blijkt het vaak moeilijk om de normen voor voldoende beweging te behalen. We hebben in de eerste lijn dus een onnoemelijk **grote rol in het motiveren** van patiënten. Uit dit project leerden we dat persoonlijke feedback, door middel van een stappenteller of een gesprek, een zeer stimulerende werking heeft. We zouden als huisarts bijvoorbeeld stappentellers kunnen uitlenen aan onze patiënten, zoals velen dat nu al met bloeddrukmeters doen. Daarnaast zouden we ons bij deze motiverende taak kunnen laten bijstaan door een bewegingsdeskundige (bv. master in de kinesitherapie of lichamelijke opvoeding), die samen met de patiënt zoekt naar de gewenste vorm van beweging en helpt bij het halen van de doelstellingen. Voor sommige patiënten kan de feedback vanuit een groep de drempel tot bewegen verlagen (*peer pressure*). Voor deze patiënten zou het zinvol zijn om vanuit de praktijk een groepsgebeuren te organiseren. Gezien we in een huisartspraktijk te maken hebben met diverse aandoeningen, zouden we de patiënten kunnen bijeenbrengen naargelang de doelstelling in plaats van het probleem. Dit laatste is een taak die we als huisarts kunnen uitbesteden aan een bewegingscoach. Een alternatieve, of aanvullende strategie, is het benoemen van een ‘geslaagde’ patiënt als ervaringsdeskundige die de groep kan leiden.

Beweging heeft zoveel te bieden in de gezondheidszorg, maar wordt **financieel** nog onvoldoende beloond vanuit de overheid. In het zorgtraject diabetes is er bijvoorbeeld

terugbetaling voorzien voor onder meer diabeteseducatie, dieetadvies, podologie verstrekkingen, maar niet voor bewegingsadvies. Begeleid bewegen zou voorzien moeten worden binnen de aanpak van allerlei chronische aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, depressie, diabetes, enz. In de tweede lijn bestaan intussen heel wat revalidatieprogramma's voor chronische patiënten. In eerste lijn zou het mogelijk moeten zijn om een bewegings-voorschrift te maken voor bijvoorbeeld een depressieve patiënt. De specifieke begeleiding zou dan door een master in de kinesitherapie of lichamelijke opvoeding gegeven kunnen worden.

We leerden uit dit project dat angst voor herval een grote reden is voor het langdurig continueren van antidepressiva. Het is belangrijk om ons als huisarts bewust te zijn van deze angst zodat we erop kunnen anticiperen. Een van de mogelijkheden is dat we de plaats van **antidepressiva** binnen de behandeling van depressie meer **nuanceren**, en dat we nadrukkelijk aandacht geven aan het belang van **niet-medicamenteuze interventies** (activering, structurering, psychotherapie,…) voor het welzijn op lange termijn.

8. BESLUIT

We voerden een onderzoek uit naar de mogelijke invloed van een activeringsprogramma op de bereidheid van patiënten om antidepressiva af te bouwen, wanneer zij sinds meer dan 6 maanden hersteld zijn van een eerste depressieve episode. We vonden een positieve invloed bij twee derde van de deelnemers in deze kleine groep. We stelden bovendien een positieve evolutie vast van de stemming en van de subjectieve algemene gezondheidstoestand. Dit activeringsprogramma kan dus het draagvlak voor afbouw van antidepressiva vergroten. We leerden bovendien welke factoren belangrijk zijn voor het continueren van antidepressiva in deze doelgroep zodat we hier in de toekomst rekening mee kunnen houden.

Op welke manier dit activeringsprogramma een positieve invloed veroorzaakt, is niet duidelijk. We leerden dat volgende factoren belangrijk zijn: de persoonlijke begeleiding en de motiverende gesprekken, de dagelijkse feedback van de stappenteller, het verbeteren van de stemming en het gevoel over de eigen gezondheid, de toename van het zelfvertrouwen en het stimuleren tot zelfreflectie en structurering met behulp van het dagboek. De meeste patiënten beschouwen de invloed van beweging op de gemoedstoestand als de belangrijkste verklaring voor het verband tussen het activeringsprogramma en de bereidheid tot afbouw. Gezien het bewezen preventieve effect van beweging op depressie, lijkt het inderdaad logisch dat beweging kan leiden tot het minder vasthouden aan antidepressiva.

Dit activeringsprogramma vroeg een beperkte inzet van de onderzoeker, maar een grote inzet van de patiënt. Het sloot perfect aan bij de levensstijladviezen die we aan alle patiënten geven. Alleen gaven we hier ook nog twee motiverende *tools* mee, namelijk de stappenteller en het dagboek, en voorzagen we in bijkomende psycho-educatie: we informeerden over het normale gebruik van antidepressiva, de invloed van beweging op de gemoedstoestand en de indicatie tot afbouw van antidepressiva. We stelden vast dat deze eenvoudige interventie voor een aantal patiënten een meerwaarde kan bieden en zouden het dus aan andere huisartsen kunnen aanraden.

In feite kunnen we stellen dat een antidepressivum in onze doelgroep als middel voor secundaire preventie gebruikt wordt en dat dit meer gestuurd wordt door de patiënt dan door de arts. Men komt in aanmerking voor afbouw, maar heeft angst voor herval door onvoldoende zelfvertrouwen. Gezien beweging depressie kan voorkomen bij gezonde personen en een vorm van therapie kan zijn bij depressieve patiënten, vermoeden we dat beweging ook een belangrijke rol kan spelen in de secundaire preventie van depressie. Op die manier zouden we patiënten een alternatieve aanpak kunnen bieden voor langdurig gebruik van medicatie. Deze aanpak zou gezonder en goedkoper zijn. Voldoende lichaamsbeweging vraagt echter inzet en doorzettingsvermogen, en het zal altijd gemakkelijker blijven om gewoon een pilletje te slikken.

9. REFERENTIES

1. WHO. Depression, 2015. Available from: www.who.int/topics/depression/en/.

2. Boffin N, Declercq T, Van Casteren V. Patiënten met een nieuwe episode van depressie in de huisartsenpraktijk in het Vlaams Gewest: gegevens van het Belgische netwerk van Huisartsenpeilpraktijken in 2008, 2012. Available from: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Ziekten/Depressies-enzelfdoding/depressie_huisartspraktijk_2012.pdf.

3. Department of general practice KUL. Intego-project. 2011; Available from: http://www.intego.be/nl/welkom.

4. SFK. Gebruik antidepressiva stijgt sterk. 2004; Available from: http://www.depressie.org/medicatie/gebruik%20antidep.htm.

5. NHG. Standaard: Depressie2012. Available from: https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/depressie.

6. NHS. Depression in adults: the treatment and management of depression in adults2009. Available from: http://www.nice.org.uk/guidance/cg90/resources/guidance-depression-in-adults-pdf.

7. Heyrman J, Declercq T, Rogiers R, Pas L, Michels J, Goetinck M, et al. Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts. Huisarts Nu. 2008;37:284-317.

8. Ambresin G, Palmer V, Densley K, Dowrick C, Gilchrist G, Gunn JM. What factors influence long-term antidepressant use in primary care? Findings from the Australian diamond cohort study. Journal of affective disorders. 2015;176:125-32. Epub 2015/02/24.

9. Leydon GM, Rodgers L, Kendrick T. A qualitative study of patient views on discontinuing long-term selective serotonin reuptake inhibitors. Family practice. 2007;24(6):570-5. Epub 2007/11/23.

10. van Geffen EC, Hermsen JH, Heerdink ER, Egberts AC, Verbeek-Heida PM, van Hulten R. The decision to continue or discontinue treatment: experiences and beliefs of users of selective serotonin-reuptake inhibitors in the initial months--a qualitative study. Research in social & administrative pharmacy : RSAP. 2011;7(2):134-50. Epub 2011/01/29.

11. Hengeveld M, van Balkom A. Leerboek Psychiatrie: De Tijdstroom; 2009.

12. Rosenbaum JF, Zajecka J. Clinical management of antidepressant discontinuation. The Journal of clinical psychiatry. 1997;58 Suppl 7:37-40. Epub 1997/01/01.

13. SIGN. Non-pharmaceutical management of depression in adults2010. Available from: http://www.sign.ac.uk/pdf/sign114.pdf.

14. Stanton R, Reaburn P. Exercise and the treatment of depression: a review of the exercise program variables. Journal of science and medicine in sport / Sports Medicine Australia. 2014;17(2):177-82. Epub 2013/04/23.

15. Rethorst CD, Trivedi MH. Evidence-based recommendations for the prescription of exercise for major depressive disorder. Journal of psychiatric practice. 2013;19(3):204-12. Epub 2013/05/09.

16. Cleare A, Pariante CM, Young AH, Anderson IM, Christmas D, Cowen PJ, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. J Psychopharmacol. 2015;29(5):459-525. Epub 2015/05/15.

17. Josefsson T, Lindwall M, Archer T. Physical exercise intervention in depressive disorders: meta-analysis and systematic review. Scandinavian journal of medicine & science in sports. 2014;24(2):259-72. Epub 2013/02/01.

18. Rethorst CD, Wipfli BM, Landers DM. The antidepressive effects of exercise: a meta-analysis of randomized trials. Sports Med. 2009;39(6):491-511. Epub 2009/05/21.

19. Krogh J, Nordentoft M, Sterne JA, Lawlor DA. The effect of exercise in clinically depressed adults: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. The Journal of clinical psychiatry. 2011;72(4):529-38. Epub 2010/11/03.

20. Robertson R, Robertson A, Jepson R, Maxwell M. Walking for depression or depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. Mental Health and Physical Activity. 2012;5:66-75.

21. Mugunthan K, McGuire T, Glasziou P. Minimal interventions to decrease long-term use of benzodiazepines in primary care: a systematic review and meta-analysis. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 2011;61(590):e573-8. Epub 2011/12/14.

22. Cooney GM, Dwan K, Greig CA, Lawlor DA, Rimer J, Waugh FR, et al. Exercise for depression. The Cochrane database of systematic reviews. 2013;9:CD004366. Epub 2013/09/13.

23. Prochaska JO, DiClemente CC. 1982. Psychotherapy: Theory, Research & Practice. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change.;19(3):276-88.

24. Suija K, Pechter U, Kalda R, Tahepold H, Maaroos J, Maaroos HI. Physical activity of depressed patients and their motivation to exercise: Nordic Walking in family practice. International journal of rehabilitation research Internationale Zeitschrift fur Rehabilitationsforschung Revue internationale de recherches de readaptation. 2009;32(2):132-8. Epub 2008/12/10.

25. Chalder M, Wiles NJ, Campbell J, Hollinghurst SP, Searle A, Haase AM, et al. A pragmatic randomised controlled trial to evaluate the cost-effectiveness of a physical activity intervention as a treatment for depression: the treating depression with physical activity (TREAD) trial. Health Technol Assess. 2012;16(10):1-164, iii-iv. Epub 2012/03/09.

26. Voshaar RC, Couvee JE, van Balkom AJ, Mulder PG, Zitman FG. Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use: meta-analysis. The British journal of psychiatry : the journal of mental science. 2006;189:213-20. Epub 2006/09/02.

27. Darker CD, Sweeney BP, Barry JM, Farrell MF, Donnelly-Swift E. Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence. The Cochrane database of systematic reviews. 2015;5:CD009652. Epub 2015/06/27.

28. NHG. Slaapproblemen en slaapmiddelen2014. Available from: https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-slaapproblemen-en-slaapmiddelen#idp27347840.

29. Declercq T, Rogiers R, Habraken H, Michels J, De Meyere M, Mariman A. Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn2005. Available from: http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/slapeloosheid-horizontaalmenu-392.html.

30. Yang PY, Ho KH, Chen HC, Chien MY. Exercise training improves sleep quality in middle-aged and older adults with sleep problems: a systematic review. Journal of physiotherapy. 2012;58(3):157-63. Epub 2012/08/14.

31. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. The Cochrane database of systematic reviews. 2013;5:CD000165. Epub 2013/06/04.

32. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. The Cochrane database of systematic reviews. 2015;3:CD006936. Epub 2015/03/03.

33. Bernard P, Ninot G, Guillaume S, Fond G, Courtet P, Christine Picot M, et al. Physical activity as a protective factor in relapse following smoking cessation in participants with a depressive disorder. The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions. 2012;21(4):348-55. Epub 2012/06/14.

34. Ussher MH, Taylor AH, Faulkner GE. Exercise interventions for smoking cessation. The Cochrane database of systematic reviews. 2014;8:CD002295. Epub 2014/08/30.

35. Ussher MH, Taylor AH, West R, McEwen A. Does exercise aid smoking cessation? A systematic review. Addiction. 2000;95(2):199-208. Epub 2000/03/21.

36. Mammen G, Faulkner G. Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. American journal of preventive medicine. 2013;45(5):649-57. Epub 2013/10/22.

37. Teychenne M, Ball K, Salmon J. Physical activity and likelihood of depression in adults: a review. Preventive medicine. 2008;46(5):397-411. Epub 2008/02/22.

38. Paluska SA, Schwenk TL. Physical activity and mental health: current concepts. Sports Med. 2000;29(3):167-80. Epub 2000/03/30.

39. Hanson S, Jones A. Is there evidence that walking groups have health benefits? A systematic review and meta-analysis. British journal of sports medicine. 2015;49(11):710-5. Epub 2015/01/21.

40. Galper DI, Trivedi MH, Barlow CE, Dunn AL, Kampert JB. Inverse association between physical inactivity and mental health in men and women. Medicine and science in sports and exercise. 2006;38(1):173-8. Epub 2006/01/06.

41. Strawbridge WJ, Deleger S, Roberts RE, Kaplan GA. Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. American journal of epidemiology. 2002;156(4):328-34. Epub 2002/08/16.

42. Ten Have M, de Graaf R, Monshouwer K. Physical exercise in adults and mental health status findings from the Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS). J Psychosom Res. 2011;71(5):342-8. Epub 2011/10/18.

43. Barcelos-Ferreira R, Nakano EY, Steffens DC, Bottino CM. Quality of life and physical activity associated to lower prevalence of depression in community-dwelling elderly subjects from Sao Paulo. Journal of affective disorders. 2013;150(2):616-22. Epub 2013/03/19.

44. Baker G, Gray SR, Wright A, Fitzsimons C, Nimmo M, Lowry R, et al. The effect of a pedometer-based community walking intervention "Walking for Wellbeing in the West" on physical activity levels and health outcomes: a 12-week randomized controlled trial. The international journal of behavioral nutrition and physical activity. 2008;5:44. Epub 2008/09/09.

45. Lawlor DA, Hopker SW. The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2001;322(7289):763-7. Epub 2001/04/03.

46. Silveira H, Moraes H, Oliveira N, Coutinho ES, Laks J, Deslandes A. Physical exercise and clinically depressed patients: a systematic review and meta-analysis. Neuropsychobiology. 2013;67(2):61-8. Epub 2013/01/09.

47. Stammes R, Spijker J. [Physical training to treat depression]. Tijdschrift voor psychiatrie. 2009;51(11):821-30. Epub 2009/11/12. Fysieke training bij depressie; een overzicht.

48. Gillison FB, Skevington SM, Sato A, Standage M, Evangelidou S. The effects of exercise interventions on quality of life in clinical and healthy populations; a meta-analysis. Soc Sci Med. 2009;68(9):1700-10. Epub 2009/03/20.

49. Pucci GC, Rech CR, Fermino RC, Reis RS. Association between physical activity and quality of life in adults. Revista de saude publica. 2012;46(1):166-79. Epub 2012/01/18.

50. Heesch KC, van Uffelen JG, van Gellecum YR, Brown WJ. Dose-response relationships between physical activity, walking and health-related quality of life in mid-age and older women. Journal of epidemiology and community health. 2012;66(8):670-7. Epub 2012/05/01.

51. Daley A, Macarthur C, Stokes-Lampard H, McManus R, Wilson S, Mutrie N. Exercise participation, body mass index, and health-related quality of life in women of menopausal age. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 2007;57(535):130-5. Epub 2007/02/03.

52. Halaweh H, Willen C, Grimby-Ekman A, Svantesson U. Physical Activity and Health-Related Quality of Life Among Community Dwelling Elderly. Journal of clinical medicine research. 2015;7(11):845-52. Epub 2015/10/23.

53. Shibata A, Oka K, Nakamura Y, Muraoka I. Recommended level of physical activity and health-related quality of life among Japanese adults. Health and quality of life outcomes. 2007;5:64. Epub 2007/11/29.

54. Gusi N, Reyes MC, Gonzalez-Guerrero JL, Herrera E, Garcia JM. Cost-utility of a walking programme for moderately depressed, obese, or overweight elderly women in primary care: a randomised controlled trial. BMC public health. 2008;8:231. Epub 2008/07/10.

55. Singh NA, Clements KM, Fiatarone MA. A randomized controlled trial of progressive resistance training in depressed elders. The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences. 1997;52(1):M27-35. Epub 1997/01/01.

56. Knudsen P, Hansen EH, Traulsen JM, Eskildsen K. Changes in self-concept while using SSRI antidepressants. Qualitative health research. 2002;12(7):932-44. Epub 2002/09/07.

57. Pratt LA, Brody DJ, Gu Q. Antidepressant use in persons aged 12 and over: United States, 2005-2008. NCHS data brief. 2011(76):1-8. Epub 2012/05/24.

58. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: The Guilford Press; 2002.

59. Donaghy M, Taylor AH. Should practitioners promote physical activity as a treatment for depression? The journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh. 2010;40(2):132-5. Epub 2010/12/03.

60. Wendel-Vos GC, Schuit AJ, Tijhuis MA, Kromhout D. Leisure time physical activity and health-related quality of life: cross-sectional and longitudinal associations. Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation. 2004;13(3):667-77. Epub 2004/05/08.

61. Palmer LK. Effects of a walking program on attributional style, depression, and self-esteem in women. Perceptual and motor skills. 1995;81(3 Pt 1):891-8. Epub 1995/12/01.

62. Opdenacker J, Delecluse C, Boen F. The longitudinal effects of a lifestyle physical activity intervention and a structured exercise intervention on physical self-perceptions and self-esteem in older adults. Journal of sport & exercise psychology. 2009;31(6):743-60. Epub 2010/04/14.

63. Ekeland E, Heian F, Hagen KB, Abbott J, Nordheim L. Exercise to improve self-esteem in children and young people. The Cochrane database of systematic reviews. 2004(1):CD003683. Epub 2004/02/20.

64. Sjogren T, Nissinen KJ, Jarvenpaa SK, Ojanen MT, Vanharanta H, Malkia EA. Effects of a physical exercise intervention on subjective physical well-being, psychosocial functioning and general well-being among office workers: a cluster randomized-controlled cross-over design. Scandinavian journal of medicine & science in sports. 2006;16(6):381-90. Epub 2006/11/24.

65. Searle A, Calnan M, Lewis G, Campbell J, Taylor A, Turner K. Patients' views of physical activity as treatment for depression: a qualitative study. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 2011;61(585):149-56. Epub 2011/03/29.

66. Martinsen EW. Benefits of exercise for the treatment of depression. Sports Med. 1990;9(6):380-9. Epub 1990/06/01.

67. Dunn AL, Trivedi MH, Kampert JB, Clark CG, Chambliss HO. Exercise treatment for depression: efficacy and dose response. American journal of preventive medicine. 2005;28(1):1-8. Epub 2005/01/01.

68. Danielsson L, Papoulias I, Petersson EL, Carlsson J, Waern M. Exercise or basic body awareness therapy as add-on treatment for major depression: a controlled study. Journal of affective disorders. 2014;168:98-106. Epub 2014/07/22.

69. WHO. Physical activity. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/.

70. IVA. Gezondheidsdoelstelling voeding en beweging, 2010, Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Available from: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/Gezondheidsdoelstelling-voeding-en-beweging/#sub1.

71. Tschentscher M, Niederseer D, Niebauer J. Health benefits of Nordic walking: a systematic review. American journal of preventive medicine. 2013;44(1):76-84. Epub 2012/12/21.

72. Stemmingsstoornissen. 2015; Available from: https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/stemmingsstoornissen.

10. BIJLAGEN

10.1. STUDIEPROTOCOL

Protocol voor het praktijkverbeterend project met als titel:

Wat is de invloed van een concreet activeringsprogramma met stappenteller en thuisopdracht op de bereidheid om antidepressiva af te bouwen bij patiënten die hersteld zijn van een lege artis medicamenteus behandelde eerste depressieve episode?

I. Samenvatting van het project

Achtergrond

Wereldwijd lijden minstens 350 miljoen mensen aan **depressie** (1). In Vlaanderen neemt drie kwart van de patiënten met een nieuwe depressieve episode antidepressiva (2). Het aantal voorschriften voor antidepressiva stijgt en dat blijkt vooral te wijten aan **jarenlang gebruik** (3). Nochtans bevelen bijna alle richtlijnen aan dat antidepressiva 6 maanden **na remissie afgebouwd** worden (4-6). Mogelijke oorzaken van dit probleem liggen zowel bij de arts (vergeten afbouwen) als bij de patiënt (angst voor herval).

Beweging onder begeleiding is een niet-medicamenteuze maatregel die recent in een aantal richtlijnen omtrent depressie verscheen (7-9). **Fysieke activiteit** zou immers een positieve invloed hebben op depressieve symptomen (10-13). Meer dan de helft van de Vlamingen haalt de norm voor voldoende fysieke activiteit niet (14). Daarom willen wij onze patiënten die hersteld zijn van een **lege artis medicamenteus behandelde** eerste depressieve episode, **motiveren tot een aanvaardbare vorm van beweging**, namelijk wandelen. We willen evalueren of dit een invloed heeft op de **bereidheid om antidepressiva af te bouwen**.

Doelstelling

De **primaire uitkomst** vormt de **invloed** van het activeringsprogramma op de **bereidheid tot afbouw van antidepressiva**. Secundaire uitkomsten zijn: evolutie van het aantal stappen, de stemming, de inschatting van de algemene gezondheidstoestand; en ideeën van de patiënt over gebruik van antidepressiva en over beweging. Ook evalueren we in welke mate dit activeringsprogramma een subjectieve meerwaarde heeft voor de patiënten, en welke tekortkomingen zij ervaren bij dit project.

Methode

Dit **interventioneel onderzoek** loopt van 01/05/2015 tot 31/08/2016. We streven naar een deelnemende groep van ca. 10 patiënten. De recrutering gebeurt via schriftelijke uitnodiging op basis van de huidige medicatie in het elektronisch medisch dossier.
Inclusiecriteria: > 9 maand antidepressiva voor een eerste depressie episode, remissie > 6 maand bereikt.
Exclusiecriteria: < 24 jaar, zwangere vrouwen, fysieke onmogelijkheid om deel te nemen aan het activeringsprogramma, > 1 depressieve episode, voorgeschiedenis van bipolaire depressie, psychotische depressie, postpartumdepressie, ernstige depressie, depressie met suïcidale gedachten, psychiatrische comorbiditeit.

In een eerste gesprek evalueren we of de patiënt in aanmerking komt voor het project en geven we de nodige informatie. Indien de patiënt toestemt, starten we met de eerste vragenlijst en het eerste interview. De patiënt ontvangt **de stappenteller en het dagboek**, incl. gebruiksinstructies. Na **4 en 8 weken** volgt een **gesprek** ter evaluatie van de invloed van de interventie. Kwantitatieve gegevens worden verzameld via de vragenlijsten en het dagboek. Kwalitatieve data worden verzameld a.d.h.v. de vragenlijsten en een semi-gestructureerd interview (laatste na 8 weken).

Verwachte uitkomst

We verwachten een positieve invloed van het wandelen op de bereidheid van patiënten om antidepressiva af te bouwen.

II. Algemene informatie

Titel van het project: Wat is de invloed van een concreet activeringsprogramma met stappenteller en thuisopdracht op de bereidheid om antidepressiva af te bouwen bij patiënten die hersteld zijn van een lege artis medicamenteus behandelde eerste depressieve episode?

Promotor:

- naam: Dirk Avonts
- functie: Zelfstandig academisch personeel
- Universiteit: Universiteit Gent
- faculteit/Vakgroep: Faculteit huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg
- telefoonnummer: 0485 52 28 28
- fax: 09 332 49 67
- e-mail: dirk.avonts@ugent.be
- naam vakgroepvoorzitter: Jan De Maeseneer

Co-Promotor

- naam: Declercq Tom
- functie: praktijkassistent
- Universiteit: Universiteit Gent
- faculteit/Vakgroep of Opleidingspraktijk: Faculteit huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg
- telefoonnummer: 09 332 36 10
- fax: 09 332 49 67
- e-mail: tomrw.declercq@ugent.be
- naam vakgroepvoorzitter: Jan De Maeseneer

Onderzoeker:

- naam: Evelien Hofman
- Universiteit van inschrijving: Universiteit Gent
- Faculteit: Geneeskunde en gezondheidswetenschappen
- Opleiding: master huisartsgeneeskunde
- telefoonnummer: 0474 76 24 77
- e-mail: evelien.hofman@ugent.be

Opleidingspraktijk waar het project zal plaatsvinden:

- naam praktijkopleider: Sarah Van Laer
- adres: Dorpsstraat 102, 9667 Horebeke
- telefoonnummer: 055 45 66 59 0476 91 90 99
- e-mail: secretariat@praktijk-de-cocon.be
- Type-praktijk: solo + HAIO

Opdrachtgever van dit project:
Faculteit geneeskunde Universiteit Gent

III. Achtergrond

Depressie is een van de grootste problemen waarmee wij anno 2015 geconfronteerd worden. *Wereldwijd* lijden minstens 350 miljoen mensen aan deze aandoening, waardoor ze de belangrijkste oorzaak van arbeidsongeschiktheid vormt (1).
Uit een onderzoek in *Vlaamse huisartspraktijken* bleek dat de incidentie van depressie 627 per 100.000 mannen en 1.176 per 100.000 vrouwen bedroeg in 2008. **Drie kwart** van de patiënten met een **nieuwe episode** kregen een voorschrift voor **antidepressiva**, 42 % kreeg een niet-medicamenteuze behandeling door de huisarts en bij 44 % van de patiënten werd psychotherapie en medicatie voorzien (2). Op die manier krijgt 8,78 % van de Vlaamse vrouwen en 4,71 % van de Vlaamse mannen antidepressiva voorgeschreven (15).

Het aantal patiënten dat antidepressiva neemt ligt dus hoog, en vaak gaat het om **langdurige inname** (3). In Nederland blijkt 9 van de 10 voorschriften een herhaling (16). Nochtans bevelen bijna alle richtlijnen aan om bij een eerste depressieve episode na 6 maanden remissie de medicatie af te bouwen (4-6). Wanneer we patiënten vragen naar de oorzaak van deze langdurige inname blijkt er vaak **angst voor herval**. Daarnaast vermoeden we dat het voorstel tot afbouw door de arts vaak **vergeten** wordt. Ook blijkt niet altijd duidelijk uit het dossier vanaf wanneer de patiënt beschouwd kan worden als 'in remissie'.

Om onnodig langdurige inname van antidepressiva te voorkomen kunnen we **enkele actiepunten** formuleren: het initieel beter ondersteunen van de *niet-medicamenteuze aanpak* door middel van tips voor zelfhulp (dagstructuur, activiteitenplanning), het *invoeren van een werkplan* in het elektronisch medisch dossier om de medicatie na 6 maand te herevalueren, en het *informeren* van de patiënt over antidepressiva (werking, duur van inname, bijwerkingen).

Onder niet-medicamenteuze maatregelen bij depressie verstaat men psycho-educatie, structurering, activering, psychotherapie, enz. De richtlijn van NHS over depressie beveelt nu ook **beweging onder begeleiding** aan. Dit advies komt er nadat de voorbije jaren meer evidentie verscheen over het verband tussen beweging en stemming. Niettegenstaande men in elke systematische review rond dit onderwerp moet toegeven dat de methodologische kwaliteit van de uitgevoerde RCT's minder goed is, concludeert men meestal dat beweging een positieve invloed heeft op depressieve symptomen. In 2009 stelden Rethorst et al. na een meta-analyse van 58 RCT's vast dat zowel aërobe als anaërobe bewegingsprogramma's een positief effect hebben op depressieve scores (11). Recent werd ook een duidelijke invloed gezien van beweging op depressie in de systematische review van Josefsson et al. (10). De auteurs besloten dat **beweging aanbevolen** kan worden voor **gemotiveerde patiënten** met **milde tot matige depressie**. Deze bewegingsinterventies zouden vooral een significant effect hebben **op korte termijn** (eerste 16 weken). Dat concludeerden Krogh et al. (12) in hun systematische review in 2011. Op langere termijn is het effect van beweging niet duidelijk. Dit heeft vermoedelijk te maken met de **rol van individuele motivatie** om na de initiële interventie de gedragsverandering te continueren. Hiervan moeten we ons als huisarts tijdens het uitvoeren van dergelijke projecten zeker bewust zijn.

Beweging heeft dus een positieve invloed op depressieve klachten (10-13). Helaas voldoet wereldwijd een kwart van de volwassenen niet aan de norm voor voldoende fysieke activiteit[1] (17). In *Vlaanderen* haalt nog niet de helft van de mannen en een derde van de vrouwen de norm voor voldoende fysieke activiteit[2] (14).

We willen er daarom naar streven om **zoveel mogelijk patiënten meer te laten bewegen**. Gezien beweging als niet-medicamenteuze maatregel begint te verschijnen in enkele aanbevelingen rond depressie, zullen we in dit project de aandacht vestigen op een populatie patiënten die **na een eerste depressieve episode langdurig antidepressiva** blijft nemen. We evalueren de invloed van een activeringsprogramma op de bereidheid tot afbouw van antidepressiva.

IV. Doelstelling van het project

We willen patiënten, die hersteld zijn van een eerste depressieve episode bewustmaken van de mogelijke positieve invloed van beweging op de (geestelijke) gezondheid en op die manier een vorm van niet-medicamenteuze preventie aanbieden tegen toekomstige depressieve episodes.

De **primaire uitkomst** vormt de **invloed** van het activeringsprogramma op de **bereidheid tot afbouw van antidepressiva**. Secundaire uitkomsten zijn: evolutie van het aantal

[1] Deze norm bedraagt 150 minuten matig intens bewegen per week.
[2] Deze norm bedraagt 10.000 stappen/dag = 30 min/dag matig intensief = 3 x 20 min/week intensief

stappen, de stemming, de inschatting van de algemene gezondheidstoestand; en ideeën van de patiënt over gebruik van antidepressiva en over beweging. Ook evalueren we in welke mate dit activeringsprogramma een subjectieve meerwaarde heeft voor de patiënten, en welke tekortkomingen zij ervaren bij dit project.

V. Onderzoekstype

Dit praktijkverbeterend project vormt een **interventioneel onderzoek** met een kwantitatief en een kwalitatief gedeelte. Patiënten die omwille van een eerste depressieve episode langer dan 9 maanden antidepressiva nemen en minstens 6 maand in remissie zijn, zullen we een activeringsprogramma aanbieden. Het project zal plaatsvinden van mei 2015 t.e.m. augustus 2016 en we streven naar een groep van 10 patiënten.

VI. Methodologie

Recrutering van de onderzoeksgroep

Selecteren van 'geschikte' patiënten

Gezien het coderen in het elektronisch medisch dossier nog maar pas van start is gegaan in de praktijk waar we dit project uitvoeren, kunnen we de patiënten niet opsporen via de diagnose depressie. Wat wel systematisch gebeurt, is het bijhouden van de **medicatie in het EMD**. Daarom sporen we alle patiënten op die **antidepressiva** nemen en kijken we na of het louter voor de **indicatie depressie** wordt genomen. Op die manier selecteren we de patiënten die **langer dan 9 maand** antidepressiva nemen omwille van een depressieve episode.
Volgende exclusiecriteria worden gehanteerd: jonger dan 24 jaar, zwangere vrouwen, fysieke onmogelijkheid tot deelname aan het project, meer dan 1 depressieve episode, voorgeschiedenis van psychotische depressie, postpartale depressie, bipolaire depressie, ernstige depressie, depressie met suïcidale gedachten, of psychiatrische comorbiditeit.

Uitnodiging

We versturen **schriftelijke** uitnodigingen naar de patiënten die in aanmerking komen. We sporen hen aan om naar het eerste informerende gesprek te komen (gratis). Indien zij ons niet contacteren, nodigen we hen ook **telefonisch** uit.

Eerste gesprek (30 min)

Verwelkoming

We danken de patiënt om op onze uitnodiging te reageren en wensen hem/haar proficiat met de beslissing om aan het project deel te willen nemen.

Vragenlijst deel 1 (5 minuten)

Inclusie- en exclusiecriteria.

Informatie over het project (15 minuten)

Door middel van een **informatieblad** wordt de achtergrond (rationale, doelstelling) en het verloop van het project uitgelegd. Ook het **gebruik van de stappenteller en het dagboek** wordt geconcretiseerd. De bedoeling is dat de patiënt het aantal dagelijkse stappen registreert in een dagboek waarbij men ook de stemming, gedachten en gevoelens kan noteren. We proberen de patiënt te motiveren om het aantal dagelijkse stappen te verhogen. **Idealiter** evolueert men naar **10.000 stappen per dag**, d.i. de Vlaamse norm voor voldoende fysieke activiteit.

Vragenlijst deel 2 (10 minuten)

Hiermee peilen we naar de bereidheid om antidepressiva af te bouwen, de huidige stemming (voorbije 2 weken) en de inschatting van de huidige algemene gezondheidstoestand.

Opvolggesprek na 4 weken (15 minuten)

Er worden bij de start opvolgafspraken vastgelegd na 4 en 8 weken. Na 4 weken wordt via een vragenlijst gepeild naar bereidheid om antidepressiva af te bouwen, het aantal dagelijkse stappen, de huidige stemming (voorbije 2 weken) en de inschatting van de huidige algemene gezondheidstoestand. Ook de inhoud van het dagboek wordt kort besproken.

Afsluiten van het project na 8 weken (30 minuten)

Na 8 weken volgt het laatste opvolgingsgesprek. Via een vragenlijst wordt opnieuw gepeild naar bereidheid om antidepressiva af te bouwen, het aantal dagelijkse stappen, de huidige stemming (voorbije 2 weken) en de inschatting van de huidige algemene gezondheidstoestand. Ook wordt de mening gevraagd van de patiënt over een aantal stellingen en volgt er een semi-gestructureerd interview. Ook de inhoud van het dagboek wordt besproken. Daarna wordt de patiënt vriendelijk bedankt voor deelname aan het project. De arts drukt de patiënt op het hart dat het de bedoeling is om de verandering naar meer bewegen te consolideren. Er wordt verwezen naar lokale wandelclubs.



Figuur 1: Flowchart van het project

N.B.: Indien besloten wordt om de antidepressiva af te bouwen, zal de patiënt volgens de reguliere zorg op intensieve wijze opgevolgd worden. Dit zal onafhankelijk plaatsvinden van de gesprekken binnen het kader van dit project.

VII. Veiligheidsoverwegingen

We verwachten geen problemen met de veiligheid voor patiënten tijdens dit project.

VIII. Follow-Up

Na afloop van het project is geen specifieke follow-up voor alle deelnemende patiënten voorzien. Indien de patiënt verdere begeleiding wenst omtrent fysieke activiteit, stellen we een regelmatige opvolging voor (bv. om de 3 maanden). Wanneer de patiënt opnieuw een

depressieve stemming vertoont, of de medicatie wenst af te bouwen, zullen we weliswaar de gebruikelijke opvolging voorzien.

IX. Verwerking van data

De analyse van de kwantitatieve en kwalitatieve resultaten zal handmatig gebeuren, zonder gebruik van complexe statistische software.

X. Verwachte uitkomst van het project

We verwachten dat het motiveren tot beweging een **positieve invloed** zal hebben op de **bereidheid om antidepressiva af te bouwen**. Daarnaast verwachten we ook een positieve invloed op **het aantal dagelijkse stappen, de stemming en het algemeen welbevinden**. We hopen te leren op welke manier dit project voor de patiënt een hulpmiddel kan vormen en hoe we het in de toekomst kunnen verbeteren.

XI. Tijdslijn voor het project

April 2015: recrutering

Mei 2015 – augustus 2015: patiënten starten deelname aan project (periode van 8 weken)

Oktober 2015: afsluiten van de dataverzameling

Mei – November 2015: data verwerking

December 2015 - februari 2016: resultaten beschrijven en besluit vormen

XII. Beheer van het project

Professionele begeleiding en advies door de promotor (Prof. D. Avonts) en de co-promotor (Dr. T. Declercq). Alle stappen in dit project worden uitgevoerd door Dr. E. Hofman, huisarts-in-opleiding in praktijk 'De Cocon', Dorpsstraat 102, 9667 Horebeke, onder supervisie van praktijkopleider Dr. S. Van Laer.

XIII. Referenties

1. WHO. Depression, 2015. Available from: www.who.int/topics/depression/en/.
2. Boffin N, Declercq T, Van Casteren V. Patiënten met een nieuwe episode van depressie in de huisartsenpraktijk in het Vlaams Gewest: gegevens van het Belgische netwerk van Huisartsenpeilpraktijken in 20082012. Available from: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Ziekten/Depressies-enzelfdoding/depressie_huisartspraktijk_2012.pdf.
3. Truyers C, Bartholomeeusen S, De Lepeleire J, Buntinx J. De stijging van antidepressivagebruik in de eerste lijn. Available from: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Ziekten/Depressies-en-zelfdoding/Antidepressivagebruik-in-huisartspraktijk-%28PDF%29/.
4. NHG. Standaard: Depressie2012. Available from: https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/depressie.
5. Heyrman J, Declercq T, Rogiers R, Pas L, Michels J, Goetinck M, et al. Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts. Huisarts Nu. 2008;37:284-317.
6. NHS. Depression in adults: the treatment and management of depression in adults2009. Available from: http://www.nice.org.uk/guidance/cg90/resources/guidance-depression-in-adults-pdf.
7. SIGN. Non-pharmaceutical management of depression in adults2010. Available from: http://www.sign.ac.uk/pdf/sign114.pdf.
8. Stanton R, Reaburn P. Exercise and the treatment of depression: a review of the exercise program variables. Journal of science and medicine in sport / Sports Medicine Australia. 2014;17(2):177-82. Epub 2013/04/23.
9. Rethorst CD, Trivedi MH. Evidence-based recommendations for the prescription of exercise for major depressive disorder. Journal of psychiatric practice. 2013;19(3):204-12. Epub 2013/05/09.
10. Josefsson T, Lindwall M, Archer T. Physical exercise intervention in depressive disorders: meta-analysis and systematic review. Scandinavian journal of medicine & science in sports. 2014;24(2):259-72. Epub 2013/02/01.
11. Rethorst CD, Wipfli BM, Landers DM. The antidepressive effects of exercise: a meta-analysis of randomized trials. Sports Med. 2009;39(6):491-511. Epub 2009/05/21.
12. Krogh J, Nordentoft M, Sterne JA, Lawlor DA. The effect of exercise in clinically depressed adults: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. The Journal of clinical psychiatry. 2011;72(4):529-38. Epub 2010/11/03.
13. Robertson R, Robertson A, Jepson R, Maxwell M. Walking for depression or depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. Mental Health and Physical Activity. 2012;5:66-75.
14. IVA. Gezondheidsdoelstelling voeding en beweging, 2010, Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid,
. Available from: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/Gezondheidsdoelstelling-voeding-en-beweging/#sub1.
15. Department of general practice KUL. Intego-project. 2011; Available from: http://www.intego.be/nl/welkom.
16. . Stichting Farmaceutische Kengetallen. Available from: http://www.sfk.nl/.
17. WHO. Physical activity. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/.

10.2. GUNSTIG ADVIES COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Dirk AVONTS
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0513	19-mei-15	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Wat is de invloed van een concreet activeringsprogramma met stappenteller en thuisopdracht op de bereidheid om antidepressiva af te bouwen bij patiënten die hersteld zijn van een lege artis medicamenteus behandelde eerste depressieve episode?
(Manama Evelien Hofman)

Belgisch Registratienummer: B670201524706

* Antwoord onderzoekers via mail dd. 15/05/2015 op opmerkingen EC dd. 07/05/2015
* Adviesaanvraagformulier (protocol versie 2) dd. 15/05/2015
* informatiebrief patiënt (N. en E. versie) + toestemmingsformulier (protocol versie 2 dd. 15/05/2015)
* Brief uitnodiging project (mei 2015) - cfr. mail dd. 15/05/2015
* Protocol (versie 2) dd. 15/05/2015
* Vragenlijsten
  - eerste gesprek (bij aanvang van het project) - (protocol versie 2 dd. 15/05/2015)
  - tweede gesprek (na 4 weken) (protocol versie 2 dd. 15/05/2015)
  - derde gesprek (na 8 weken) + themalijst voor het semi-gestructureerd interview (protocol versie 2 dd. 15/05/2015)
* Patiëntendagboek
  + instructies bij het invullen van het dagboek + bij het gebruik van de stappenteller (protocol versie 2 dd. 15/05/2015)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. D. AVONTS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 19/05/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 18/05/2016, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 19/05/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 18/05/2016, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/05/2015

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/05/2015

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 86
sandra.depaepe@uzgent.be

./.

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0513	19-mei-15	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2015/0513

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. D. AVONTS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be