

# Wat helpt bij depressie en somberheidsklachten?

Inventarisatie van preventieve interventies onder mensen met somberheidsklachten en depressie en hun naasten en onder huisartsen en praktijkondersteuners ggz

Metingen mei – september 2019

# Inhoudsopgave

<b>1. Samenvatting</b> .....	4
1.1. Belangrijkste uitkomsten over de deelnemers met depressieve klachten .....	4
1.2. Belangrijkste uitkomsten over de naasten van mensen met depressieve klachten .....	6
1.3. Belangrijkste uitkomsten vanuit de huisartsenpraktijken .....	6
1.4. Wat helpt om zo min mogelijk klachten te hebben?.....	7
1.5. Belangrijkste aanbevelingen .....	7
1.6. Hoe verder?.....	8
<b>2. Aanleiding van het onderzoek</b> .....	10
2.1. Wie maken gebruik van de ggz en van zorg? .....	10
2.2. Welke vragen willen we met deze inventarisaties beantwoorden?.....	10
2.4. Leeswijzer .....	10
<b>3. De inventarisatie onder mensen met depressieve klachten</b> .....	11
3.1. Wie vullen de vragenlijst in? .....	11
3.2. Depressieve klachten hebben diverse oorzaken .....	11
3.3. Depressieve klachten keren vaak terug en er is regelmatig zorg nodig.....	13
3.4. Samengevat .....	14
<b>4. Welke zorg bieden hulpverleners en heeft die zorg geholpen?</b> .....	16
4.1. Wie krijgen alléén in de huisartsenpraktijk zorg? .....	16
4.2. Verwijzing, medicatie en begeleidende gesprekken door de huisarts helpen .....	17
4.3. De POH GGZ biedt vooral hulp door begeleidende gesprekken .....	19
4.4. Zorg van de psycholoog helpt het meest door begeleidende gesprekken en kortdurende behandeling .	22
4.5. Zorgverleners in de 2 <sup>e</sup> lijn helpen vooral door gespecialiseerde behandeling.....	24
4.6. Hoe specialistischer de zorg, hoe langer de wachttijd.....	25
4.7. Heeft de zorg in het afgelopen jaar geholpen? .....	26
4.8. Tips en suggesties.....	26
4.9. Samengevat .....	28
<b>5. Wat helpt mensen om zo min mogelijk klachten te hebben?</b> .....	30
5.1. Wat werkt preventief bij verschillende groepen? .....	30
5.2. Deelnemers die geen hulp hebben gezocht.....	31
5.3. Samengevat .....	31
<b>6. Wat betekent depressie voor naasten en familieleden?</b> .....	33
6.1. Gevolgen voor naasten.....	33
6.2. Wat helpt mensen bij het omgaan met de klachten van hun naaste? .....	34
6.3. Welke hulp zoeken naasten voor zichzelf? .....	35
6.4. Tips en suggesties.....	35
6.5. Samengevat .....	37
<b>7. Wat vinden zorgverleners goede preventieve adviezen en behandeling?</b> .....	39

7.1. Algemene uitkomsten .....	39
7.2. Huisartsen .....	40
7.3. Praktijkondersteuners ggz (POH's GGZ).....	42
7.4. Wat bieden huisartsen en praktijkondersteuners aan naasten? .....	44
7.5. Aan welke preventiemogelijkheden is behoefte in de huisartsenpraktijk? .....	46
7.6. Samengevat .....	47
Bijlage 1. Vragenlijst voor mensen met somberheid of depressie en hun naasten .....	49
Bijlage 2: Vragenlijst voor huisartsen en praktijkondersteuners ggz .....	55
Bijlage 3. Afkortingen.....	57

# 1. Samenvatting

Als onderdeel van het landelijk Meerjarenprogramma Depressiepreventie voert MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid het project 'Depressiepreventie in de huisartsenpraktijk' uit. Doelen hiervan zijn onder meer om zicht te krijgen op wat mensen helpt om zo min mogelijk depressieve klachten te hebben en om het gebruik van effectieve preventieve interventies te bevorderen. Niet alleen binnen de huisartsenpraktijk maar ook in de periode voordat mensen zorg krijgen en in de periode daarna om terugval te voorkomen.

In dit project zijn onder meer de volgende onderzoeken uitgevoerd:

Een enquête onder mensen met depressieve klachten en naasten. Deze werd in periode van mei tot medio augustus 2019 uitgezet onder de brede achterban van MIND (cliënten van 18 jaar en ouder en hun familie/naasten) over ervaringen met somberheid en depressie(ve klachten). In totaal hebben 1206 mensen de vragenlijst ingevuld: 87% heeft de vragen ingevuld voor zichzelf, 13% als familie/naaste.

Een enquête onder huisartsen en praktijkondersteuners ggz (POH's GGZ). Deze is in de periode juni tot september 2019 uitgezet onder huisartsenpraktijken. In totaal hebben 33 huisartsen, 4 kaderhuisartsen GGZ en 91 POH's GGZ de vragenlijst ingevuld (n=128). Zij vertegenwoordigen samen ruim 12.500 patiënten die zich met somberheid of depressie melden.

Een kwalitatieve verdieping is gedaan onder de deelnemers van de eerste enquête. In oktober 2019 zijn 11 deelnemers geïnterviewd over de ervaringen rondom hun depressie(s). Daarnaast zijn op basis van alle uitkomsten 10 zgn. 'Patiënt journeys' beschreven waarin de diversiteit van klachten is weergegeven en hoe mensen omgaan met een depressie en welke stappen zij hebben ondernomen.

Voorafgaand aan de enquêtes is een deskresearch gedaan waarbij literatuur en andere bronnen zijn geraadpleegd om een overzicht te krijgen van de oorzaken en risicofactoren van depressie en van de relevante richtlijnen en standaarden.<sup>1</sup> Tevens is een inventarisatie gemaakt van preventieve interventies in verschillende fasen van depressie en zienswijzen over werkzame aanpak.<sup>2</sup>

## 1.1. Belangrijkste uitkomsten over de deelnemers met depressieve klachten

Drie kwart van de deelnemers aan de enquête is vrouw; ongeveer evenveel zijn tussen de 30 en 66 jaar.

Een kwart van de ondervraagden geeft aan een chronisch depressie te hebben met terugkerende episodes. Ook zegt een kwart naast depressieve gevoelens ook andere klachten te hebben zoals angsten, paniek en dwangmatige gedachten. Ook suïcidale gedachten, suïcidepogingen en/of automutilatie komen voor. Soms speelt een psychiatrische aandoening hierbij een rol.

Eén op de vijf deelnemers zegt het afgelopen jaar somberheidsklachten te hebben gehad. Deze klachten blijken echter vaak gepaard te gaan met ernstige klachten zoals gedachten aan zelfdoding en wanhoop. De term somberheid dekt de lading dus meestal niet. Ongeveer een vijfde van de deelnemers heeft vóór 2018 klachten gehad. Ruim een op de tien deelnemers heeft een terugval naar een depressie gekregen. Een klein deel zegt het afgelopen jaar een eerste depressie te hebben gehad.

### Oorzaken

Aan een depressie kunnen allerlei oorzaken vooraf gaan. Een kwart van de deelnemers kan geen oorzaak of aanleiding noemen. Een kwart geeft aan dat trauma een belangrijke oorzaak is voor hun depressie. Zij hebben bijvoorbeeld geen fijne jeugd gehad, een onveilige omgeving, te weinig aandacht gekregen of leven in een gesloten cultuur. Eén op de tien deelnemers wijt de depressieve gevoelens aan een lichamelijke ziekte, bijvoorbeeld kanker, reuma, chronische pijn of burn-out. Life events zijn ook een belangrijke aanleiding voor een depressie zoals verlies van een dierbare, scheiding, verlies van werk etc. en met name de opstapeling van ingrijpende gebeurtenissen in korte tijd. (Gebrek aan) Zingeving speelt soms ook een rol. Een aantal deelnemers noemt naast een depressie ook andere psychiatrische diagnoses zoals borderline, persoonlijkheidsstoornis, autisme, ADHD etc.

---

<sup>1</sup> Startnotitie Risicogroepen en -factoren van depressie. MIND, mei 2019.

<sup>2</sup> Startnotitie 'Inventarisatie van preventieve interventies, effectiviteit, implementatie en onderzoek, beïnvloedbare factoren die bijdragen aan depressie en visies op het ontstaan van depressie.' En 'Patiënt Journey, stroomschema en ketenaanpak gezien vanuit drie posities: cliënt, zorgverlener en markt.'

Naast persoonlijke kenmerken speelt de omgeving een belangrijke rol. Bijvoorbeeld het gezin waarin iemand opgroeit: een onveilige of onprettige jeugd (waaronder KOPP/KVO), geen aandacht vanuit familie voor de problemen waar iemand mee zit en jeugdtrauma worden regelmatig genoemd. Deelnemers geven aan dat binnen het gezin geleerd is dat je niet over je emoties en je problemen praat. De vuile was niet buiten hangt en je eigen problemen oplost. Deelnemers willen anderen (familie/vrienden) vaak niet tot last zijn en praten daarom niet snel over wat er met hen aan de hand is.

Uit de enquête en de interviews komt verder naar voren dat coping-gedrag meespeelt: deelnemers geven aan dat ze niet goed kunnen omgaan met gevoelens van somberheid. Hun reactie is bijvoorbeeld: de gevoelens voor zichzelf houden en vluchten, waardoor ze niet tijdig hulp zoeken. Ze lopen lang door met klachten en komen pas in actie als ze echt niet meer verder kunnen. Buitenstaanders zien ook niet altijd dat er iets aan de hand is omdat deelnemers hun klachten verborgen houden. Achteraf zien deelnemers in dat ze veel te lang gewacht hebben met het praten over hun problemen met anderen en met het zoeken naar (medische) hulp.

Deelnemers ervaren daarnaast dat zij leven in een samenleving waarin presteren, gelukkig zijn en 'je leven goed voor elkaar hebben' tot norm verheven zijn. Ze willen daar graag aan voldoen. Dat hen dat niet lukt, maakt hun zelfvertrouwen er niet beter op. In hun ogen voldoen ze niet aan bovengenoemde maatschappelijke normen en dat geeft hen het gevoel dat ze falen. Dat vormt een bron van schaamte die er nog extra voor zorgt dat deelnemers met een depressie niet makkelijk over hun situatie praten met anderen. Ze zijn bang voor afwijzing. Door angst voor stigma duwen zij hun problemen voor zich uit en trekken zich terug.

En juist de manier waarop de directe omgeving reageert en omgaat met iemand met depressieve klachten is cruciaal. Een liefdevolle sociale omgeving heeft een grote meerwaarde: mensen die aandacht blijven schenken aan iemand die depressief is zodat steun wordt ervaren, kan als vangnet fungeren.

### **Medische zorg**

De meeste deelnemers hebben bij een eerste depressie uiteindelijk (vrij laat) hulp gezocht. Vaak op eigen initiatief, maar soms ook vanuit een crisissituatie. De huisarts wordt het vaakst genoemd, gevolgd door de psycholoog en de POH GGZ. Een groot aantal deelnemers heeft daarnaast ook andere zorgverleners geconsulteerd zoals een psychiater of bij een ggz-instelling. Een enkeling noemt alternatieve geneeswijzen. De meeste mensen komen pas in een laat stadium bij de huisarts die dan verschillende acties inzet. Het meest genoemd worden: verwijzing naar een andere hulpverlener en medicatie voorschrijven (antidepressiva). Daarnaast en soms tegelijkertijd voert de huisarts begeleidende gesprekken. Tips en adviezen, lichamelijk onderzoek en screening door de huisarts worden ook genoemd, maar minder vaak. De huisarts verwijst ruim drie kwart van de deelnemers (ook) door: meestal naar een psycholoog, een ggz-instelling voor specialistische zorg, een psychiater of naar de POH GGZ.

De POH GGZ biedt aan de meeste deelnemers hulp door begeleidende gesprekken te voeren. Ook inventariseert de POH GGZ de klachten samen met de deelnemers. Daarnaast geeft de POH GGZ tips en adviezen en kortdurende behandeling, maar dit wordt minder vaak genoemd. Deelnemers komen bij de psycholoog na verwijzing of op eigen initiatief. Ook deze biedt het vaakst hulp door begeleidende gesprekken en inventariseert de klachten samen met de deelnemers. Maar ook door kortdurende behandeling, tips en adviezen en (intensieve) therapie. Bij de zorg vanuit de 2<sup>e</sup>-lijns ggz wordt vooral genoemd: behandeling, medicatie, gesprekken en therapie, zoals EMDR. Ook opname en ondersteuning thuis worden genoemd. Deelnemers noemen onlinebehandeling met begeleiding bij alle hulpverleners weinig.

Een aantal deelnemers is nog in behandeling en zegt niet te weten of het contact met hulpverleners hen heeft geholpen. Het aantal deelnemers dat vindt dat het contact met huisarts, POH GGZ, psycholoog of hulpverleners in de 2<sup>e</sup> lijn hen geholpen heeft, schommelt rond de helft.

Deelnemers wachten lang voordat ze medische hulp inschakelen. Bijna de helft van de deelnemers die naar de POH GGZ werd verwezen, kon daar terecht binnen twee weken. De wachttijden voor de zorg vanuit de 2<sup>e</sup> lijn en de psycholoog zijn het langst.

Deelnemers geven adviezen voor andere mensen met depressieve klachten in een soortgelijke situatie. De belangrijkste tips die ze noemen: praten over je klachten met anderen die je vertrouwt om steun te zoeken, jezelf de tijd geven, contact zoeken met lotgenoten en ervaringsdeskundigen en actief blijven, structuur aanbrengen in je dagen.

De adviezen van deelnemers aan hulpverleners zijn ook gebaseerd op eigen ervaring. Wat ze bij hulp het meest belangrijk vinden is dat hulpverleners luisteren naar iemand levensverhaal, geen standaardbehandeling bieden maar individueel afgestemd maatwerk en samenwerken, zodat eigen keuzes en zelfsturing gestimuleerd worden.

## 1.2. Belangrijkste uitkomsten over de naasten van mensen met depressieve klachten

Onder de deelnemers aan de enquête zijn bijna de helft ouders en bijna een kwart partner van iemand met depressieve klachten. Ook zijn er broers, zussen, neven, nichten en kinderen die de enquête invullen. Het hebben van iemand met depressieve klachten in de nabije omgeving heeft grote impact op het leven van naasten: velen voelen zich bezorgd om hun naaste en zijn bezorgd of er wel voldoende adequate hulp voor hem of haar is. Ze doen veel om hun naaste te helpen en die belasting leidt niet zelden tot problemen in de relatie, in hun gezin en op hun werk en draagt bij aan isolement. Een aanzienlijk deel van de naasten raakt oververmoeid en overbelast en kan niet goed meer functioneren.

Bijna de helft van de naasten heeft hulp gezocht om beter met de depressieve klachten van hun naaste om te gaan. Partners zoeken relatief het vaakst hulp, gevolgd door ouders van (volwassen) kinderen met depressieve klachten. Wat hen het meest heeft geholpen, is dat ze door informatie te vergaren meer inzicht krijgen in wat er aan de hand is. De tips en handvatten die ze krijgen, helpen hen ook bij het stellen van grenzen en het accepteren van de situatie.

Ongeveer de helft van deze mensen heeft ook hulp ingeschakeld voor zichzelf, omdat het hen te veel werd. Redenen zijn o.a. dat zij zoeken naar een luisterend oor, manieren om grenzen te stellen en oplossingen te vinden voor de problemen die ze zelf hebben gekregen. Hierdoor ervaren ze begrip en voelen zich gesteund. Wat familie/naasten het meeste helpt zijn mensen om mee te praten (ook lotgenoten), informatie over depressie, professionele hulp en zelfbescherming (grenzen stellen, dingen voor jezelf doen). Het helpt hen om hun zorgen te delen, vergroot hun zelfzorg en het helpt bij verwerken van de gevolgen.

Naasten geven adviezen aan andere naasten in soortgelijke situaties. De belangrijkste tips die ze noemen zijn: de klachten serieus nemen en met je naaste bespreken wat voor hem of haar helpt, erover praten met anderen zodat je steun krijgt, het liefst met lotgenoten en familie-ervaringsdeskundigen. Zeker het advies om als naaste goed voor jezelf te blijven zorgen en buitenshuis actief te blijven, hoort hierbij.

De adviezen van naasten aan hulpverleners zijn ook gebaseerd op eigen ervaring. Wat naasten het meest belangrijk vinden is dat hulpverleners hen informatie geven over wat depressie is of naar informatie verwijzen, dat ze hen betrekken bij de behandeling, hen handvatten geven voor de dagelijkse situatie én dat ze naasten hun verhaal laten doen en steunen. Verwijzen naar cursussen en gespreksgroepen wordt positief gewaardeerd.

## 1.3. Belangrijkste uitkomsten vanuit de huisartsenpraktijken

Huisartsen en POH's GGZ geven vanuit hun ervaring met duizenden patiënten aan welke adviezen en behandelingen preventief werken in die zin dat verslechtering van depressieve klachten, crisis of terugval kan worden voorkomen of uitgesteld. Tevens benoemen ze waaraan vanuit hun optiek (meer) behoefte is.

Huisartsen noemen leefstijladviezen, psycho-educatie en begeleidende gesprekken het vaakst bij mensen met beginnende klachten. Dit zijn ook instrumenten die de huisarts inzet bij mensen met een diagnose depressie, maar bij hen wordt wel vaker verwezen naar een POH GGZ of de ggz. Mensen die langdurig een depressie hebben, krijgen behalve leefstijladvies en begeleidende gesprekken ook vaak medicatie voorgeschreven. Opvallend is dat er weinig onderzoek wordt genoemd naar de oorzaak/oorzaken van een depressie.

Huisartsen is ook gevraagd wat het meeste effect heeft voor familie/naasten. Informatie, psycho-educatie, tips en adviezen, emotionele steun en versterken van hun zelfzorg worden het meest genoemd. Meer bekendheid is nodig van gespreksgroepen, familie-ervaringsdeskundigen en naastenorganisaties, zodat daar eerder naar kan worden verwezen.

Praktijkondersteuners ggz zetten ongeveer dezelfde methoden in als huisartsen om mensen met depressieve klachten te helpen. Ze noemen ook leefstijladvisering, psycho-educatie en gesprekken als aanbod. Meer dan huisartsen richten ze zich ook op terugvalpreventie, bijvoorbeeld door het inzetten van een signaleringsplan. Vaker dan huisartsen behandelen de POH's GGZ mensen met een kortdurende behandeling via CGT, KOP-model en ACT. Ook Mindfulness en ontspanningsoefeningen worden aangeboden. Zij vinden meer aandacht wenselijk voor het versterken van eigen regie, inzet van signaleringsplannen en lotgenotencontact, bijvoorbeeld bij herstel-initiatieven.

De deelnemende huisartsen en POH's GGZ hebben behoefte aan preventieve interventies die meer maatwerk kunnen bieden en passen in iemands sociale situatie, omdat de individuele context altijd een grote rol speelt. Daarbij is volgens hen onder meer nodig: meer aandacht voor leefstijl en voor de invloed daarvan op geestelijke gezondheid, meer bekendheid van steungroepen en inzet van ervaringsdeskundigen en van zelfhulpboeken en e-mental-health gericht op versterken van zelfmanagement, een meer integrale benadering van lichaam en geest, meer aandacht voor voorlichting aan en ondersteuning van naasten, meer inzet van signaleringsplannen en voor het samenwerken met de patiënt en monitoring bij chronische depressie. Sowieso vinden zij destigmatisering en normalisering van psychische klachten, betere vroegsignalering van psychische problemen en depressieve klachten en kortere wachtlijsten voor zorg in de 2<sup>e</sup>-lijns ggz van belang.

#### 1.4. Wat helpt om zo min mogelijk klachten te hebben?

Wat iemand het beste helpt bij een depressie of om zo min mogelijk klachten te hebben is heel persoonlijk. Naast professionele zorg (therapie en medicatie) kunnen deelnemers die al een keer een depressie hebben meegemaakt dat goed aangeven; ze weten wat hen helpt. Hun ervaring heeft geleid tot bewustwording en betere signalering. Voor mensen die een eerste depressie doormaken is dit niet duidelijk. Ook zijn er mensen die nog niet goed weten wat voor hen het beste helpt, of die vinden dat niets helpt.

Wat het meest wordt genoemd door deelnemers is dat ze geleerd hebben om over zichzelf te praten. Het verbinden met anderen: praten, gehoord en gezien, erkend en geaccepteerd worden. En vooral om eerder hulp in te roepen als het niet gaat. Deelnemers zien in dat ze een structuur nodig hebben om zoveel mogelijk overeind te blijven tijdens een depressie. Ze houden vast aan het idee dat de depressie ook weer voorbij gaat, dat het soms een kwestie is van 'uitzitten'. Een aantal heeft een preventie- en signaleringsplan gemaakt dat helpt om alert te zijn op signalen dat het minder goed gaat en dat hen helpt om een terugval te voorkomen of een depressieve episode beter te doorstaan. Dat zou ook hun omgeving kunnen helpen, met name bij het opvangen van die signalen en met do's en don'ts in de omgang.

Dat sociaal vangnet is zeer belangrijk voor mensen met een depressie. Mensen willen graag echt gehoord en gezien worden, erkenning en (fysieke) aanwezigheid. Steun en ook praktische hulp. Goed bedoelde adviezen zijn vaak niet behulpzaam. Het is belangrijk dat de omgeving weet hoe om te gaan met iemand met een depressie. Deelnemers vinden dat behalve de cliënt ook de omgeving ondersteuning moet krijgen. En daarnaast handvatten voor de omgang (do's en don'ts), bijvoorbeeld in de vorm van een kaart waarop staat wat iemand wel of niet fijn vindt tijdens een depressie.

Verder helpen dingen als informatie lezen over depressie om meer inzicht te krijgen in wat zoal kan meespelen en hoe het kan verlopen en ondersteuning door lotgenotencontact en ervaringsdeskundigen. Leefstijl aanpassen wordt ook regelmatig genoemd: bewegen, de natuur in, ervaringen opschrijven (of een dagboek bijhouden), minder of ander werk, rust, creatieve bezigheden. Sommigen geven dat er naast het mentale stuk ook aandacht moet zijn voor de lichamelijke conditie. Bloedonderzoek, lichamelijke klachten of lichamelijke gevolgen van een depressie willen zij meer aandacht geven, naast therapie.

#### 1.5. Belangrijkste aanbevelingen

- Mensen met depressieve klachten hebben vaak moeite om over hun problemen te praten. Het aanleren van bepaalde coping-vaardigheden kan hierbij helpen en tools die mensen helpen om te

gaan met tegenslagen en balans te bewaren. Ook het wegnemen van maatschappelijke stigma en schaamte zijn belangrijk.

- Mensen zoeken erg laat hulp voor hun depressieve klachten, bijvoorbeeld bij de huisarts. Bewustwording en vroege signalering zijn belangrijke tools om mensen eerder te kunnen steunen en helpen.
- De sociale omgeving speelt een belangrijke rol bij het omgaan met depressieve klachten en bij het herstel. Het sensibiliseren en betrekken van familie/naasten is een belangrijke manier om een vangnet te creëren rondom iemand met depressieve klachten. Zij kunnen signaleren hoe het echt met iemand gaat.
- Het is van belang om familie/naasten te betrekken bij de behandeling, hen steun te geven en inzichten in do's and don'ts. Ook geven zij aan baat te hebben bij tips over omgang met hun naaste met depressieve klachten.
- Aandacht voor leefstijl zoals gezonde voeding en bewegen is van belang. Ook lichamelijke conditie (tekorten, disbalans, spijsvertering) kunnen worden meegenomen. Denk hierbij aan de inzet van coaching en zelfzorgmiddelen/tools en lichamelijk onderzoek. Tijdige informatie over alles wat met gezonde leefstijl en depressie(preventie) te maken heeft dient makkelijk toegankelijk/vindbaar te zijn. Denk hierbij aan het bundelen van (digitale) informatie.
- Indien medische zorg noodzakelijk is, moet tijdige zorg op maat de basis zijn. Mensen met depressie zoeken hulp bij meer instanties en wachten soms lang op zorg. Goede netwerkzorg kan hierbij een uitkomst bieden inclusief het beslechten van wachtlijsten voor de ggz. Naast medische zorg is samenwerking nodig met andere actoren zoals het sociaal domein, welzijn, maatschappelijk werk, scholen, werk etc.
- Zorgen voor laagdrempelige (inloop) voorzieningen, lotgenotencontact en contacten met ervaringsdeskundigen. Zoals supportgroepen, fora en gespreksgroepen vanuit cliëntenorganisaties, familieorganisaties, herstel-initiatieven of ander regionaal en lokaal aanbod, bijvoorbeeld van de achterban van MIND. Voorlichting over de meerwaarde van een supportgroep is wenselijk.
- Het stimuleren van zelfzorgtools bij het voorkomen van nieuwe depressieve episodes zoals een signaleringsplan en een plan voor het zo goed mogelijk doormaken van een nieuwe episode. Handvatten bieden waarmee mensen zoveel mogelijk zelf de regie kunnen (blijven) voeren.

## 1.6. Hoe verder?

Met de uitkomsten van de onderzoeken worden voorstellen uitgewerkt voor een preventiestrategie en netwerkaanpak gericht op de volgende aspecten:

- Met vroegsignalering voorkomen dat iemand met beginnende klachten een depressie krijgt en sneller hulp krijgt als dat nodig is.
- Ondersteuning of tools om herstel van een depressie en terugvalpreventie te verbeteren.
- De kwaliteit van leven verbeteren bij een chronische depressie.



## Anoniem Citaat

*"Zonder behandeling was ik sowieso niet zo ver gekomen. En ik heb echt een hele steunende omgeving gehad. En nog. En die twee dingen, hebben 't meest geholpen en nog steeds.*

*Ook in mijn meest donkere tijden kwam er dagelijks een kaartje, een appje of bezoekje. Mensen bleven me uitnodigen voor feestjes, ook al wisten ze dat ik niet zou komen. Benoemden dat ook. "Ik weet dat je niet kunt komen, maar ik blijf je uitnodigen."*

*Er waren vriendinnen die me verplicht mee namen voor een boswandeling. ("Dan vind je het maar niet leuk, maar we gáán wel!") Er waren mensen die me wegbrachten of mee gingen als ik ergens heen moest en niet durfde.*

*Een vriendin stond soms voor haar werk al voor de deur. Bleef net zo lang aanbellen tot ik (bloedchagrijnig) opendeed. Dan vroeg ze om een kop koffie. En kwam even bij me zitten.*

*Ook een appje waarin alleen maar stond: "Ik denk aan je!" of: "Hou vol, het licht gaat écht weer schijnen." hielp me. Ik kon vaak niet reageren. En ik was ook echt onaangenaam gezelschap. Maar het was alsof ze daar doorheen keken. "Jij vindt jezelf niet leuk, maar ik vind jou leuk genoeg voor twee."*

*Dát heeft me er doorheen getrokken. Heeft me weerhouden van suicide. Zorgde dat ik ergens toch weer iets van vechtlust kreeg. En maakt nu dat ik steeds weer doe wat ik kan om te voorkomen dat ik daar weer terecht kom.*

*Dus, hoe hard ik ook zelf van alles inzet, zonder mijn omgeving had het er heel anders uitgezien. Mijn omgeving heeft zich machteloos gevoeld. Maar dat waren ze niet. Ze hebben écht het verschil gemaakt!"*

## 2. Aanleiding van het onderzoek

**De onderzoeken zijn uitgevoerd door MIND in het kader van het project 'Depressiepreventie in de huisartsenpraktijk'. Dit maakt onderdeel uit van het landelijk Meerjarenprogramma Depressiepreventie.**

### 2.1. Wie maken gebruik van de ggz en van zorg?

Uit studies van het Trimbos Instituut<sup>3</sup> blijkt dat iets minder dan 1 op de 5 volwassenen van 18-64 jaar ooit in het leven te maken krijgt met een depressie. Elk jaar geldt dat voor ongeveer 5% van de volwassenen. Vrouwen in de leeftijdscategorie 25-34 jaar hebben de grootste kans op een depressie. Ongeveer de helft van deze mensen maakt gebruik van algemene gezondheidszorg (bijvoorbeeld huisartsenpraktijken).

Mensen met een depressie vormen een van de grootste groepen binnen de ggz. Binnen de gespecialiseerde ggz is het zelfs de grootste groep volgens Vektis<sup>4</sup>. Twee derde van de mensen die in een jaar wordt behandeld voor depressie heeft het jaar daarna ook zorg vanuit de ggz. Bij ruim 10% van de mensen met depressie wordt binnen 2 jaar na afloop van een behandeling een nieuwe behandeling gestart.

### 2.2. Welke vragen willen we met deze inventarisaties beantwoorden?

Om een beeld te krijgen welke zorg wordt geboden en wat preventief werkt vanuit verschillende perspectieven heeft MIND inventarisaties gehouden onder mensen die depressieve klachten, hun naasten en onder zorgverleners. Gedurende de periode mei tot medio augustus 2019 zijn ervaringen verzameld van mensen met somberheids- en depressieve klachten en naastbetrokkenen. En in de periode juni tot en met september onder huisartsen en praktijkondersteuners ggz. De kwantitatieve gegevens zijn verzameld door middel van digitale enquêtes. Daarnaast werd kwalitatieve informatie verzameld door middel van interviews. De inventarisaties bieden inzicht in hoe mensen met depressie en hun naasten het beste geholpen worden in de huisartsenpraktijk.

Tot slot levert het ook op wat er anders en beter had gekund, welke tips mensen geven aan lotgenoten en aan hulpverleners en aan welke preventieve interventies binnen de huisartsenpraktijken behoefte is.

De belangrijkste onderzoeksvragen zijn:

- > Wat helpt mensen met somberheid en depressie om zo min mogelijk klachten te hebben?  
Wat doen ze zelf en wat bieden zorgverleners?
- > Wat helpt naasten om zo goed mogelijk om te gaan met depressieve klachten en van welke zorg hebben zij zelf profijt gehad?
- > Wat kan bijdragen aan preventie van depressie in en buiten de zorg?

### 2.4. Leeswijzer

De mensen die meedoen aan de inventarisatie zijn kort beschreven in hoofdstuk 3. Hun ervaringen met professionele zorgverleners, zoals huisarts, praktijkondersteuner ggz, psycholoog en 2<sup>e</sup>-lijns zorgverleners staan in hoofdstuk 4. Vervolgens leest u in hoofdstuk 5 wat mensen doen om zo min mogelijk klachten te hebben. Wat het betekent voor naasten van iemand met depressie en wat zij doen om hun naaste zo goed mogelijk bij te staan, leest u in hoofdstuk 6.

In hoofdstuk 7 staan de uitkomsten van de inventarisatie onder huisartsen en praktijkondersteuners ggz. Hierin geven zij voorbeelden voor preventie en behandeling van somberheid en depressie vanuit hun praktijkervaring en benoemen aan welke interventies zij behoefte hebben.

---

<sup>3</sup> De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Feiten en cijfers 2019. Trimbos Instituut. 2010.

<sup>4</sup> Zorgthermometer ggz. Inzicht in de geestelijke gezondheidszorg. Vektis intelligence, 2018.

### 3. De inventarisatie onder mensen met depressieve klachten

De mensen die meedoen aan de inventarisatie illustreren hun situatie. Zij geven aan wat de aanleiding of oorzaken voor hun depressieve klachten zijn. Velen krijgen zorg van meerdere hupverleners.

#### 3.1. Wie vullen de vragenlijst in?

De digitale vragenlijst is verspreid onder een brede achterban van de bij MIND aangesloten organisaties. Deze werd ingevuld door 1206 deelnemers afkomstig uit heel Nederland. Ruim een op de acht vragenlijsten (13%) werd ingevuld door een naaste. Driekwart van de mensen die te maken heeft met somberheid of depressie is vrouw. De deelnemers zijn ouder dan 18 jaar tot ver in de 80. De grootste groep is tussen de 50 en 66 jaar.

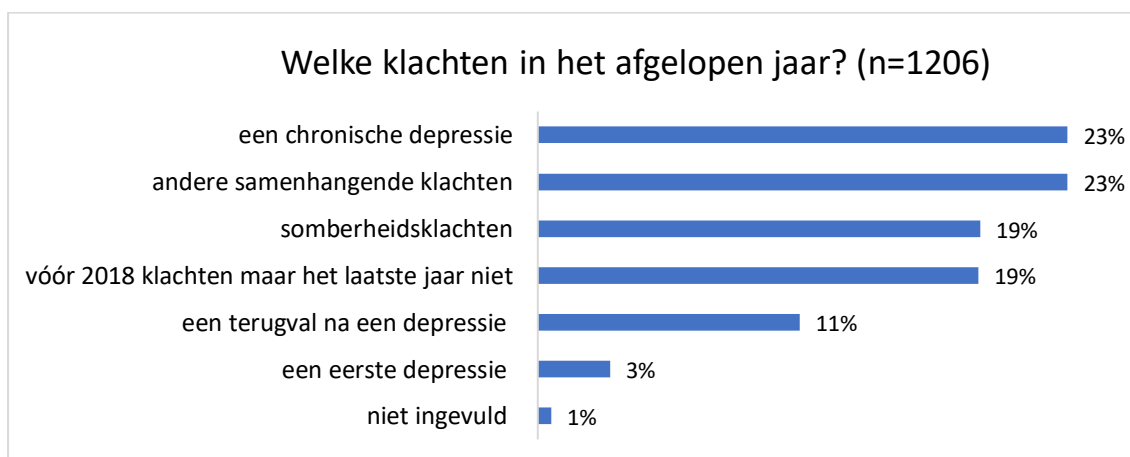
Tabel 1 De leeftijden van de deelnemers

Leeftijdsgroep van de deelnemers (n=1206)	Aantal	%
50 tot 66 jaar	485	40%
30 tot 50 jaar	428	35%
18 tot 30 jaar	166	14%
66 tot 80 jaar	112	9%
Ouder dan 80 jaar	8	1%
Niet ingevuld	7	1%
Totaal	1206	100%

#### 3.2. Depressieve klachten hebben diverse oorzaken

Van de 1206 deelnemers had een klein aantal (3%) voor de eerste maal met een depressie te maken. Bijna een vijfde (19%) heeft somberheidsklachten en evenzeveel hadden eerder depressieve klachten gehad, maar in het afgelopen jaar niet meer. Bijna een kwart (23%) noemt hun depressie chronisch en evenzeveel noemen klachten die samenhangend met somberheid en depressie, zoals angstklachten, psychose, ADHD etc. Een aantal deelnemers illustreert hun klachten met heftige en onregelende ervaringen, zoals gedachten aan zelfmoord en zelfmoordpogingen. Dit wordt genoemd door 85 respondenten (7%).

Grafiek 1 Welke klachten hebben deelnemers in het afgelopen jaar?



Wat verder opvalt, is dat een aantal naasten het antwoord op deze vraag leeg laat. Deelnemers die de enquête zelf invullen, maken altijd een keuze. Deelnemers noemen vaker een chronische depressie of een terugval na een depressie dan naasten.

Aan de deelnemers is gevraagd wat de aanleiding of oorzaak voor de klachten was en zij geven dat in eigen woorden weer. Bijna een kwart (23%) kan dit niet aangeven of het is niet bekend. De overige deelnemers geven diverse aanleidingen of oorzaken aan voor de depressieve klachten.

De antwoorden zijn ingedeeld in 4 groepen:

- Er is geen oorzaak of aanleiding voor somberheid of depressieve klachten of deze is onbekend.
- Psychische aandoeningen vormen de aanleiding of oorzaak voor depressieve klachten.
- Lichamelijke ziekte of biologische aandoeningen zoals postnatale depressie of winterdepressie.
- Levensgebeurtenissen zoals rouw, verlies van werk en problemen om hiermee om te gaan.

Enkele voorbeelden die deelnemers geven over hun klachten of problemen (met citaten):

- *“Bij mij waren het te veel veranderingen tegelijk: een verhuizing, het overlijden van mijn partner en ruzie met mijn dochters. En toen ging ik ook nog eens met pensioen, waardoor het contact met collega’s verwaterde.”*
- *“Te veel plannen op een dag. Ik ben een perfectionistisch ingesteld iemand. Neem niet voldoende tijd en rust voor mezelf. Ga voortdurend over m’n eigen grenzen heen.”*
- *“De problemen komen uit mijn jeugd. Mijn vader was alcoholist. Verwaarlozing, vervuild thuis, gepest op school en verkracht.”*
- *“Problemen op mijn werk, terminale kanker van m’n vader, mijn vaste ggz-begeleider werd overgeplaatst. Hierna volgde manie en nu depressie.”*
- *“Ik heb reuma en de hele dag pijn. Daardoor ben ik oververmoeid en slaap slecht. Ik heb geen energie.”*
- *“Door zijn autisme is hij al een paar keer ontslagen en hij is eenzaam want hij heeft geen vrienden. Toen is hij verslaafd geraakt en nu ziet hij allerlei dingen die er niet zijn.”*

Tabel 2 Welke aanleiding of oorzaak hebben de depressieve klachten?

Aanleiding of oorzaak (n=1206)	Aantal	%
Geen of onbekend	277	23%
<b>PSYCHISCHE OORZAKEN</b>		
PTSS of trauma	278	23%
Angst/dwang/of paniek	106	9%
Bipolaire aandoening	54	4%
Autisme of ASS	41	3%
Andere psychiatrische diagnoses	160	13%
<b>LICHAMELIJKE OF BIOLOGISCHE OORZAKEN</b>		
Lichamelijke ziekte	136	11%
Winterdepressie	19	2%
Postnatale depressie	12	1%
<b>LIFE EVENTS EN PROBLEMEN MET COPING</b>		
Stress/druk/spanning	121	10%
Werkdruk of -conflict	86	7%
Rouw of dood van een naaste	83	7%
Coping-problemen	82	7%
Werkloos of ontslag	46	4%

Relatieproblemen of scheiding	37	3%
<b>Totaal aantal aanleidingen of oorzaken</b>	<b>1538</b>	<b>5</b>

#### De antwoorden

- Bijna een kwart (23%) weet niet wat de aanleiding of oorzaak is voor de somberheids- of depressieve klachten.
- Bijna de helft (48%) noemt één oorzaak en bijna een op de drie (29%) noemt 2 of meer oorzaken voor de depressieve klachten.
- Bij de psychische aandoeningen die worden genoemd als oorzaak of aanleiding voor de depressieve klachten, worden trauma of posttraumatisch stresssyndroom (PTSS) en angst/dwang of paniek het vaakst genoemd. Daarnaast worden bipolaire of autistische aandoeningen met name genoemd. Ook noemen veel respondenten overige psychiatrische diagnoses, zoals psychotische kwetsbaarheid, borderline, andere persoonlijkheidsproblematiek of verslaving.
- Bij de lichamelijke klachten gaat het bij veel mensen om lichamelijke of chronische ziektes, zoals kanker, reuma, neurologische problemen. Of om biologische oorzaken, zoals postnatale depressie en winterdepressie die minder vaak worden genoemd.
- Bij life events gaat het om ingrijpende gebeurtenissen in het dagelijks leven die hebben geleid tot het ontstaan van de depressie of somberheid. Hier wordt stress/druk/spanning het vaakst genoemd als aanleiding. Conflicten/druk op het werk en rouw/dood van een naaste worden ongeveer even vaak genoemd. Ook coping-problemen en moeite om met nare gebeurtenissen in het leven om te gaan, worden genoemd. Hierbij geven deelnemers aan dat ze dit niet goed kunnen of geleerd hebben.

### 3.3. Depressieve klachten keren vaak terug en er is regelmatig zorg nodig

In de inventarisatie gaat het om 1206 mensen die somberheidsklachten hebben (gehad) of een (of meerdere) depressie(s) hebben meegemaakt. Deze mensen zoeken niet meteen hulp als ze zich somber voelen. Daar gaat een tijd overheen. Aan de mensen die de vragenlijst voor zichzelf invullen (n=1048), is gevraagd wanneer zij besloten om professionele hulp in te roepen. Uit de antwoorden blijkt, dat verreweg de meesten vinden dat ze te lang met depressieve gevoelens zijn blijven rondlopen voor ze dat doen.

De meest genoemde antwoorden<sup>6</sup>:

- Bijna 1 op de 12 deelnemers geven aan dat ze hulp zochten op het moment dat ze dachten aan zelfmoord of een zelfmoordpoging deden.
- Problemen op het werk, conflicten met leidinggevenden of ontslag. Ook advies van de bedrijfsarts wordt hier genoemd.
- Niet meer goed kunnen concentreren, slapen en functioneren.
- Zo'n 50 deelnemers noemen een jaartal of een periode.
- Deelnemers noemen een gedwongen opname of het ingrijpen door de crisisdienst.
- Op het moment van oplopende emoties of overheersende angst- en paniekgevoelens.

Aan de andere kant zijn deze deelnemers niet voortdurend sober of depressief, maar ze maken wel regelmatig gebruik van zorg. Ze geven aan van welke hulpverleners zij professionele zorg krijgen (of kregen): van de huisarts, van de praktijkondersteuner ggz, de psycholoog of van anderen. Ook is gevraagd wat deze hulpverleners deden en of dit hen heeft geholpen.

Een klein deel (iets meer dan 2%) krijgt geen professionele zorg. Van de overige 1024 deelnemers krijgen ruim 2 op de vijf (43%) zorg van een POH GGZ. Ongeveer evenveel deelnemers krijgen zorg van een huisarts (86%) of van een psycholoog (82%). Bijna twee derde krijgt zorg van andere professionele hulpverleners (64%).

<sup>5</sup> Er is geen totaalpercentage opgenomen, omdat deelnemers meerdere oorzaken of aanleidingen noemen.

<sup>6</sup> Aflopend: van meest genoemd naar minst vaak genoemd.

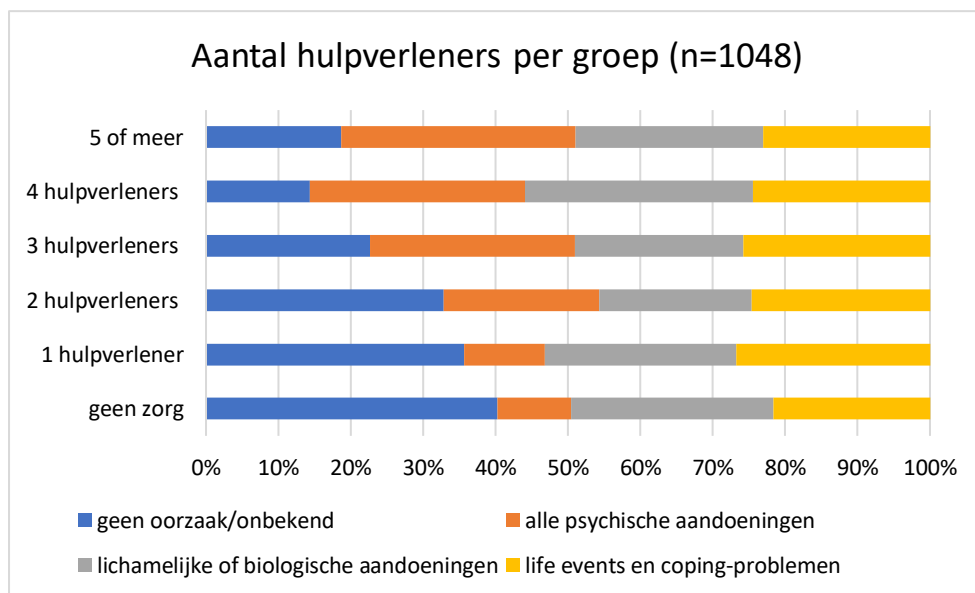
Tabel 3 Van welke zorgverleners krijgen deelnemers die zelf de vragenlijst invullen zorg?

Van welke hulpverleners krijgt u zorg? (n=1024) <sup>7</sup>	Aantal	%
Huisarts	879	84%
Psycholoog	842	80%
POH GGZ	436	42%
Andere hulpverleners in de 2 <sup>e</sup> lijn	657	63%
<b>Totaal aantal hulpverleners</b>	<b>2814</b>	

Veel deelnemers krijgen zorg van meerdere hulpverleners. Daarbij valt het volgende op:

- Mensen die aangeven dat ze geen oorzaak voor hun depressieve klachten weten, krijgen het minst vaak hulp.
- Ruim 1 op de 5 deelnemers krijgt alleen zorg vanuit de huisartsenpraktijk, van huisarts en POH GGZ.
- Deelnemers die aangeven dat psychische aandoeningen de aanleiding vormen voor hun depressieve klachten, bezoeken meer hulpverleners dan gemiddeld. (Dus meer dan mensen die aangeven dan lichamelijke of biologische aandoeningen de aanleiding zijn en meer dan mensen die aangeven dat life events of coping-problemen de aanleiding zijn voor de depressieve klachten.)
- Binnen de groep mensen met psychische aandoeningen krijgen mensen die autisme of ASS als oorzaak noemen, hulp van de meeste hulpverleners.
- Mensen die aangeven dat er lichamelijke of biologische oorzaken zijn of life events en coping-problemen een rol bij de depressie spelen, krijgen zorg van minder hulpverleners dan gemiddeld.

Grafiek 2 Het aantal hulpverleners per groep



### 3.4. Samengevat

Onder de reacties op de enquête zijn 1048 mensen met depressieve klachten:

- Ongeveer drie kwart van hen is vrouw en is tussen de 30 en 66 jaar.
- Bij ruim de helft van hen keren de depressieve klachten regelmatig terug.

<sup>7</sup> Hier zijn de deelnemers weggelaten die geen zorg krijgen (of kregen).

- Toch wachten verreweg de meeste deelnemers vrij lang voordat ze professionele hulp invoeren.
- Naast de depressieve klachten spelen andere klachten regelmatig een rol, bijvoorbeeld trauma of angsten; ook suïcidepogingen worden genoemd.
- Er zijn diverse oorzaken voor depressieve klachten: het vaakst worden psychische aandoeningen genoemd en ingrijpende gebeurtenissen in iemands leven (life events) zoals verlies van een dierbare, scheiding, verlies van werk etc.. Ook ziekte zoals reuma, pijn of kanker kan een aanleiding zijn.
- Ruim een vijfde weet niet wat de aanleiding voor of oorzaak van hun depressieve klachten is.
- Aan de omstandigheden waardoor depressieve klachten worden getriggerd, kunnen mensen zelf niet veel en soms zelfs niets veranderen.
- Dat de klachten in stand blijven of verergeren heeft volgens deelnemers met verschillende zaken te maken: ze kunnen niet altijd goed omgaan met tegenslagen; soms omdat ze dit niet geleerd hebben (coping). Bovendien praten ze liever niet over somberheid en depressieve gevoelens: ze willen anderen er niet mee belasten en schaamte speelt hierbij ook een rol. Dat het niet lukt om gelukkig en succesvol te zijn, voelen zij als een individueel falen.

#### Hulp zoeken

- Deelnemers die geen oorzaak voor hun depressieve klachten weten, krijgen het minst vaak professionele zorg van een huisarts, POH GGZ, psycholoog of 2<sup>e</sup>-lijns hulpverlener.
- Deelnemers die aangeven dat psychische aandoeningen de aanleiding voor hun klachten zijn, bezoeken vaak meer hulpverleners dan deelnemers die andere oorzaken noemen.

## 4. Welke zorg bieden hulpverleners en heeft die zorg geholpen?

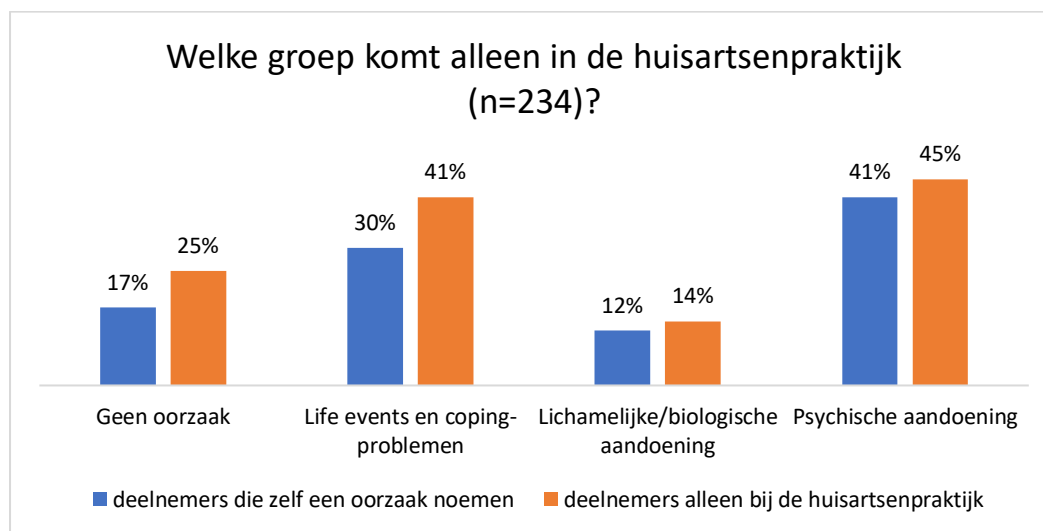
**Veel mensen met depressieve klachten maken zowel gebruik van algemene gezondheidszorg als van specialistische gezondheidszorg. Hoe ervaren zij de zorg van huisartsen, praktijkondersteuners ggz, psychologen en 2<sup>e</sup>-lijns zorgverleners?**

### 4.1. Wie krijgen alléén in de huisartsenpraktijk zorg?

Onder de deelnemers die de vragenlijst zelf invullen (n=1048), is er een groep die alléén in de huisartsenpraktijken wordt behandeld door huisarts en/of POH GGZ. Ruim een vijfde geeft dit aan (22%). Deze groep is bijna een afspiegeling van de totale deelnemersgroep; er zijn enkele kleine verschillen:

- Deelnemers die geen oorzaak of aanleiding voor hun depressieve klachten weten, worden iets vaker alleen binnen de huisartsenpraktijken behandeld. Ze hebben minder andere hulpverleners.
- Dat geldt ook voor de groep deelnemers die hun klachten wijt aan life events en coping-problemen.
- Toch blijft de grootste groep die alleen in de huisartsenpraktijken wordt behandeld, de groep die psychische aandoeningen noemt.

*Grafiek 3 Welke groep komt alleen in de huisartsenpraktijk (bij huisarts en/of POH GGZ)?*



De groep deelnemers die alleen bij de huisartsenpraktijk komt en niet door andere zorgverleners behandeld wordt, verschilt niet veel qua behandeling en qua de waardering die zij de hulpverleners geven in vergelijking met de totale deelnemersgroep.

Aan de deelnemers die de vragenlijst zelf invullen (n=1048) is gevraagd wat de huisarts en of POH GGZ heeft gedaan. De deelnemers die alleen in de huisartsenpraktijken zijn geweest, noemen ongeveer dezelfde behandelingen door de huisarts en de POH GGZ als de deelnemers die ook bij andere hulpverleners zijn geweest.

Aan de deelnemers die bij de huisartsenpraktijken komen is ook gevraagd of het contact met de huisarts en/of de POH GGZ hen heeft geholpen. De deelnemers die alléén in de huisartsenpraktijk zijn geweest (n=234) vinden vaker dat het contact met de POH GGZ hen heeft geholpen dan deelnemers die ook hulp van andere hulpverleners hebben gekregen.

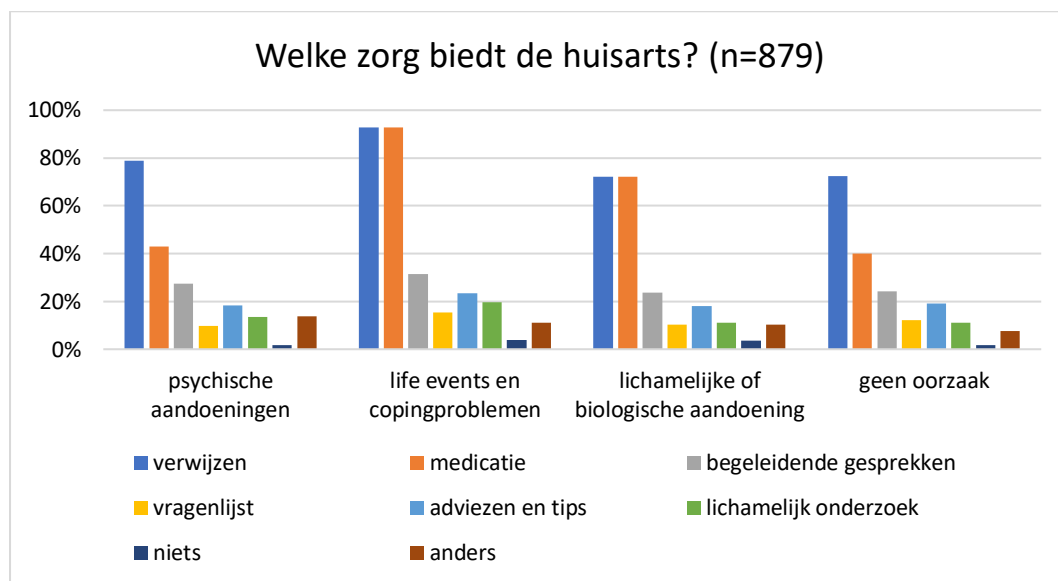
De ervaringen van de totale groep deelnemers zijn uiteengezet in de volgende paragrafen.



## 4.2. Verwijzing, medicatie en begeleidende gesprekken door de huisarts helpen

Totaal 879 deelnemers hebben hulp bij de huisarts gezocht. Als mensen met somberheidsklachten of depressieve gevoelens bij de huisarts komen, zet de huisarts vaak meerdere activiteiten in gang. De deelnemers noemen het volgende: de huisarts verwijst hen naar een andere hulpverlener (78%), de huisarts schrijft hen medicatie voor (41%), voert begeleidende gesprekken (25%), geeft adviezen en tips (18%), doet lichamelijk onderzoek (13%) en/of neemt een vragenlijst af om inzicht in de problemen te krijgen (12%). Een klein aantal deelnemers geeft aan dat de huisarts niets heeft gedaan (1%).

Grafiek 4 Welke zorg biedt de huisarts bij depressieve klachten?



### Verwijzen

Bij de deelnemers die bij de huisarts komen, verwijst de huisarts er gemiddeld vier op de vijf (78%) door naar een andere hulpverlener. Dit gebeurt het vaakst bij de groep die life events en coping-problemen noemt (93%). Het meest bij deelnemers waar werkloosheid of ontslag de aanleiding vormen voor hun klachten.

### Medicatie

De huisarts schrijft het vaakst medicatie voor bij de groep waar life events en coping-problemen spelen (93%) en de groep met lichamelijke en biologische aandoeningen (72%). Deelnemers in de groep met psychische problemen en deelnemers die geen oorzaak of aanleiding voor hun klachten weten, krijgen het minst vaak medicijnen voorgeschreven.

### Adviezen en tips

In de groep met psychische aandoeningen geeft de huisarts het vaakst adviezen en tips aan deelnemers die aangeven dat ze een bipolaire aandoening hebben of die autisme of ASS als oorzaak noemen. Tips zijn bijvoorbeeld om een lijst te maken van welke mensen in het sociale netwerk om hulp gevraagd kan worden, het advies om het rustiger aan te doen en minder hooi op de vork te nemen, meer afleiding te zoeken, leuke dingen te doen, contact met anderen te houden. Adviezen over leefstijl worden ook genoemd, zoals bijvoorbeeld in beweging blijven, een regelmatig dagritme en leefregels aanhouden, slaaphygiëne, gezonde voeding, stappen terug doen, tijdelijk stoppen met werken etc. Een enkele keer wordt ook een signaleringsplan opgesteld en een WRAP gemaakt.

### Begeleidende gesprekken

Begeleidende gesprekken worden het vaakst genoemd in de groep mensen met psychische aandoeningen (28%). En het minst door deelnemers bij wie werkloosheid of ontslag de aanleiding voor hun klachten is.

### Lichamelijk onderzoek

Bij deelnemers in de groep life events en coping-problemen doet de huisarts het vaakst lichamelijk onderzoek (20%). Binnen de groep met psychische aandoeningen doet de huisarts dit het meest bij deelnemers die aangeven dat een bipolaire aandoening de aanleiding is voor hun klachten.

### Vragenlijst

Bij deelnemers die aangeven dat een bipolaire aandoening de aanleiding voor hun klachten is, neemt de huisarts het vaakst een vragenlijst af en voert het vaakst begeleidende gesprekken.

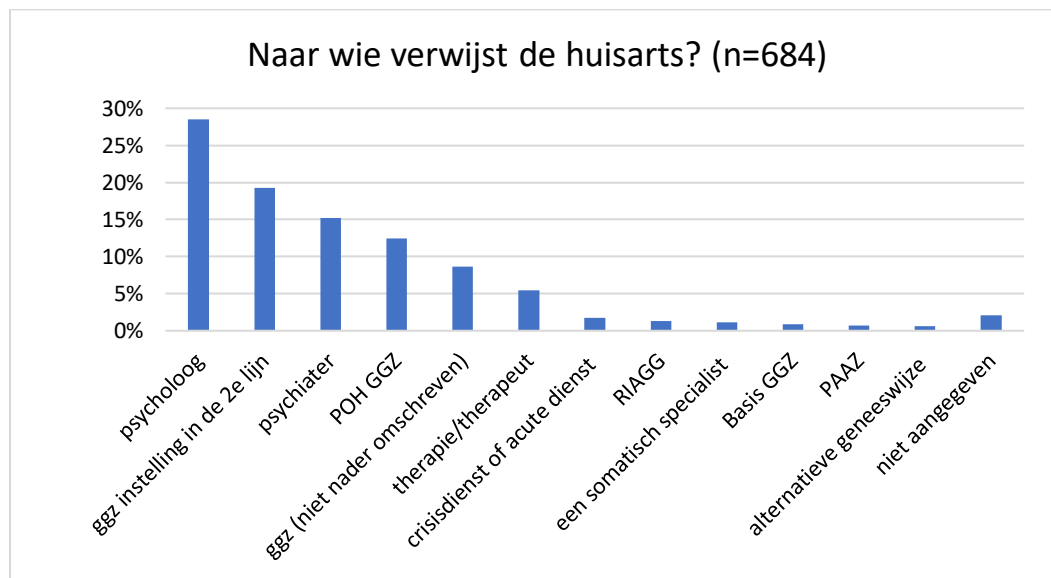
### De huisarts doet iets anders

Een kleine groep deelnemers geeft aan dat de huisarts (ook) iets anders deed, bijvoorbeeld meezoeken naar de juiste zorg, een opname regelen, hen volgen en ondersteunen, een psychiater of crisisdienst consulteren, naasten of mantelzorgers ondersteunen en/of buurtzorg of hulp vanuit de WMO inschakelen. De antwoorden in de categorie 'anders' worden het vaakst genoemd in de groep met psychische aandoeningen (14%).

Enkele voorbeelden die deelnemers geven over 'andere' zorg van de huisarts (citaten):

- *"Mijn huisarts steunt me enorm en heeft erg zijn best gedaan om mij te helpen in mijn zoektocht naar juiste hulp."*
- *"Hij heeft even alles samen doorgenomen wat er speelde in mijn gezin, die ook bij hem bekend zijn."*
- *"Ze heeft telefonisch contact gehouden met mijn behandelaren uit de ggz en vinger aan de pols gehouden bij het hele proces."*
- *"Voornamelijk zijn woorden dat ik altijd langs mocht komen. Dat ik zelfs als het niet meer ging in de wachtkamer mocht gaan zitten en hij tijd zou maken."*
- *"Ondersteuning bij het afbouwen van bepaalde medicijnen."*
- *"Zij heeft alles voor me geregeld. De hele formulierenwinkel voor ggz-instellingen en alle contacten."*

Grafiek 5 Naar wie verwijst de huisarts?



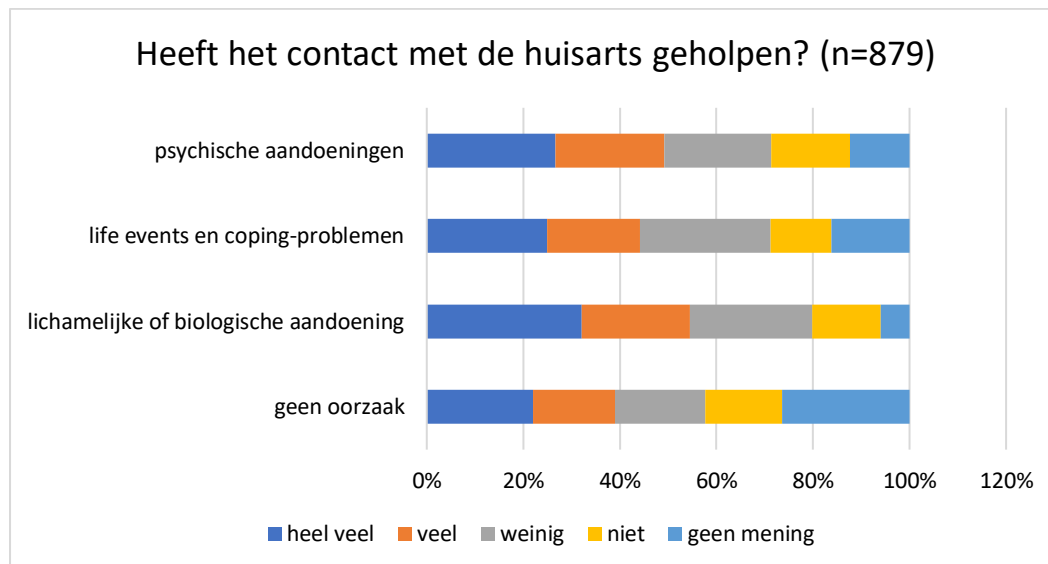
### Verwijzing naar andere hulpverlening

De deelnemers die een verwijzing kregen (n=684) geven aan naar wie de huisarts hen heeft verwezen. De huisarts verwijst het meest naar de psycholoog (29%), naar een ggz-instelling in de 2<sup>e</sup> lijn, de psychiater, de POH GGZ (12%) en naar de psychotherapeut. Ook worden genoemd: een verwijzing naar de crisisdienst, RIAGG, somatisch specialist, Basis GGZ, PAAZ of alternatieve geneeswijze; maar veel minder vaak (1 á 2%).

Een enkele keer worden genoemd: verwijzing naar een algemeen ziekenhuis, een revalidatie-instelling (somatisch), een gespecialiseerd verpleegkundige ggz, een POH somatiek, een coach, een bedrijfsarts, Arboarts

of lotgenotencontact. Verwijzing wordt het minst vaak genoemd door deelnemers die aangeven dat autisme of ASS de aanleiding van hun klachten is.

Grafiek 6 Heeft het contact met de huisarts geholpen?



Bijna de helft van de deelnemers (46%) is positief over het contact met de huisarts. Een kwart geeft aan dat dit contact heel veel heeft geholpen en ruim een vijfde geeft aan dat het contact hen veel heeft geholpen (21%). Deelnemers zijn het vaakst positief over het afnemen van een vragenlijst, zodat de huisarts een beeld kan vormen van de klachten (35%). Ze zijn het vaakst negatief over de adviezen en tips van de huisarts (24%); daarover vinden ze vaker dat dit hen niet heeft geholpen, dan andere hulp van de huisarts.

Enkele voorbeelden die deelnemers geven over de huisartsenzorg (met citaten):

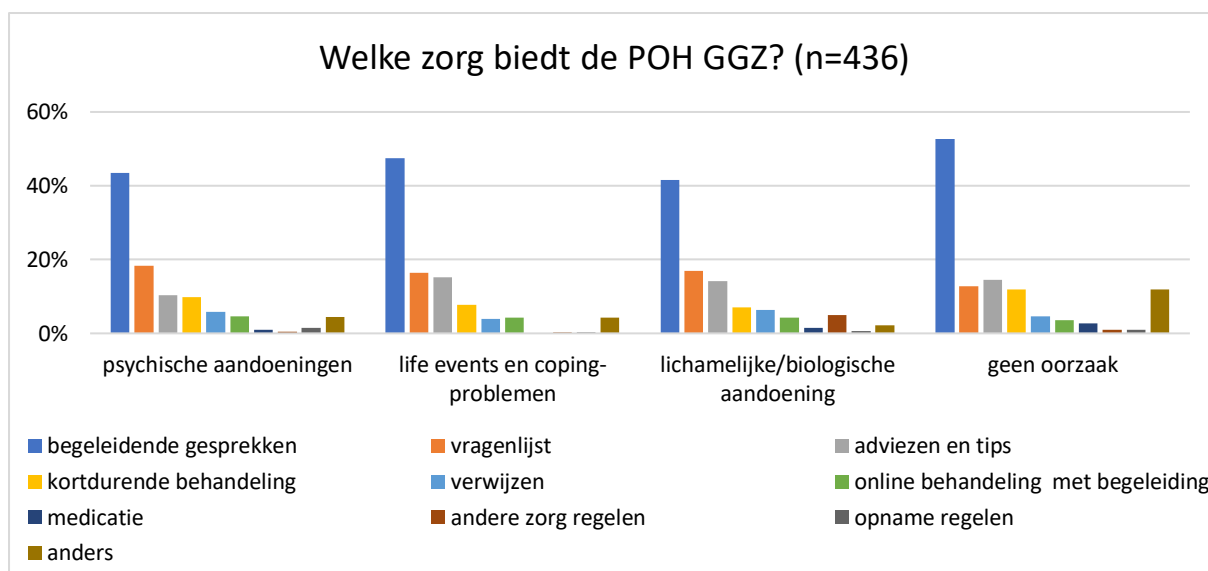
- *“Ik heb een meelevende huisarts; eentje die mijn problemen serieus neemt en achter me staat. Gelukkig zag hij snel de ernst van de situatie. Hij neemt alle tijd voor me en helpt me door de juiste instanties in te schakelen. Hij is een constante die mijn verhaal kent.”*
- *“Zij vond het allemaal te complex en daardoor voelde ik me niet begrepen. Het was onbevredigend dat ze mij niet meer te bieden had. Het was wel goed dat ze me doorverwees.”*

#### 4.3. De POH GGZ biedt vooral hulp door begeleidende gesprekken

Totaal 436 deelnemers hebben hulp bij de POH GGZ gezocht. Als mensen met somberheidsklachten of depressieve gevoelens bij de POH GGZ komen, biedt deze op meerdere manieren zorg aan. Deelnemers noemen het volgende: de POH GGZ voert begeleidende gesprekken met hen (72%), de POH GGZ neemt een vragenlijst af om een (beter) beeld van de klachten te vormen (27%), geeft adviezen en tips (22%), biedt kortdurende behandeling (15%), verwijst naar een andere hulpverlener (8%) en/of biedt een onlinebehandeling met begeleiding (7%). Minder vaak wordt genoemd dat de POH GGZ medicatie geeft of aanpast (2%), andere zorg regelt (1%) en/of een opname regelt (1%).

Een op de veertien deelnemers geeft aan dat de POH GGZ (daarnaast) ook iets anders doet (7%).

Grafiek 7 Welke zorg biedt de POH GGZ bij depressieve klachten?



### Begeleidende gesprekken

Begeleidende gesprekken worden het vaakst genoemd door deelnemers in de groep die geen oorzaak of aanleiding voor hun depressieve klachten weet. In de groep life events en coping-problemen voert de POH GGZ het vaakst begeleidende gesprekken bij deelnemers die aangeven dat ze last hebben van stress of spanning, bij deelnemers die te maken hebben met relatieproblemen of met echtscheiding en bij deelnemers met werkdruk of conflicten op het werk.

### Vragenlijst voor beeldvorming

Ruim een kwart van de deelnemers (27%) geeft aan dat de POH GGZ een vragenlijst afneemt om een (beter) beeld van de klachten te krijgen. Bijvoorbeeld 4DKL, een persoonlijkheidsonderzoek, een gezondheidsvragenlijst. Een enkele keer wordt een intelligentietest genoemd.

### Adviezen en tips

Deelnemers bij wie life events en coping-problemen spelen, krijgen vaker adviezen en tips van de POH GGZ dan deelnemers in de groep met psychische aandoeningen. Het gaat vaak om adviezen over leefstijl, in beweging te blijven, actief te blijven en leuke dingen te doen waar je plezier aan beleeft. En adviezen over voeding en dagritme, bijvoorbeeld rust nemen. Ook gaat het om adviezen om het zelfbeeld te verbeteren, zoals milder naar jezelf te kijken, minder kritisch te zijn, je grenzen aangeven etc.

### Kortdurende behandeling

Kortdurende behandeling door de POH GGZ wordt meest genoemd door deelnemers die geen oorzaak of aanleiding weten voor hun klachten. In de andere groepen wordt kortdurende behandeling het vaakst genoemd door deelnemers met relatieproblemen of echtscheiding en door deelnemers die te maken hebben met angst of dwang. Bijvoorbeeld cognitieve therapie, schematherapie, compassion focussed therapy, ACT en EMDR.

### Verwijzing

Als de POH GGZ verwijst naar andere hulpverleners dan is dat veelal naar (gespecialiseerde) instellingen. Dit gebeurt het vaakst in de groepen met psychische aandoeningen en lichamelijke of biologische oorzaken. In de groep waar life events en coping-problemen spelen, verwijst de POH GGZ het vaakst deelnemers die te maken hebben met werkloosheid of ontslag.

### Onlinebehandeling met begeleiding

Een onlinebehandeling met begeleiding door de POH GGZ wordt het vaakst genoemd door deelnemers in de groep met psychische aandoeningen. In de groep life events en coping-problemen wordt onlinebehandeling het vaakst genoemd door deelnemers die te maken hebben met werkloosheid of ontslag. Bijvoorbeeld een mindfulness app, een cursus slaaphygiëne, alcoholgebruik verminderen, een dagboek bijhouden over

gevoelens, de app 'Kleur je leven', een onlinecursus om grip op je gedachten en gevoelens te krijgen, te leren relativeren etc.

### Medicatie

In enkele situaties schrijft de POH GGZ medicatie voor of wijzigt de medicatie. Deelnemers die te maken hebben met postnatale depressie of winterdepressie noemen dit het vaakst.

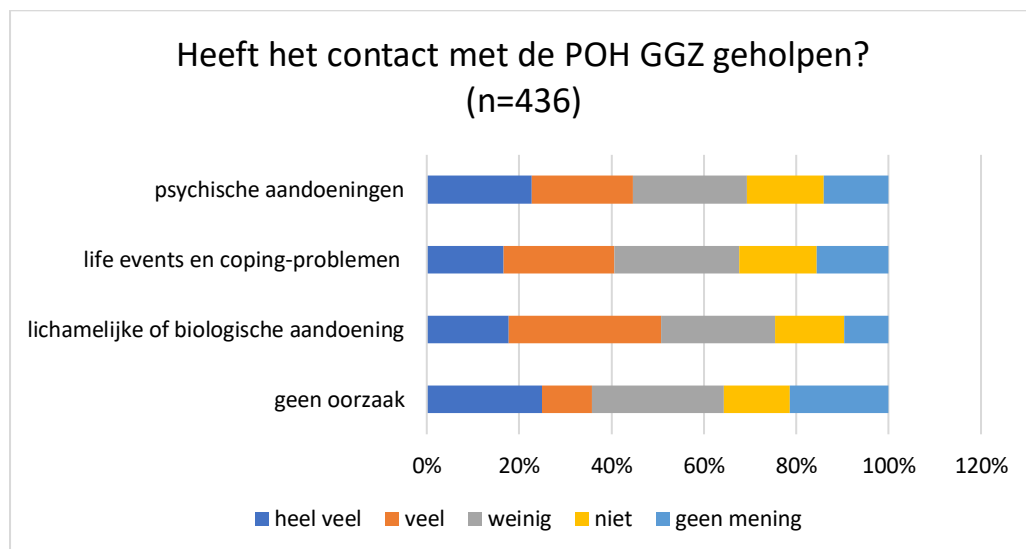
### Zorg elders geregeld

In enkele gevallen regelt de POH GGZ een opname in een instelling of schakelt andere zorg in via een FACT-team of Buurtzorg. Dit wordt het vaakst genoemd door deelnemers die te maken hebben met PTSS of trauma, deelnemers met autisme of ASS en door deelnemers die aangeven dat andere psychische aandoeningen (zoals verslaving of persoonlijkheidsproblemen) aanleiding zijn voor de depressieve klachten.

### Iets anders

Een klein aantal deelnemers geeft aan dat de POH GGZ (ook) iets anders heeft gedaan. Vooral in de groep met psychische problemen (12%). Hierbij wordt bijvoorbeeld genoemd dat de POH GGZ samen met hen een signaleringsplan opstelt, de familie heeft ingeschakeld, verdere behandeladressen gegeven etc.

Grafiek 8 Heeft het contact met de POH GGZ geholpen?



Evenals de huisarts onderneemt de veelal meerdere acties per patiënt. Ruim twee op de vijf deelnemers (41%) is positief over het contact met de POH GGZ. Een vijfde (20%) geeft aan dat dit contact heel veel heeft geholpen en ruim een vijfde geeft aan dat het contact hen veel heeft geholpen (21%).

Deelnemers in de groep met lichamelijke of biologische oorzaken vinden het vaakst dat het contact met de POH GGZ heeft geholpen: ruim de helft vindt dat (51%).

Binnen de andere groepen zijn de deelnemers die hun depressieve klachten wijten aan relatieproblemen of echtscheiding of angst het vaakst positief over het contact met de POH GGZ. Deelnemers die de te maken hebben met conflicten of druk op het werk vinden dat het contact met de POH GGZ het minst geholpen heeft.

Enkele voorbeelden die deelnemers geven over de zorg van de POH GGZ (met citaten):

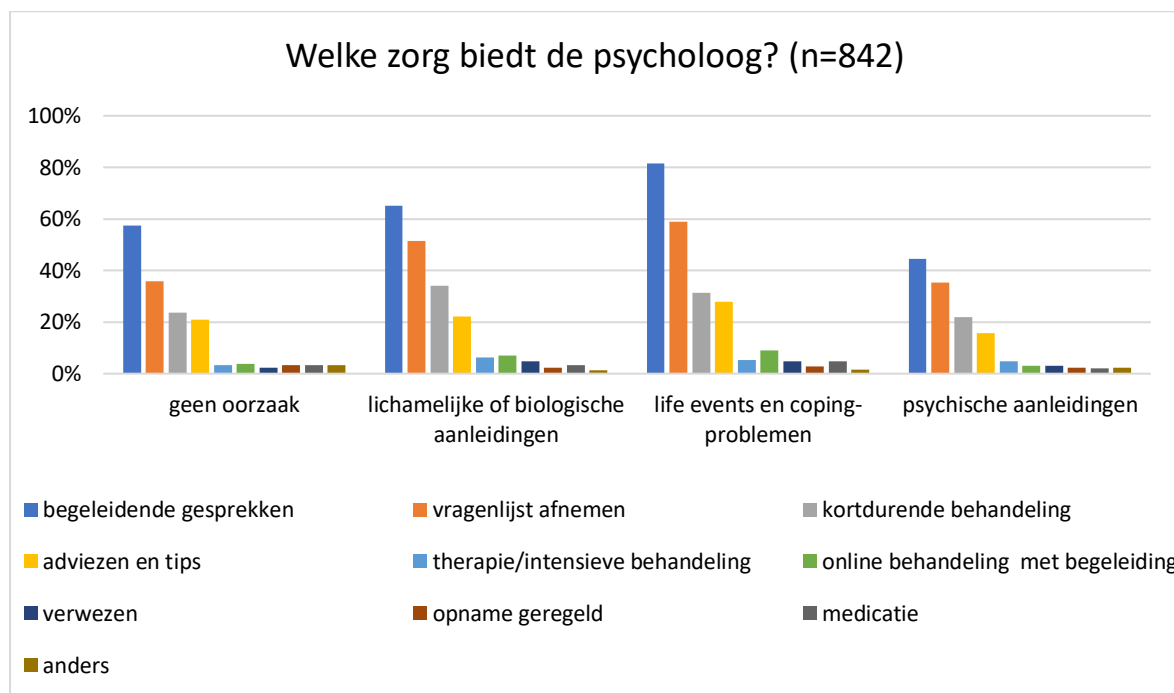
- *“Ze heeft mij goed geholpen met het overzichtelijk maken van omstandigheden en de situatie. Dat is heel fijn omdat duidelijkheid geeft. Ik heb geleerd om prioriteiten te stellen: wat is belangrijk voor mij? En om te kijken naar wat ik aan de situatie kan veranderen. En: waar heb ik hulp bij nodig. Dat gaf moed en vertrouwen.”*
- *“De adviezen die hij gaf, waren een beetje ‘standaard’, denk ik en hielpen mij niet. Ik had meer ondersteuning verwacht voor hoe ik met mijn problemen om kan gaan. Hij begreep niet wat het inhoudt als je leven geen zin meer heeft.”*

#### 4.4. Zorg van de psycholoog helpt het meest door begeleidende gesprekken en kortdurende behandeling

Totaal hebben 851 deelnemers hulp bij de psycholoog gezocht. Aan deelnemers die met depressieve klachten bij de psycholoog komen, is gevraagd welke zorg de psycholoog biedt. Een klein deel staat op de wachtlijst bij de psycholoog (ruim 1 %) en krijgt feitelijk nog geen zorg (deze groep is bij de volgende antwoorden beschouwd gelaten).

Aan de overige deelnemers (n=842) biedt de psycholoog op meerdere manieren zorg aan. Het volgende wordt genoemd: de psycholoog voert begeleidende gesprekken (66%), de psycholoog neemt een vragenlijst af om zich een (beter) beeld te vormen van de klachten (47%), biedt een kortdurende behandeling (29%), geeft adviezen en tips (23%), biedt therapie of intensieve behandeling (7%) en/of biedt onlinebehandeling met begeleiding (6%). Minder vaak verwijst de psycholoog (ook) (4%), regelt een opname voor de deelnemer (3%), schrijft medicatie voor (3%) en/of doet ook iets anders (3%).

Grafiek 9 Welke zorg biedt de psycholoog bij depressieve klachten?



##### Begeleidende gesprekken

Begeleidende gesprekken worden het vaakst genoemd door deelnemers met relatieproblemen of echtscheiding en deelnemers bij wie werkdruk of conflicten op het werk spelen.

##### Vragenlijst voor beeldvorming

Dit wordt het vaakst genoemd door deelnemers die te maken hebben met angst of paniek en door deelnemers die autisme of ASS als oorzaak noemen.

##### Kortdurende behandeling

Kortdurende behandeling wordt het vaakst genoemd door deelnemers die te maken hebben met angst of dwang en deelnemers die te maken hebben met autisme of ASS. Bij de kortdurende behandelingen worden met name behandelingen op basis van cognitieve gedragstechnieken genoemd.

##### Therapie

Therapie en intensieve behandeling wordt het vaakst genoemd door deelnemers die te maken hebben met PTSS of trauma. Bij therapie wordt bijvoorbeeld genoemd: EMDR, schema gerichte therapie en ACT. Een enkele keer ook PMT, MBT, KIB, KSD, exposuretherapie en psychotherapie.

### Adviezen en tips

Deelnemers die te maken hebben met postnatale depressie of winterdepressie en deelnemers die te maken hebben met werkdruk of conflicten op het werk, krijgen het vaakst adviezen en tips. Hierbij worden genoemd: mindfulness, gevoelens onder woorden brengen en running therapie.

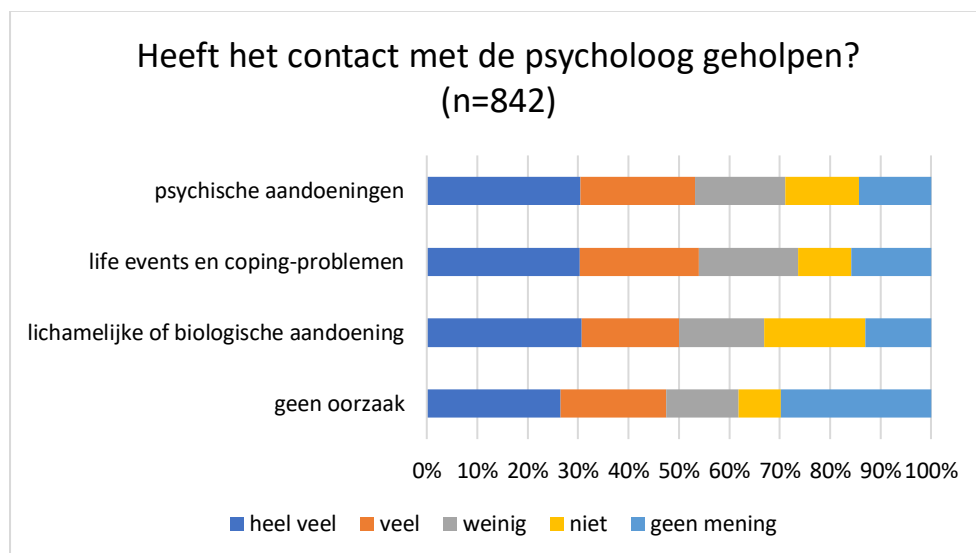
### Onlinebehandeling

Onlinebehandeling met begeleiding wordt het vaakst genoemd door deelnemers die te maken hebben met angst of dwang of met werkloosheid of ontslag. Bijvoorbeeld: Therapieland, Mindfit, Psyfit, Karify, gericht op sociale angst, zelfcompassie, piekeren, mindfulness, jezelf op 1 zetten, slapen etc.

### Overige zorg

Verwijzing, medicatie en opname worden het minst en ongeveer even vaak genoemd (2%). Verwijzing wordt het vaakst genoemd door deelnemers die te maken hebben met winterdepressie en deelnemers die te maken hebben met relatieproblemen of echtscheiding.

Grafiek 10 Heeft het contact met de psycholoog geholpen?



Ruim de helft van de deelnemers die contact hadden met de psycholoog vindt dat dit heeft geholpen (52%). Deelnemers die aangeven dat de depressieve klachten te maken hebben met autisme of ASS vinden het vaakst dat contact met de psycholoog hen heeft geholpen. Daarentegen vinden deelnemers die te maken hebben met angst of dwang en de groep met een lichamelijke ziekte of biologische aandoening vaker dan gemiddeld dat contact met de psycholoog hen niet heeft geholpen.

Enkele voorbeelden die deelnemers geven over de zorg van de psycholoog (met citaten):

- *“Eindelijk iemand die zegt wat ik in m’n hoofd voel. Hij houdt me een spiegel voor en spreekt me moed in. Ik heb inzicht gekregen in belemmerende patronen in denken en doen. Dat geeft rust in de chaos. En ik kan langzaam aan de balans terugvinden.”*
- *“Ik bleef maar huilen. Zij wist zich geen raad en daardoor kreeg ik het idee dat er echt iets mis was met mij. Ik voelde me erg in de steek gelaten toen zij zei dat ze me niet verder kon helpen .... heel je ziel en zaligheid blootgelegd en dan weer doorgestuurd worden.... Uiteindelijk bleek dat toch de juiste stap.”*

#### 4.5. Zorgverleners in de 2<sup>e</sup> lijn helpen vooral door gespecialiseerde behandeling

Veel deelnemers krijgen (ook) zorg van andere hulpverleners; dit zijn er 724 van de (69%). Relatief veel van deze deelnemers krijgen zorg vanuit de 2<sup>e</sup>-lijns ggz (91%). Bijvoorbeeld van een psychiater, een therapeut, een behandelteam, een crisisdienst of gespecialiseerde zorg thuis, van FACT of IHT. Een enkeling noemt hier ook 3<sup>e</sup>-lijns ggz. Een klein deel maakt gebruik van alternatieve zorg, zoals acupunctuur, hypnotherapie, psychosynthese, holistische geneeskunde, etc.. Een kleiner deel noemt hier ook (weer) zorg van een 1<sup>e</sup>-lijns psycholoog.

---

*Tabel 4 Welke overige hulp of zorg krijgen deelnemers?*

---

Wie geeft overige hulp of zorg? (n=721)	Aantal	%
SGGZ	657	91%
alternatieve geneeskunde	40	6%
1e-lijns psycholoog	27	4%
<b>Totaal aantal deelnemers</b>	<b>724</b>	

De 657 deelnemers krijgen verschillende soorten zorg in de 2<sup>e</sup> lijn. Bijna de helft van de deelnemers geeft aan dat zij van de 2<sup>e</sup>-lijns hulpverleners een gespecialiseerde behandeling kregen. Het voorschrijven of aanpassen van medicijnen en begeleidende gesprekken werden ongeveer even vaak genoemd. Op de voet gevolgd door therapie. Naast opname en advies werd ook diagnostiek genoemd.

---

*Tabel 5 Welke zorg bieden hulpverleners in de 2<sup>e</sup>-lijns ggz?*

---

Welke zorg biedt de 2 <sup>e</sup> lijn? (n=657)	Aantal	%
Behandeling	301	46%
Medicatie	126	19%
Gesprekken	109	17%
Therapie	81	12%
Ondersteuning	40	6%
Verwijzen	21	3%
Opname	24	4%
Advies	20	3%
Diagnostiek	9	1%
<b>Totaal onderdelen van het zorgaanbod</b>	<b>731</b>	

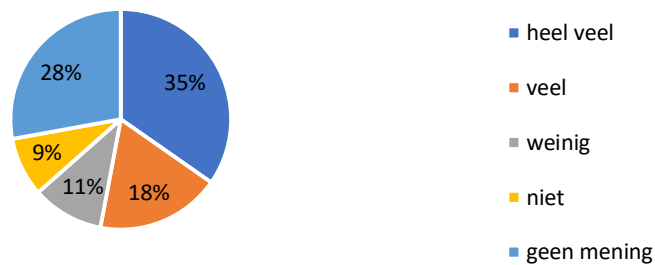
---

*Grafiek 11 Heeft het contact met de 2<sup>e</sup>-lijns ggz geholpen?*

---



### Heeft het contact met de 2e-lijns ggz geholpen? (n=657)



Ruim de helft van de deelnemers (53%) is positief over de zorg van de 2<sup>e</sup>-lijns ggz. Ruim een derde (35%) vindt dat het heel veel heeft geholpen en bijna 1 op de 5 (18%) vindt dat het veel geholpen heeft.

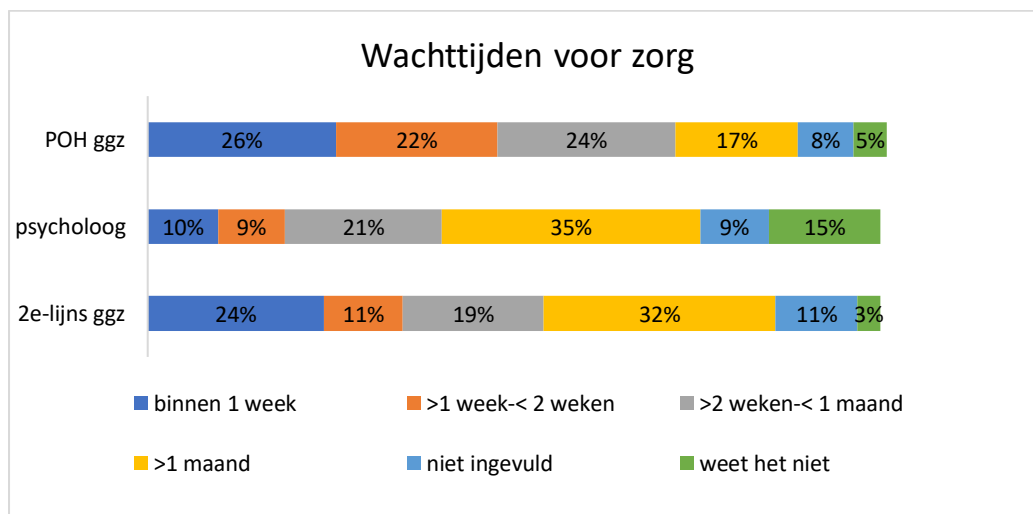
Enkele voorbeelden die deelnemers geven over de zorg van de 2<sup>e</sup>-lijns ggz (met citaten):

- *“Zij durft mij te confronteren zonder mij te kwetsen; daar kan ik wat mee. Ik ervaar elke sessie als zeer prettig en leerzaam. Elke sessie levert inzichten op over mijn lijf en mijn geest, wat heeft geholpen om te begrijpen hoe mijn innerlijke processen lopen. Daarnaast heb ik de medicatie soms gewoon nodig om chemisch bij te sturen in mijn hersenen. Ze heeft handvatten gegeven en de regie bij mij neergelegd.”*
- *“Ik had veel verschillende behandelaars achter elkaar. Ze keken niet naar leeftijd of persoon, maar naar het protocol. Maar ja, niet iedereen past in hetzelfde stramen. Het sloot niet aan bij wat ik nodig had en heeft me uiteindelijk niet veel geholpen.”*

#### 4.6. Hoe specialistischer de zorg, hoe langer de wachttijd

Aan de deelnemers is gevraagd hoe lang zij op de professionele hulp hebben gewacht.

Grafiek 12 Wachttijd voor zorg van POH GGZ, psycholoog en 2<sup>e</sup>-lijns ggz



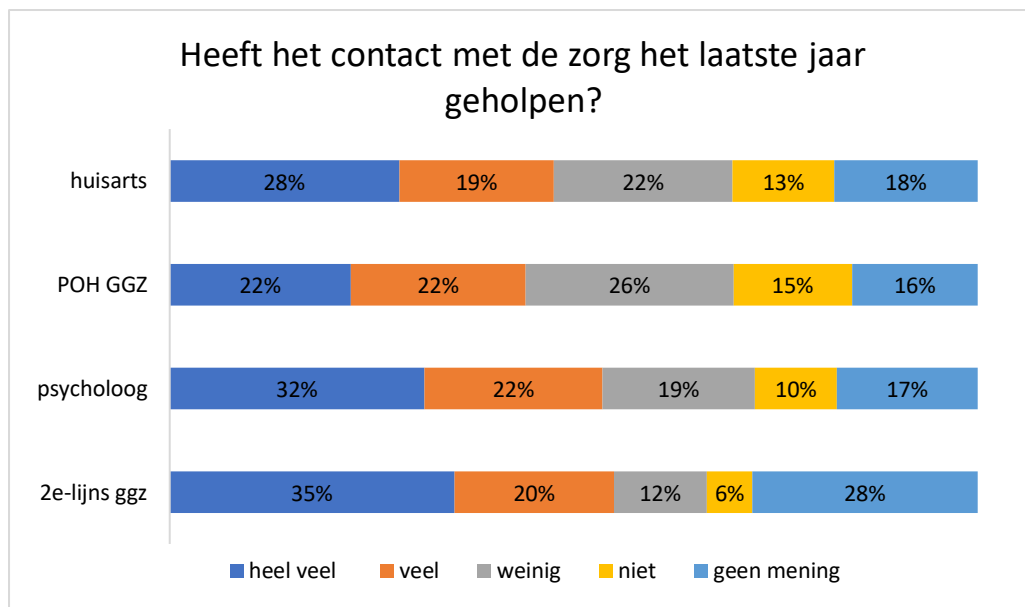
De antwoorden:

- Bijna de helft van de deelnemers (48%) kon bij de POH GGZ terecht binnen 2 weken. Bijna een op de zes (17%) gaf aan dat ze langer dan een maand moesten wachten.
- Ongeveer 1 op de 5 (19%) deelnemers kon bij de psycholoog terecht binnen 2 weken. En ruim 1 op de 3 (35%) gaf aan dat ze langer dan een maand moesten wachten. Veel deelnemers weten niet zeker meer hoe lang het duurde. De langste wachttijd die hier worden genoemd is 1,5 jaar.
- Ruim een derde (35%) kon terecht bij de 2<sup>e</sup>-lijns ggz binnen 2 weken. Bijna een derde gaf aan dat ze langer dan 1 maand hebben gewacht. De langste wachttijd die hier worden genoemd is 1,5 jaar.

#### 4.7. Heeft de zorg in het afgelopen jaar geholpen?

Van de deelnemers die in het afgelopen jaar (vanaf medio 2018 tot medio 2019) zorg hebben ontvangen, is nagegaan of zij vinden dat het contact met de hulpverlening hen geholpen heeft.

Grafiek 13 Heeft de zorg in het afgelopen jaar geholpen?



Voor de zorg van de huisarts en de POH GGZ vindt bijna de helft dat dit hen heeft geholpen (47% resp. 44%) en voor de zorg van de psycholoog en de 2<sup>e</sup>-lijns ggz vindt ruim de helft dat het heeft geholpen (54% resp. 55%). Veel deelnemers die nog in behandeling zijn, geven aan dat ze nog niet weten of het hen geholpen heeft.

#### 4.8. Tips en suggesties

##### 785 Tips van mensen met depressieve klachten voor anderen in soortgelijke situaties

Ieder mens is uniek, ook mensen met depressieve klachten. Maar er zijn ook mensen in soortgelijke situaties als waarin de deelnemers aan het onderzoek verkeren. Aan de deelnemers is gevraagd of ze tips en suggesties hebben voor lotgenoten. Behalve het advies om zo snel mogelijk de professionele hulp te zoeken die bij je past (38%) en medicatie te gebruiken (6%), geven deelnemers veel tips en suggesties. Die hebben vooral betrekking op wat mensen kunnen doen om hun situatie draaglijker te maken en hoe ze hun situatie kunnen verbeteren.

De meest genoemde Do's (wat iemand wél zou kunnen doen)<sup>8</sup>:

1. Erover praten en zorgen dat je in contact blijft met mensen die je vertrouwt (16%).

<sup>8</sup> Aflopend weergegeven: van meest naar minst genoemd.

2. Geduld hebben en jezelf de tijd geven om er weer boven op te komen. Beseffen dat het een lange weg is; volhouden en niet opgeven.
3. Contact zoeken met lotgenoten en/of ervaringsdeskundigen, eventueel in een herstel-initiatief.
4. Actief blijven: elke dag iets actiefs doen (bijvoorbeeld buiten wandelen) en een structuur in de dag brengen (ritme van opstaan, eten en slapen), gezond eten.
5. Zelf de regie nemen en opkomen voor wat goed voelt en voor wat je zelf wilt; assertief zijn en durven te vragen.
6. Neem jezelf serieus en neem serieus wat er aan de hand is. Blijf 'dicht bij jezelf'.
7. Accepteer de situatie: het leven is nu eenmaal niet altijd zonneshijn. Aanvaard dat je hulp nodig hebt.
8. Neem je rust, doe het rustiger aan, bijvoorbeeld in je werk of afspraken. Matig je tempo; doe aan ontspanning, bijvoorbeeld door mindfulness, yoga of meditatie.
9. Ga leuke dingen doen, activiteiten waar je van kunt genieten. Of waarvan je vroeger blij werd.
10. Zoek informatie over wat er met je aan de hand is en over hulpmogelijkheden.
11. Oefen in positief denken: bedenk waar je deze dag dankbaar voor bent of wat je plezierig vond.
12. Maak een signaleringsplan of doe mee aan een WRAP-cursus, zodat je weet wat je somber maakt en hoe je dat kunt vermijden of jezelf in balans kunt houden.

En er worden ook don'ts genoemd: dingen die je beter niet kunt doen als je depressieve klachten hebt.

Het vaakst genoemd worden:

1. Je schamen: ieder mens is kwetsbaar en toevallig heb jij nu de pech dat het bij jou niet goed gaat. Het kan iedereen overkomen. Schaam je er dus niet voor dat je het niet alleen kunt oplossen.
2. Doormodderen met hulp die niet helpt. Je kunt beter stoppen met hulpverleners die je niet begrijpen of je problemen niet erkennen. Accepteer niet dat een hulpverlener je 'onbehandelbaar' vindt.

Enkele voorbeelden (met citaten):

- *"Sta het jezelf toe om depressief te zijn als je het bent, maar hoe moeilijk het ook is, blijf je afspraken en bezigheden volhouden want ritme in je leven houdt je op de been."*
- *"Blijf zoeken naar een oplossing. Stel opgeven telkens uit tot morgen, desnoods telkens tot over een half uur."*
- *"Wees niet bang, en schaam je nergens voor. Je bent een vechter en daar is niets mis mee, dat is ongelooflijk sterk. Bij een beenbreuk vinden we het volkomen normaal dat je hulp zoekt, zie dat gelijk bij geestelijke nood.:"*
- *"Praat over wat er met je aan de hand is. Zorg daarmee dat je omgevende mensen waarmee je te maken hebt ook begrip voor je krijgen. Snappen is respecteren."*

### **623 Tips van mensen met depressieve klachten voor hulpverleners**

Aan de deelnemers is gevraagd of ze tips en suggesties hebben voor hulpverleners. Bijvoorbeeld omdat ze voorbeelden hebben van wat bij hen goed heeft geholpen of juist omdat ze iets hebben gemist in het contact met de hulpverleners. Er zijn 623 tips gegeven.

Naast onvrede over de wachtlijsten voor zorg (7%) en over het verloop van hulpverleners werden veel tips gegeven. De tips hebben vooral betrekking op hoe hulpverleners de zorg kunnen afstemmen op de persoon, zodat die zorg goed past in zijn/haar situatie. Dit gaat ook over de persoon van de hulpverlener en de werkwijze.

De meest genoemde do's en goede voorbeelden:

1. 1 op de 5 tips gaat over het goed luisteren naar de klachten. Daarnaast is het belangrijk om ook naar het levensverhaal van de persoon te luisteren, naar wat hij/zij meegemaakt heeft. Blijf dóórvragen zodat de knelpunten duidelijker worden. Als de hulpverlener de klachten serieus neemt, voelt de patiënt zich ook serieus genomen.
2. Vervolgens de tip om niet te snel een protocol te volgen of een 'standaardbehandeling' te starten, maar individueel maatwerk in te zetten, afgestemd de persoon en zijn omstandigheden.
3. Wat positief werkt, is dat hulpverleners herstelgericht samenwerken met de patiënt en deze aanmoedigen om adviezen onder eigen regie uit te proberen en te evalueren. De hulpverlener moedigt eigen keuzes en initiatieven aan en checkt hoe dit bevalt.
4. Wat ook helpt, is dat de hulpverlener alles bespreekbaar durft te maken. Ook wensen en ervaringen die zeer gevoelig liggen of hevige emoties oproepen, zoals bijvoorbeeld misbruik of een doodswens. Hoe moeilijk dit ook is, het geeft vaak verlichting.

5. Hulpverleners die oprecht en eerlijk zijn, als persoon present zijn en empathisch en meevoelend zijn, worden gewaardeerd.
  6. Ook is het heilzaam om de dingen in de dag te plannen, te registreren en terug te halen, zodat er opties en mogelijkheden ontstaan om 'slechte dagen door te komen'.
  7. Deelnemers vinden het belangrijk dat de hulpverlener duidelijk is over het proces van de behandeling, zodat hij/zij weet wat de bedoeling is, wat het begin en eind is, enz..
  8. Het advies om contacten met lotgenoten en ervaringsdeskundigen te zoeken, bijvoorbeeld in een herstel-initiatief of bij een cliëntenorganisatie, wordt aanbevolen.
  9. Ook hulpverleners die erin slagen om vertrouwen en veiligheid te bieden.
  10. Het zoeken naar oorzaken en achtergronden van de depressieve klachten wordt benoemd.
  11. Aandacht voor en praktische oplossingen voor iemands situatie thuis en de knelpunten aldaar.
- Tot slot wordt ook genoemd dat het helpt als hulpverleners ontspanningsoefeningen aanraden, (bijvoorbeeld yoga, mindfulness of meditatie), lichamelijke en geestelijke problemen integraal benaderen en medicatie voorschrijven. Overigens zijn er ook deelnemers die aanbevelen om niet te snel medicatie in te zetten.

Enkele voorbeelden (met citaten):

- *“Denk niet te snel wel te weten zien wat het probleem is. Kijk naar de mens en zijn levensgeschiedenis. Kijk ook waarmee de cliënt moeite heeft het aan te gaan vanwege schaamte en schuldgevoel.”*
- *“De meest fantastische hulpverlener durft zichzelf te zijn, staat zelf stabiel in het leven, laat iets van zijn privé zien (verhaaltjes die mij hielpen als goed voorbeeld) en doet voor hoe je goed kunt leven (bijvoorbeeld hardop benoemen wat er speelt). Die leerde mij boos worden op een goede manier.”*
- *“De vraag: ‘Wat is er nodig om weer zelfstandig thuis te kunnen wonen?’ is een goed uitgangspunt voor mijn herstelproces geweest. Eén om thuis zelfstandig mijn leven, leren en groeien te bevorderen.”*
- *“De WRAP zou vaker ingezet moeten worden in reguliere begeleidingsinstanties. Deze cursus geeft enorm veel inzicht in waarom een crisis (dit geval depressie) zich voordoet, de signalen hiervan te herkennen en hier vroegtijdig op in te spelen.”*
- *“Door de lange wachtlijsten krijg je een steeds negatiever beeld van de hulpverlening. Dit is jammer. Waar ik veel aan had, was dat ik moest gaan zoeken naar dingen die mij energie gaven of in ieder geval geen extra energie kostten. Ook heb ik een tijdje ingevuld wat ik overdag allemaal deed omdat ik voor mijn gevoel bijna niks deed en toen kwam ik tot de conclusie dat het genoeg was wat ik deed.”*

#### 4.9. Samengevat

De ervaringen van deelnemers met professionele hulpverleners:

- Een kleine groep heeft geen zorg gezocht.
- De meeste deelnemers met somberheid en klachten die daarmee samenhangen, zoals slecht slapen en piekeren, hebben bij een eerste depressie uiteindelijk vrij laat hulp gezocht. Vaak op eigen initiatief, maar soms ook vanuit een crisissituatie. Ze wachten lang voordat ze de huisarts inschakelen.
- Ongeveer vier vijfde van de deelnemersgroep heeft contact met de huisarts en ongeveer twee vijfde met de POH GGZ. Tevens bezocht vier vijfde (ook) een psycholoog en heeft twee derde (ook) contact met hulpverleners in de 2<sup>e</sup>-lijns ggz. Weinig deelnemers hebben zorg vanuit alternatieve geneeswijzen gezocht, zoals acupunctuur, hypnotherapie, psychosynthese, holistische geneeskunde, etc.
- Ruim een vijfde heeft alléén hulp van de huisartsenpraktijken gekregen; dus alleen van huisarts en/of POH GGZ. Relatief vaak zijn dit deelnemers die geen oorzaak of aanleiding voor hun depressieve klachten weten. Toch blijft de grootste groep die alléén in de huisartsenpraktijken wordt behandeld, de groep die psychische aandoeningen en oorzaken voor de depressie noemt.
- De huisarts zet bij een deelnemer vaak meerdere activiteiten in gang, zoals begeleidende gesprekken en tips en adviezen. Daarnaast verwijst de huisarts van alle deelnemers die contact hebben, er bijna vier op de vijf door naar een andere hulpverlener en schrijft bij twee op de vijf medicatie voor; dit gebeurt het vaakst bij de groep die aangeeft dat bij hen life events en coping-problemen spelen. Het meest wordt verwezen naar een psycholoog, naar een ggz-instelling in de 2<sup>e</sup> lijn, een psychiater, de POH GGZ of een psychotherapeut.
- De POH GGZ voert het vaakst begeleidende gesprekken. Het meeste met deelnemers die geen oorzaak voor hun depressieve klachten weten. Adviezen en tips en een kortdurende behandeling worden het meest genoemd door deelnemers bij wie life events en coping-problemen spelen. De adviezen hebben

veelal betrekking op het aanpassen van leefstijl. Bij minder dan een tiende van de deelnemersgroep biedt de POH GGZ een onlinebehandeling met begeleiding.

- De psycholoog biedt ook vooral begeleidende gesprekken, kortdurende behandeling en adviezen en tips. Daarnaast biedt de psycholoog (ook) onlinebehandeling met begeleiding, therapie en intensieve behandeling, zoals bijvoorbeeld EMDR, schema gerichte therapie en ACT. Therapie wordt het vaakst genoemd door deelnemers die te maken hebben met PTSS of trauma. Adviezen en tips worden het vaakst genoemd door deelnemers die te maken hebben met postnatale depressie of winterdepressie en deelnemers die te maken hebben met werkdruk of conflicten op het werk. Mindfulness wordt hierbij ook genoemd. Deelnemers die te maken hebben met autisme of ASS vinden het vaakst dat de hulp van de psycholoog heeft geholpen.
- De hulpverleners in de 2<sup>e</sup>-lijn, zoals psychiater, therapeut, behandelteam, crisisdienst of gespecialiseerde zorg thuis, van FACT of IHT bieden met name gespecialiseerde behandeling. Medicatie, therapie en gesprekken worden minder vaak genoemd.
- Screening en lichamelijk onderzoek worden bij alle hulpverleners genoemd. Er worden hierbij bijvoorbeeld vragenlijsten en zelftests gebruikt.
- De wachttijden voor de POH GGZ zijn het kortste; doorgaans krijgen deelnemers binnen twee weken na verwijzing de zorg. De wachttijden voor de zorg vanuit de 2<sup>e</sup> lijn en de psycholoog zijn het langst.
- Bijna de helft van de deelnemers vindt dat het contact met de huisarts hen geholpen heeft. Iets minder deelnemers vinden dat van de hulp van de POH GGZ. Hulp van hulpverleners in de 2<sup>e</sup> lijn en van de psycholoog, helpt het meeste volgens alle deelnemers aan de enquête. Dat geldt ook voor de deelnemers die het afgelopen jaar zorg kregen.

De tips en suggesties aan anderen in soortgelijke situatie:

Mensen met depressieve klachten verkeren niet in dezelfde situatie, maar geven elkaar uit eigen ervaring tips over wat goed is om te doen of om juist niet te doen.

- De meest genoemde tips en suggesties zijn om te praten over depressieve klachten en om steun te zoeken bij anderen, de tijd nemen om te herstellen, contact te zoeken met lotgenoten en ervaringsdeskundigen, elke dag actief te blijven en een ritme aan te houden, zelf de regie te nemen en plezierige activiteiten te (blijven) doen.
- Enkele deelnemers hebben goede ervaringen met het opstellen van een signaleringsplan en het volgen van een WRAP.
- Een aantal deelnemers adviseert expliciet om schaamte opzij te zetten, want depressie kan iedereen overkomen. En bij zelf het heft in handen nemen, hoort volgens sommigen ook dat het onverstandig is om door te gaan met hulpverlening waar je geen baat bij hebt.

De tips en suggesties aan hulpverleners:

Deelnemers geven ook tips en suggesties aan hulpverleners, gebaseerd op hun eigen ervaring. Het meest genoemd worden:

- Het aanbieden van passende hulp betekent dat er individueel maatwerk moet zijn en dat de hulpverlener daarvoor goed aansluiting moet zoeken bij iemands persoonlijke omstandigheden en zijn geschiedenis. Samen zoeken naar wat helpend is, samenwerking en het versterken van eigen regie bij keuzes zijn daarbij belangrijk. De persoonlijke relatie speelt ook een grote rol: een hulpverlener die meevoelend én echt is, kan beter vertrouwen bieden. Ook helpt het velen om structuur aan te brengen in de invulling van de dag.
- Velen zijn positief over het advies van hulpverleners om contact met lotgenoten en ervaringsdeskundigen te leggen.

## 5. Wat helpt mensen om zo min mogelijk klachten te hebben?

**Mensen met depressieve klachten hebben soms goede manieren gevonden om klachtenvrij te blijven. Hier komt vooral naar voren dat mensen vaak een lange weg afleggen om gaandeweg te accepteren dat zij regelmatig te maken hebben met sombere gevoelens en depressie. En dat ze manieren gevonden hebben om ermee om te gaan. Ook zijn er voorbeelden van hoe mensen met chronische depressie terugval kunnen uitstellen of voorkomen.**

### 5.1. Wat werkt preventief bij verschillende groepen?

Aan de deelnemers die de vragenlijst zelf invullen (n=1048), is gevraagd wat hen heeft geholpen om zo min mogelijk klachten te hebben. En wat hen het meeste of een beetje heeft geholpen.

De antwoorden:

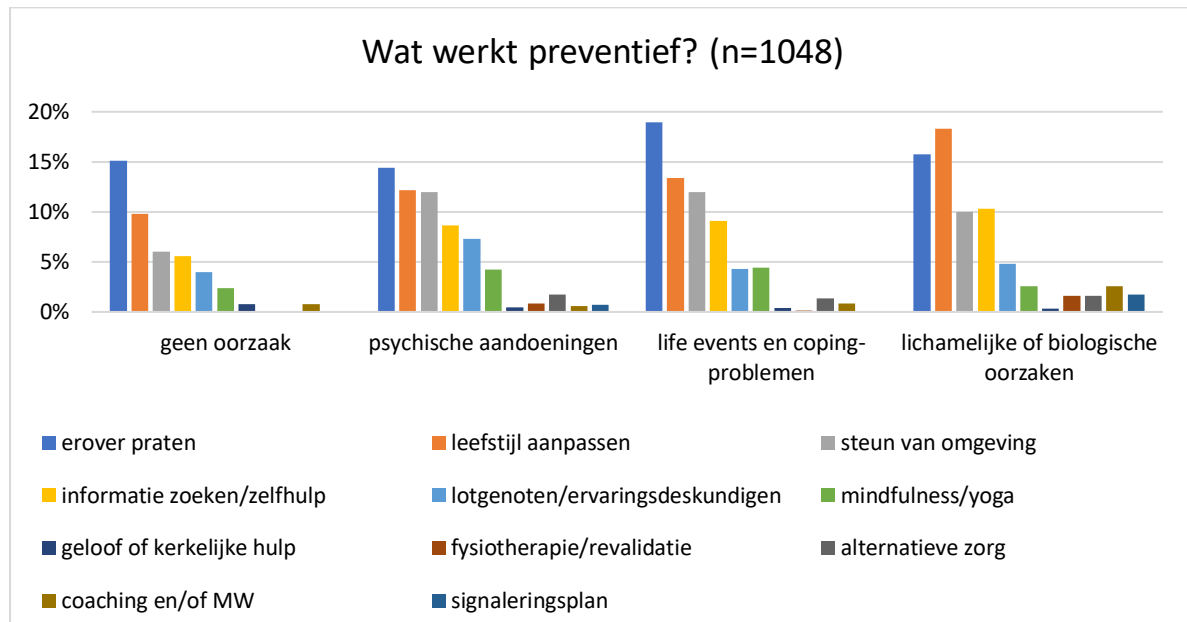
- Hulp van ggz wordt vaak genoemd. Dit wordt het minst genoemd door deelnemers die aangeven dat ze geen oorzaak voor de depressieve klachten weten. Bij hulp van de ggz worden bijvoorbeeld genoemd: behandeling of therapie (zoals EMDR, ECT, creatieve therapie, lichttherapie), een opname, gesprekken en behandeling door een psycholoog, therapeut of psychiater, een opname, crisisopvang, begeleiding of ondersteuning door RIAGG, FACT etc.
- Medicatie wordt ook vaak genoemd, vooral antidepressiva. Soms ook het herzien of opnieuw instellen van medicatie. Hierbij wordt een enkele keer hormoonsupplementen genoemd.

Daarnaast worden veel andere preventieve mogelijkheden genoemd:

1. Erover praten en je ervaringen delen en open zijn. Praten met naasten (partner en familie), vrienden, bekenden en collega's wordt hier vaak genoemd. Door erover te praten ontstaat meer openheid.
2. Leefstijl aanpassen. Hierbij worden genoemd: bewegen, sporten, lopen en fietsen (vooral in de natuur), structuur en ritme in de dag, slapen, andere voeding (ook voedingssupplementen), rust en leuke activiteiten doen, (beter) voor jezelf zorgen, aan het werk blijven, minder werken of juist ander werk gaan doen.
3. Steun krijgen van mensen in de eigen omgeving. Het wordt als heel waardevol ervaren dat mensen contact blijven houden en de persoon met depressieve klachten niet mijden.
4. Zelf informatie zoeken in boeken of op internet, zelfhulp om zelfinzicht en empowerment te vergroten, bijvoorbeeld op websites (zoals thuisarts.nl, gripopjedip.nl), met onlinecursussen, e-health, apps, zelfhulpboeken etc. Voorbeelden die genoemd worden zijn: 'Denk je sterk', 'Kleur je leven', cursussen 'Zelfbeeld', 'Herstellen doe je zelf', 'In de put, uit de put', 'Proud2Bme', 'Helpende gedachten leren', 'Life Chart', WRAP, dagboek bijhouden, 'Daylio Diary' en 'Mood Tracker'.
5. Contact leggen met lotgenoten, in groepen of via digitale fora (bijvoorbeeld via Facebook) en met ervaringsdeskundigen, bijvoorbeeld in herstel-initiatieven en via cliënten- of familieverenigingen, zoals de Depressie Vereniging, PlusMinus, Labyrint-In Perspectief, Ypsilon, NVS, Angst Dwang en Fobie Stichting, Stichting Zelfbeschadiging, Stichting Borderline, MIND etc. Hier worden ook genoemd: MIND Blue, MIND Korrelatie, Sensor (luisterlijn) en 113.
6. Mindfulness- of ontspanningsoefeningen doen, meditatie of yoga. Hierdoor zijn mensen meer bewust in het 'hier en nu' en kunnen ze gedachten en gevoelens toelaten zonder dat die het denken gaan overheersen.
7. Hulp vanuit de kerkelijke wereld, door het geloof of via het pastoraat.
8. Hulp van fysiotherapie of revalidatie.
9. Alternatieve zorg als orthomoleculair arts, homeopathie, holistische massage, Reiki, CBD-olie, haptotherapie, healing, regressietherapie, energiebanen, hypnotherapie.
10. Coaching door life-coaches of vanuit Maatschappelijk Werk.
11. Opstellen van een preventie- en signaleringsplan of Crisiskaart.
12. Hulp van een bedrijfsarts en Arboarts.
13. Huisdieren (honden, katten) en de positieve invloed daarvan op de gemoedstoestand.

Al deze dingen helpen mensen om depressieve klachten te verlichten.

Grafiek 14 Wat werkt preventief?



## 5.2. Deelnemers die geen hulp hebben gezocht

Deelnemers die geen zorg hebben gezocht, hebben vooral baat gehad bij:

- Praten in eigen kring, met partner, vrienden, op het werk en open zijn. Begrip en steun krijgen van mensen uit de omgeving.
- Informatie zoeken, erover lezen, zelfhulptools gebruiken, bijvoorbeeld via internet.
- Contact met lotgenoten en lezen van herstelverhalen van anderen. Lidmaatschap van een patiëntenvereniging wordt ook genoemd.
- Herstellen van de structuur in de dag en routine volgen. Actief zijn en blijven, wandelen in de natuur, sporten. Daarnaast afleiding zoeken en leuke dingen doen.
- Meditatie-oefeningen worden ook genoemd.

Enkele voorbeelden (met citaten):

- *“Door er met mensen over te praten die gewoon aan de kant staan en er in deze situatie er voor je te zijn. Een luisterend oor; mensen die er voor je zijn.”*
- *“Doen waar ik zin in had. En 2x per week zwemmen, fietstochtjes, naar de bioscoop met iemand en telefoongesprekken met vaste personen 's avonds, een paar keer per week.”*
- *“Ruimte geven dat het is zoals het is in plaats van wegwijnen in neerslachtigheid. Helpt allemaal best wel veel maar voor kortere periodes. Relativeren, wachten tot de lente komt.”*

## 5.3. Samengevat

Deelnemers noemen vaak dezelfde dingen om zo min mogelijk klachten te hebben. Naast het zoeken van professionele hulp, therapie en medicatie, kunnen deelnemers goed aangeven wat hen heeft geholpen om zo min mogelijk last van hun somberheid of depressie te hebben.

De top 6 van manieren om zo min mogelijk depressieve klachten te hebben (ook voor deelnemers die geen zorg hebben gezocht) is:

1. Erover praten met vertrouwde anderen, bijvoorbeeld familieleden, vrienden of collega's.

2. De leefstijl aanpassen met structuur in de dag; voldoende leuke activiteiten, bewegen, slapen en voeding.
3. Steun en begrip krijgen van mensen in de omgeving.
4. Informatie zoeken over wat er aan de hand is en wat je zelf kunt doen en aan zelfhulp doen.
5. Contact met lotgenoten, ervaringsdeskundigen, ook via herstel-initiatieven en cliëntenorganisaties.
6. Oefenen in ontspanning door bijvoorbeeld mindfulness, meditatie en yoga.
7. Tot slot, maar niet onbelangrijk is het besef dat de depressieve gevoelens er nu eenmaal zijn.

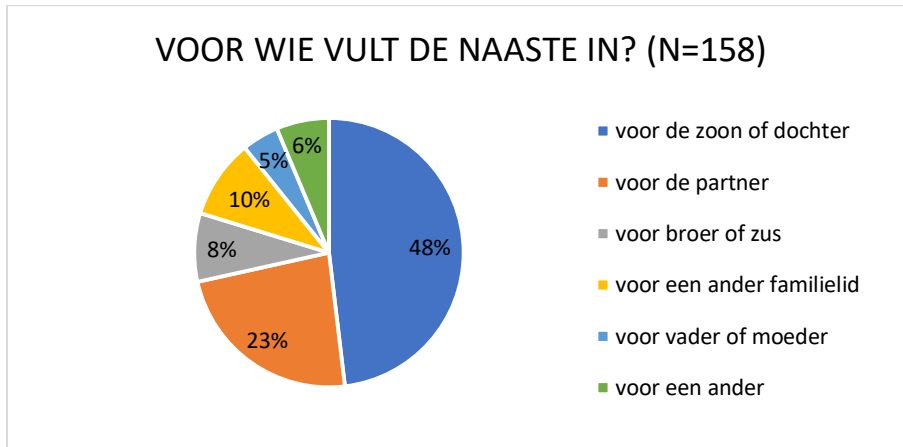
Minder vaak noemen deelnemers alternatieve zorg, coaching, het gebruik van een signaleringsplan of Crisiskaart en fysiotherapie. Kerkelijke steun wordt het minst vaak genoemd.



## 6. Wat betekent depressie voor naasten en familieleden?

Een depressie heeft grote gevolgen in het leven van iemand zelf, maar ook voor de mensen in de directe omgeving, zoals partners, familieleden en andere naasten. Wat doen mensen om zo goed mogelijk met hun depressieve naaste om te gaan? Zoeken zij ook hulp voor zichzelf als zij zelf klachten krijgen en hoe ervaren ze dat? Ook geven zij tips aan andere naasten die in een soortgelijke situatie verkeren en aan hulpverleners.

Grafiek 15 Door wie is de vragenlijst ingevuld?



Onder de naasten die de vragenlijst invullen voor een familielid (n=158) zijn ouders de grootste groep; ruim de helft (54%). Weinig kinderen vullen in voor hun ouders (5%). Verder vullen partners in (24%) en ongeveer evenveel broers/zussen (9%) als overige familieleden (8%) doen dit. Degenen die de vragenlijst invullen voor een ander zijn bijna allemaal vrienden/vriendinnen en bekenden.

### 6.1. Gevolgen voor naasten

Aan de naasten is gevraagd naar leeftijd en geslacht van degene voor wie zij de vragenlijst invullen, wat de aanleiding of oorzaak voor de depressieve klachten was en of hun naaste daarvoor is behandeld. De antwoorden op deze vragen zijn opgenomen in eerdere hoofdstukken.

Aan de deelnemers die de vragenlijst invulden voor hun naaste (n=158) is gevraagd wat de gevolgen zijn om een familielid of naaste met een depressie te hebben. Velen omschrijven de gevolgen van depressiviteit bij hun naaste als een gebeurtenis of periode die ook voor de naasten heftig is en grote impact heeft op hun leven.

De gevolgen die het meest genoemd worden, zijn:

1. Naasten maken zich bezorgd om de persoon met depressieve klachten, zeker wanneer de persoon ook suïcidaal is en dat dit betekent dat ze voortdurend aan iemand denken.
2. Ook zijn er veel zorgen over of de persoon met depressieve klachten wel voldoende professionele hulp krijgt en dat het zoeken van tijdige hulp veel tijd vergt.
3. De somberheid en de depressieve klachten leiden tot ander gedrag en dit zorgt voor een minder goede verstandhouding: er is bijvoorbeeld meer boosheid en irritatie over en weer. Vooral partners van mensen met depressieve klachten geven aan dat dit tot verwijdering leidt.
4. De naasten geven meer mantelzorg en zijn vaker in de nabijheid van de persoon met depressieve klachten om in de gaten te houden of het wel goed gaat. Er wordt zeer veel extra mantelzorg gegeven. En naasten zijn soms niet meer in staat om in hun betaalde baan hun werk te blijven doen.
5. De omgang met de persoon met depressieve klachten leidt tot druk in de thuissituatie en tot oplopende spanning, angst en verdriet bij de naasten. Ook oververmoeidheid en slapeloosheid worden genoemd.

6. Een ander gevolg dat benoemd wordt, is eenzaamheid: met name bij partners van mensen met depressieve klachten. Zij blijven vaker thuis om hun partner te steunen. Ze verwaarlozen hun sociale leven of moeten er alleen op uit omdat de partner niet mee wil of kan. Dit leidt tot isolement.
7. Tot slot geven naasten aan dat ze 'eraan onderdoor' zijn gegaan en toen hulp voor zichzelf hebben gezocht. Vooral ouders van volwassen kinderen met depressieve klachten en partners (in mindere mate) noemen burn-out, somberheid en uitzichtloosheid.

Enkele voorbeelden (met citaten):

- *“Er is veel frustratie over mij uitgestort die ik heb getolereerd. Daarnaast ging zoals te voorspellen alle aandacht naar mijn chronisch zieke partner. Ik heb me erg eenzaam gevoeld.”*
- *“Je voelt je onmachtig, niet serieus genomen door sommige hulpverleners. Ik werd er zelf ook somber door. We kunnen niet op vakantie of een dagje ergens naar toe. Ik werk minder uren door haar klachten.”*
- *“Zeer veel zorgen, frustratie en spanning omdat zorg hierin te kort schiet! Er zit een ‘gat in het idee over zelfbeschikking’ en daar kan de hulpverlening niets mee. Zij kunnen alleen iets als er vanuit de cliënt intrinsieke motivatie is. Maar wat, als je dat als cliënt niet meer kunt voelen? Dan doen ze niets.”*
- *“We hebben haar 3 weken bij ons thuis verzorgd en haar regelmatig naar de POH GGZ gebracht.”*
- *“Omdat het jaren heeft geduurd (en nog een rol speelt) ben ik overbelast geraakt en is terugkeer in mijn eigen werk niet meer mogelijk. We kregen relatieproblemen; onze sociale kring was zeer klein geworden. Toen heb ik zelf hulp gezocht ...”*
- *“Heel erg op mijn tenen moeten lopen en heel erg opletten als je iets zegt en hoe je het zegt.”*

## 6.2. Wat helpt mensen bij het omgaan met de klachten van hun naaste?

Aan de naasten is gevraagd of zij hulp gezocht hebben bij het omgaan met depressieve klachten van hun naaste. En of dit hen daarbij heeft geholpen.

De antwoorden:

Bijna de helft van de naasten (47%) zoekt hulp om (beter) om te gaan met depressieve klachten:

- Hulp bij de omgang met iemand die depressieve klachten heeft, wordt het meest genoemd door naasten van mensen met een eerste of een chronische depressie.
- Van alle naasten die hulp zoeken bij het omgaan met depressieve klachten, vormen partners de grootste groep, gevolgd door ouders.
- Broers en zussen van iemand met depressieve klachten zoeken daarbij het minst vaak hulp; een op de vijf overweegt nog om dat wel te doen.

Wat het meest heeft geholpen is dat naasten zelf meer praten met anderen en daardoor begrip krijgen en zich gesteund voelen. En dat ze door informatie te vergaren meer inzicht krijgen in wat er aan de hand is.

De hulp leidde onder meer tot meer:

- Erkenning: de naasten geven aan dat ze de situatie realistischer zien en meer relativeren.
- Ander gedrag: De naasten krijgen ook tips en handvatten voor hoe ze zich kunnen gedragen en om (beter) met hun naaste om te gaan. En kunnen de problemen ook met iets meer afstand benaderen.
- Acceptatie: De naasten noemen bijvoorbeeld ook dat ze beter kunnen incasseren, er beter 'kunnen zijn' voor de ander zonder te oordelen. Tegelijkertijd kunnen ze de regie iets beter bij hun naaste laten, durven eerlijker te zijn en toch te laten merken dat iemand de last niet alleen hoeft te dragen.
- Zelfbescherming: De naasten ervaren het als plezierig dat ze hun kant van verhaal kwijt kunnen en dat ze ondersteuning krijgen. Ze geven aan dat ze aan dat ze daardoor minder aan zichzelf twijfelen of ze het wel goed doen en dat ze zichzelf beter staande kunnen houden.

### 6.3. Welke hulp zoeken naasten voor zichzelf?

Daarnaast zoeken 2 op de 5 naasten (40%) hulp voor zichzelf wanneer zij zelf klachten krijgen, omdat het hen te veel is geworden:

- Hulp wordt het meest genoemd door naasten van mensen met een chronische depressie en door naasten van mensen die andere klachten hebben die samenhangen met depressie.
- Van alle naasten die hulp zoeken voor zichzelf vormen ouders de grootste groep, gevolgd door partners.
- Broers en zussen en bekenden van iemand met depressieve klachten zoeken daarbij het minst vaak hulp.

De naasten gaan gemiddeld naar een of twee professionele hulpverleners.

Tabel 6 Bij wie zoeken naasten hulp voor zichzelf en voor hun eigen klachten? (n=63)

Hulpverlener	Aantal	%
Psycholoog	20	32%
Ggz-instelling	14	22%
Psychiater	6	10%
POH GGZ	6	10%
Cursus bij een organisatie	5	8%
Persoonlijk coach	4	6%
Huisarts	3	5%
Mantelzorgorganisatie	3	5%
Zelfhulpnetwerk	3	5%
Overige hulpverleners	7	11%
<b>Totaal</b>	<b>71</b>	

Naasten geven aan dat ze in eerste instantie vaak hulp voor zichzelf zoeken bij de behandelaar(s) of instelling waar hun naaste wordt behandeld. De organisaties die cursussen geven, zijn bijv. patiënten- en familieorganisaties of zijn gelieerd aan ggz-instellingen. Bij de coach worden life coaches en familiecoaches genoemd. Bij overige hulpverleners worden genoemd: Maatschappelijk Werk, bedrijfsmaatschappelijk werk, een SPV etc. en naasten die zelf therapie volgen (bijvoorbeeld ACT).

Van de naasten die hulp voor zichzelf zochten, is bijna twee derde (64%) positief over de hulp die ze krijgen. Ze geven aan dat die hulp hen heel veel (35%) of veel (29%) geholpen heeft bij hun eigen problemen.

Belangrijke elementen die ze hierbij noemen zijn:

- Zorgen delen: Dat het hen goed doet om hun eigen zorgen te kunnen uiten en delen. En het gevoel hebben dat er iemand naast hen staat.
- Verwerking van gevolgen: Dat ze tijd nemen om te laten bezinken wat er met hun naaste gebeurt, onder ogen zien welke gevolgen dit voor henzelf heeft en de samenhang en het onderscheid tussen die zaken zien. Zo helpt het hen om zaken te verwerken.
- Zelfbehoud: dat ze zichzelf niet laten meetrokken in een neerwaartse spiraal van sombere gevoelens. Maar het gedrag van de naaste en de persoon van de naaste als twee aparte dingen zien. Dat ze hun invloed op zaken op waarde kunnen schatten.
- Zelfzorg: dat ze meer tijd nemen voor zichzelf, voor de eigen ontspanning en zelf (meer) leuke dingen gaan doen zonder zich daarover schuldig te voelen.

### 6.4. Tips en suggesties

Niemand is hetzelfde en elke situatie is anders. Aan de naasten is gevraagd om tips te geven en aanbevelingen te doen voor familie en naasten die in soortgelijke situaties verkeren. Bijvoorbeeld omdat ze ervaring hebben

met wat bij hen goed heeft geholpen of juist omdat ze iets hebben gemist. Ook geven ze tips waarmee hulpverleners hun voordeel mee kunnen doen.

### **123 Tips van naasten voor andere naasten van mensen met depressieve klachten**

Aan naasten van mensen met depressieve klachten is gevraagd of zij tips en suggesties hebben voor andere naasten. Er zijn 123 tips gegeven. De tips hebben betrekking op hoe naasten het hoofd boven water kunnen houden en hoe ze hun familielid of naaste kunnen ondersteunen.

De meest genoemde tips zijn<sup>9</sup>:

1. Accepteer dat je naaste depressieve klachten heeft, neem het serieus en zoek naar informatie. Praat met je naaste en steun hem/haar. Blijf kijken naar wat je naaste als houvast heeft in zijn/haar leven en waar zijn/haar kracht ligt. Ook al is het moeilijk, besef dat de ander een probleem heeft en je als naaste hem/haar kunt steunen, maar dat je zelf geen hulpverlener bent.
2. Praat erover met anderen en zorg dat je als naaste steun krijgt van anderen. Zoek eventueel zelf hulp en maak je hulpvraag als naaste duidelijk bij instanties. Hier worden bijvoorbeeld de FVP en Steunpunten Mantelzorg genoemd.
3. Zoek contact met lotgenoten en ervaringsdeskundigen, bijvoorbeeld in een gespreksgroep voor familieleden of bij een vereniging voor familieleden en naasten van mensen met depressie. Deze contacten kunnen helpen om te relativiseren. Naasten-organisaties zoals Ypsilon, PlusMinus en de Depressie Vereniging worden genoemd.
4. Het advies om als naaste goed voor jezelf te zorgen omdat het leven met iemand met depressieve klachten veel vergt: zelf activiteiten blijven ondernemen, grenzen stellen en afstand bewaren.
5. Blijven aandringen bij instanties en professionele zorgverleners op zorg voor je naaste, vooral als hij of zij daar zelf geen kracht meer voor heeft. Dit kunnen naasten het beste, omdat ze ervaringsdeskundig zijn. Zij maken de persoon met een depressieve klachten dagelijks mee; ze weten wat er speelt én ze moeten ermee omgaan, ook als er geen zorg is en als de hulpverlening is afgesloten.

Enkele voorbeelden (met citaten):

- *“Zoek lotgenoten, ga niet aan jezelf twijfelen, zoek mensen op die je in je kracht zetten. Mensen waar je je goed bij voelt. De MIND-familiedag heeft me goed gedaan.”*
- *“Blijven aandringen, het is heel moeilijk om aan te zien dat men geholpen wil worden en dat het dan nog driekwart jaar wachten is.”*
- *“Dat er naar de naasten moet worden geluisterd of het hun ook te zwaar wordt. Dat de hulpverleners oog blijven houden voor hun naasten, soms is het niet te doen om mantelzorg te zijn.”*
- *“Hou vol, blijf naast iemand staan, maar hou een zekere afstand en je eigen leven. Maak duidelijk aan je naaste wat wel of niet te verwachten. Ken je eigen grenzen en ga er niet te veel overheen.”*
- *“Lees op internet over de ziekte en doorloop een cursus om dicht bij jezelf te blijven en goed voor jezelf te zorgen. Dat is zo belangrijk. Je bent echt niet de enige. Zoek steun voor jezelf als je dat nodig hebt. En blijf zoeken! We zijn nog een vergeten groep. Geef aan wat jij nodig hebt, dan gaat er steeds meer erkenning komen voor de rol en de behoefte van de naaste.”*

### **105 Tips van naasten van mensen met depressieve klachten voor hulpverleners**

Aan naasten van mensen met depressieve klachten is gevraagd of zij tips en suggesties hebben voor hulpverleners voor de omgang met naasten. Er zijn 105 tips gegeven.

De boodschap die bijna alle naasten meegeven is dat het goed is om naasten te betrekken bij de hulpverlening. In ieder geval de partners, maar ook ouders, kinderen, brussen en eventueel goede vrienden. Met dien verstande dat dat er instemming van de patiënt voor nodig is om dit te doen en in overleg met hem/haar gebeurt. Degene die in behandeling is én de naasten moeten er uiteraard aan toe zijn en ertoe in staat zijn. Drie uitzonderingen op het betrekken van naasten worden ook genoemd: Als het contact met de naasten só slecht is dat contact de depressie erger maakt, of degene die in behandeling is echt geen contact wil of de naasten er niet toe in staat zijn.

De tips hebben vooral betrekking op de wijze waarop naasten bij de behandeling betrokken zouden moeten worden en waarom het zinvol is om dit te doen. De meest genoemde redenen zijn:

---

<sup>9</sup> Aflopend gerangschikt: van meest naar minst vaak genoemd.

1. Veelal, maar niet altijd, zijn de naasten ook mantelzorger en belast met de dagelijkse zorg voor degene met depressieve klachten. Dat betekent dat duidelijkheid en transparantie over wat er bij depressie gebeurt, de behandeling en de begeleiding kan stimuleren.
2. Veel naasten hebben het als positief ervaren dat er ook naar hun relaas werd geluisterd en dat er aandacht was voor wat het met hen heeft gedaan.
3. Het informeren van naasten over wat een depressie is en voorlichting over wat het ziektebeeld inhoudt, leidt ertoe dat naasten beter begrijpen wat er aan de hand is.
4. 1 op de 10 naasten voelt zich emotioneel gesteund door de hulpverleners. Die steun is van belang omdat velen zich (mede)schuldig voelen aan de situatie en zij ervaren de ondersteuning als hulp om het zelf vol te houden. Hierbij wordt ook het probleem benoemd dat wachttijsten veroorzaken: hoe langer de zorg op zich laat wachten, hoe zwaarder het wordt voor de naasten.
5. Het bieden van tips en adviezen over wat naasten het beste kunnen doen en hoe ze wel of juist beter niet kunnen omgaan met degene met de depressieve klachten.
6. Naasten zijn enthousiast over hulpverleners die hen verwijzen naar cursussen voor hulp aan naasten of adviseren om contact met lotgenoten te zoeken, bijvoorbeeld gespreksgroepen voor familieleden, of ervaringsdeskundigen in te schakelen, eventueel van een familievereniging.
7. Aanbevolen wordt om de naasten te vragen waar zij behoefte aan hebben en wat zij nodig hebben.

Enkele voorbeelden (met citaten):

- *“Betrek de naaste er meer bij, zij krijgen net zoveel op hun bord als de patiënt zelf! En als zij het volhouden is dat erg helpend. Gehoord worden. Erkenning is een van de belangrijkste dingen.”*
- *“Bespreek met naasten wat er aan de hand is en hoe ze daar mee om kunnen gaan. Voor de omgeving is het ontzettend belastend om met een familielid met depressie om te gaan.”*
- *“Betrek familie via de cliënt. Met diens instemming en op zijn tijd. Maar houdt wel aan en blijf geduldig uitleggen dat dit heel waardevolle gesprekken kunnen zijn.”*
- *Als naaste heb je twee problemen: de patiënt en jezelf, hier een weg in vinden is een gigantische klus. Geef naasten dus de ruimte om hun vragen te stellen. Zo kunnen taboes doorbroken worden. Biedt ook naasten een luisterend oor en zorg ervoor dat ze niet het gevoel hebben dat het hun schuld is dat een dierbare depressief is. “*
- *“Geef bij het vermoeden van de diagnose depressie een informatiefolder mee gericht op familie, met uitleg. Het liefste in combinatie met een vervolgspraak samen met partner of gezin om het systeem te begeleiden en daarmee vervolgschade van depressie te voorkomen. Plan t.z.t. ook een afspraak apart met de naasten als daaraan behoefte is, zodat de behandelingsperiode niet in het gedrang komt.”*

## 6.5. Samengevat

Onder de deelnemers aan de enquête zijn bijna de helft ouders en bijna een kwart partner van iemand met depressieve klachten. Ook zijn er broers, zussen, neven, nichten en kinderen die de enquête invullen.

De situatie van de naasten is als volgt:

- Zij vinden dat het hebben van een naaste met depressieve klachten een grote impact heeft op hun eigen leven. Vaak genoemd worden dat ze zich bezorgd voelen om hun naaste, maar ook dat ze bezorgd zijn of er wel voldoende adequate hulp voor hem of haar is.
- Ze geven aan dat ze veel doen om hun naaste te helpen en dat die belasting niet zelden leidt tot problemen in hun relatie, in hun gezin en op hun werk en tot isolement.
- Een aanzienlijk deel raakt oververmoeid en overbelast en kan niet goed meer functioneren.
- De helft van de naasten zoekt hulp om (beter) om te gaan met de naaste; vaak bij een eerste depressie. Wat voor de naasten het meest heeft geholpen zijn: informatie over wat depressie is en handvatten om er zó mee om te gaan dat ze de regie niet van de ander overnemen.
- Bijna twee op de vijf naasten zoekt hulp voor zichzelf, omdat ze in psychische problemen zijn geraakt. Dit doen ze veelal bij de ggz. Belangrijke elementen zijn: het delen van zorgen, verwerken wat er met hun naaste gebeurt en welke gevolgen het voor hen zelf heeft. De hulp is erop gericht dat de naasten beter voor zichzelf zorgen en realistischer met de depressieve klachten omgaan zonder zich daarover schuldig te voelen.

De tips en suggesties aan anderen in soortgelijke situatie:

Naasten van mensen met depressieve klachten verkeren niet in dezelfde situatie, maar geven elkaar uit eigen ervaring tips over hoe ze hun depressieve naaste kunnen helpen en goed voor zichzelf kunnen zorgen.

- De meest genoemde tips en suggesties zijn: informatie zoeken over depressie, erover praten met anderen, het liefst met andere naasten, bijvoorbeeld in lotgenotengroepen of in gespreksgroepen voor familieleden. En blijven aandringen op passende zorg voor hun naaste.
- Enkele naasten hebben goede ervaringen met de informatie en lotgenotencontacten met familie-ervaringsdeskundigen.

De tips en suggesties aan hulpverleners:

- Naasten geven ook tips en suggesties aan hulpverleners, gebaseerd op hun eigen ervaring. Het meest genoemd worden: duidelijke informatie over de behandeling, hulpverleners die verwijzen naar cursussen voor naastbetrokkenen en naar naastenorganisaties.
- Naasten kunnen de depressieve klachten beter begrijpen en ermee omgaan als ze daarover geïnformeerd worden en bij de behandeling worden betrokken. Daarnaast voelen ze zich gesteund als ze hun verhaal kunnen doen.

## 7. Wat vinden zorgverleners goede preventieve adviezen en behandeling?

**Zorgverleners zien veel mensen met depressieve klachten in hun praktijk en hebben een schat aan ervaring. Welke adviezen en behandelingen werken preventief volgens huisartsen en praktijkondersteuners ggz? En wat hebben zij te bieden aan naastbetrokkenen?**

### 7.1. Algemene uitkomsten

In een digitale enquête onder huisartsen en praktijkondersteuners ggz is gevraagd om aan te geven wat vanuit hun eigen praktijk preventief werkt bij mensen met somberheids- en depressieve klachten. Dus wat het effect heeft dat 'erger wordt voorkomen'. Preventie is in verschillende stadia mogelijk, bijvoorbeeld:

- voorkomen dat iemand met beginnende depressieve klachten of somberheidsklachten, blijvend depressieve klachten houdt,
- voorkomen of uitstellen dat iemand met een gediagnosticeerde depressie in crisis raakt,
- voorkomen of uitstellen dat iemand met chronische depressieve klachten een terugval krijgt

Deze 3 'groepen' worden apart uitgevraagd.

Totaal deden 33 huisartsen, 4 kaderhuisartsen en 91 praktijkondersteuners GGZ mee.<sup>10</sup> Zij vertegenwoordigen samen ruim 12.500 patiënten. Het betreft patiënten met somberheid of depressie als ingangsklachten. Bij drie kwart van de huisartsen en de praktijkondersteuners ggz komen ook familieleden en partners op het spreekuur.

*Tabel 7 Hoeveel patiënten met somberheids- of depressieve klachten in het afgelopen jaar?*

Functie	Aantal hulpverleners	Aantal patiënten	Aantal familieleden/naasten
Huisartsen	37	2.912	902
POH's GGZ	91	9.739	1.409
<b>Totaal</b>	<b>128</b>	<b>12.651</b>	<b>2.311</b>

De antwoorden:

Wat huisartsen en POH's GGZ doen en welke acties zij inzetten, hangt mede af van de persoon, de oorzaken voor zijn/haar klachten en zijn/haar mogelijkheden en omstandigheden. Wat bij de ene persoon effectief is, hoeft dat niet te zijn bij een ander. Dit wordt als eerste benoemd. Anderzijds is het aantal patiënten in de praktijken van de deelnemende zorgverleners groot genoeg om algemene bevindingen te geven. De deelnemers aan de enquête geven aan dat zij het van belang vinden om onderzoek te doen naar de oorzaken van de klachten (lichamelijk en psychisch). Ze inventariseren dat in overleg met patiënt (bijvoorbeeld met een 4 DKL of een zelftest). Onderzoek naar de belastbaarheid van de patiënt wordt ook genoemd.

#### **Herkenbare categorieën**

Aan huisartsen en praktijkondersteuners ggz is gevraagd welke adviezen en behandelingen zij geven aan patiënten met depressieve klachten, met het doel dat die zo min mogelijk klachten hebben of om verergering of terugval te voorkomen. Daarbij zijn 3 'groepen' onderscheiden:

- patiënten met beginnende depressieve klachten of vermoeden van depressie,
- patiënten met de diagnose depressieve stoornis cf. de DSM en langer dan 2 weken,
- patiënten met terugkerende of chronische depressieve klachten, waaronder ook dysthymie, manische depressie en patiënten die zijn terugverwezen vanuit de gespecialiseerde ggz.

<sup>10</sup> Van de 131 respondenten zijn 128 bruikbare reacties.

De antwoorden die de huisartsen en POH's GGZ geven zijn gebundeld en onderverdeeld in een 'top 10' van herkenbare categorieën:

1. Leefstijladviezen gericht op bewegen, dag-structuur (activiteiten) en evt. voeding (incl. water drinken en alcoholgebruik), soms wordt ook slaapritme genoemd. Bij leefstijladviezen wordt soms ook e-health ingezet. Bij e-health worden bijvoorbeeld genoemd: 'Minder piekeren', 'Beter slapen', 'In de put uit de put' etc..
2. Psycho-educatie, bewustwording en inzicht geven in mogelijkheden en keuzes. Bijvoorbeeld inzet van Positieve Gezondheid, persoonlijk dagboek; soms ook d.m.v. websites (zoals thuisarts.nl), bibliotherapie, film, werkboeken (zoals Voluit leven) en e-health (zoals bijvoorbeeld MindDistrict en Therapieland).
3. D.m.v. gesprekken, persoonlijke aandacht en empathie de zelfacceptatie bevorderen, bijvoorbeeld met kortdurende gespreksbehandeling.
4. De patiënt empoweren en coping-vaardigheden versterken, zodat die eigen regie herwint, grenzen leert (kan) stellen en de balans hervindt tussen piekeren, ontspannen en leuke dingen doen.
5. De patiënt adviseren om te praten, te delen, sociale contacten aanhalen, steun zoeken in zijn of haar (veilige) omgeving. Soms ook actief die omgeving betrekken bij de behandeling.
6. De patiënt verwijzen, bijv. naar de POH GGZ, psychotherapie, sociaal domein, GBGGZ, 2<sup>e</sup>-lijns SGGZ, lotgenotencontact, patiëntenorganisatie (zoals DV) en herstelgerichte groepen.
7. Een behandelmethodiek inzetten om de klachten te verminderen en onder controle van de patiënt te krijgen, zodat patiënt in staat is om ze 'behapbaar' te houden. Genoemd worden KOP-model, cognitieve technieken CGT (incl. G-schema), PST, EMDR, ACT, Zelfhulpboek, PMT, MBCT, Matrixmethode, lichaamswerk, lichttherapie en Transactionele analyse.
8. Leren van mindfulness, ontspannings- en meditatieoefeningen.
9. Met de patiënt samen een preventie- en signaleringsplan (of crisisplan) opstellen. Soms ook familieleden en partners daarbij betrekken.
10. Medicatie voorschrijven, aanpassen, monitoren van medicatietrouw en bloedspiegels. Vooral antidepressiva, SSRI's en slaapmiddelen worden genoemd.

Een enkele keer wordt massage, acupunctuur en fytotherapie genoemd en incidenteel wat andere interventies.

In de volgende paragraaf is aangegeven welke adviezen en behandelingen worden genoemd, aflopend gerangschikt van het meest genoemd naar het minst vaak genoemd.

## 7.2. Huisartsen

De antwoorden van 37 huisartsen hebben betrekking op ca. 2.912 patiënten.

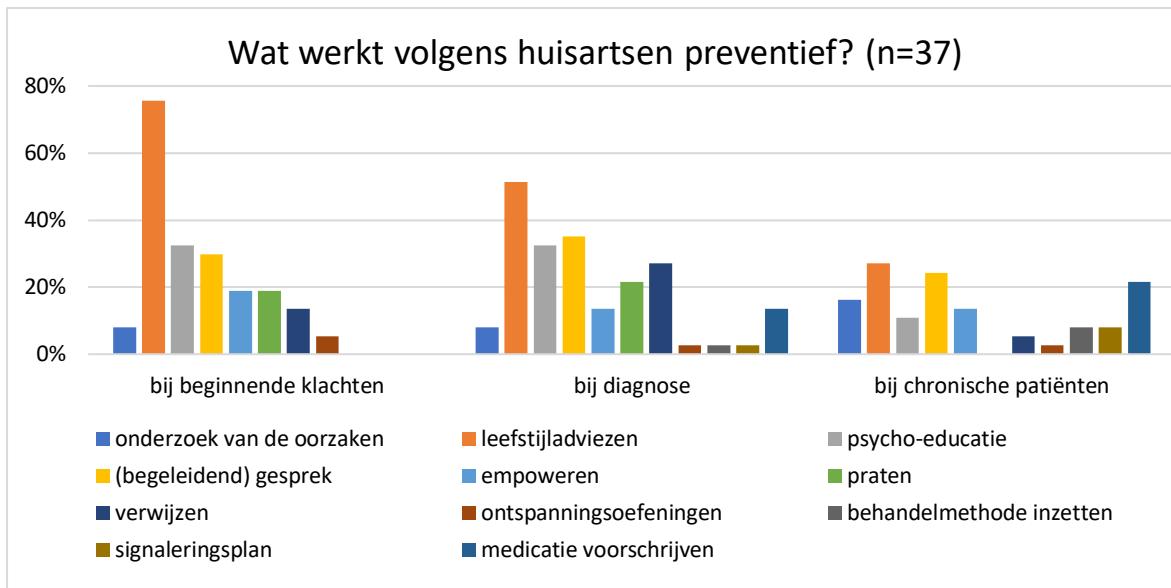
### **PREVENTIEVE INTERVENTIES**

---

*Grafiek 16 Wat werkt volgens huisartsen preventief bij verschillende patiëntengroepen?*

---





De top 5 van preventieve adviezen die huisartsen noemen bij patiënten met beginnende depressieve klachten<sup>11</sup>:

1. Leefstijladviezen genoemd in ruim drie kwart van de situaties \*.
2. Psycho-educatie \*.
3. Begeleidende gesprekken.
4. Het advies om erover te praten en empoweren/versterken wordt evenveel genoemd bij een vijfde.

\*Incl. de inzet van e-health bij psycho-educatie en leefstijlverandering bij ruim 1 op de 10 situaties.

De top 5 van preventieve adviezen die huisartsen noemen bij patiënten met de diagnose depressieve stoornis:

1. Leefstijladviezen bij iets meer dan de helft \*.
2. Begeleidende gesprekken.
3. Psycho-educatie \*.
4. Verwijzen bij ruim een kwart; vooral naar POH GGZ en 2<sup>e</sup>-lijns ggz. Naar GBGGZ wordt niet genoemd.
5. Medicatie voorschrijven bij 1 op de 6.

\* Incl. de inzet van e-health bij psycho-educatie en leefstijlverandering in minder dan 1 op de 10 situaties.

De top 5 van preventieve adviezen die huisartsen noemen bij patiënten met chronische depressieve klachten:

1. Leefstijladviezen bij ruim een kwart\*.
2. Begeleidend gesprek.
3. Medicatie voorschrijven.
4. (Verder) onderzoek naar oorzaken.
5. Het advies om erover te praten bij 1 op de 7.

\*Inzet van e-health wordt hierbij niet genoemd door huisartsen.

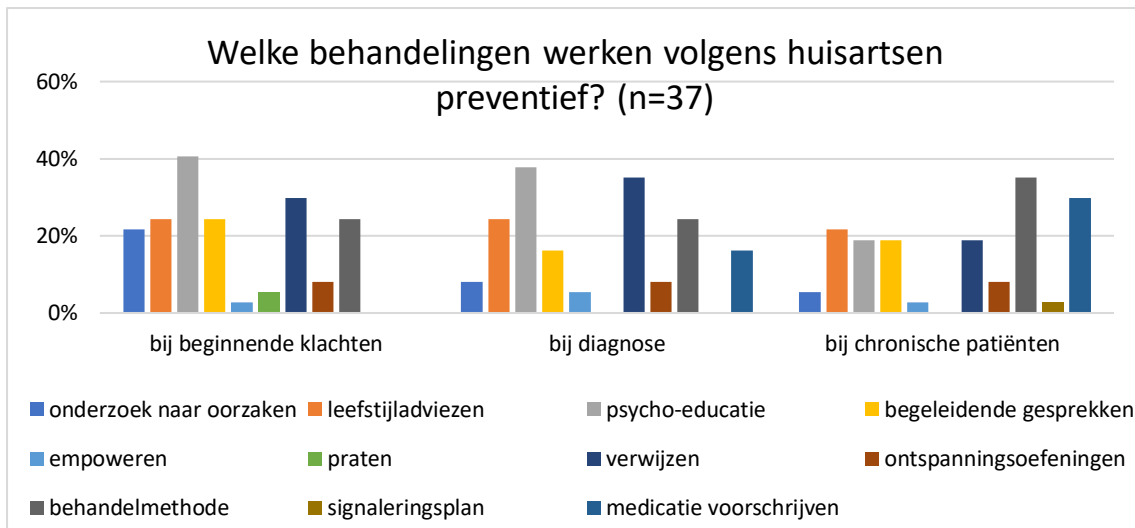
## BEHANDELINGEN

---

*Grafiek 17 Welke behandelingen werken volgens huisartsen preventief?*

---

<sup>11</sup> Aflopend weergegeven: van meest genoemd naar minst vaak genoemd.



De top 6 van behandelingen die huisartsen noemen bij patiënten met beginnende depressieve klachten:

1. Psycho-educatie bij ruim 2 op de 5\*.
2. Verwijzen vooral naar de POH GGZ, psycholoog en 2<sup>e</sup>-lijns ggz.
3. Leefstijladviezen\*, begeleidende gesprekken en een behandelmethode inzetten (alle drie even vaak genoemd, bij een kwart van de situaties). Bij de behandelmethode wordt CGT het vaakst genoemd.

\*Incl. de inzet van e-health bij psycho-educatie en leefstijlverandering in 1 op de 5 situaties.

Het voorschrijven van medicatie wordt niet genoemd.

De top 5 van behandelingen die huisartsen noemen bij patiënten met de diagnose depressieve stoornis:

1. Psycho-educatie bij bijna 2 op de 5\*.
2. Verwijzen vooral naar de POH GGZ.
3. Leefstijladviezen\* en een behandelmethode inzetten worden even vaak genoemd. Bij de behandelmethode wordt CGT het vaakst genoemd.
4. Begeleidende gesprekken en medicatie voorschrijven (beiden genoemd bij 1 op de 7 situaties).

\*Incl. de inzet van e-health in 1 op de 5 situaties.

De top 5 van behandelingen die huisartsen noemen bij patiënten met chronische depressieve klachten:

1. Een behandelmethode inzetten bij ruim een derde.
2. Medicatie voorschrijven.
3. Leefstijladviezen\*.
4. Psycho-educatie\* en begeleidende gesprekken (beiden genoemd in 1 op de 5 situaties).

\*Incl. de inzet van e-health in 1 op de 20 situaties.

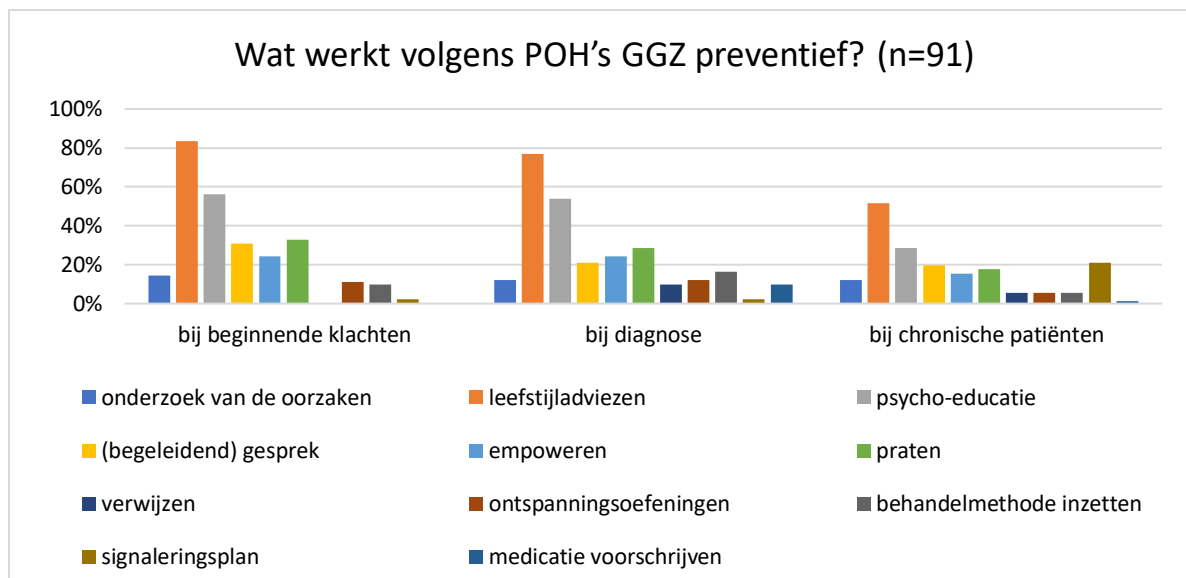
### 7.3. Praktijkondersteuners ggz (POH's GGZ)

De antwoorden van 91 praktijkondersteuners ggz hebben betrekking op ca. 9.739 patiënten.

---

*Grafiek 18 Wat werkt volgens POH's GGZ preventief bij verschillende patiëntengroepen?*

---



De top 5 van preventieve adviezen die praktijkondersteuners ggz noemen bij patiënten met beginnende depressieve klachten:

1. Leefstijladviezen bij ruim 4 op de 5 \*.
2. Psycho-educatie \*.
3. Advies om erover te praten.
4. Begeleidende gesprekken.
5. Empoweren/versterken bij een kwart.

\*Incl. de inzet van e-health bij psycho-educatie en leefstijlverandering in 1 op de 6 situaties.

De top 5 van preventieve adviezen die praktijkondersteuners ggz noemen bij de diagnose depressieve stoornis

1. Leefstijladviezen bij ruim drie kwart \*.
2. Psycho-educatie \*.
3. Advies om erover te praten.
4. Empoweren/versterken.
5. Begeleidende gesprekken bij ruim 1 op de 5.

\*Incl. de inzet van e-health bij psycho-educatie en leefstijlverandering in 1 op de 7 situaties.

De top 5 van preventieve adviezen die praktijkondersteuners ggz noemen bij chronische depressie:

1. Leefstijladviezen bij ruim de helft \*.
2. Psycho-educatie \*.
3. Preventie- en signaleringsplan (of crisisplan) opstellen bij ruim 1 op de 5.
4. Begeleidende gesprekken.
5. Erover praten bij bijna een vijfde.

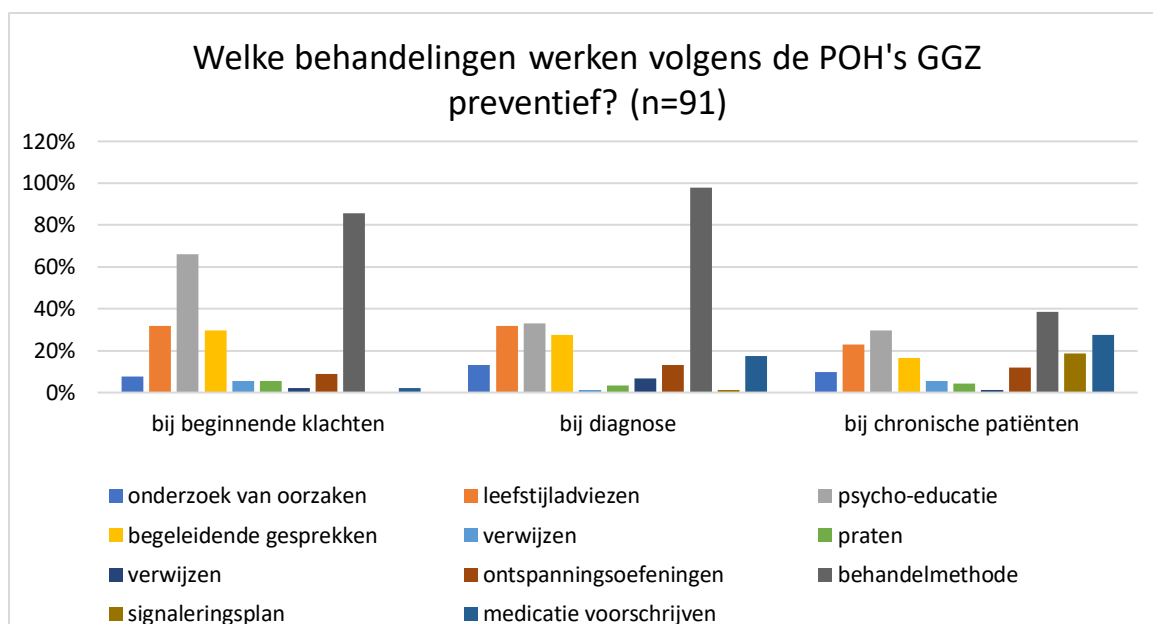
\*Incl. de inzet van e-health bij psycho-educatie en leefstijlverandering in 1 op de 14 situaties.

## BEHANDELINGEN

---

*Grafiek 19 Welke behandelingen werken volgens POH's GGZ preventief bij verschillende groepen?*

---



De top 5 van behandelingen die praktijkondersteuners ggz noemen bij beginnende depressieve klachten:

1. Behandelmethode inzetten bij 7 op de 8. De meest genoemde methoden zijn: CGT, KOP-model, PST en ACT.
2. Psycho-educatie \*.
3. Leefstijladviezen \*.
4. Begeleidende gesprekken.
5. Mindfulness en ontspanningsoefeningen bij bijna 1 op de 10.

\*Incl. de inzet van e-health bij psycho-educatie en leefstijlverandering in bijna een derde van de situaties.

De top 5 van behandelingen die praktijkondersteuners ggz noemen bij de diagnose depressieve stoornis:

1. Behandelmethode inzetten bij bijna alle patiënten (98%), het merendeel gebaseerd op CGT.
2. Psycho-educatie en leefstijladviezen \*.
3. Begeleidende gesprekken.
4. Medicatie voorschrijven in 1 op de 5 situaties.

\*Incl. de inzet van e-health in de behandelmethode, bij psycho-educatie en leefstijlverandering in een kwart van de situaties.

De top 5 van behandelingen die praktijkondersteuners ggz noemen bij chronische depressieve klachten:

1. Behandelmethode inzetten bij bijna 2 op de 5 \*.
2. Psycho-educatie \*.
3. Medicatie voorschrijven.
4. Leefstijladviezen \*.
5. Preventie- en signaleringsplan (of crisisplan) opstellen bij 1 op de 5.

\*Incl. de inzet van e-health in de behandelmethode, bij psycho-educatie en leefstijlverandering in 1 op de 6 situaties.

#### 7.4. Wat bieden huisartsen en praktijkondersteuners aan naasten?

Preventie bij naasten is gericht op versterken van hun draagkracht en op het omgaan met de situatie. Naasten zoeken soms hulp om beter te begrijpen wat depressie inhoudt, of om er beter mee om te kunnen gaan. Naasten raken soms ook overbelast en zoeken hulp omdat ze zelf in de problemen zijn gekomen.

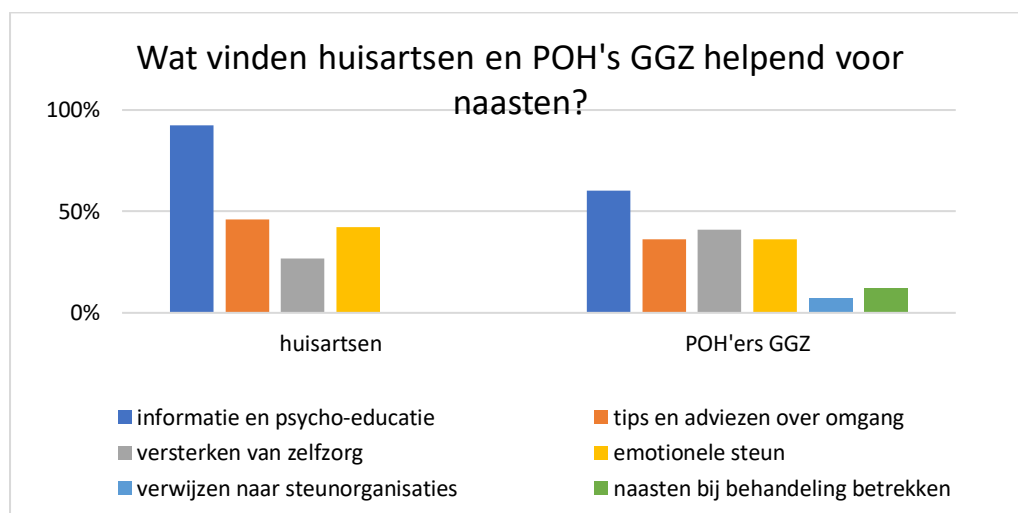
#### Algemene antwoorden

De antwoorden van huisartsen hebben betrekking op 902 naasten; de antwoorden van de praktijkondersteuners ggz hebben betrekking op 1409 naasten. De naasten zijn bijna altijd familieleden en

partners en vaak ook de mantelzorgers, zelden vrienden of bekenden. De antwoorden die de huisartsen en POH's GGZ geven zijn gebundeld en onderverdeeld in een 'top 6' van de volgende herkenbare categorieën:

1. Informatie en psycho-educatie om inzicht te geven in de ziekte depressie, zodat naasten het herkennen. Hierbij worden boeken en informatieve artikelen genoemd en ook de film: 'Zwarte hond'.
2. Tips en adviezen over hoe familieleden en partners hun naasten kunnen ondersteunen en hoe zij de naaste kunnen motiveren tot activering, kunnen betrekken en hem of haar toch de eigen regie kunnen laten houden. Naasten van mensen met depressieve klachten zijn immers geen therapeut. Ze hoeven niet 'te zorgen voor' en kunnen vragen wat de naaste met klachten nodig heeft.
3. Emotionele steun geven aan naasten, hen bekrachtigen in het eigen grenzen bewaken. Een luisterend oor voor hun verhaal bieden, erkenning, troost bieden en hun zorgen delen. De benadering is empathisch en 'ontschuldiging', zodat de naasten (beter) leren omgaan met gevoelens van machteloosheid.
4. Versterken van de zelfzorg van naasten, adviezen geven over ontspanning en aandacht voor het doen van plezierige activiteiten, zodat naasten zichzelf kunnen 'opladen'. Dit vraagt van naasten ook gedragsverandering.
5. Naasten betrekken bij gesprekken, informeren (kennis) over wat er gebeurt, evt. betrekken bij het opstellen van een crisisplan.
6. Naasten verwijzen naar steunorganisaties, zoals adressen waar familiesprekuren zijn, lotgenotencontact voor familieleden etc.

Grafiek 20 Wat vinden huisartsen en praktijkondersteuners ggz het meest helpend voor naasten?



De top 4 van hulp die huisartsen het meest effectief (helpend) vinden bij naasten <sup>12</sup>:

1. Informatie en psycho-educatie (bij 9 op de 10 genoemd).
2. Tips en adviezen over de omgang.
3. Emotionele steun.
4. Versterken van zelfzorg (bij ruim een kwart).

De huisartsen noemen geen situaties waarbij:

- Naasten bij de behandeling zijn betrokken.
- Naasten naar ondersteunende organisaties zijn verwezen.

De top 6 van hulp die praktijkondersteuners het meest effectief (helpend) vinden bij naasten:

1. Informatie en psycho-educatie (bij 3 op de 5 genoemd).
2. Versterken van eigen zelfzorg.

<sup>12</sup> Aflopend weergegeven: van meest naar minst genoemd.

3. Tips over de omgang en emotionele steun worden even vaak genoemd.
4. Naasten betrekken bij de behandeling.
5. Naasten verwijzen naar ondersteunende organisaties (bij 1 op de 14).

## 7.5. Aan welke preventiemogelijkheden is behoefte in de huisartsenpraktijk?

Aan huisartsen en praktijkondersteuners ggz is gevraagd of zij behoefte hebben aan andere (of meer) mogelijkheden voor depressiepreventie dan zij momenteel kunnen inzetten en of zij suggesties hebben voor betere depressiepreventie.

### HUISARTSEN

De top 6 van antwoorden van de huisartsen is:

1. Nadruk op het belang van persoonlijke en sociale situatie van de patiënt met depressieve klachten. Iemand is méér dan een optelsom van symptomen. Het is van belang dat een goed beeld ontstaat van de omstandigheden die de klachten ontlokken (triggeren) of in stand houden, zoals eenzaamheid, life events (bijv. rouw), sociaaleconomische perspectieven (bijv. werk of werkloosheid, financiële situatie), woonsituatie en zekerheid van huisvesting etc. En dus ook van hulpbronnen, zoals buurtgevoel, sociaal netwerk. Er is soms meer tijd (en geld nodig) zodat huisartsen beter een luisterend oor kunnen bieden aan patiënten om samen met hen te zoeken naar wat er in hun situatie speelt. Kijken naar de individuele persoonlijke situatie is van belang, omdat elk mens uniek is.
2. Meer aandacht voor leefstijl van patiënten en de invloed van lichamelijke activiteit, voeding en dagritme op gevoelens. Daar horen ook bij: aandacht voor alcoholgebruik en rust, de nabijheid van natuur (park of bos). De educatie van huisartsen op het gebied van leefstijl wordt ook genoemd. Daarbij is een aantal huisartsen van mening dat bepaalde vormen van bewegen door de zorgverzekering vergoed zouden kunnen worden, bijv. begeleid sporten op een sportschool, 'running therapie' etc.
3. Meer bekendheid van en aandacht voor steungroepen waar patiënten baat bij kunnen hebben. Bijvoorbeeld lotgenotencontacten in de regio en het aanbod van verenigingen van cliënten en familie.
4. Meer ruimte voor een persoonlijke benadering in samenwerking met de patiënt. Hier past ook bij dat de hulpverlener zichzelf meer inzet als instrument, zodat de patiënt in hem/haar iemand ziet die 'weet waar het over gaat'. Dit heeft te maken met vertrouwen en ook met het samen kijken met eigen regie van de patiënt naar welke doelen en mogelijkheden er zijn qua behandeling en zelfhulp, bijvoorbeeld d.m.v. zelfhulpboeken en werkschriften, dagboeken. En hierbij ook de mogelijkheden van e-health bekender maken en benutten. Meer toepassen van mini-interventies, zoals 'minder piekeren' en 'beter slapen', etc.
5. Destigmatisering van psychische problemen in de samenleving in het algemeen en normalisering van stemmingswisselingen in het bijzonder. Er zijn nu eenmaal klachten 'die bij het leven horen'. Toch rust daar nog veel taboe op. Dit zou al jong door educatie (ook in het onderwijs) moeten worden aangepakt. En ook voor volwassenen zou meer aandacht kunnen komen voor versterken van 'coping stijlen'. Hier worden bijvoorbeeld 'Blij met mij' en 'Voluit leven' ook genoemd.
6. Meer integrale benadering van geestelijke en lichamelijke klachten, want een mens is één geheel. Daardoor ook meer aandacht voor multi causale behandeling (bijvoorbeeld naast integrale medicatie ook mindfulness). De samenwerking met andere disciplines zoals fysiotherapie wordt hierbij ook genoemd.

Verder worden nog genoemd: de beschikbaarheid van specifieke therapieën (zoals creatieve therapie, hypnose, EMDR, EFT), bescherming van jonge moeders in onveilige opvoedingssituaties, goedkopere sportmogelijkheden voor mensen met een kleine beurs en een uitleenlamp voor lichttherapie.

### POH's GGZ

Naast de bovenstaande top 6, noemen praktijkondersteuners ggz ook:

1. Meer inzet van ervaringsdeskundigen en lotgenotencontacten door bijvoorbeeld verwijzen naar zelfhulpgroepen en patiëntenorganisaties.

2. Expliciete aandacht voor naasten (partners en familieleden) en psycho-educatie. Dit kan ook d.m.v. filmpjes en met hulp van familie-ervaringsdeskundigen bij familieverenigingen en instellingen.
3. Het meer benutten van signaleringsplannen (of Crisiskaart), waardoor patiënten zelf beter in staat zijn om crisis te voorkomen of uit te stellen en de samenwerking met naasten hierbij.
4. Het inzicht bij huisartsen vergroten voor vroegtijdige signalering en herkenning van depressie- en stressklachten. En betere bekendheid van de instrumenten voor depressiepreventie in de eerstelijns in het algemeen.
5. Kortere toegangstijden voor de 2<sup>e</sup>-lijns ggz (SGGZ) en minder uitsluitingscriteria voor specialistische behandeling. Doordat patiënten maanden moeten wachten op passende zorg, worden de klachten heviger en leiden niet zelden tot ernstige ontwrichting (individueel en in de sociale omgeving).
6. Het frequent monitoren van patiënten door ze uit te nodigen voor een herhalingspreekuur. Hierdoor kunnen ze samen met de patiënt 'de vinger aan de pols' houden over hoe het gaat en wat er nodig is.

Tot slot noemen praktijkondersteuners ggz nog dat verder onderzoek nodig is naar: wat preventief werkt bij welke oorzaken, naar zelfhulptools voor het beperken van stress en overbelasting en naar de verbanden tussen roken en depressie en tussen voeding en depressie.

## 7.6. Samengevat

In de enquête geven 37 huisartsen en 91 praktijkondersteuners ggz voorbeelden aan de hand van hun praktijkervaring met ruim 12.500 patiënten en 2.300 naasten (veelal familieleden en partners). Bij preventie gaat het om wat het effect is van advies of behandeling, zodat 'erger wordt voorkomen'.

Bij preventie is bedoeld:

- voorkomen dat iemand met beginnende depressie of somberheid blijvend depressieve klachten houdt,
- voorkomen of uitstellend dat iemand met een diagnose depressie in crisis raakt,
- voorkomen of uitstellen dat iemand met chronisch depressieve klachten een terugval krijgt.

De inzet en de effectiviteit van adviezen en behandelingen is afhankelijk van de persoon, de oorzaken van de klachten en iemands mogelijkheden en omstandigheden. Het is dus van belang om de oorzaken van de depressieve klachten eerst te onderzoeken en overleg met de patiënt over hoe het is ontstaan.

Welke adviezen en behandelingen werken preventief bij welke groepen patiënten:

- Leefstijladvies, psycho-educatie en begeleidende gesprekken bij beginnende klachten.
- Verwijzing bij de diagnose depressie (vooral genoemd door huisartsen).
- Medicatie bij chronische depressie om terugval te voorkomen (het vaakst genoemd door huisartsen).
- Bij psycho-educatie en leefstijladvies wordt regelmatig gebruik gemaakt van e-health. Het minst bij chronische depressie en het vaakst (door POH's GGZ) bij beginnende depressie. E-health wordt ook ingezet bij kortdurende behandeling (door POH's GGZ).
- Advies aan patiënten om in hun sociale omgeving over hun klachten te praten en om steun van anderen te zoeken wordt het meest genoemd bij beginnende depressie en bij patiënten met diagnose.
- Empoweren en versterken van coping-vaardigheden bij beginnende depressie en bij een diagnose.
- Behandeling van beginnende, gediagnosticeerde en chronische depressie met methodes gebaseerd op cognitieve gedragstherapie (het vaakst genoemd door POH's GGZ).
- Het opstellen van preventie- en signaleringsplannen (of Crisiskaart) bij chronische depressie (wordt het vaakst genoemd door POH's GGZ).
- Ontspanningsoefeningen (mindfulness, yoga of meditatie) als advies en behandeling bij chronische depressie (wordt het meest genoemd door POH's GGZ). Huisartsen en POH's GGZ zetten dit ook wel in bij beginnende klachten, maar minder vaak.

In weinig situaties wordt familie bij de behandeling betrokken.

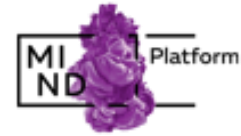
Huisartsen en POH's GGZ hebben behoefte aan andere preventieve interventies en noemen daarvoor ook suggesties. Het meest genoemd worden:

- Meer zorg op maat passend in iemands sociale situatie.
- Meer aandacht voor leefstijl en voor de invloed daarvan op geestelijke gezondheid.
- Meer bekendheid van steungroepen en meer inzet van ervaringsdeskundigen.

- Meer doen met zelfhulpboeken en e-mental-health gericht op het versterken van zelfmanagement.
- Destigmatisering en normalisering van psychische klachten
- Integrale benadering van lichaam en geest.
- Meer aandacht voor naasten en voor voorlichting aan en ondersteuning van hen.
- Beter benutten van signaleringsplannen en voor het samenwerken met de patiënt.
- Monitoring van patiënten met chronische depressie vanuit een actieve houding van hulpverleners.
- Beter vroegsignalering van psychische problemen en depressieve klachten.
- Kortere wachtlijsten voor zorg in de 2<sup>e</sup>-lijns ggz.



## Bijlage 1. Vragenlijst voor mensen met somberheid of depressie en hun naasten



MIND werkt mee aan het landelijk Meerjarenprogramma Depressiepreventie.

Vanuit MIND willen we onderzoeken hoe we kunnen voorkomen dat mensen een depressie krijgen. We willen graag weten wat mensen van 18 jaar of ouder met somberheidsklachten of depressieve klachten en hun naasten in de praktijk écht helpt, wat niet en welke tips zij hebben.

Het gaat niet alleen om goede zorg van de huisarts, de praktijkondersteuner ggz (POH GGZ) en de psycholoog. Het gaat ook om preventie. Preventie is voorkomen dat u klachten krijgt of dat uw klachten erger worden. Dat begint al vóórdat u aanklopt bij een hulpverlener en stopt niet na afloop van behandeling.

De vragenlijst gaat over uw ervaringen met de zorg, wat u zelf en mensen in uw omgeving doen (of deden) om te herstellen en hoe u klachtenvrij kunt (kon) blijven. De vragenlijst is ook voor naasten, hun vragen en hun ervaringen.

Het invullen duurt ongeveer 15 minuten, afhankelijk van uw situatie. U hoeft geen naam in te vullen en uw antwoorden worden anoniem verwerkt. Wilt u uw ervaringen en suggesties geven?

### **UW SITUATIE**

1. Vult u de vragenlijst in voor:

- a. Uzelf
- b. Uw partner
- c. Uw zoon/dochter
- d. Uw vader/moeder
- e. Uw broer/zus
- f. Een ander familielid
- g. Iemand anders, namelijk ...

2. Wat is uw leeftijd:

- a. 18 tot 30 jaar
- b. 30 tot 50 jaar
- c. 50 tot 66 jaar
- d. 66 tot 80 jaar
- e. Ouder dan 80 jaar

3. U bent:

- a. Vrouw
- b. Man
- c. Gender
- d. Geen antwoord

4. De meest recente ervaring in het afgelopen jaar waarmee heeft u te maken (gehad) is:

- a. Somberheidsklachten
- b. Een eerste depressie
- c. Een terugval na een depressie
- d. Een chronische depressie
- e. Andere klachten die daarmee samenhangen, zoals ...

f. U heeft vóór 2018 klachten gehad, maar het afgelopen jaar niet meer. (U kunt aangeven om welke klachten het ging.)

5. Wat waren (zijn) de belangrijkste aanleidingen of oorzaken voor het ontstaan van uw klachten?

Antwoord:

6. Bent u voor uw klachten behandeld?

- a. Nee, nooit
- b. Wel geweest, maar momenteel niet meer
- c. Ja, u bent nu onder behandeling

7. Kunt u aangeven wat voor u heeft geholpen in de eerste periode van uw klachten?

Niet iedereen zoekt professionele medische hulp. Veel mensen proberen om zelf iets aan hun klachten te doen vóórdat ze naar de huisarts of psycholoog gaan. Misschien heeft u dat ook geprobeerd of andere oplossingen gezocht. (U kunt hier meer opties tegelijk kiezen en meer dan een voorbeeld geven als u wilt.)

- a. Wat het meeste heeft geholpen is ...
- b. Wat een beetje heeft geholpen is ....
- c. Wat niet heeft geholpen is ....

8. Heeft u tips of suggesties om somberheid of depressie sneller te herkennen en er iets aan te doen?

Bijvoorbeeld iets wat u in die periode zelf hebt gemist.

Antwoord:

#### **UW ERVARINGEN IN DE ZORG**

9. Wanneer (op welk moment) besloot u om professionele medische zorg in te roepen?

Bijv. van een huisarts of psycholoog. U kunt ook invullen waarom u dat niet nodig vond.

Antwoord:

10. Van wie heeft u professionele zorg (gehad)? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- a. Van de huisarts
- b. Van de praktijkondersteuner ggz (POH GGZ)
- c. Van een psycholoog
- d. Van iemand anders, namelijk ...

11. Wat heeft de huisarts gedaan of geadviseerd? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- a. Een vragenlijst afgenomen bedoeld voor...
- b. Begeleidende gesprekken met u gevoerd om ...
- c. Adviezen en tips gegeven namelijk ...
- d. Een verwijzing gegeven naar een ....
- e. Lichamelijk onderzoek gedaan
- e. Medicijnen voorgeschreven voor ...
- f. Iets anders, namelijk ...

12. Hoe heeft het contact met de huisarts u geholpen?

- a. Heel veel, omdat ...
- b. Veel, omdat ...
- c. Geen mening of n.v.t.
- d. Weinig, omdat ...
- e. Niet, omdat ...

13. Wat heeft de praktijkondersteuner ggz (POH GGZ) gedaan of geadviseerd? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- a. Een vragenlijst afgenomen, voor...
- b. Begeleidende gesprekken met u gevoerd om ...
- c. Een kortdurende behandeling gegeven, namelijk ....
- d. Een onlinebehandeling met begeleiding gegeven, namelijk ...

- e. Tips en adviezen gegeven, namelijk ...
- f. Iets anders, namelijk ...

14. Hoe lang heeft het geduurd voordat u bij de POH GGZ terecht kon?

- a. Binnen 1 week
  - b. Langer dan 1 week, maar korter dan 2 weken
  - c. Langer dan 2 weken, maar korter dan 1 maand
  - d. Langer dan 1 maand, namelijk ...
- Eventuele toelichting of n.v.t. ...

15. Hoe heeft het contact met de POH GGZ u geholpen?

- a. Heel veel, omdat ...
- b. Veel, omdat ...
- c. Geen mening of n.v.t.
- d. Weinig, omdat ...
- e. Niet, omdat ...

16. Wat heeft de psycholoog gedaan of geadviseerd? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- a. Een vragenlijst afgenomen, bedoeld om ...
- b. Begeleidende gesprekken gevoerd om ...
- c. Een kortdurende behandeling gegeven, namelijk ...
- d. Een onlinebehandeling gegeven met begeleiding, namelijk ...
- e. Tips en adviezen gegeven, namelijk ...
- f. Iets anders, namelijk ...

17. Hoe lang heeft het geduurd voordat u bij de psycholoog terecht kon?

- a. Binnen 1 week
  - b. Langer dan 1 week, maar korter dan 2 weken
  - c. Langer dan 2 weken, maar korter dan 1 maand
  - d. Langer dan 1 maand, namelijk ...
- Eventuele toelichting of n.v.t. ...

18. Hoe heeft het contact met de psycholoog u geholpen?

- a. Heel veel, omdat ...
- b. Veel, omdat ...
- c. Geen mening of n.v.t.
- d. Weinig, omdat ...
- e. Niet, omdat ...

19. Als u naast huisarts, praktijkondersteuner ggz of psycholoog, (ook) bij een andere hulpverlener of ondersteuner geweest bent, wat heeft deze hulpverlener gedaan of geadviseerd? (U kunt ook invullen n.v.t.)  
Antwoord:

20. Hoe lang heeft het geduurd voordat u bij deze hulpverlener terecht kon?

- a. Binnen 1 week
  - b. Langer dan 1 week, maar korter dan 2 weken
  - c. Langer dan 2 weken, maar korter dan 1 maand
  - d. Langer dan 1 maand, namelijk ...
- Eventuele toelichting of n.v.t. ...

21. Hoe heeft het contact met deze hulpverlener u geholpen?

(Als u dit niet weet, omdat u pas kortgeleden bent gestart met deze zorg, vul dan 'geen mening' in.)

- a. Heel veel, omdat ...
- b. Veel, omdat ...
- c. Geen mening of n.v.t. ...
- d. Weinig, omdat ...
- e. Niet, omdat ...

## UW ERVARINGEN MET PREVENTIE EN UW TIPS

22. Wat heeft u geholpen om klachtenvrij te blijven of minder klachten te hebben?

Antwoord:

23. Heeft u tips of suggesties voor de hulpverleners waarvan u gebruik heeft gemaakt? Bijvoorbeeld omdat u iets hebt gemist of een goed voorbeeld wilt delen?

Antwoord:

24. Mensen zijn niet hetzelfde en verkeren in verschillende omstandigheden. Heeft u tips of suggesties voor mensen in een soortgelijke situatie als uzelf?

Antwoord:

## VRAGEN VOOR NAASTEN

25. Wat is de leeftijd van uw naaste?

- a. 18 tot 30 jaar
- b. 30 tot 50 jaar
- c. 50 tot 66 jaar
- d. 66 tot 80 jaar
- e. Ouder dan 80 jaar

26. Uw naaste is:

- a. Vrouw
- b. Man
- c. Gender
- d. Geen antwoord

27. De meest recente ervaring waarmee uw naaste in het afgelopen jaar te maken heeft (gehad) is:

- a. Sombereidklachten
- b. Een eerste depressie
- c. Een terugval na een depressie
- d. Een chronische depressie
- e. Andere klachten die daarmee samenhangen, namelijk ...
- f. Uw naaste heeft in 2018 geen klachten gehad, maar daarvoor wel. (U kunt toelichten welke klachten hij/zij heeft gehad en/of hoe hij/zij terugkerende klachten heeft kunnen voorkomen.)

28. Wat waren de belangrijkste aanleidingen of oorzaken voor het ontstaan van de klachten van uw naaste?

Antwoord:

29. Is uw naaste behandeld voor zijn/haar klachten?

- a. Nee, nooit
- b. Wel geweest, maar momenteel niet meer
- c. Ja, hij/zij is nu onder behandeling

30. Welke gevolgen heeft het voor u gehad?

Antwoord:

31. Wat heeft u geholpen om uw naaste zo goed mogelijk bij te staan?

(U kunt meer opties tegelijk invullen en meer dan een voorbeeld geven.)

Veel mensen zoeken naar mogelijkheden om hun naaste zo goed mogelijk bij te staan. Misschien heeft dat ook geprobeerd of andere oplossingen gevonden.

- a. Wat het meeste heeft geholpen, is ...
- b. Wat een beetje heeft geholpen, is ...
- c. Wat niet heeft geholpen, is ...

32. Wat heeft u geholpen om met uw eigen gevoelens om te gaan?  
Antwoord:

33. Bent u op zoek gegaan naar (professionele) hulp voor uzelf?
- a. Ja, namelijk bij ...
  - b. U overweegt dit (geef eventueel een toelichting) ...
  - c. Nee, u vindt dit niet nodig.

34. Hoe heeft deze hulp u geholpen?
- a. Heel veel, omdat ...
  - b. Veel, omdat ...
  - c. Geen mening.
  - d. Weinig, omdat ...
  - e. Dit heeft niet geholpen, omdat ...

#### **UW TIPS VOOR HULPVERLENERS EN NAASTEN**

35. Heeft u tips voor hulpverleners met betrekking tot hulp aan naasten? Bijvoorbeeld omdat u zelf iets hebt gemist of een goed voorbeeld wilt delen?  
Antwoord:

36. Mensen zijn niet hetzelfde en ze verkeren in verschillende omstandigheden. Hebt u tips of suggesties voor familieleden of naasten in een soortgelijke situatie?  
Antwoord:

#### **AFSLUITING**

37. Is er nog iets niet aan de orde gekomen?  
Antwoord:

38. Wilt u de eerste 4 cijfers van uw postcode geven, zodat we regionale aanbevelingen kunnen geven?  
Antwoord:

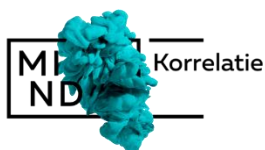
39. Bent u bereid om mee te werken aan een interview met een medewerker van MIND over wat in uw situatie geholpen heeft en wat er beter kan? Zo ja, geef dan uw mailadres of telefoonnummer op waarop u bereikbaar bent. (Uw mailadres of telefoonnummer wordt alleen gebruikt om u te benaderen voor een interview en wordt verwijderd na afloop van dit project.)  
Antwoord:

40. Bent u bereid om vaker mee te werken aan vragenlijsten van MIND?  
MIND stuurt ca. 4 maal per jaar een vragenlijst aan leden van dit panel over psychische kwetsbaarheid of over de ggz. U kunt hier vrijblijvend aan mee doen. En uw deelname op elk gewenst moment stopzetten.

- a. Ja, het mailadres dat we hiervoor mogen gebruiken is:
- b. Nee
- c. U bent al lid van het panel

#### **DANK VOOR UW MEDEWERKING AAN DE VRAGENLIJST**

Hartelijk bedankt voor uw antwoorden.



Als u verder wilt praten, kunt u contact opnemen met Korrelatie, landelijke organisatie voor anonieme, professionele psychische hulp. U kunt de hulpverleners bellen, mailen, chatten of appen ([link](#)).

Voor informatie en advies kunt u contact opnemen met:

- De Depressievereniging, patiëntenvereniging van en voor mensen met een depressie en hun naasten ([link](#)).
- PlusMinus, vereniging van en voor mensen met een bipolaire stoornis en hun naastbetrokkenen ([link](#)).
- Naasten in Kracht, website voor naasten van mensen met een psychische kwetsbaarheid ([link](#)).

## Bijlage 2: Vragenlijst voor huisartsen en praktijkondersteuners ggz



### DEPRESSIEPREVENTIE IN DE HUISARTSENZORG (huisarts en POH GGZ)

In het Meerjarenprogramma Depressiepreventie werkt MIND mee met het project 'Depressiepreventie in de huisartsenzorg' voor patiënten van 18 jaar en ouder en hun familie/naasten die zorg krijgen van de huisarts of de praktijkondersteuner ggz.

Preventie bij patiënten is gericht op het voorkomen dat somberheidsklachten tot depressie leiden, op het voorkomen van verergering van depressieve klachten en op terugvalpreventie. Preventie bij familie/naasten is gericht op versterken van hun draagkracht en het omgaan met de situatie.

Niet iedereen met somberheidsklachten of depressie zoekt hulp: mensen proberen vaak eerst om zelf hun klachten te verminderen of te voorkomen. In dit project verzamelen we daarvan voorbeelden en verspreiden die. Daarbij sluiten we aan bij de ervaringen van patiënten en hun naasten. (Ook naasten ervaren vaak problemen in de omgang met de patiënt en zoeken soms ook hulp voor zichzelf.)

Als het gaat om mensen die professionele hulp zoeken, willen we ook aansluiten bij de praktijkervaringen van huisartsen en praktijkondersteuners ggz. Daarover gaat deze inventarisatie.

Wilt u uw ervaringen als professional ook geven? Doe dan mee met de vragenlijst.

Er zijn 12 vragen over uw praktijkervaring met patiënten en hun familie/naasten. Het gaat bij deze vragen niet om richtlijnen of standaarden, maar om wat u zelf in uw praktijk tegenkomt. De antwoorden worden anoniem verwerkt en u hoeft geen persoonlijke gegevens in te vullen.

Als u wilt dat we u op de hoogte houden van de uitkomsten, dan kunt u dat aangeven.

### ALGEMEEN

1. Bent u:
  - a. huisarts
  - b. kaderhuisarts ggz
  - c. praktijkondersteuner ggz
  
2. Hoeveel patiënten met depressieve klachten of depressieve stoornis en familieleden heeft u in 2018 in uw praktijk gezien?  
(Geef een globale schatting van het aantal.)
  - a. ... patiënten
  - b. ... familieleden/naasten

### PREVENTIEVE INTERVENTIES

Hierbij kan het gaan om adviezen die u geeft die patiënten met depressieve klachten, met het doel dat zij zo min mogelijk klachten hebben of om verergering of terugval te voorkomen. Afhankelijk van de klachten en de situatie schat u in waar de patiënt baat bij kan hebben. Bij de adviezen gaat het niet om behandeling. Behandelingen komen aan de orde bij vraag 7 e.v....

3. Welke preventieve adviezen hebben vanuit uw ervaring effect bij de meeste patiënten met beginnende depressieve klachten (of vermoeden van depressie)?  
Antwoord:

4. Welke preventieve adviezen hebben vanuit uw ervaring effect bij de meeste patiënten met de diagnose depressieve stoornis (cf. DSM en langer dan 2 weken)?  
Antwoord:
5. Welke preventieve adviezen hebben vanuit uw ervaring effect bij de meeste patiënten met terugkerende of chronische depressieve klachten (waaronder ook dysthymie, manische depressie en patiënten die zijn terugverwezen vanuit de gespecialiseerde ggz)?  
Antwoord:
6. Welke adviezen hebben vanuit uw ervaring effect bij familieleden/naasten van patiënten?  
Antwoord:

## BEHANDELINGEN

Naast advies aan de patiënt of verwijzing naar andere zorgverleners, behandelt u zelf ook patiënten met depressie. Er zijn veel verschillende behandelingen. In de volgende vragen gaat het om het preventieve effect van behandelingen: leiden behandelingen tot minder klachten, voorkomen van verergering of terugval. Ook hier gaat het om uw eigen ervaring.

7. Welke behandelingen werken volgens u bij de meeste patiënten met beginnende depressieve klachten preventief?  
Antwoord:
8. Welke behandelingen werken volgens u bij de meeste patiënten met depressieve stoornis (cf. DSM en langer dan 2 weken) preventief?  
Antwoord:
9. Welke behandelingen werken volgens u bij de meeste patiënten met terugkerende of chronische depressieve klachten (waaronder ook dysthymie of manische depressie) preventief?  
Antwoord:
10. Heeft u behoefte aan andere (of meer) mogelijkheden voor depressiepreventie dan u momenteel kunt inzetten of heeft u suggesties voor betere depressiepreventie?  
Antwoord:

## TOT SLOT

11. Wilt u aangeven in welke regio (of stad) u werkzaam bent?  
(Dit kunnen we gebruiken om regionaal onderscheid te kunnen maken.)  
Antwoord:
12. Als u wilt dat we u op de hoogte houden van de uitkomsten van dit project, geeft u dan het emailadres op van de praktijk waar u werkzaam bent.  
(Dit emailadres wordt alleen gebruikt om u te informeren over de uitkomsten van dit project en na afloop vernietigd.)  
Antwoord:



## Bijlage 3. Afkortingen

ASS	Autismespectrumstoornis
Basis GGZ	generalistische Basis GGZ
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EFT	Emotion Focussed Therapy
(F)ACT	Flexible Assertive Community Treatment
FVP	Familievertrouwenspersoon
GBGGZ	Generalistische Basis GGZ
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HYPE	Helping Young People Early
IHT	Intensive Home Treatment
KOP-model	werkmodel Klachten = Omstandigheden x Persoonlijke stijl
KOPP/KVO	Kinderen van Ouders met Psychische Problemen/Kinderen van Verslaafde Ouders
MBT	Mentalization Based Treatment
PAAZ	Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis
POH GGZ	Praktijkondersteuner ggz
PMT	Psychomotorische therapie
PST	Psycho Sociale Therapie
PTSS	Post Traumatisch Stress Syndroom
RIAGG	Regionale Instelling voor
SPV'er	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
SSRI	serotonineheropnameremmers
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WRAP	Wellness Recovery Action Plan