

Depressiepreventie

Handreiking voor bedrijfsartsen
versie 1.2

*Monique Loo
Noks Nauta
Marjolein Bastiaanssen*

 **Partnership**
Depressiepreventie


Nederlandse
Vereniging voor **nvab**
Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

Colofon

Partnership Depressiepreventie (PDP)

In 2007 is het Partnership Depressiepreventie (PDP) van start gegaan met een open opdracht van VWS om aan de hand van praktijkverkenningen een overzicht te bieden van kansen en beperkingen voor depressiepreventie in Nederland. Deelnemende organisaties zijn divers in doel, discipline en achterban. De meerwaarde van het PDP ligt in het daadwerkelijk samenbrengen en verbinden van de partners, die tegelijkertijd collega's en concurrenten kunnen zijn. Resultaat was een werkplan met drie pijlers (2008): lokaal gezondheidsbeleid, instrumenten voor zorgprofessionals, en publiek. In 2010 zijn vele producten opgeleverd, die in de periode 2010-2012 geïmplementeerd zijn. Verder heeft het PDP verbindingen gelegd met andere initiatieven, zoals de webportal Mentaal Vitaal. Het PDP heeft als doel een groter bereik van depressiepreventie door een betere afstemming en samenwerking, en een betere benutting van aanpakken en instrumenten. Vanaf 2010 lag de nadruk op: financiering, professionals, gemeentebestuur, kwetsbare groepen en de sector arbeid.

Projectleiding PDP

Trimbos-instituut: Martijn Bool (2007-2010) en Agnes van der Poel (vanaf 2010)

Auteurs

Monique Loo, Noks Nauta, Marjolein Bastiaanssen

Partners PDP

Actiz (www.actiz.nl)

Fonds Psychische Gezondheid (www.fondspsychischegezondheid.nl)

GGD Nederland (www.ggdnederland.nl),

GGZ Nederland (www.ggz nederland.nl)

Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) (www.lvg.org)

Landelijke huisartsenvereniging (LHV) (www.lhv.nl)

Nederlands Huisartsgenootschap (NHG) (www.nhg.artsennet.nl)

Maatschappelijke Ondernemersgroep (MOgroep) (www.mogroep.nl)

Nederlandse Patiënten en Consumenten Platform (NPCF) (www.npcf.nl) en Landelijk

Platform GGZ (LPGGZ) (www.platformggz.nl),

Depressie Vereniging (www.depressievereniging.nl)

Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) (www.vng-login.nl)

Trimbos-instituut (www.trimbos.nl)

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) (www.zn.nl)

Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) (www.nvab-online.nl)

Waarnemers

Inspectie Volksgezondheid, RIVM en ZonMw

De Sigmund-strips zijn met toestemming van Peter de Wit opgenomen.

Omslagontwerp

Studio aan de werf

Eindredactie en opmaak binnenwerk

Kwaliteitsbureau NVAB

© 2013 NVAB, Utrecht

Alle rechten voorbehouden.

Producten van de NVAB mogen worden gebruikt met bronvermelding.

Deze uitgave is ontwikkeld in het kader van het Partnership Depressiepreventie, deelproject Arbeid, en is gratis te downloaden via www.nvab-online.nl.

Leeswijzer

Deze handreiking combineert theoretische informatie met praktische handvatten.

Gebruikers verschillen in hun manier van opnemen en toepassen van informatie. Vandaar deze leeswijzer:

- De **inleiding** schetst de **context** voor deze handreiking.
- Wilt u direct aan de slag met de **praktische handvatten**, gebruik dan de **hoofdstukken 1, 2 en 3**.
- Nieuwsgierig naar het **theoretisch kader**, lees dan de **hoofdstukken 4 tot en met 7**.

Inhoud

Leeswijzer	3
Inhoud	3
Samenvatting	4
Inleiding	5
1 Depressiepreventie in de bedrijfsgezondheidszorg	7
1.1 Waaron	7
1.2 Hoe?	8
2 Praktische tools en tips	15
2.1 Tips	15
2.2 Screeningsinstrumenten	17
3 Planmatige aanpak bedrijfsarts	19
3.1 Aandachtspunten	19
3.2 Uitwerking	19
4 Depressie klinisch en subklinisch	22
4.1 Lijden	22
4.2 Ziektebelasting	24
4.3 Overwegingen	24
5 Depressie en werk	27
5.1 Depressie in de beroepsbevolking	27
5.2 Werkgebonden factoren en depressie	27
5.3 Arbeid en functioneren met depressie	28
5.4 Effectiviteit depressiepreventie in arbeidscontext	28
6 Het Partnership Depressiepreventie	29
6.1 Waaron het PDP?	29
6.2 Wat doet het PDP?	29

6.3	Setting arbeid	31
7	Preventie	33
7.1	Soorten preventie	33
7.2	Evidenties en verzekerde zorg	33
7.3	Beschikbare interventies	355
7.4	Uitwerking naar type preventie	35
8	Verwijzingen	41
8.1	Literatuur	41
8.2	Webadressen tabel 2 Risicofactoren, risicogroepen en beschermende factoren	44
8.3	Webadressen tabel 3 Screeningsinstrumenten voor gebruik door bedrijfsartsen	45
	Bijlagen	46
	Overzicht interventies depressiepreventie	46
	Samenvattingskaart NHG-standaard Depressie 2012	47

Samenvatting

Voor de (door)ontwikkeling van deze handreiking over depressiepreventie in de bedrijfsgezondheidszorg is behalve informatie vanuit het Partnership Depressiepreventie en wetenschappelijke kennis ook de input van professionals in de arbozorg, werknemers met een historie van depressie en leidinggevenden en P&O-ers (focusgroepen, interviews, gebruikersgroepen) gebruikt.

De handreiking is speciaal gericht op bedrijfsartsen. Lezers die met name op zoek zijn naar praktische handvatten worden na een kort 'waarom en hoe (vormen van preventie en interventies)' direct bediend met tips en tools (zoals geschikte screeningsinstrumenten) en met een schematisch uitgewerkte checklist die zij als startpunt voor een planmatige aanpak van depressiepreventie kunnen gebruiken. Wie meer theoretische achtergrond wil (cijfers over depressielijden, ziektelast, overwegingen rond depressie in de arbeidscontext, het werk van het Partnership Depressiepreventie) krijgt in beknopte hoofdstukken een goed eerste overzicht en wordt adequaat naar verdere verdieping verwezen.

Dit is versie 1.2 van de handreiking. Feedback en nieuwe onderzoeksbevindingen leidden tot aanpassingen. In deze versie uiten we explicieter dat de genoemde attitude, adviezen, gebruikte instrumenten en geschetste situaties ook bruikbaar zijn voor brede preventie van psychische problematiek en het bevorderen van psychische gezondheid. Tabel 2 met interventiemogelijkheden voor de bedrijfsarts kreeg meer praktische aanvulling. Informatie van de NHG-standaard Depressie is verwerkt in 4.1, met name bij de begripsbepaling. De samenvattingskaart van de standaard is als bijlage opgenomen. Het kostenoverzicht in de tabel bij 4.2. verviel. Een verwijzing naar het onderdeel functioneren en werk uit de tweede revisie Trimbos (voorheen CBO) richtlijn Depressie is opgenomen in hoofdstuk 5. De informatie over het Partnership is ge-update in hoofdstuk 6. De bijlage over interventies die aansloten op bedrijfsgezondheidszorg is vervalten; de database wordt regelmatig ge-update en de arboprofessional kan zich beter digitaal op betreffende site laten informeren. Als service zijn in een bijlage wel de interventies opgenomen die op de Trimbos-factsheet benoemd werden. Nieuwe literatuurgegevens zijn verwerkt, de literatuurlijst is aangepast, urls zijn gecontroleerd en aangepast.

Inleiding

De NVAB is van mening dat bedrijfsartsen een belangrijke rol te vervullen hebben bij depressiepreventie. In 2009 verscheen de eerste versie van deze handreiking. Nu, in 2013, passen we deze handreiking aan op basis van gebruikerstesten, reacties uit nascholingen en naar aanleiding van nieuwe (werk)gerelateerde onderzoeksresultaten. Onveranderd ten opzichte van 2009 staat depressie(preventie) nog steeds volop in de belangstelling. Uitgangspunt blijft dat kiezen voor gezond leven loont: mensen blijven daarmee langer leven in betere gezondheid. En dat leidt weer tot minder maatschappelijke kosten en minder druk op het gezondheidszorgsysteem. Sinds de preventienota *'Kiezen voor gezond leven'* (2006) is aan de krachtige impuls van het ministerie van VWS niet ingeboet. In de landelijke nota gezondheidsbeleid *'Gezondheid dichtbij'* (2011) geeft het kabinet aan hoe de eerdere vijf speerpunten, waaronder depressie, onverminderd richting blijven geven aan het beleid van VWS. Daarbij legt het kabinet, nog meer dan voorheen, de nadruk op bewegen. Bovendien verwoordt het kabinet opnieuw dat de verantwoordelijkheid voor gezondheid in eerste aanleg bij de mensen zelf ligt. Betrokkenheid van maatschappelijke organisaties, onderwijs, zorgverleners en bedrijfsleven wordt van belang geacht om tot resultaat te komen.

Depressie treft een groot aantal mensen, kent hoge kosten en heeft een ongunstige prognose. De kans op terugval is groot en neemt toe na elke depressie-episode. Behandeling van een depressie heeft slechts beperkt effect op de ziektelast. Preventie in een klinisch relevant voorstadium lijkt effectief. En innovatieve interventies, gebaseerd op de huidige technologische mogelijkheden, bieden kansen voor minder kosten- en zorgintensieve vormen van preventie en therapie. De krachten op het vlak van depressiepreventie zijn gebundeld in het Partnership Depressie Preventie (PDP). Bij al deze grotendeels individueel gerichte aandacht zijn kritische kanttekeningen te plaatsen. Deze pleiten voor verbreding buiten het individu, maken ons attent op onze (voor)oordelen en alert op de invloed van sociaal-maatschappelijke gebruiken en cultuur. Onderzoek is ingezet om depressie te 'deconstrueren': wat is depressie eigenlijk? Klopt het begrip depressie wel? Mogen mensen niet meer somberen en moeten zij altijd, volledig verantwoordelijk, streven naar geluk?

Wat moeten bedrijfsartsen weten van depressiepreventie? (Hoe) moeten en hoe kunnen zij aan depressiepreventie bijdragen? Bij het opstellen van de handreiking vroegen we dat aan professionals in de arbozorg, aan werknemers die een depressie gehad hebben en aan leidinggevenden en P&O-ers. We organiseerden focusgroepen, interviews en gebruikersgroepen. Hun input, informatie van het PDP, wetenschappelijke artikelen en relevante publicaties vormden de bron voor de ontwikkeling van de eerste versie van de handreiking. Daarna brachten we de handreiking bij de professionals onder de aandacht (publicaties, nascholingen, kringbijeenkomsten). We kregen feedback uit de praktijk (evaluaties) en lazen nieuwe onderzoeksbevindingen.

Met deze versie van de handreiking bieden we de bedrijfsartsen meer informatie op het gebied van depressiepreventie. Let wel: preventie van depressie is 'slechts' een onderdeel van het breder meer omvattende palet aan acties gericht op het vergroten van de psychische gezondheid in werk. Veel van de hier gegeven informatie en tips beperken zich niet alleen tot preventie van depressie, maar zijn ook te gebruiken in het kader van dat breder preventief optreden en werken aan psychische gezondheid. Dit is de tweede versie van de handreiking. Ook na deze versie blijft het mogelijk om de handreiking bij te stellen op basis van praktijkervaringen, voortschrijdende inzichten en best practices.

Minimaal verwachten we van bedrijfsartsen dat zij handelen conform de 'NVAB-richtlijn verzuim door psychische problemen'; bedrijfsartsen begeleiden de stressgerelateerde dimensie van het beeld, benutten de 4-DKL om de voortgang te monitoren, intermedieren en consulteren de huisarts minstens voor de optimale behandeling van de specifieke depressieve component en overleggen (mits er toestemming is) met betrokken behandelaren. Zij zorgen voor de optimale communicatie tussen werknemers en hun werksysteem en intermediëren naar passende arbeidsomstandigheden en werk (zo aanpassing nodig zou zijn).

In deze herziene versie van de handreiking verwerkten we de aanbevelingen voor behandeling uit de nieuwe NHG-standaard Depressie (NHG, mei 2012). In een bijlage is de samenvattingskaart van de NHG-standaard opgenomen, omdat bedrijfsartsen bij de evaluatie van de kringbijeenkomsten aangaven hiermee een betere samenwerking met de huisarts te kunnen realiseren. Meer informatie over behandeling bij depressie treft u verder aan in de Multidisciplinaire *richtlijn Depressie* (voorheen CBO, nu Trimbos 2012) en in de achtergrondinformatie bij de *NHG-standaard Depressie* (NHG, mei 2012).

De NVAB is ook betrokken bij de ontwikkeling van de zorgstandaard Depressie. Deze beoogt de zorg voor mensen met een depressie zo te coördineren en vorm te geven dat er sprake is van integrale zorg. Uiteraard spelen de werkomgeving en arbozorg daarbij een rol. De NVAB zal de bedrijfsarts hierover op de gebruikelijke wijze informeren.

1 Depressiepreventie in de bedrijfsgezondheidszorg

1.1 Waarom

We noemen eerst enkele relevante feiten voor de bedrijfsarts die onderbouwen waarom depressiepreventie een aandachtsveld voor de bedrijfsgezondheidszorg is.

- De NVAB meent dat er voldoende indicaties zijn die aantonen dat preventie van depressie belangrijk én (kosten)effectief is. Voor de onderbouwing van deze mening verwijzen wij naar de uitgebreide informatie in hoofdstuk 4.
- Kwantitatieve onderbouwing van het probleem van depressie in werksituaties is niet zeer uitgebreid. Hoofdstuk 5 vat samen wat wel bekend is.
- Er is een 'Partnership Depressiepreventie' actief (PDP). Dit Partnership richtte zich tot voor kort vooral op het domein van de algemene bevolking maar heeft ook arbeid en arbeidsgezondheidszorg in het aandachtsgebied betrokken. Meer informatie over het Partnership Depressiepreventie biedt hoofdstuk 6.
- Het College van Zorgverzekeraars (CVZ) nam depressiepreventie in 2008 in het basispakket op. Helaas bood dat bedrijfsartsen vooralsnog geen ruimte om vergoeding via de zorgverzekeraar te ontvangen; zij werden niet genoemd als eerstelijnsleverancier van deze te vergoeden zorg. De beroepsvereniging heeft steeds aangegeven dat vergoeding van de zorg door de bedrijfsarts uit de basisverzekering mogelijk moet zijn (met verwijzing naar de wet- en regelgeving). Dit is echter niet gerealiseerd. In de 'pakketscan Depressiepreventie' (CVZ, 2012) staan mogelijkheden voor bedrijfsartsen om, samen met eerstelijns professionals, depressiepreventie (verder) te ontwikkelen.



- De NVAB meent dat de bedrijfsarts kan bijdragen aan depressiepreventie door in te zetten op het vergroten van psychische gezondheid in werk. Deze overtuiging werd gedeeld door de bedrijfsartsen, de werknemers en de werkgevers die we betrokken bij de ontwikkeling en herziening van deze handreiking.
- Het PDP ontwikkelde risicoprofielen voor de algemene bevolking. Deze profielen dragen ertoe bij om met de beste kans van slagen die interventies aan die personen aan te bieden die er ook het meest bij gebaat zijn. Voor de bedrijfsarts zijn deze profielen nog niet bruikbaar! Voor de subgroep werkenden wordt onderzocht welke risicoprofielen gemaakt kunnen worden onder de aanname dat deze wezenlijk andere informatie (zullen) bieden (PDP, 2009). U kunt over de bestaande risicoprofielen meer lezen in het PDP-rapport 'risicoprofielen, versie 1.0' (PDP, 2010).

Wat momenteel bekend is over risicofactoren, risicogroepen en beschermende factoren vatten we voor u samen in tabel 1.

Tabel 1
Risicofactoren, risicogroepen en beschermende factoren¹

	Onderzocht in de algemene bevolking	Onderzocht specifiek in de werkende bevolking
<i>Risicofactoren</i>	Eerdere depressie (1) Subklinische depressie (1) Langdurige angststoornis (1) Jeugdtrauma (1) Ingrijpende levensgebeurtenissen (1) Chronische lichamelijke ziekte of beperking (1) Aanwezigheid andere psychische stoornis (7) Lage sociaal-economische status (1)	Gebrek aan steun (3) Niet passende functie (3) Te veel werk i.c.m. gebrek aan regelmogelijkheden (3) Hoge psychologische taakeisen (3) Stressvolle gebeurtenissen (3) Procedurele onrechtvaardigheid (3) Hoge werkdruk (4,6) Blootstelling aan kwik/ oplosmiddelen (5) Agressie op de werkplek (5) Arbeidsconflict en ongewenste omgangsvormen (5)
<i>Risicogroepen</i>	Mensen met naaste familieleden met depressie / angst/ alcoholmisbruik (1) Kinderen van ouders met depressie (7) Kwetsbare persoonlijkheden (neuroticisme, laag zelfvertrouwen, hoge interpersoonlijke sensitiviteit) (1) Vrouwen (1) Alleenstaanden (1) Sociaal kwetsbaren (thuis- en daklozen, asielzoekers) (1) Zeer creatieve mensen (2) Leeftijd (25-45 jaar) (7)	Werknemers in gezondheidszorg (3) Leraren (3) Advocaten (3) Secretarieel personeel (3) Vrachtwagenchauffeurs (internationale ritten) (4)
<i>Beschermende factoren</i>	Zelfinzicht, zelfwaardering, zelfvertrouwen (1) Begrip en kennis over depressie en mogelijkheden (1) Flexibele persoonlijkheid (1) Sociaal vaardig (1) Gevoel van 'mastery'; regie en grip houden (1) Plannen en participeren in plezierige activiteiten (1) Het hebben van werk (3) Fysieke activiteiten (sport) (1)	

Bronnen: 1 = Smit et al. (2007); 2 = Andreasen (2006); 3 = NCvB Depressie beroepsgebonden; 4 = Psychischenwerk; 5 = Speijer (2008); 6 = Plaisier (2009); 7 = Schoemaker (2010).

1.2 Hoe

Vormen van preventie en interventies

Er zijn meerdere vormen van preventie (zie hoofdstuk 7) en de bedrijfsarts beschikt over verschillende ingangen om ondersteuning te bieden aan depressiepreventie. Voor een up-to-date overzicht van de wetenschappelijke stand van zaken specifiek voor interventies op het gebied van depressiepreventie verwijzen we naar de website van het RIVM: <http://www.loketgezondleven.nl/interventies>. Voor elke interventie is onder andere beschreven voor welke doelgroep deze bedoeld is, welk effect ervan verwacht wordt en wie de interventie aanbieden. Ook is de kwaliteit en effectiviteit van de interventie beschreven.

In tabel 2 (blz. 10 e.v.) hebben we de mogelijke interventies van de bedrijfsarts gerangschikt naar gebruikelijke contactmomenten en klantsituaties vanuit de bedrijfsgezondheidszorg. De bedrijfsarts heeft nu al de mogelijkheid om invloed uit te oefenen op het

¹ De informatie uit deze tabel is onderhevig aan nieuwe inzichten uit onderzoek en we realiseren ons dat veel mogelijke risicofactoren of kwetsbaarheden nog niet of onvoldoende onderzocht zijn.

arbeidsomstandighedenbeleid. Hij beschikt over diverse interventies die zich zowel kunnen richten op het bevorderen van psychische gezondheid als het (helpen) herkennen van psychische problemen (inclusief depressie) en het aanpakken daarvan. De mogelijkheden daartoe bevinden zich zowel op het niveau van een klantorganisatie als op het niveau van een groep of individu.

U kunt als bedrijfsarts ook aansluiten bij zogenaamde 'lokale preventieve activiteiten' die vorm krijgen vanuit het project 'Gezonde Gemeente' of 'lokaal beleid'. Onderaan de tabel hebben we hiervoor enkele suggesties opgenomen.

Hoofdstuk 7 biedt theoretische verdieping over de preventievormen. Deels is dezelfde informatie gerangschikt als in tabel 2 maar dan per preventiesoort. Daarnaast geeft dit hoofdstuk informatie over de gevonden evidenties bij de effectiviteit van bepaalde interventiesoorten. Tot slot komt de keuze van preventieve interventies aan bod en staan de voorwaarden beschreven die het College van Zorgverzekeraars stelde aan de verzekerde vormen van depressiepreventie.

Wij menen dat de genoemde attitude, adviezen, gebruikte instrumenten en geschetste situaties zich niet alleen beperken tot preventie van depressie. Ze zijn vaak ook algemeen bruikbaar voor brede preventie van psychische problematiek, voor het bevorderen van psychische gezondheid en zelfs bruikbaar als preventieve interventies bij andere werkgerelateerde (co-)problematiek.

Allochtone werknemers

Deze handreiking presenteert praktische suggesties die algemeen breed toepasbaar zijn. Hier een korte notitie over de bijzondere positie van allochtonen in verband met depressie(preventie).

Alleen in het Nederlands cultuurgebied bestaat al diversiteit over het begrip depressie. De persoonlijke kleur en waardering die het individu aan het begrip depressie geeft verschilt erg. Anders gezegd: er zijn grote verschillen in interpretatie van wat klachten als 'chronisch somber zijn' en 'geen initiatief meer kunnen opbrengen' betekenen voor de persoonlijke leefsfeer en de nabije omgeving van het individu met de klachten (zie ook paragraaf 4.3). Deze interpretatieverschillen worden uiteraard ook gekleurd door culturele en etnische diversiteit, net als de mate waarin het individu in staat is of in staat gehouden wordt om initiatief te ontplooien en te werken aan zijn gezondheid of om hulp te accepteren. Dit kan invloed hebben op de contactkwaliteit tussen u en de werknemer (met klachten). Nuances van de klachten kunnen bijvoorbeeld verloren gaan wanneer u gebruik maakt van niet-professionele tolken (tolken door familie). Soms bereikt u meer inzicht bij de werknemer zelf wanneer u niet rechtstreeks aan betrokkene vraagt wat de klacht voor hem of haar betekent maar indirect uw vragen stelt. 'Wie is de persoon binnen uw familie bij wie u altijd om raad vraagt, wat zou deze persoon vinden van de klachten zoals u die nu heeft, wat zou deze persoon u aanraden'.

Specifiek op het gebied van depressie is nog weinig ontwikkeld. Wie zich meer wil verdiepen in helpende vaardigheden in interculturele contacten kan de volgende publicaties lezen: '*Beschermjassen, transculturele hulp aan families*', '*Zorg aan buitenlanders?*', '*Het succes ligt op straat*'. Zie voor de verwijzingen hoofdstuk 8.

Tabel 2

Interventiemogelijkheden op depressie en depressiepreventie in de bedrijfsgezondheidszorg

Actie bedrijfsarts	Populatie	Interventiemogelijkheden	Voorwaarden
Bedrijfsarts zelf als instrument, als voorbeeld en als cultuurdrager (= vnl. universele preventie)	Gehele klantpopulatie Aanvankelijk vooral gericht op sleutelfiguren, beslissers en beïnvloeders	<ul style="list-style-type: none"> - Maak uzelf kenbaar en geef aan hoe bedrijfsgezondheidszorg bijdraagt aan inzetbaarheid en welzijn; - Leg vanaf het vroegste begin contact met sleutelfiguren in de organisatie (management, OR, P&O); - Maak de eerste stap (neem initiatief) met het doel voor ogen; Spreek de taal van uw contactpersoon (zoek naar wederzijdse belangen, win-win); - Werk verbindend in de organisatie, streef naar multidisciplinaire samenwerking met de klant. - Maak psychische (werk)problematiek (h)erkenbaar en bespreekbaar 	<ul style="list-style-type: none"> - Bedrijfsarts werkt vanuit de visie dat (passend) werk bijdraagt aan het welzijn; - Bedrijfsarts is op zoek naar structurele oplossingen in belang van de organisatie en ziet daarbij de organisatie als een geheel, als een som van onderdelen; - Bedrijfsarts is in staat te initiëren, feedback te geven, vertrouwen te wekken, contact te maken, te reflecteren op eigen handelen, gaat discussies of verschillen van mening niet uit de weg maar is nieuwsgierig; - Bedrijfsarts werkt aan een klantcontract waarbinnen zowel de organisatie als opdrachtgever als arbozorg als opdrachtnemer kunnen floreren; - Bedrijfsarts (h)erkent eigen grenzen; helpt anderen hun verantwoordelijkheden in te vullen maar neemt niet over.
Planmatige aanpak (= universele, selectieve en geïndiceerde preventie) Hoofdstuk 3 biedt ondersteuning	Gehele populatie Met name: management, leidinggevenden, P&O, preventiewerkers, OR en casemanagers om hun cultuurdragende, voorbeeldgevende en signalerende rol	<ul style="list-style-type: none"> - Aanbieden psycho-educatie in het bedrijf als geheel (hoe blijf je mentaal vitaal); - Aanbieden psycho-educatie en interventies aan leidinggevenden, P&O, preventiewerkers, case-managers (hoe werken we aan psychisch welbevinden, hoe signaleren we, wat kunnen we doen, sociale kaart); - Planmatig aanpakken risicofactoren met bedrijf. 	<p>Bedrijfsarts onderzoekt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - risicofactoren in werk (RIE, gegevens spreekuren, PMO, MTO, branchegegevens, beroepgegevens, arboconvenanten). VBBA, VAR kunnen ingezet worden; - werknemers met kwetsbaarheden (gegevens spreekuren, SMO, contacten sociale kaart); - screening klachten (in MTO, SU, PMO); <p>Gebruik informatie uit tabel 2 en 3.</p>
Planmatige aanpak voor specifieke groepen	- Werknemers die blootstaan aan risicofactoren	- Aanbieden psycho-educatie en interventies aan risicogroepen (hoe blijf je mentaal vitaal, hoe ga je om met risicofactoren, hoe neem je invloed);	<p>Bedrijfsarts doet onderzoek naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - risicofactoren in werk (RIE, gegevens uit spreekuren, PMO-gegevens, MTO, branche-gegevens, beroepenge-

<p>(= <i>selectieve en geïndiceerde preventie</i>)</p> <p>Hoofdstuk 3 biedt ondersteuning</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Werknemers met kwetsbaarheid - Werknemers met klachten - Werknemers in een herstructurering in het bedrijf - (en hun collega's en partners) 	<ul style="list-style-type: none"> - Aanbieden van psycho-educatie en interventies aan medewerkers met kwetsbaarheden (hoe werk ik in en met het bedrijf aan mijn psychisch welbevinden, hoe signaleer ik tijdig, wat kunnen we doen, sociale kaart); - Tegenwoordig wordt ook vaak gewerkt met informatie die werknemers individueel en anoniem kunnen krijgen via internet-(bedrijfs)portalen met persoonlijke feedback; - Vergeet niet dat ook herstructurering in het bedrijf leidt tot risico's op psychische problematiek en mogelijk depressie. Momenteel zijn herstructurering en risico op baan- of functieverlies niet te onderschatten. U kunt daar nu al preventief in optreden. 	<p>gevens, arboconvenanten);</p> <ul style="list-style-type: none"> - werknemers met kwetsbaarheden (gegevens uit gesprekken, SMO, contacten sociale kaart); - screening op klachten (in MTO, SU, PMO) - vooraf is toestemming van werkgever al gegeven dat (bepaalde) interventies geboden kunnen worden (voorlichting en persoonlijke feedback gaat meestal goed, doorverwijzing blijkt verschillend in de praktijk gerealiseerd); <p>Blijf investeren in het (goed) contact houden met bedrijf. Benoem mogelijkheden en kansen, laat zien hoe imago van bedrijf, bedrijfsbinding en betrokkenheid baat hebben bij de te nemen acties en interventies;</p> <p>Gebruik de informatie uit tabel 2 en 3.</p>
<p>BG-spreekuur</p> <p>(= <i>selectieve en geïndiceerde preventie</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. zonder klachten of risico's: actie behoort tot de universele preventie 2. zonder klachten maar bij risico's: selectieve preventie 3. bij klachten: geïndiceerde preventie 	<p>Werknemers (en hun collega's of partners)</p> <ul style="list-style-type: none"> - met vragen - met klachten - uit risicogroep of risico-omgeving (zie ook tabel 2) <p>Leidinggevenden, PZ, preventiewerkers, OR, casemanagers</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Voorlichting en advisering - Individuele arbeidshulpverlening of inschakeling A&O deskundige bij groeps- of organisatie-interventies; - Verwijzing (naar informatieve websites of zorgverlening GGZ via huisarts, zie ook de websites bij praktische tools en tips in dit document); - (blijf) Zorgen voor afstemming en verbinding in bedrijf (match met werk, leidinggevende, collega's). 	<p>Creëer voldoende contactmogelijkheden (tijd, veiligheid, vertrouwen);</p> <p>Wanneer screening op (sub)depressie aangewezen is kan dat via:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de gebruikelijke anamnese (cf NVAB-richtlijn), 4DKL en criteria subklinische depressie (zie ook tabel 3) - informatievergaring uit RIE of doorvragen; <p>Heb aandacht, ook bij screening, voor angstklachten (zet 4DKL in): angstklachten komen vaak samen met depressie voor.</p>

Verzuimspreekuur	<p>Werknemers met verzuim primair door depressie</p> <p>of verzuim door stressgerelateerde psychische problemen</p> <p>of verzuim met depressie als comorbiditeit (wees alert bij chronische beperkende aandoeningen)</p> <p>of verzuim om andere redenen maar depressie in voorgeschiedenis</p> <p>of re-integratie (bij eerder genoemde mensen).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Procescontingente begeleiding conform de NVAB-richtlijn; - Voorlichting en advisering; - Arbeidshulpverlening; -Verwijzing naar GGZ via huisarts; - Monitoring middels de 4DKL (wel of niet doorontwikkeling naar depressie); - Zorgafstemming met behandelaren. Bespreek vooral ook wie wat doet zowel op inhoudelijk niveau maar vooral ook op procesniveau (wie houdt regie en overzicht); - Interventies gericht op de werkomgeving om re-integratie te bevorderen en terugval te voorkomen (vergeet dus vooral niet de betrokken ondersteuners van het bedrijf, de collega's maar ook de privé-en zorgomgeving; zij moeten ook weten wat er kan, wat de visie is en hoe dat gerealiseerd wordt. 	<p>Wees extra alert bij werknemers die hun klachten en verzuim wijten aan het werk.</p> <p>Wees alert op macro-gegevens: hoeveel werknemers uit een bepaalde afdeling, beroepsgroep hebben zich inmiddels met soortgelijke klachten gemeld.</p> <p>Overleg met de werkgever; inzetten van screeningsinstrument voor een grotere groep kan aangewezen zijn (CES-D, DHS, VBBA, VAR) en koppel dit vooral aan de toestemming vooraf ook interventies te (laten) doen.</p> <p>Benut spreekuurgegevens op macroniveau om het nut van preventieve acties en interventies te onderstrepen (voor zover de organisatie nog niet in de gaten had dat er wat te winnen was) en benut trendgegevens ook vooral om successen te vieren (wanneer de interventies inderdaad tot resultaat leiden). Zo houd je de organisatie (management, OR, werknemers) ook voor andere preventieve acties bereid.</p>
PMO	<p>Gehele bedrijfspopulatie of afdeling</p> <p>pas de inhoud aan</p>	<p>-Stel niet alleen vragen maar biedt vooral ook mogelijkheden (geautomatiseerd) voor informatie en directe feedback;</p>	<p>Zie eerdere opmerkingen o.a. over het pas inzetten van PMO wanneer vooraf al toestemming is op zijn minst voor de minimale interventies als informatie, psycho-educatie en contactmogelijkheid.</p>

	aan wat je aan risico's al weet (of vermoedt)	<ul style="list-style-type: none"> -Werk met de opbrengst; maak een plan van aanpak over wat te verbeteren is en wat dat oplevert of vier successen en benoem de winst. - Acties op werkplek, zoals training voor leidinggevenden en/of medewerkers - Individuele verwijzingen 	
RIE	Gehele bedrijfspopulatie of afdeling	- Plan van aanpak	Zorg altijd voor de verbinding van de RIE-informatie met informatie uit de branche, macro-gegevens uit je eigen contacten, benchmark (voeg toe en positioneer bedrijfsgezondheidszorg). Werk dus samen! (denk aan A&O, OR etc.)
SMO	Gehele bedrijfspopulatie of afdelingen werknemers at risk of werknemers met klachten	<ul style="list-style-type: none"> - Algemene psycho-educatie, verbindende informatie zodat de match tussen werk en werknemer en/of werknemer en leidinggevende verbetert; - Gerichte acties m.b.t. specifieke afdelingen of werknemers; - Algemene acties om werk minder stressvol te maken of meer hulpbronnen ter beschikking te hebben; - Laat in SMO ook de successen aan bod komen; wat maakt dat dit successen waren en hoe kunnen we daar in andere situaties gebruik van maken. 	<p>Bedrijfsarts helpt organisatie om het SMO breder in te zetten dan het bespreken van 'de zieken' alleen. Benut het SMO als een multidisciplinair contactmoment waarop ook het leren van successen en procesinformatie helpend kan zijn om preventief te werken, psychisch welzijn te versterken en dus een positieve bijdrage te leveren aan de bedrijfsdoelstellingen.</p> <p>Denk aan complimenten geven voor de reële, ook nog zo kleine stappen, in de goede richting (actief bezig zijn met aandacht voor elkaar in een duidelijke richting, feedback durven en kunnen geven).</p> <p>Benoem hulpbronnen die bijdragen aan psychische gezondheid</p>
Aansluiten bij wijkaanpak Gemeenten	Burgers in de eigen wijk of wijk van de klantorganisatie	<ul style="list-style-type: none"> - Breng deskundigheid over arbeid en psychischgezondheid in; - Ga na wat u vanuit uw klantorganisatie kunt in- 	Opbouwen contact met lokale GGD en participeren in projecten op dit gebied in wijken (ook meedoen in de 1 ^e lijn).

		brengen en hoe u (met de klant) kunt samenwerken aan wijkprojecten (bijvoorbeeld van en naar werk).	Laat zien wat u te bieden hebt als bedrijfsarts. Zie ook hoofdstuk 6, onderdeel 'lokaal beleid'
--	--	---	--

Afkortingen Tabel 2

MTO = Medewerkerstevredenheidsonderzoek

VAR = Vragenlijst Arbeidsre-integratie

VBBA = Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid

PMO = preventief medisch onderzoek

RIE = risico inventarisatie en evaluatie

SMO = sociaal medisch overleg

2 Praktische tools en tips

2.1 Tips

Online hulp bij psychische klachten op KiesBeter.nl

<http://www.kiesbeter.nl/zorgverleners>

Op het zorgportaal KiesBeter.nl staat sinds eind 2009 een overzicht van het zorgaanbod in Nederland aan mensen met psychische klachten. Ook e-mental health is in het overzicht opgenomen. De bezoeker krijgt een lijst van websites waar hij het best terecht kan met zijn klachten. Aan de hand van een beperkt aantal vragen vooraf kan hij daarbij zelf enkele randvoorwaarden stellen. Die gaan bijvoorbeeld over betaalbaarheid en anonimiteit.

Interventiedatabase - <http://www.loketgezondleven.nl>

Het RIVM Centrum Gezond Leven werkt in opdracht van VWS en versterkt samen met andere partners een samenhangende lokale gezondheidsbevordering. Het centrum wil het gebruik van best passende leefstijlinterventies stimuleren. Het beheert daartoe onder andere een interventiedatabase die vrij toegankelijk is. In deze database zijn ook de op depressiepreventie gerichte interventies opgenomen. Per aanbod wordt een aantal hoofdkenmerken gegeven (doelgroep, doel, aanbieder) met de wetenschappelijke status van de interventie. Directe koppeling via <http://www.loketgezondleven.nl/settings/gezonde-gemeente/depressie/interventieoverzicht/interventieoverzicht-depressie/Default.aspx>

Verzekerde zorg Depressiepreventie - <http://www.cvz.nl/>

Voer op de site van het College voor Zorgverzekeringen de zoekwoorden 'verzekerde zorg depressie' in en je treft zowel dit rapport (d.d. 22 september 2008) aan als de 'pakketscan depressie' (d.d. 12 april 2012). De rapporten bieden gedetailleerde informatie over welke vormen van depressiepreventie onder de verzekerde zorg vallen en onder welke voorwaarden (zie ook hoofdstuk 6).

Depressietest en informatie (patiëtniveau) –

<http://www.cz.nl/consument/interactief/gezond-en-fit/depri-test>

CZ heeft een website ontwikkeld waarop deskundigen online te raadplegen zijn en informatie staat over de symptomen van een depressie en wat iemand er zelf aan kan doen. Tevens kan hier een gratis 'depri-test' worden gedaan om vast te stellen of er sprake is van een dipje of van een (milde) depressie. Afhankelijk van de uitkomst krijgt de invuller tips en adviezen op maat. De informatie is opgesteld met inbreng van deskundigen van HSK (Arnhem).

Beschikbare PDP-documenten

<http://www.trimbos.nl/onderwerpen/preventie/partnership-depressiepreventie>

Het Partnership DepressiePreventie heeft een eigen pagina waarop de meest relevante en interessante werkdocumenten kunnen worden ingezien en gedownload waaronder:

- Documenten instrumenten voor professionals Partnership Depressiepreventie
<http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/preventie/af/af0971-documenten-instrumenten-voor-professionals-partnership-depressiepreventie>

2.2 Screeningsinstrumenten

Tabel 3

Instrumenten voor gebruik door bedrijfsartsen om depressie¹ tijdig te onderkennen of uit te sluiten

Afkorting	Naam	Doel	Meet depressie in test of schaal	Validiteit en normering	Informatie
4 – DKL	4-Dimensionele Klachtenlijst Aanbevolen lijst in de bedrijfsgezondheidszorg	Onderscheiden van stress-symptomen van depressie, angst, en somatisatie in de begeleiding van mensen in de eerstelijns gezondheidszorg.	Bestaat uit een distress-, angst-, depressie- en somatisatieschaal. Depressieschaal kent 6 items.	Alle onderdelen zijn als voldoende of goed beschouwd. Test-hertestwaarde is acceptabel waardoor de 4DKL ook prima als monitoringinstrument ingezet kan worden. Kwaliteit van de handleiding kan beter.	Zelfinvullijst, duur 10 minuten. Gratis beschikbaar. Lijst wordt geadviseerd als eerste keuze ondersteunend hulpmiddel bij de begeleiding bij psychische problemen (NVAB-richtlijn). Geeft geen diagnose maar maakt wel alert op mogelijke meespelende dimensies van angst en depressie. In de herziene NVAB-richtlijn (2007) staan de mogelijkheden uitgebreid beschreven.
DHS	Depressie Herkenningsschaal (vertaling van Goldberg Screeningslijst)	Screenet op depressieve stoornis, al dan niet met generaliseerde angst.	Hele vragenlijst gaat over depressie, heeft 9 vragen waarvan de laatste 5 slechts bevroegd hoeven als een van de eerste 4 vragen positief scoort.	Als lijst om snelle indicatie te hebben voldoende betrouwbaar. Verder onderzoek is aanbevolen (ook voor wat betreft specifieke bruikbaarheid in BGZ).	Interview-instrument (2 minuten) gebaseerd op Goldberg Screeningslijst. Kan handig zijn als snellere en simpelere screening op depressie alleen. Gratis beschikbaar.
INTEL	Interventie Studie Eerste Lijn – Screeningsvragenlijst (deze lijst is afgeleid van de DHS en bevat 2 vragen minder)	Kort interview (7 items) Meet depressieve stoornis, al dan niet met generaliseerde angst.	Hele vragenlijst gaat over depressie.	De betrouwbaarheid en de validiteit zijn nog onvoldoende onderzocht.	Interview-instrument (2 min) gebaseerd op Goldberg Screeningslijst, mogelijk nog sneller inzicht dan de DHS.
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale	Meet angst en depressie.	Bestaat uit een depressie- en een angstschaal. Depressie kent 7 items Een score van 8 op de depressie-items is reden tot verder onderzoek en verwijzing.	Zeer sensitief, weinig specifiek, zal als screener veel vals positieven opleveren. Wel goed geschikt om depressie uit te sluiten (DMS-IV). Uitgebreid in arbeidspopulaties getest.	Korte zelfinvullijst, duur 5 minuten. Als screeningsinstrument bij depressiepreventie weinig geschikt. Is echter in de BGZ goed bruikbaar als het doel is depressie uit te sluiten!
CES-D	Center for epidemiological studies – Depression Scale	Zelfbeoordelingslijst, meet de omvang van de depressieve symptomen.	Maakt gebruik van schalen uit diverse andere lijsten (Zung depressieschaal, Beck depr invent).	Sensitiviteit en specificiteit 92-93 % op major depression. Vraagscholing, minder geschikt voor bedrijfsgezondheidszorg.	Reactie te geven op 20 stellingen. Oorspronkelijk om risicogroepen te screenen. Uitgebreid in arbeidspopulatie getest. Vooral geschikt om ernstige depressie te includeren.
DASS	Depression Anxiety Scale	Meet angst, depressie en stress.	Bestaat uit depressie, angst en stressschaal. Afkappunt 12 voor de depressieschaal.	Dezelfde voor- en nadelen als de HADS, vooral geschikt om major depressie uit te sluiten.	Duurt 5-10 minuten, ook online beschikbaar. Zal bij screening veel valspositieven opleveren.

¹ Bronnen: Partnership Depressiepreventie en tools- en checklist informatie van website psychischnwerk. Zie voor links 8.3.

3 Planmatige aanpak bedrijfsarts

3.1 Aandachtspunten

Gezien de informatie die we in dit project hebben verzameld zijn we van mening dat een bedrijfsarts heel goed planmatig kan werken aan (depressie)preventie. Zie ook hoofdstuk 1, tabel 2. We geven hier een lijstje met aandachtspunten voor het planmatig opzetten van depressiepreventie, die we in de volgende paragraaf stuk voor stuk toelichten. In de inleiding van deze handreiking hebben we al aangegeven dat we menen dat de genoemde attitude, adviezen, gebruikte instrumenten en geschetste situaties zich niet alleen beperken tot preventie van depressie. Ze zijn vaak ook algemeen bruikbaar voor brede preventie van psychische problematiek, voor het bevorderen van psychische gezondheid.

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| a. Populatie | e. Betrekken van anderen |
| b. Soort preventie | f. Bijgesteld plan |
| c. Screeningsinstrument | g. Uitvoering |
| d. Conceptplan | h. Evaluatie |

3.2 Uitwerking

Ad a. Populatie

Stel uzelf de vragen:

- Voor welke (deel)populaties werkt u?
- Zijn er bij deze populaties meer mensen met een risicoprofiel/risicofactoren (zoals ouderen, chronisch zieken, vrouwen, allochtonen)?
- Zijn er ook beschermende factoren?
- Wat weet u over de prevalentie van depressieve klachten in uw populatie?
- Wat weet u over het verzuim vanwege depressieve klachten?
- Wat verwacht u van depressiepreventie in deze populatie?
- Worden psychische problemen binnen de arbeidspopulatie (h)erkend?

Ad b. Soort preventie

Stel uzelf de vragen:

- Wat doet u op dit moment al aan depressiepreventie?
 - o Vragenlijstje bij PMO (en/of medewerkersonderzoek)
 - o Vragenlijstje bij spreekuur
 - o Voorlichting aan leidinggevenden
 - o Anderszins, nl.....(zelf invullen)
- Kijkend naar preventie (zie hoofdstuk 7), welk soort preventie zou het beste passen bij uw populatie en waarom?
- Welk doel zou u met preventie willen bereiken? Formuleer zo SMART mogelijk.
- Welke (nieuwe) mogelijkheden voor depressiepreventie overweegt u en geef van elk de voor- en de nadelen weer:
 - o Tijdens periodiek onderzoek (individueel en/of op organisatieniveau)
 - o Preventieve betrokkenheid bij organisatieveranderingen
 - o SMO: aandacht voor individuen en voor bedrijfsprocessen
 - o Training voor leidinggevenden: herkennen van vroege signalen van depressie bij medewerkers en hoe hiermee om te gaan.

Ad c. Screeningsinstrument

Zie voor een overzicht van bruikbare instrumenten tabel 3 op blz. 14.

Stel uzelf de vragen:

- Welk(e) vragen/screeningsinstrument gebruikt u thans en wat is uw ervaring daarmee?
- Welke vragen/screeningsinstrument(en) passen het beste bij uw doelstelling en waarom?

Ad d. Conceptplan

Maak een conceptplan waarin de volgende elementen staan:

- Achtergrondinfo over depressie en cijfers over depressie in dit bedrijf
- Waarom depressiepreventie in dit bedrijf? Beschrijf argumenten op basis van de achtergrondinfo, die helpen om uw plan in het bedrijf te implementeren.
- Wat kan preventie gaan opleveren (materieel en immaterieel)?
- Is het een aparte actie of past het in een groter plan voor bijvoorbeeld gezondheidsmanagement?
- Welke acties stelt u voor en op wie hebben die betrekking?
- Wat gaat u zelf doen en waar betreft u anderen buiten de arbodienst bij?
- Sterke en zwakke kanten van het plan
- Voorstel voor uitvoering, communicatie en evaluatie

Ad e. Betrekken van anderen

Betrek minimaal de volgende anderen en bespreek uw conceptplan:

- Werkgever
 - o Hoe staat deze werkgever open voor depressiepreventie?
 - o Bedenk vooraf welk (economisch en menselijk) belang er is voor de werkgever.
 - o Welke vragen verwacht u?
 - o Welke weerstanden verwacht u?
 - o Wie zijn sleutelfiguren?
 - o Houd rekening met de ontwikkelingsfase van het bedrijf.
 - o Verbreed onderwerp.
 - o Sluit aan bij ervaringen elders.
- Ondernemingsraad
 - o Hoe staat de OR open voor depressiepreventie?
 - o Welke vragen verwacht u?
 - o Welke weerstanden verwacht u?
 - o Vraag suggesties voor communicatie.
- Andere arbo disciplines (bijvoorbeeld A&O'er, BMW, psycholoog):
 - o Wat doen zij nu al aan depressiepreventie?
 - o Welke rol verwacht u van hen?
 - o Welke reacties verwacht u van hen op uw plan?
- Andere hulpverleners buiten de arbozorg: breng het lokale/regionale netwerk in kaart voor hulpverlening (individueel en groepsgericht) en leg contacten:
 - o (eerstelijns) psychologen
 - o GGZ, liefst met arbeidshulpverlening/ preventieve trainingen
 - o GGD en anderen

Ad f Bijgesteld plan

Maak een bijgesteld plan op basis van de acties onder punt e. Beschrijf ook hoe u tijdens de uitvoering van het plan communiceert met het bedrijf: met de leidinggevenden en met de werknemers. Maak een realistische tijdsplanning en beschrijf hoe u de evaluatie zult aanpakken: kwantitatief en kwalitatief!

Ad h. Evaluatie

Hoe is het gegaan? Proces en effect, kwantitatief en kwalitatief. Hoe gaat u (op basis hiervan) verder?

4 Depressie klinisch en subklinisch

4.1 Lijden

Van een depressie wordt gesproken wanneer iemand²:

- langer dan twee weken ongewoon somber is en/of nergens meer plezier in heeft;
- een aantal klachten heeft zoals slaapstoornissen, verminderde eetlust, weinig energie, vermoeidheid, concentratieproblemen, besluiteloosheid, traagheid, lichamelijke onrust, schuldgevoelens, gedachten over de dood of zelfdoding;
- en wanneer de klachten het dagelijks doen en laten verstoren en dit wordt ervaren als last, wanneer men hieronder lijdt.

De bedrijfsarts kan een depressie diagnosticeren aan de hand van de formele criteria zoals die voortkomen uit de DSM IV (Diagnostical Statistical Manual - IV).

Tabel 4
Diagnostiek van depressie³

Criteria voor inclusie	Criteria voor exclusie
<p>+ vijf of meer van onderstaande symptomen zijn binnen dezelfde periode van twee weken aanwezig geweest, waarbij één van de twee eerste verplicht is:</p> <ul style="list-style-type: none"> - een depressieve stemming - een duidelijke vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten - verandering van eetlust of gewicht - slapeloosheid of overmatig slapen - agitatie of remming - moeheid of verlies van energie - gevoelens van waardeloosheid of schuld - besluiteloosheid, concentratieproblemen of verminderd vermogen tot nadenken - gedachten aan de dood of aan suïcide <p>+ De symptomen veroorzaken een duidelijk lijden of beperkingen in het functioneren, sociaal of beroepsmatig of op andere belangrijke terreinen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - de symptomen zijn het directe fysiologische gevolg van misbruik van middelen - somatisch beeld

De genoemde criteria zijn de criteria voor een depressieve episode.

Naast deze vorm zijn nog andere vormen van depressie te onderscheiden; de belangrijkste zijn:

- de bipolaire stoornis: deze vorm kent manische episoden naast depressieve episoden
- de psychotische depressie: deze vorm gaat, naast de symptomen van de depressieve episode, gepaard met hallucinaties of wanen

Voorwaarden voor diagnose zijn ook:

- Er is geen sprake van een bipolaire stoornis (d.w.z. geen manische episodes).
- De symptomen zijn niet toe te schrijven aan een rouwreactie.
- De symptomen zijn niet direct toe te schrijven aan middelengebruik of een somatische aandoening.

² Deze tekst is vrij bewerkt overgenomen van de website www.psychischegezondheid.nl/depressie. Deze site biedt goed leesbare informatie over depressie en is ook geschikt voor werknemers, leidinggevenden of andere betrokkenen in het werksysteem met vragen over depressie.

³ Overgenomen uit NVAB-richtlijn Psychische problemen

Voor de situatie waarin er wel klachten zijn maar deze nog niet in totaal voldoen aan de DSM-IV criteria worden in de literatuur diverse termen gehanteerd: subklinische depressie (Cuijpers, 1998; Romijn et al., 2007; Cuijpers et al., 2008; Smit, 2009), milde depressie (Swinkels et al., 2001) en beginnende depressie (Cuijpers et al., 2008; Romijn et al., 2007).

We kiezen in deze handreiking voor de term subklinische depressie om beter aan te sluiten bij de bestaande praktijk. Wat betreft de te gebruiken criteria daartoe adviseren we om aan te sluiten bij de criteria van het College van Zorgverzekeraars (Speijer, 2008) die zijn gebaseerd op diverse onderzoeken van het Trimbos-instituut: er is sprake van de aanwezigheid van één kernsymptoom, aangevuld met maximaal drie overige symptomen (Speijer, 2008).

Subklinische depressie: er is sprake van één kernsymptoom, aangevuld met maximaal drie overige symptomen

Van een subklinische depressie is sprake wanneer (nog) niet voldaan is aan alle diagnostische DSM IV-criteria voor een full-blown depressie of 'Major Depression' (Romijn et al., 2007). Cuijpers beschreef al in 1998 de klinische relevantie van de subklinische depressie (Cuijpers, 1998). In 2008 concludeert hij dat verder onderzoek naar de rol van subklinische depressie nog steeds nodig is. In 2012 roept hij op tot wereldwijde aandacht met versterkte investering in het onderzoek naar het voorkomen van depressie. Het is tot nu toe nog steeds onduidelijk of subklinische depressie moet worden gezien als een aparte entiteit (zoals de DSM-IV suggereert), als een minder ernstig niveau van een depressie waarvoor de een wel hulp zoekt en de ander niet, of dat er sprake is van een prodromaal syndroom voor de depressie. Ook adviseert Cuijpers onderzoek te doen naar mogelijke negatieve gevolgen van de behandeling van subklinische depressie, denk aan het ongewenste medicaliseren. Desondanks acht hij voldoende evidentie aanwezig om te concluderen dat een subklinische depressie gepaard gaat met behoorlijke beperkingen op diverse leefgebieden en met hoge zorgkosten, dat er een verhoogde kans bestaat op de ontwikkeling van een depressieve stoornis met alle gevolgen van dien én dat psychologische behandeling van subklinische depressies effectief is en mogelijk het ontstaan van of de doorontwikkeling tot depressieve stoornissen voorkómt (Cuijpers et al, 2012, Cuijpers et al, 2008).

De NHG-standaard Depressie maakt het volgende diagnostisch onderscheid (NHG, 2012):

- Depressieve klachten: sombere stemming, waar de patiënt hinder van ondervindt, maar waarbij niet wordt voldaan aan de DSM-IV-criteria voor een depressie
- Dysthymie: depressieve klachten die ten minste twee jaar gedurende het grootste deel van de dag aanwezig zijn en meer dagen wel dan niet, waarbij naast de sombere stemming nog twee tot drie andere DSM-IV-symptomen aanwezig zijn
- Depressie: conform de DSM-IV-criteria

Bovendien voegt de standaard twee specifieke soorten depressie toe:

- Winterdepressie: depressie waarbij de symptomen in de herfst beginnen en in het voorjaar verdwijnen. De diagnose kan gesteld worden als de depressie minimaal twee winters heeft plaatsgevonden.
- Postpartum depressie: een depressie die ontstaat na een bevalling

4.2 Ziektebelasting

Depressie treft een groot aantal mensen, er gaan hoge kosten mee gepaard en de prognose is ongunstig. Jaarlijks (cijfers 2007) krijgen ruim 285.000 volwassenen (18 tot 65 jaar) een eerste depressie; zij hebben nog niet eerder een depressie meegemaakt. Tot deze groep mensen kunnen echter personen behoren die eerder wel al een dysthyme stoornis of andere psychische stoornis doormaakten (Schoemaker et al., 2010). Het aantal bestaande gevallen (prevalentie) in 2009 bedroeg 555.000 volwassenen, waaronder ruim 90.000 personen met chronische depressie (CVZ, 2012). Het aantal mensen met depressieve gevoelens neemt echter in de afgelopen dertig jaar niet toe. Uit onderzoek komen aanwijzingen voor een stabilisatie in de laatste dertig jaar van het aantal mensen met een depressieve stoornis. Dat lijkt in tegenspraak met het sterk stijgend aantal mensen in de laatste tien jaar waarvan de huisarts weet dat ze lijden aan depressie. De verklaring daarvoor wordt gezocht in een betere herkenning en vroege opsporing door de huisarts (Schoemaker et al., 22 maart 2010).

De helft van de mensen herstelt binnen drie maanden, 60% herstelt binnen zes maanden (Hofstra et al., 2005). Bij één op de vijf gevallen duurt de depressie langer dan twee jaar (Conijn B, Ruiters M, 2011 factsheet). De ziektebelasting wordt ook wel weergegeven in termen van 'verlies van gezonde levensjaren' (DALY's) en dan gaat het om 168.600 verloren gezonde levensjaren (CVZ, 2012). Aanzienlijke zorgkosten worden gemeld; in 2007 zou 11,6 miljoen besteed zijn aan preventie van depressie in de huisartsenzorg (uitvragen, advies en verwijzing), in 2008 zouden de kosten van ggz voor depressie uitkomen op 510 miljoen en in 2010 bedroegen de kosten van het gebruik van antidepressiva door mensen met een depressie ongeveer 41 miljoen (CVZ, 2012). De maatschappelijke kosten door ziekteverzuim bedragen € 953 miljoen per jaar (Romijn et al., 2007). Kosten als gevolg van presentisme, wel in werk aanwezig zijn maar verminderd functioneren, worden omvangrijk geacht (Smit, 2009). Becijferd is dat werknemers met een depressieve stoornis gemiddeld 35,3 dagen direct verzuim hebben; 22,8 dagen meer dan werknemers zonder depressieve stoornis (de Graaf, 2011).

Het RIVM verwacht een stijging van de zorgkosten tussen 2005 en 2020 met 59%. Deze stijging komt deels voort uit vergrijzing; met het stijgen van de leeftijd stijgt de blootstelling aan bepaalde risicofactoren voor het ontstaan van depressie (verlies van een dierbare, hebben van een chronische aandoening). Het overgrote deel van de verwachte stijging in zorgkosten komt volgens het RIVM echter voort uit het grotere beroep dat volwassenen op de zorg zullen doen. De verwachting is dat mensen steeds meer zullen ervaren, herkennen en erkennen dat depressie belemmerend werkt op hun functioneren in de huidige diensten- en kenniseconomie. Deze stelt immers hoge eisen aan de sociale, cognitieve en emotionele vaardigheden (Smit, 2009).

Voor subklinische depressie gaat het jaarlijks om 1,3 miljoen mensen met een ziektebelasting van 34.500 verloren gezonde levensjaren. In de leeftijdsgroep van 18 – 65 jaar worden productieverliezen geschat van ongeveer € 1,5 miljard euro per jaar (Romijn et al., 2007).

4.3 Overwegingen

Overwegingen rond depressie(preventie):

- **Succesvolle behandelingen blijken zo succesvol niet te zijn.**
 - **Preventie is de gelauwerde oplossing maar bereikt slechts een beperkte groep.**
 - **Zelfzorg en e-zorg (internet) als panacee hebben ook hun beperkingen.**
-

- Vanuit welk perspectief gaan we depressie te lijf en hoe houdbaar is dat?

Behandeling heeft slechts beperkt effect

Van behandeling van een depressie is slechts beperkt effect te verwachten. Door het huidige behandelaanbod zou slechts 10-20% van de ziektelast verminderen (Speijers, 2008). Bovendien behandelt maar 30% van de behandelaars volgens de geldende richtlijnen (Smit, 2009; Smolders, 2009). Dus krijgt slechts een beperkt deel van de depressie lijders toegang tot wetenschappelijk effectief gebleken hulp. Lage therapietrouw ondermijnt ook het mogelijke effect van therapie, enerzijds wellicht omdat de patiënt te weinig betrokken is bij het proces (Smit, 2009), anderzijds wellicht omdat de bijwerkingen erger zijn dan de kwaal (Dehue, 2008). Voorts blijkt het succes van een behandeling helaas van tijdelijke aard; 50% van de mensen valt na een succesvol geachte behandeling binnen vijf jaar opnieuw terug naar een depressie (Smit, 2009). Na één episode blijkt de recidiefkans 50% maar na een tweede episode ligt de recidiefkans op 70%, terwijl na drie of meerdere episodes deze kans 90% bedraagt (Romijn et al., 2007). Tel de progressieve recidiefkans op bij de beperkte effecten van therapie en de grootte van de groep mensen die lijdt aan depressie en dan wordt duidelijk dat voor het verlichten van deze individuele en maatschappelijke last naar andere alternatieven moet worden gezocht dan alleen het bieden van therapie. Preventie lijkt een betere ingang te zijn. Preventie wordt dan gedefinieerd als elke interventie met als doel nieuwe gevallen van psychische stoornissen te voorkomen bij mensen die nog niet voldoen aan de criteria voor zo'n stoornis. Preventie kan het hele palet bestrijken, van universeel tot geïndiceerd. Meer dan 30 gerandomiseerde onderzoeken tonen aan dat preventieve interventies de incidentie van de depressieve stoornis met ongeveer 25% kunnen reduceren. Een reductie tot 50% zou mogelijk zijn wanneer deze preventieve interventies aangeboden worden binnen het stepped-care-model (Cuijpers et al, 2012).

Preventie als oplossing?

Preventie bereikt echter slechts een beperkt aantal mensen terwijl preventieve interventies in de subklinische fase wel (kosten)effectief zijn. Tussen de 7 - 35% van het aantal nieuwe gevallen van depressie binnen één jaar kan vermeden worden (Romijn et al., 2007). In werkelijkheid besteden we maar 2% van het zorgbudget in de ggz aan preventie en bereiken preventieve interventies slechts ongeveer 8.000 mensen (Smit, 2009). Nieuwe varianten in het zorgaanbod zouden ons kunnen helpen om laagdrempelig, tegen lagere kosten, een breder publiek te bereiken. Denk aan e-mental health en zelfhulp-interventies: interventies, zowel preventief als therapeutisch en al dan niet met enige vorm van professionele begeleiding, die via de moderne communicatiemiddelen aangeboden worden zoals via internet, mobiele telefonie, twitter. Een meta-analyse van Van 't Hof liet zien dat deze interventies effectief blijken voor een veelvoud van psychische problemen waaronder depressie (Van 't Hof et al., 2009). Bij mensen met milde depressie leidt internettherapie tot een afname van 25% in zorggebruik (zoals huisarts). Becijferd worden besparingen van ongeveer 53 miljoen euro aan zorgkosten wanneer internettherapie aangeboden wordt in plaats van reguliere zorg aan mensen met een milde depressie (Notenboom, 2012). Niettemin moet met (ook) deze vormen van hulp prudent worden omgegaan. Verder onderzoek is nodig, want e-hulp kent beperkingen en is niet zo maar het panacee voor elke patiënt (De Graaf et al., 2009).



Ethische aspecten

Niet minder belangrijk zijn de ethische dilemma's. Van bedrijfsartsen mag verwacht worden dat zij terughoudend zijn met het etiketteren en daarmee samenhangend medicaliseren en stigmatiseren van de medemens met een (sub)klinische depressie. Mag een individu dan niet zomaar meer somberen en moet iedereen dan vooral actief aan de slag en zijn of haar verantwoordelijkheid vooral richten op het bereiken van succes en geluk? Wat is sociaal maatschappelijk succes eigenlijk, wie definieert dat en is het wel zo dat iedereen (alleen) een eigen verantwoordelijkheid en verplichting heeft om dat succes na te jagen en te bereiken? Moet en mag van een medemens met depressieve kenmerken verwacht worden dat hij alles op alles zet om productief te zijn en wat is de rol van de maatschappij daarbij? Wellicht is depressie wel te zien als een adaptief mechanisme; een geëvolueerde manier om zonder al te veel blijvende schade te stoppen met verdere investeringen in onbereikbare doelen? Diverse wetenschappers laten tegengeluiden horen waarmee ze ons behandelaars erop attent maken dat we niet al te snel de focus alleen op het individu, op zijn of haar eigen verantwoordelijkheden en op de biologische componenten moeten leggen (de Jonge, 2012; Dehue, 2008; De Botton, 2009; Maassen, 2009). Daarmee ontkennen ze het bestaan van een (sub)klinisch symptoomcomplex niet. Ze doen wel een groot appel op nuancering en kritisch meedenken. Ze uiten twijfel aan depressie als begrip; moet depressie niet gedeconstrueerd worden? Ze pleiten ervoor de begeleiding van mensen die lijden onder dit symptoomcomplex vorm te geven vanuit een klantgedreven focus met zicht op, bewustzijn van en verbinding zoekend in de maatschappelijke context.

5 Depressie en werk

De tot nu toe gepresenteerde gegevens betreffen hoofdzakelijk onderzoeken bij volwassenen in de algemene bevolking. Hoe staat het dan met de beroepsbevolking?

5.1 Depressie in de beroepsbevolking

Binnen de werkende bevolking heeft vermoedelijk 4-7% van de werknemers een depressie. Becijferd is dat mensen met een depressieve stoornis gemiddeld 35,3 dagen direct verzuim hebben; 22,8 dagen meer dan mensen zonder depressieve stoornis (de Graaf, 2011). In Nederland zouden werknemers met een depressie ruim negen keer zoveel verzuimen als werknemers zonder depressie (CBO-richtlijn vs 2010). Laitinen-Krispijn e.a. (2000) vonden in de Nemesis-studie dat in Nederland de helft van de werknemers met een depressie gewoon aan het werk was. Depressie bleek in deze studie echter wel geassocieerd met bijna 30 dagen verzuim in het jaar volgend op de meting.

Depressie beïnvloedt het werkzame leven op een negatieve manier (o.a. Lerner & Henke, 2008). Ook diverse andere studies tonen aan dat depressie leidt tot meer verzuim, meer fouten en productiviteitsverlies (Sanderson, 2007; Stewart, 2003; Kessler, 2006; Lerner & Henke, 2008). Depressie leidt tot meer baanonzekerheid en een verminderd carrièreperspectief (Doshi e.a., 2008). Mensen met een depressie hebben over het algemeen meer moeite om zich te concentreren, moeten extra inspanningen leveren om het werk gedaan te krijgen, zijn vermoeider en verzuimen meer. De maatschappelijke kosten als gevolg van ziekteverzuim werden in paragraaf 4.2 beraamd op 953 miljoen euro per jaar (Romijn, 2007), terwijl Smit verwacht dat de maatschappelijke kosten veel hoger liggen wanneer ook de productieverliezen als gevolg van presentisme worden meegeteld (Smit, 2009).

5.2 Werkgebonden factoren en depressie

Depressie is echter niet alleen relevant voor de bedrijfsarts vanwege de invloed op het functioneren in werk. Depressie is ook relevant voor de bedrijfsarts omdat er werkgebonden factoren zijn die de ontwikkeling van een depressie kunnen uitlokken. In 2011 werd 6% van de 1314 gemelde psychische beroepsziekten gerelateerd aan een depressie (NCvB-statistiek).

Depressie kan in elk beroep voorkomen. Dienstverlenende beroepen met een hoge emotionele werkdruk (gezondheidszorg, sociaal werk, onderwijs) doen de kans op depressie toenemen (Schene, 2007). Achtergrondinformatie op de depressiepagina van het NCvB verwijst naar literatuuronderzoek waaruit blijkt dat er beperkte aanwijzingen zijn dat juristen, leraren en secretariaal personeel een verhoogd risico lopen. Er zijn sterke aanwijzingen dat bepaalde psychosociale risicofactoren in het werk kunnen bijdragen aan het ontstaan van een depressie. Deze psychosociale risicofactoren in werk zijn:

- het hebben van niet-passend werk;
- het hebben van te veel werk;
- weinig controle over het werktempo;
- problemen in de werkverhoudingen;
- gepest worden;
- hoge psychologische taakeisen;
- weinig regelmogelijkheden;

- weinig sociale ondersteuning op het werk;
- meegemaakte stressvolle werkgebeurtenissen.

Van slechts twee van deze factoren, namelijk het hebben van niet-passend werk en gebrek aan sociale ondersteuning (pesten), is het aannemelijk dat deze een voldoende onafhankelijke bijdrage aan het ontstaan van de aandoening leveren om te spreken van een beroepsgebonden depressie (NCvB)⁴.

Daarnaast, zo meldt het NCvB, is ook van enkele chemische factoren in het werk bekend dat ze een rol kunnen spelen bij de etiologie van een depressie. Er zijn beperkte aanwijzingen dat blootstelling aan lood en organische oplosmiddelen risicofactoren zijn. Aangezien een somatisch beeld (zoals bij blootstelling aan lood of oplosmiddelen) een exclusie-criterium is voor de diagnose, kan er geen sprake zijn van een depressieve stoornis volgens de DSM-IV (NCvB). Overigens zijn er ook aanwijzingen dat het hebben van betaald werk beschermt tegen depressie (NCvB).

5.3 Arbeid en functioneren met depressie

Bij de herziening van de CBO-richtlijn Depressie (CBO, 2009) is specifiek literatuuronderzoek verricht naar de vraag over beperkingen in het functioneren van werknemers met een depressie. Interessant is de volgende conclusie op niveau 1; 'het is aangetoond dat affectieve beperkingen (distress, interesseverlies, onvrede met werk) zich meer en eerder voordoen dan functionele beperkingen ongeacht de ernst van de depressie.

Hier ligt dus een succesfactor in het tijdig onderkennen van een dreigende depressie. Gelet op de aard van de signalen zou, na goede scholing, hierbij vooral een rol van collega's en leidinggevendenden weggelegd zijn. Veranderingen in het affect zou door hen vooral in de dagelijkse werkdag kunnen opvallen. Bij de tweede herziening (Trimbos, 2012) zijn in hoofdstuk 13 aanbevelingen over functioneren en werk opgenomen.

5.4 Effectiviteit depressiepreventie in arbeidscontext

Onderzoeken naar de effectiviteit van depressiepreventie specifiek in de arbeidscontext zijn schaars. Nieuwenhuijsen concludeert in haar Cochrane-review dat er van symptoom-reducerende behandelingen zoals (een combinatie van) medicatie, versterkte eerstelijnszorg en psychologische interventies nog onvoldoende bewijs is voor effect op arbeidsongeschiktheid (Nieuwenhuijsen et al., 2008). Er zijn wel indicaties dat interventies die in de werksetting plaatsvinden en gericht zijn op het werk en een betere toeleiding naar de juiste zorg, meer succesvol zijn in het verminderen van verzuim en productiviteitsverlies (Schene et al., 2006; Wang et al., 2007). Serieuze aandacht en ondersteuning door leidinggevendenden en collega's lijkt ook tot beter (werk)resultaat te leiden dan het invaliderende stigmatiseren door collega's en leidinggevendenden (McDaid et al., 2008).

⁴ Grote delen van deze alinea komen van de website van het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten www.beroepsziekten.nl. Deze website biedt met de achtergrondstudie bij depressie een overzichtelijke samenvatting van beroepsgerelateerde aspecten.

6 Het Partnership Depressiepreventie

6.1 Waarom het PDP

Jaarlijks hebben maar liefst 737.000 mensen in Nederland te maken met een of andere vorm van depressie. Slechts een deel van hen zoekt en vindt de hulp om een depressie te voorkomen of te bestrijden. Daarmee blijft veel depressieleed onopgemerkt en onopgelost. Dat is ten nadele van de mensen die aan depressies lijden, maar ook van hun omgeving en de maatschappij. Onderzoek wijst uit dat depressiepreventie (kosten)effectief is.

Depressiepreventie is een van de vijf speerpunten van de VWS-preventienota *Kiezen voor gezond leven* (2006). De vorming van het Partnership Depressiepreventie (PDP) is opgenomen in de actiepunten bij deze nota. Het doel van het PDP is een groter bereik van depressiepreventie door een betere afstemming en samenwerking en een betere benutting van aanpakken en instrumenten.

6.2 Wat doet het PDP

In de periode 2007 – 2010 is een werkplan uitgevoerd met drie pijlers: lokaal gezondheidsbeleid, instrumenten voor professionals, en publiek.

Vanuit de drie pijlers van het PDP zijn verschillende producten tot stand gekomen (zie kader).

Producten Partnership Depressiepreventie 2007-2010

Lokaal beleid

Stappenplan lokaal beleid depressiepreventie.

Ondersteuningsprogramma's bij lokaal beleid voor depressiepreventie.

Visie op lokale depressiepreventie. Naar een integrale visie op preventie en gezondheidsbevordering, leefstijl en psychisch welbevinden. Discussienotitie.

Fasen van ketenaanpak en facetten van preventie, een model. Een werkmethode bij depressiepreventie (IAD) ouderen.

Overzicht lokale interventies depressiepreventie. Een format.

Lokale samenwerking depressiepreventie. Ervaringen uit de praktijk.

Instrumenten voor professionals

Signaleren en screenen depressiepreventie door beroepsgroepen. Eindverslag.

Screeningsinstrumenten depressiepreventie. Een overzicht naar leeftijdsgroepen.

Risicoprofielen depressiepreventie.

Deskundigheidsbevordering depressiepreventie. Een format.

Depressiepreventie: Handreiking voor bedrijfsartsen.

Publiek

Bewustwording en voorlichting depressiepreventie. Campagne en publieksportal.

Vanaf 2010 werkt het PDP aan de borging van depressiepreventie in lokaal gezondheidsbeleid en bij professionals in gezondheidszorg en welzijn. Om deze doelen te bereiken,

zijn zes deelprojecten uitgevoerd onder algemene coördinatie van het Trimbos-instituut. We lichten die hieronder kort toe.

1. Lokaal gezondheidsbeleid (o.l.v. GGD Nederland)

Doel: borging van depressiepreventie in lokaal gezondheidsbeleid

In 2010 is de digitale Handreiking Gezonde Gemeente (HGG) van het RIVM-Centrum Gezond Leven verschenen. In de HGG is veel aandacht voor de beleidscyclus en heeft depressiepreventie een eigen themadeel.

Verder heeft GGD Nederland in de periode 2010-2012 bijeenkomsten georganiseerd voor projectleiders 'depressiepreventie' van GGD'en; in totaal hebben medewerkers van 12 GGD'en een of meerdere bijeenkomsten bezocht. De bijeenkomsten betroffen allemaal de organisatie van depressiepreventie. Er waren gastsprekers, workshops, presentaties en uitwisseling van ervaringen.

Ook is een LinkedIn-groep gestart: 'Mentale gezondheid in gemeentelijk beleid'. En op de vernieuwde website GGD Kennisnet is Depressiepreventie onderdeel van het thema Gezondheidsbevordering. Er worden regelmatig nieuwsberichten en publicaties op geplaatst. GGD Nederland ondersteunt gemeenten via de GGD'en bij hun beleid voor Depressiepreventie.

Zo zijn er intervisiebijeenkomsten gepland waarin beleidsmedewerkers van GGD'en begeleid worden om een business case depressiepreventie te maken voor hun regio.

2. Financiering depressiepreventie (o.l.v. Trimbos-instituut)

Doel: Stimuleren regionale samenwerking vanuit perspectief van financiering

Samen met GGD Nederland is in 2011 een vragenlijst uitgezet onder GGD'en. Deze vragenlijst bevatte ook vragen over financiering en ondersteuningsbehoefte. Dertien GGD'en zijn op basis van de resultaten benaderd om nader te spreken over problemen en oplossingsrichtingen rondom financiering van depressiepreventie.

Daarnaast werden workshops gegeven over financiering van depressiepreventie op bijeenkomsten van GGD Nederland, een bijeenkomst van ZonMw-PreventieKracht, en op de zes regionale bijeenkomsten van het CGL (Kunst van het Kiezen).

3. Professionals in zorg en welzijn: signaleren en doorverwijzen (o.l.v. Trimbos-instituut)

Doel: professionals kunnen signaleren, bespreken, adviseren en verwijzen

Het betreft professionals in drie settings: thuiszorg, brede eerste lijn en jeugdgezondheidszorg. Zij moeten weten hoe zij depressieve klachten bij hun cliënten kunnen signaleren, bespreken, hoe zij kunnen adviseren over te ondernemen actie en verwijzen naar preventief (en zo nodig curatief) aanbod.

Voor de thuiszorg en de brede eerste lijn zijn deskundigheidsbevorderingstrajecten ontworpen en getest.

Ook was er nauwe betrokkenheid bij andere projecten die elkaar versterkt hebben (kruisbestuiving):

- schrijven en updaten van het themadeel Depressiepreventie in de CGL Handreiking Gezonde Gemeente, waarin ook veel aandacht is voor signaleren en doorverwijzen
- de ontwikkeling van een e-learning Signaleren Depressie (i.s.m. GGD Hollands Midden en LUMC)

4. Professionals: bedrijfsartsen (o.l.v. NVAB)

Doel: minder productiviteitsverlies/ziekteverzuim vanwege depressieve aandoeningen

In de Handreiking Depressiepreventie (verschenen in 2010) voor bedrijfsartsen zijn verschillende instrumenten en interventies beschreven. Daarnaast is materiaal ontwikkeld

voor deskundigheidsbevordering en voor informatie aan werkgevers, werknemers en andere zorgaanbieders over psychische problemen in relatie tot werk.

U kunt hierover meer lezen in paragraaf 1.2 'setting arbeid'.

5. Depressiepreventie kwetsbare groepen (o.l.v. GGD Nederland)

Doel: het vergroten van het bereik/toeleiding naar preventieve interventies onder kwetsbare groepen met depressieve klachten, specifiek de doelgroep die gekenmerkt wordt door een lage sociaal-economische status (lage ses). Subdoel was gemeenten te stimuleren beleid te formuleren en binnen gemeenten eerstelijns professionals en zorg- en welzijnsinstellingen te ondersteunen in het vergroten van dit bereik.

Aanvankelijk is ingezet op het samenstellen van een brochure, maar in de loop van 2011 is besloten om de mogelijkheden voor e-mental health voor lage ses-groepen te exploreren. GGD Nederland heeft daartoe contacten gelegd met verschillende partijen, waarna de contacten met ETV werden geïntensiveerd. Samen met ETV, GG&GD Utrecht en het Trimbos-instituut is vervolgens een eerste opzet voor een projectplan geschreven. Doel (vanaf oktober 2011): een module 'lekker in je vel' ontwikkelen en via oefenen.nl (de website van ETV) lage ses-groepen bereiken. In vervolggesprekken met verschillende stakeholders en mogelijke financiers wordt dit plan verder uitgewerkt.

6. Toeleiding naar MentaalVitaal.nl (o.l.v. Trimbos-instituut en Fonds Psychische Gezondheid)

Doel: vergroting van het bereik van MentaalVitaal.nl voor publiek en professionals

Deze website beoogt mensen met klachten te ondersteunen (en indien nodig door te geleiden naar hulpverlening). Op de portal is eveneens informatie te vinden voor professionals als huisartsen poh's-ggz en bedrijfsartsen.

Wat betreft het publiek blijkt dat de website door veel mensen wordt bezocht. Het oorspronkelijke (niet-realistische) gewenste bezoekcijfer is wel naar beneden aangepast (naar 130.000 unieke bezoekers per jaar). Bezoekers blijven relatief lang op de site en bekijken relatief veel pagina's.

Wat betreft professionals is er vanuit de beroepsgroepen steeds meer aandacht voor e-mental health en MV.nl. De continue stroom aan berichtgeving over MV.nl (en de roep om vergroten van zelfmanagement van patiënten/mensen) maken MV.nl steeds populairder onder professionals. Zij geven aan dat de content van MV.nl voor hen heel bruikbaar is om gericht naar te verwijzen. Ook GGZ-instellingen en zorgverzekeraars hebben belangstelling voor de content van MV.nl voor hun eigen klanten.

6.3 Setting arbeid

De eerste versie van voorliggende handreiking werd geschreven door mw. dr. Noks Nauta, bedrijfsarts en psycholoog en mw. drs. Monique Loo, bedrijfsarts. Als bron van informatie diende (naast de literatuur) een focusgroep van bedrijfsartsen (mei 2009) die heeft gesproken over het thema en de praktische mogelijkheden in het werk van de bedrijfsarts. Daarnaast zijn ook telefonische interviews uitgevoerd met leidinggevendenden en P&O'ers en met werknemers met een doorgemaakte depressie. Verder organiseerde het PDP in 2009 regionale bijeenkomsten waarin ook een sessie over arbeid plaatsvond. Bedrijfsartsen en anderen (zoals medewerkers, gemeente, medewerkers GGD) hebben gebrainstormd over hoe depressiepreventie concreet gestalte zou kunnen krijgen in lokaal beleid.

De eerste versie van deze Handreiking is in de beroepsgroep onder de aandacht gebracht

middels nieuwsbrieven, publicaties (TBV) en via websites (NVAB, Trimbos-instituut, partners binnen het Partnership).

In 2011 werden vervolgens kringbijeenkomsten georganiseerd (implementatie door scholing). De deelnemers deden mee aan een implementatie-onderzoek. Uit het onderzoek bleek dat na scholing de deelnemers:

- vaker de 4DKL gebruiken (ruim 25%)
- vaker naar kernsymptomen van depressie doorvragen, vaker risicofactor 'subklinische depressie' en vaker probleemoplossend vermogen werknemer inventariseren (35-40%)
- vaker persoonsgebonden en werkgebonden risicofactoren en beschermende factoren inventariseren (15%)
- De meest gebruikte interventies waren psycho-educatie, sociaal-medische begeleiding, verwijzing naar een preventieve interventie/cursus (ook via MentaalVitaal) en aanpakken van werkgebonden risicofactoren.

Voortschrijdende inzichten, feedback na de kringbijeenkomsten en evaluaties van het implementatie-onderzoek hebben geleid tot deze herziene versie. Bovendien zal verdere implementatie plaatsvinden via het beschikbaar maken van een e-module en scholing.

Voor meer informatie over het Partnership Depressie Preventie kunt u de verwijzingen van hoofdstuk 8 volgen.

7 Preventie

7.1 Soorten preventie

Bedrijfsartsen zijn gewend te werken met de volgende indeling van preventie:

- primaire preventie
- secundaire preventie
- tertiaire preventie

In de stukken over depressiepreventie zult u andere terminologie tegenkomen. Deze lichten we hier toe en we presenteren ook informatie over de huidige evidenties voor specifieke vormen van depressiepreventie. Tot slot vermelden we in detail hoe de bedrijfsarts actief kan zijn op het gebied van preventie. Per preventiesoort treft u voorbeelden van interventies die tot het arsenaal van een bedrijfsarts (zouden moeten) behoren.

Tabel 6
Overzicht soorten preventie

Soort preventie	Doelgroep
<i>Universele preventie</i>	Richt zich op de algemene populatie ongeacht risicostatus of klachten (denk aan postbus 51-spotjes over alcohol en stoppen met roken).
<i>Selectieve preventie</i>	Richt zich op mensen met bepaalde kwetsbaarheden (denk aan alcoholpreventie bij kinderen en jongeren, voorlichting over lawaai in de bouw, grieppreventie in de zorg, preventief consult zwangere werkneemsters).
<i>Geïndiceerde preventie</i>	Richt zich op mensen met klachten (denk aan werknemers die bij een PMO klachten presenteren en daarom door u uitgenodigd worden voor een consult)
<i>Terugvalpreventie</i>	Richt zich op mensen die herstellende zijn (denk aan de terugvalpreventie uit de richtlijn NVAB psychische problemen).
<i>Recidiefpreventie</i>	Herstelde mensen met een risico op herhaling.

7.2 Evidenties en verzekerde zorg

Cuijpers laat zien dat geïndiceerde preventie mogelijk is en doorontwikkeling tot een depressie kan voorkomen. De kans op een depressie neemt met 20 à 30 % af (Cuijpers et al., 2006; Cuijpers et al., 2008). Een vorm van een stepped-care-aanpak met monitoring van de uitkomst en mogelijkheden om naar intensievere vormen van preventie over te stappen als dat nodig is, laat zien dat de kans op doorontwikkeling naar een depressie of angststoornis zelfs tot de helft terug te brengen is (Van 't Veer et al., 2009). Een dergelijke aanpak past eigenlijk ook goed binnen de bedrijfsgezondheidszorg omdat het hier gaat om een procescontingente aanpak (zoals in de NVAB-richtlijn Psychische problemen).

Voor wat betreft de effectiviteit van terugvalpreventie laten meta-analyses zien dat preventieve cognitieve therapie voor recidiverende depressie de kans op herhaling positief beïnvloedt, ook op de langere termijn (Vittengl et al., 2007; Romijn et al., 2008).

De rapporten van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ, 2012 en 2008) geven het best de stand van zaken weer van de huidige evidenties. Wat dit betekent voor het zorgaanbod kunt u daar ook lezen. We geven een korte samenvatting. Vanuit de conclusie dat depressie beter te voorkomen is (schade is groot, hoge kosten) dan te genezen, onderzocht het CvZ welke vormen van preventieve zorg zo effectief blijken dat ze als te verzekeren zorg opgenomen zouden kunnen worden in het basispakket voor de zorgverzekering. Doel is om de toegang tot deze effectief gebleken zorg laagdrempelig te kunnen aanbieden. Het CvZ concludeerde dat programma's ter preventie van depressie met één of meer van de therapeutische principes cognitieve gedragstherapie (CGT), psycho-educatie, problem solving therapy (PST) en interpersoonlijke therapie (IPT), voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, en dat deze zorg geboden moet kunnen worden zoals huisartsen, medisch-specialisten en klinisch psychologen dat plegen te doen. Deze vormen van zorg zijn opgenomen in het basispakket (CVZ, 2008).

Tabel 7
Overzicht verzekerde zorg depressiepreventie (CvZ, 2008)

<i>Cognitieve gedragstherapie</i>	Een mengvorm van gedragstherapie en behandelingen die ontwikkeld zijn vanuit de cognitieve therapie. Deze behandelvorm is gebaseerd op het idee dat psychische klachten voortkomen uit de wijze waarop mensen informatie selecteren en verwerken.
<i>Interpersoonlijke therapie</i>	Therapievorm die overwegend wordt toegepast bij stemmings- en angststoornissen. Ontleent haar kracht aan de sociale interactie tussen cliënt en hulpverlener.
<i>Problem solving Therapy</i>	Een tot in detail uitgewerkt gespreksmodel dat oplossingsvaardigheden van patiënten met depressieve klachten vergroot.
<i>Psycho-educatie</i>	Bevat onderdelen van de hierboven genoemde therapieën. Deze behandelingen worden ook wel 'minimale interventies' genoemd. CvZ noemt letterlijk de volgende programma's; 'In de put, uit de put', 'Kleur je leven', 'Alles onder controle', 'Grip op je dip'.

De beoordeelde principes kunnen apart of in combinatie met elkaar worden toegepast. De aanbiedingsvormen variëren: individueel of groepsgewijs, in direct contact met een behandelaar of via internet, al dan niet met een behandelaar op afstand.

Voorwaarden aan verzekerde zorg

Het CvZ stelt wel voorwaarden voordat 'de verzekerde zijn aanspraak kan doen gelden':

- De verzekerde moet behoren tot de hoogrisicogroep voor geïndiceerde preventie; bij de verzekerde moet een subklinische depressie zijn vastgesteld door een professional.
- De verzekerde moet de vraag of hij hulp wil ontvangen voor zijn klachten bevestigend beantwoorden. Deze vraag moet de professional stellen die ook de diagnose subklinische depressie stelt. De door CvZ geformuleerde vraag luidt: "Zijn uw klachten van zodanige aard dat u hier hulp voor wilt ontvangen?"
- Het preventieprogramma dient te worden afgestemd op de mogelijkheden en voorkeuren van de verzekerde. Deze afstemming gebeurt door een professional in samenspraak met de cliënt.

Bedrijfsartsen kunnen sinds enige jaren rechtstreeks verwijzen naar onder de zorgverzekeringswet vallende zorg. Het is goed te weten dat de vier eerder genoemde therapieën (of mengvormen daarvan) voor werknemers met subklinische depressie binnen de vergoeding van het basisverzekeringspakket vallen. Daarnaast werken er (bedrijfs)psychologen en/of ggz-psychologen in arbodienstverband. Ook voor hen is het belangrijk om de visie en het besluit van het CvZ te kennen, want hun inzet in deze programma's kan voor vergoeding in aanmerking komen. Vanwege de veranderingen en bezuinigingen in relatie tot de zorgverzekeringswet EN de invulling die de verschillende ziektekostenverzekeraars hieraan geven, is het belangrijk dat de bedrijfsarts de werkende adviseert om met zijn zorgverzekeraar te overleggen over de vergoeding van de voorgestelde interventie.

7.3 Beschikbare interventies

Voor een up-to-date overzicht van de wetenschappelijke stand van zaken specifiek voor interventies op het gebied van depressiepreventie verwijzen we naar de website van het RIVM <http://www.loketgezondleven.nl>. Op het zoekwoord 'depressie' verschijnt een overzicht van de in de database aanwezige relevante interventies. Elke interventie staat beschreven met beoogde doelgroep en verwacht effect. Ook wordt aangegeven in hoeverre de interventie wetenschappelijk of theoretisch (goed) onderbouwd is.

In bijlage 1 treft u als service de interventies die anno 2012 expliciet verwoord zijn op de factsheet van het Trimbos-instituut.

In de opsomming van tabel 8 (blz. 36) kozen we ervoor per preventiesoort te benoemen welke rol de bedrijfsarts daarin al speelt of zou kunnen vervullen. We presenteren eerst een overzichtstabel. Daarna beschrijven we de verschillende acties meer gedetailleerd. In tabel 2 (blz. 10) gaven we al een overzicht van interventies die de bedrijfsarts zou kunnen uitvoeren, gerangschikt per contactmogelijkheid (zoals die nu in de meeste praktijken bestaan).

7.4 Uitwerking naar type preventie

De in tabel 8 genoemde punten werken we hieronder verder uit.

Universele preventie

Universele preventie richt zich op de algemene populatie. Doelstelling van universele preventieve programma's gericht op depressie zijn bijvoorbeeld:

- het verhogen van het bewustzijn van de problematiek die met depressie gepaard kan gaan;
- het bespreekbaar maken van depressie en voorkomen van stigmatisering;
- het verlagen van de drempel naar hulp.

In feite werken bedrijfsartsen aan universele preventie wanneer zij eraan bijdragen dat de maatschappelijke en arbeidsomstandigheden zodanig zijn dat depressie wat dat betreft voorkomen wordt. Dat houdt in:

- Bedrijfsartsen erkennen het bestaan van psychische problematiek, depressie in het bijzonder, en hun mogelijke relatie en effecten op functioneren.
- Bedrijfsartsen maken en houden deze problematiek bespreekbaar.

Tabel 8
Overzicht mogelijkheden bedrijfsarts per soort preventie

Soort preventie	Voor wie - waar	Instrumenten en acties
<i>Universele preventie</i>	Geldt voor alle vormen van contact die de bedrijfsarts in het kader van diens beroep kan hebben. Dus niet alleen de klant-werknemer, maar ook de werkgever, personeelszaken, collega-bedrijfsartsen, arbozorgcollega's, andere zorgverleners.	<ul style="list-style-type: none"> - De bedrijfsarts (BA) erkent het bestaan van psychische problematiek, depressie in het bijzonder, en de mogelijke relatie en effecten op functioneren. - De BA richt zich op de ondersteuning van optimaal functioneren, zowel lichamelijk als psychologisch. - Het handelen van de BA is gericht op het empoweren van mensen, op het versterken van de competenties van de mensen die hij/zij beroepsmatig ontmoet, en helpt ze 'het zelf te (leren) doen'. - Bij het handelen maakt de BA gebruik van de moderne inzichten van de positieve psychologie. - Het handelen van de BA voorkomt stigmatisering.
<i>Selectieve preventie</i>	Algemene risicogroepen Risicovolle beroepen Werknemers die blootstaan aan risicofactoren (zie tabel 1, blz. 8) (er hoeft hier dus nog geen sprake van klachten te zijn)	<ul style="list-style-type: none"> - Voorlichting/ psycho-educatieve interventies gericht op bewustwording van de risico's, beter kunnen omgaan met de risico's, kunnen terugdringen van risico's (bijv. in jaarplannen, RIE met interventieplannen, jaarverslagen, thematische bijeenkomsten) - Bij persoonlijke contacten bijv. PMO of spreekuur wanneer als bijkomstig gegeven de kwetsbaarheid of risicofactor ter tafel komt - Groeps- of risicogerichte interventies (afhankelijk van werkcontext, i.s.m. A&O-deskundige, bedrijfspsycholoog)
<i>Geïndiceerde preventie</i>	Bij mensen met subklinische depressie	<ul style="list-style-type: none"> - Na screening aan de hand van de CZ-criteria psycho-educatie aanbieden - Sociaal-medische begeleiding - Consultatie huisarts - Toeleiden naar (zelf)hulpinterventies zoals bijv. Beating the Blues - Aanpakken van werkgerelateerde factoren (afhankelijk van werkcontext, i.s.m. bedrijfspsycholoog, A&O-deskundige)
<i>Terugvalpreventie</i>	Bij mensen die re-integreren in werk en bij wie depressie een rol speelt (ongeacht of dit de hoofdoorzaak voor verzuim was of dat er sprake is van co-morbiditeit)	<ul style="list-style-type: none"> - Terugvalpreventief consult (cf NVAB-richtlijn) - Samenwerking met betrokken behandelaren en opstellen signaleringsplan - Afstemming met behandelaren over in te zetten preventieve interventie - Afspraken maken over monitoring afhankelijk van waar de problematiek lag (privé→ huisarts, werk→bedrijfsarts)
<i>Recidiefpreventie</i>	Integraal op te pakken voor wat betreft werkaspecten in het terugvalpreventieplan	

- In hun handelen richten bedrijfsartsen zich op het empoweren van mensen, op het versterken van de competenties van de mensen die zij bij het uitoefenen van hun beroep ontmoeten.
- Waar mogelijk maken bedrijfsartsen bij hun handelen gebruik van de moderne inzichten van de positieve psychologie.

Selectieve preventie

Selectieve preventie richt zich op kwetsbare groepen, risicogroepen. De bedrijfsarts kan bij selectieve preventie te maken krijgen met zowel algemene kwetsbare groepen als met arbeidsrelevante kwetsbare groepen. Selectieve preventie bestaat vaak uit psycho-educatie, kennisoverdracht en competentieversterking aan risicogroepen.

Algemene kwetsbare groepen zijn:

- familieleden en mantelzorgenden van mensen met een depressie
- mensen die recent hun levenspartner verloren
- mensen met een chronische ziekte
- mensen met een lage sociaal-economische status

Arbeidsrelevante kwetsbare groepen zijn:

- juristen, leraren en secretariaal personeel
- werknemers die blootstaan aan de volgende risicofactoren:
 - niet-passend werk hebben (onafhankelijke risicofactor)
 - onvoldoende sociale ondersteuning ervaren (onafhankelijke factor)
 - het hebben van te veel werk
 - weinig controle over werktempo
 - problemen in de werkverhoudingen
 - gepest worden
 - hoge psychologische taakeisen
 - weinig regelmogelijkheden
 - meegemaakte stressvolle werkgebeurtenissen

Voorwaarden

Om aan selectieve preventie te kunnen doen moeten bedrijfsartsen weten welke risicofactoren er zijn en welke risicogroepen. Zij beschikken daarvoor over de volgende middelen die niet los van elkaar ingezet worden maar steeds in samenhang gebracht worden:

- screening van de risicofactoren via de RIE
- screening van risicogroepen of factoren via PMO
- screening van het bestaan van risicofactoren vindt ook plaats door gegevens uit bedrijfscontacten (spreekuren, bijeenkomsten) te aggregeren

Interventies

Selectieve preventie bij algemene kwetsbare groepen kan het volgende betekenen:

- Nadat de bedrijfsarts zich ervan bewust is te maken te hebben met iemand uit de algemeen kwetsbare groep (bijv. door verzuimbegeleiding, een open spreekuurcontact, PMO) zal hij/zij doorvragen naar het psychisch welbevinden van betrokkene, alert zijn op het bestaan van subklinische depressie en actief psycho-educatie bieden.

Selectieve preventie in de arbeidsomgeving bij bekendheid met risicofactoren kan het volgende betekenen:

- De bedrijfsarts werkt actief, samen met de organisatie, aan het voorkómen dan wel verminderen van de risicofactoren in werk. Een multidisciplinaire aanpak (met A&O, bedrijfspsychologie, HRM, management) verdient de voorkeur.
- Aanpak van risicofactoren vindt plaats door (ook ongevraagde) advisering (via het plan van aanpak bij een RIE of via een jaarverslag met advies) en het bieden van interventies (via PMO, groepsvoorlichting, workshops over signaleren voor leidinggevenden).

Geïndiceerde preventie

Geïndiceerde preventie bij depressiepreventie richt zich op mensen met subklinische depressie. Dat kunnen enerzijds mensen zijn die nog nooit eerder soortgelijke klachten ondervonden. Het kan echter ook werknemers betreffen die ooit eerder succesvol behandeld zijn voor een depressie.

Vroegsignalering, advisering, ondersteuning en inzetten van (zelf)hulpmiddelen zijn de interventiemiddelen bij geïndiceerde preventie.

Voorwaarden

Om aan geïndiceerde preventie te doen in de arbeidsomgeving moet de bedrijfsarts eerst weten welke mensen klachten hebben.

- De bedrijfsarts kan kiezen voor screening op klachten die wijzen op een subklinische depressie in die groepen van werknemers die, op basis van RIE-gegevens, blootstaan aan de eerder genoemde risicofactoren in werk. De bedrijfsarts verricht deze screening alleen wanneer vooraf met de klant is afgesproken dat hij of zij bij een vermoeden van een subklinische depressie interventies kan en mag aanbieden. Om dat met respect voor alle (ethische) dilemma's te kunnen doen, moet bij een positieve screening de mogelijkheid bestaan voor een face-to-face-contact tussen bedrijfsarts en werknemer.
- De bedrijfsarts kan screenende vragen stellen in PMO's maar ook in werknemerstevredenheidsonderzoek voor bijv. werknemers at-risk (juristen, secretariaal ondersteunend personeel en leraren, maar ook weer bij hen die blootstaan aan risico's voor depressie en waarbij uit de RIE bleek dat die in de betreffende arbeidsomgeving relevant zijn).
- De bedrijfsarts bevraagt bij frequent verzuim met vage klachten en bij verzuimbegeleiding omwille van psychische klachten conform de aanwijzingen in de NVAB-richtlijn (bevraging dus ook van de DSM-IV criteria).
- De bedrijfsarts kan ter ondersteuning gebruikmaken van de 4-dimensionale klachtenlijst.
- De bedrijfsarts werkt aan het opbouwen van vertrouwen en veiligheid. Uit de literatuur en uit onze focusgroepsbijeenkomsten bleek dat hoewel zowel werknemers als werkgevers de (eigen) klachten wel herkennen, zij deze vaak verbloemen uit angst voor negatieve consequenties. De werknemers gaven expliciet aan dat het ervaren van voldoende vertrouwen en het krijgen van ondersteunende stimulerende vragen hielpen om problemen te erkennen en hulp te accepteren.

Interventies

Geïndiceerde preventie houdt in dat de bedrijfsarts bij werknemers met klachten die kunnen duiden op een subklinische depressie:

- minstens een gesprek aangaat en daarin psycho-educatie biedt over een mogelijke relatie tussen de gevonden klachten en het risico op depressie;
- de werknemer bevraagt in hoeverre deze ook daadwerkelijk 'last' ondervindt van de gemelde klachten;

- en in hoeverre de werknemer hulp denkt nodig te hebben dan wel hulp wil accepteren;
- er in dit gesprek op let de werknemer uit te nodigen om eventuele kwetsbaarheden die in verband staan met de klachten te uiten;
- zich realiseert dat dit een behoorlijke investering vergt in de vertrouwensrelatie;
- eraan werkt dat niet alleen de werknemer individuele hulp en ondersteuning krijgt, maar dat ook zo snel mogelijk de omgeving betrokken wordt. Denk aan psycho-educatie van de leidinggevende, de collega's of van het thuisfront. Alleen met de juiste afstemming is de kans op blijvend succes groot.

Geïndiceerde preventie kan daarnaast ook bestaan uit:

- Het toeleiden naar, ondersteunen en evalueren van arbeidshulpverlening wanneer werkrelevante factoren de belangrijkste risicofactoren op een depressie blijken te vormen. De bedrijfsarts neemt hierin een procesbegeleidende rol, conform de NVAB richtlijn.
- Het bieden van structuur in het werk, positieve sociale contacten en de grootst mogelijke kans op succeservaringen.
- Het toeleiden naar (andere) depressiepreventie-interventies wanneer andere dan werkgerelateerde factoren de belangrijkste risicofactoren op een depressie blijken te vormen. Bij voorkeur overlegt de bedrijfsarts daartoe met de huisarts, voor zover de werknemer daarvoor toestemming geeft. De bedrijfsarts laat de verdere coördinatie en evaluatie van de zorg in dat geval bij de huisarts, maar doet er goed aan een evaluatiemoment in te bouwen na twee tot drie maanden om zo ondersteunend en stimulerend een bijdrage aan de hulp te bieden, dan wel om tijdig stagnaties te signaleren en daarop interventies te kunnen plegen. 'Beating the blues' is een bewezen efficiënte therapie voor depressie met terugvalpreventie. Wanneer de interventie wordt ingezet op verwijzing door huisarts, psycholoog of psychiater wordt zij bovendien vergoed door de verzekeraars. Innohealth is de Nederlandse licentiehouder van deze interventie en biedt inmiddels de interventie ook aan andere zorgpartijen aan (bijv. arbodiensten). Kijk voor meer informatie op de website: <http://www.beatingtheblues.nl>.
- Mocht de toestemming voor overleg ontbreken dan maakt de bedrijfsarts de werknemer attent op het bestaan van enige wetenschappelijk goed onderbouwde preventieve (zelf)hulpmiddelen: www.kleurjeleven.nl, www.gripopjedip.nl (voor werknemers tot 25 jaar) of de bedrijfsarts bekijkt met de werknemer op de eerder genoemde interventiesite welke hulp wel acceptabel is voor de werknemer: www.loketgezondleven.nl.

Terugvalpreventie

Terugvalpreventie richt zich op mensen die herstellende zijn. Deels zullen dit werknemers zijn die vanuit verzuim gaan re-integreren. Deels kan de behandeling van depressie zich ook onzichtbaar voor de bedrijfsarts voltrekken bij werknemers die gewoon aan het werk blijven.

Voorwaarden

Om een rol te kunnen spelen bij werknemers in het algemeen, maar zeker ook bij hen bij wie de depressie zich aanvankelijk buiten het zicht van de bedrijfsarts afspeelt, is het uitermate belangrijk dat de bedrijfsarts in het bedrijf een goed imago heeft opgebouwd en aan universele preventie heeft gedaan. De aanname is dat in die gevallen de bedrijfs-

arts als vanzelf door partijen geïnformeerd zal worden en dan zijn of haar rol hierin kan nemen.

Interventies

De bedrijfsarts doet aan terugvalpreventie wanneer:

- hij of zij bij verzuimbegeleiding conform de NVAB-richtlijn Psychische problemen handelt. Dat betekent dat terugvalpreventie plaatsvindt zowel tijdens de verzuimbegeleiding (onder meer door het bewerkstelligen van succeservaringen, bijdragen aan de opbouw van positieve sociale werkcontacten en het structureren van werk) als via een consult nadat betrokkene weer volledig is teruggekeerd in het werk. Het inzetten van de signaallampmethodiek, zoals beschreven in de richtlijn, kan helpen bij de terugvalpreventie.
- daar waar geen sprake is van verzuim, maar wel van informatie over het feit dat betrokken werknemer therapie heeft ontvangen voor een depressie, hij of zij het initiatief neemt (als de werknemer of de leidinggevende dat al niet zelf doet) tot een contact met de werknemer. Dit contact richt zich op werken aan het vertrouwen in de relatie, het bevragen van de werkervaring bij terugkomst en bespreekbaar maken welke ondersteuning of mogelijkheden de werknemer van de bedrijfsarts verwacht, zodat de werkhervatting duurzaam is.
- de bedrijfsarts via psycho-educatie ook telkens weer aan terugvalpreventie doet door de arbeidsomgeving voor te lichten, zodat de maximale kans op de nodige succesfactoren bestaat (gestructureerd werk, positieve sociale contacten en opdoen van succeservaring).

8 Verwijzingen

8.1 Literatuur

- Andreasen NC. The creative brain. Penguin, 2006. ISBN 9780452287815.
- Beschermjassen, transculturele hulp aan families (<http://www.vangorcum.nl>)
- Botton A de, Van der Leeuw lezing 30 oktober 2009 Hanzehogeschool Groningen (<http://www.vanderleeuwlezing.nl>)
- CBO. Richtlijnherziening van de Multidisciplinaire richtlijn DEPRESSIE (eerste revisie), Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis. (2009). Publicatie online (versie 2010), gelezen juni 2012 <http://www.cbo.nl/thema/Richtlijnen/Overzicht-richtlijnen/Richtlijnen-A-t-m-D/?p=402>
- CBO. Richtlijnherziening van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (tweede revisie; 2011) gelezen oktober 2012, http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=88
- Conijn B, Ruiter M. Preventie van depressie, Factsheet Preventie 2011. Trimbos-instituut, art. AF 1115 (online gelezen 1 juni 2012)
- Cuijpers P. Het belang van subklinische depressies. Tijdschrift voor Psychiatrie jrg 40, (1998), nr.10; pg 635 – 640. (<http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl>)
- Cuijpers P, Smit F. Subklinische depressie: een klinisch relevante conditie? Tijdschrift voor Psychiatrie jrg 50 (2008) nr. 8; 519-528 (<http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl>)
- Cuijpers P., Beekman A.T.F., Reynolds Ch.F. Preventing Depression: A Global Priority. JAMA 2012; 307(10): 1033-1034. Doi: 10.1001/jama2012.271
- CVZ. Pakketscan depressie, Gevraagde, aangeboden en verzekerde zorg vergeleken. Op 12 april 2012 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Publicatienummer 308
- Dehue T. De depressie-epidemie, mei 2008, uitgeverij Augustus. ISBN 9789045700953 Fonds Psychische Gezondheid. Wat is een depressie? Informatieve website www.psychischegezondheid.nl/depressie (zoals gelezen 7 november 2009)
- Graaf E de, Gerhards S, Arntz A, Riper H, Metsemakers J, Evers S, Severens J, Widder-shoven G, Huibers M. Clinical effectiveness of online computerized cognitive behavioural therapy without support for depression in primary care: a randomized trial. British Journal of Psychiatry 2009, 195 (1), 73-80 (<http://bjp.rcpsych.org>)
- Graaf de R, Tuithof M, Dorsselaer van S, Have ten M. Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2). Trimbos-Instituut. 2011. Art. AF1092 Handreiking Gezonde Gemeente, november 2010. RIVM Centrum Gezond Leven en partners in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) <http://www.loketgezondleven.nl/settings/gezonde-gemeente/>
- Het succes ligt op straat, Abkader Chrifi. <http://www.psycholoog.net/?p=635>

Hof E van 't, Cuijpers P, Stein D J,. Self-help and Internet-guided interventions in depression and anxiety disorders: a systematic review of meta-analyses. CNS Spectr. 2009 Feb; 14(2 Suppl 3): 34-40 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>)

Hofstra K, Fischer E, Oosterhout L. Multidisciplinaire richtlijn depressie, patiëntenversie 2005. AF0630, Trimbos-instituut (<http://www.ggzrichtlijnen.nl>)

Jonge P de.

- o Misschien schaffen we het predicaat depressie af. Interview in Medisch Contact, 13 april 2012, 67 nr 15
- o De ZonMw Vici's kunnen aan de slag. ZonMw nieuwsbericht 1 februari 2012. <http://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/de-zonmw-vicis-kunnen-aan-de-slag/>

Kiezen voor gezond leven (2006). Preventienota ministerie van VWS. (<http://www.minvws.nl/onderwerpen>).

Laitinen-Krispijn S, Bijl RV. Mental disorders and employee sickness absence: the NEMESIS study. Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2000; 35(2): 71-7 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>)

Landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij', mei 2011, VWS <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/notas/2011/05/25/landelijke-nota-gezondheidsbeleid.html>

Lerner D, Henke RM. What Does Research Tell Us About Depression, Job Performance, and Work Productivity? J Occup Environ Med 2008; 50(4): 401–410 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>)

LoketGezondLeven Loketgezondleven.nl Bilthoven: RIVM, <http://www.loketgezondleven.nl> versie 2.28, 12 juni 2012 (voor interventies) specifiek op zoekwoord 'depressie' <http://www.loketgezondleven.nl/interventies/i-database>

Maassen H, Darwin als psychiater, de evolutionaire herkomst van geestesziekten. Medisch Contact 2009, 64 jrg, nr 43; pg 1762 – 1765 (<http://medischcontact.artsennet.nl>).

Marwijk HWJ van, Grundmeijer HGLM, Bijl D, Gelderen MG van, De Haan M, Weel-Baumgarten EM van, Burgers JS, Boukes FS, Romeijnders ACM. NHG-Standaard Depressieve stoornis (depressie) (Eerste herziening) Huisarts Wet 2003; 46(11): 614-33. (<http://nhg.artsennet.nl>)

McDaid (ed.) (2008). Mental Health in Workplace settings. Consensus paper. Luxembourg: European Communities (<http://ec.europa.eu/health>)

Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. Depressie (beroepsgebonden), gelezen november 2009. (<http://www.beroepsziekten.nl>)

Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. Psychische aandoeningen naar diagnose, 2007 (<http://www.beroepsziekten.nl>)

NHG standaard Depressie, mei 2012 publicatienummer M44 http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden.htm#clusterP

Nieuwenhuijsen K, Bültmann U, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven AC, Verbeek JH, Feltz-Cornelis CM van der. Interventions to improve occupational health in depressed peo-

ple. Cochrane Database Syst Rev 2008; 16(2):CD006237. Review.
(<http://www.cochrane.org>)

Notenboom A, Blankers I, Goudriaan R, Groot W. E-health en zelfmanagement: een panacee voor arbeidstekorten en kostenoverschrijdingen in de zorg? Ape rapport nr. 906. 2012 (<http://www.ape.nl/include/downloadFile.asp?id=286>)

Partnership Depressiepreventie

- Folder 'Samen werken aan een beter perspectief', december 2008
(<http://www.lsp-preventie.nl>)
- Handleiding preventie van depressie in lokaal gezondheidsbeleid
(<http://www.lsp-preventie.nl>)
- Resultaten en voorstel voor implementatie 2010-2013 (mei 2009)
- Documenten instrumenten professionals
(<http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/preventie/af/af0971-documenten-instrumenten-voor-professionals-partnership-depressiepreventie>)
- Overzicht lokale interventies vanuit programma Gezonde Gemeente
(<http://www.loketgezondleven.nl/settings/gezonde-gemeente/depressie/interventieoverzicht/interventieoverzicht-depressie/>)

Psychischenwerk juni 2009. Blik op je werk, dip op de weg. Zie:

<http://www.Psychischenwerk.nl> in de rubriek nieuwsarchief juni 2009

Romijn G, Ruiters M, Smit F. Meer effect met depressiepreventie? Strategieën voor publieksvoorlichting, vroegherkenning en terugvalpreventie (Reeks: Wetenschappelijke Onderbouwing Depressiepreventie 2007) Utrecht: Trimbos-instituut
(<http://www.trimbospreventie.nl>)

Plaisier I, Work and Mental Health: Studies on the impact of job characteristics, social roles and gender. (2009) Proefschrift ISBN: 9789086593903
(<http://dare.ubvu.vu.nl/bitstream/1871/15483/5/8677.pdf>)

Schene AH, Koeter MWJ, Kikkert MJ, Swinkels JA, McCrone P. Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. Psychological Medicine 2007; 37(3):351-62
(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>)

Schene AH, de Vries G. Uit de kliniek: Depressieve stoornissen en arbeid: een complexe relatie. 2007 TBIJV. 15, nr 7 pg. 306-309

Smit F. Publieke geestelijke gezondheid: analyse en synthese. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Evidence-based public mental health vanwege het Trimbos-instituut bij de Faculteit Geneeskunde van de Vrije Universiteit, Amsterdam op donderdag 29 oktober 2009 (<http://www.trimbos.nl>)

Smit F, Voordouw, I, Bohlmeijer, E, Blekman, J, Zanden, R van der. Factsheet Preventie 2007, preventie van depressie. AF0392, Trimbos-instituut (<http://www.trimbos.nl>).

Smolders M. (2009). Assessing and improving the management of depressive and anxiety disorders in primary care. Proefschrift RU Nijmegen. Promotor: prof. dr. R.P.T.M. Grol (samenvatting van het proefschrift op <http://www.nesda.nl>)

Schoemaker C, Poos MJJC, Spijker J, Gool CH van, Foets M, Lucht F van der. Hoe vaak komt depressie voor en hoeveel mensen sterven er aan? In: Volksgezondheid Toe-

- komst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Psychische stoornissen\Depressie, 12 juni 2012.
- Schoemaker C, Poos MJJC, Spijker J, Gool CH. Neemt het aantal mensen met depressie toe of af? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Psychische stoornissen\Depressie, 22 maart 2010 (gelezen 22 maart 2012)
- Schoemaker C, Spijker J. Welke factoren beïnvloeden de kans op depressie? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Psychische stoornissen\Depressie, 22 maart 2010 (versie 4.7, 22 maart 2012)
- Speijer AERM, Preventie van depressie, verzekerde zorg. Publicatie van College van zorgverzekeraars (CVZ), publicatienummer 264, september 2008 (<http://www.cvz.nl>)
- Swinkels, JA, Schene, AH, Wijers, JHL. Depressie, catern F6 in Handboek Arbeid en Belastbaarheid, november 2001
- Trimbos. Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Hermens MLM, Balkom ALJM van *namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie* (2012). Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Tweede revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis. Utrecht: Trimbos-instituut. Gelezen april 2013
http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=1034&richtlijn_id=88
- Velde van der, Samenvatting Multidisciplinaire richtlijn Depressie, Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie, 2005 (<http://www.cbo.nl>)
- Wang PS, Simon GE, Avorn J, Azocar F, Ludman EJ, McCulloch J, Petukhova MZ, Kessler RC. Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: a randomized controlled trial. *JA-MA*. 2007 Sep 26; 298(12):1401-11 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>)
- Wang PS, Patrick A, Avorn J, Azocar F, Ludman E, McCulloch J, Simon G, Kessler R. The costs and benefits of enhanced depression care to employers. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Dec; 63(12): 1345-53 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>)
- "Zorg aan buitenlanders?", deel van mijn vak (<http://www.nigz.nl>)

8.2 Webadressen tabel 2

Risicofactoren, risicogroepen en beschermende factoren

MTO = Medewerkerstevredenheidsonderzoek (diverse mogelijkheden)

VAR = Vragenlijst Arbeidsre-integratie

<http://vendrig.praktijkinfo.nl>

VBBA = Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid

<http://pew.abraxax.net>

8.3 Webadressen tabel 3

Screeningsinstrumenten voor gebruik door bedrijfsartsen

4-DKL

<http://www.pew.abraxax.net/content/4dkl-vierdimensionale-klachtenlijst>

DHS

<http://www.pew.abraxax.net/content/depressieherkenningsschaal-dhs>

HADS

<http://www.pew.abraxax.net/content/hospital-anxiety-depression-scales-hads>

INTEL

<http://www.pew.abraxax.net/content/interventie-studie-eerste-lijn-screen-intel>

DASS

<http://www.pew.abraxax.net/content/depressie-angst-stress-schaal-dass>

CES-D

<http://www.pew.abraxax.net/content/center-epidemiological-studies-depression-scale-ces-d>

Bijlagen

Bijlage 1. Overzicht interventies depressiepreventie

Factsheet Trimbos-instituut (2011)

Voor een up-to-date overzicht van de wetenschappelijke stand van zaken specifiek voor interventies op het gebied van depressiepreventie verwijzen we naar de website van het RIVM <http://www.loketgezondleven.nl>. Op deze website is een groot aantal interventies verzameld. Per interventie worden doelgroep(en) en beoogd effect beschreven. Ook wordt aangegeven in hoeverre de interventie wetenschappelijk of theoretisch (goed) onderbouwd is. Als service treft u hieronder de interventies aan die expliciet verwoord zijn op de factsheet van het Trimbos-Instituut (2011)

http://www.trimbos.nl/webwinkel/~media/files/gratis%20downloads/af1115%20factsheet%20preventie%20van%20depressie_lr.ashx

In Nederland zijn er diverse goed beschreven en effectieve interventies voor preventie van depressie beschikbaar. De interventies zijn gericht op mensen met depressieve klachten en mensen die behoren tot risicogroepen. Het gaat vaak om groepsinterventies, zelfhulp in de vorm van bibliotherapie en online interventies. Hieronder worden enkele lang bestaande en nieuwe interventies uitgelicht.

- *Cursus 'In de put, uit de put: zelf depressiviteit overwinnen'*

De groepscursus 'In de put, uit de put: zelf depressiviteit overwinnen' is een gestructureerde cognitieve gedragstherapeutische interventie en wordt sinds 15 jaar door de meeste instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) aangeboden. Op basis van de cursussen voor volwassenen (18+) en voor ouderen (55+), is een verkorte versie voor alle volwassenen 18+ samengesteld. Verder bestaan er versies voor jongeren en jongvolwassenen, en is er een cultuursensitieve versie voor migranten.

- *Mentale veerkracht*

Mentale veerkracht kan beschouwd worden als een beschermende factor voor depressie. Mensen kunnen aan hun mentale veerkracht werken via de website www.mentaalvitaal.nl en de zelfhulpcursus www.psyfit.nl. Ook mindfulness wordt als cursus aangeboden bij depressiepreventie, met als focus het doelbewust aandacht geven en volledig bewust zijn van het moment, zonder te oordelen.

- *Bewegen*

Sinds enkele jaren worden interventies ontwikkeld waarbij de nadruk ligt op bewegen, omdat bewegen een gunstig effect heeft op mensen met lichte depressieve klachten. Een voorbeeld is het programma 'Liever bewegen dan moe'.

- *E-health*

Online interventies worden gezien als een laagdrempelig(e) alternatief en/of aanvulling op het bestaande aanbod. Het anoniem kunnen deelnemen aan deze interventies is daarbij vaak een belangrijk aspect. Enkele voorbeelden:

- o *Psyfit.nl is een online zelfhulpcursus om de mentale veerkracht te verbeteren. Mensen leren wat mentale veerkracht is, en hoe ze gelukkiger en meer ontspannen in het leven kunnen staan. De cursus is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie, positieve psychologie en mindfulness.*
- o *Kleurjeleven.nl is een online zelfhulpcursus bestaande uit acht lessen en een terugkomles, om volwassenen en ouderen vaardigheden te leren om hun stemming te verbeteren. De cursus is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie.*
- o *Gripopedip.nl biedt een online groepscursus aan in een beveiligde chatbox, om jongeren en jongvolwassenen te ondersteunen bij het aanpakken van sombere gevoelens en depressieve klachten. De cursus is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie.*

Bijlage 2 Samenvatting NHG-standaard Depressie

Juni 2012: herzien t.o.v. de versie van 2003 (Depressieve stoornis)

<https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/depressie>

BEGRIPPEN

Depressie: gedurende minstens twee weken vijf of meer symptomen, waarvan ten minste één van de twee eerste symptomen (DSM-IV):

- *sombere stemming* gedurende het grootste deel van de dag, bijna dagelijks;
- *duidelijke vermindering van interesse of plezier* in (bijna) alle activiteiten;
- duidelijke gewichtsvermindering of gewichtstoename;
- slapeloosheid of overmatig slapen;
- psychomotorische agitatie of remming;
- moeheid of verlies van energie;
- gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens;
- verminderd vermogen tot concentratie of besluiteloosheid;
- terugkerende gedachten aan de dood, suïcidedachten, suïcideplannen of suïcidepoging.

Depressieve klachten: sombere stemming, waar de patiënt hinder van ondervindt, maar waarbij niet wordt voldaan aan het aantal criteria voor depressie.

Dysthymie: depressieve klachten die ten minste twee jaar aanwezig zijn, waarbij naast sombere stemming nog twee tot drie andere symptomen aanwezig zijn.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Anamnese

Eerste oriëntatie

Vraag naar:

1. sombere stemming, depressieve gevoelens;
2. interesseverlies, geen plezier meer beleven.

Vraag bij één bevestigend antwoord: 'Is dit iets waar u hulp voor zou willen hebben?' Zo ja, exploreer de klachten.

Klachtexploratie

Ideeën van de patiënt over aanleiding; gevoelens over de situatie; waar de patiënt het meest last van heeft; hoe de patiënt de situatie hanteert en welke steun er is van de omgeving.

Gebruik desgewenst een vragenlijst ter aanvulling.

Inventariseren somatische comorbiditeit

Beoordeel chronische somatische comorbiditeit, pijn, medicatie, functionele beperkingen en gebruik van depressogene geneesmiddelen; aanwijzingen voor aandoeningen met op depressie gelijkende symptomen (hypothyreïdie, dementie, ziekte van Parkinson); problemen met zelfmanagement en met het vervullen van sociale rol(len).

Lichamelijk en aanvullend onderzoek

Op indicatie. Onderzoek bij patiënten ouder dan 65 jaar het cognitief functioneren.

Evaluatie

Beoordeel of er sprake is van depressieve klachten, een depressie of dysthymie en bepaal bij een depressie de ernst op basis van aantal DSM-IV-symptomen, lijdensdruk en sociaal disfunctioneren, psychische comorbiditeit, psychotische kenmerken en suïcidaliteit.

RICHTLIJNEN BELEID

<i>Diagnose</i>	<i>Initiële beleid</i>	<i>Vervolgbeleid bij onvoldoende effect</i>
Depressieve klachten	<ul style="list-style-type: none"> • Voorlichting • Eventueel uitleg over dagstructurering en activiteitenplanning 	<ul style="list-style-type: none"> • Dagstructurering en activiteitenplanning • Kortdurende psychologische behandeling (begeleide zelfhulp)
Depressie of dysthymie	<ul style="list-style-type: none"> • Voorlichting • Dagstructurering en activiteitenplanning • Kortdurende psychologische behandeling (begeleide zelfhulp) 	Verwijs voor psychotherapie of geef antidepressivum
Depressie met ernstig sociaal disfunctioneren, grote lijdensdruk of ernstige psychische comorbiditeit	<ul style="list-style-type: none"> • Voorlichting • Dagstructurering en activiteitenplanning • Verwijs voor psychotherapie of geef antidepressivum 	Verwijs voor psychotherapie in combinatie met antidepressivum of geef ander antidepressivum

Voorlichting

Depressieve klachten komen vaak voor en zijn meestal van voorbijgaande aard.

- Bij depressie is 60% na een half jaar hersteld. Een actieve houding is gunstig voor het beloop.

Dagstructurering en activiteitenplanning

- Stel samen met de patiënt een dagprogramma op met vaste tijden van opstaan, naar bed gaan, maaltijden en andere activiteiten, met aandacht voor balans tussen plichten en plezierige activiteiten.
- Doorwerken is vaak beter dan thuisblijven.
- Adviseer dagelijks naar buiten te gaan, gezond te eten en sociale contacten te onderhouden. Adviseer fysieke activiteit, waarbij rekening wordt gehouden met belastbaarheid en belangstelling van patiënt.

Medicamenteuze behandeling

- Selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI) hebben lichte voorkeur boven tricyclische antidepressiva (TCA) vanwege een iets gunstiger bijwerkingenprofiel.
- Bij keuze voor SSRI: citalopram (20 mg), fluoxetine (20 mg), paroxetine (20 mg) en sertraline (50 mg). Start bij ouderen met de helft van de dosering.
- Bij keuze voor TCA: amitriptyline (50-100 mg), imipramine (50-150 mg in 2-3 giften), bij ouderen nortriptyline (75 mg). Start met 25 mg (bij ouderen 10 mg) voor de nacht en verhoog dosis per 2-3 dagen met 25 mg.

CONTROLE

Bij depressieve klachten om de drie tot vier weken, bij een depressie om de een tot twee weken. Later geleidelijk minder frequent. Na het verdwijnen van een eerste depressie een eventueel antidepressivum zes maanden continueren, daarna afbouwen.

VERWIJZING

- bipolaire stoornis of psychotische kenmerken;
- postpartumdepressie met psychotische kenmerken of inadequate verzorging van het kind;
- suïciderisico;
- recidief depressie met ernstig sociaal disfunctioneren of grote lijdensdruk of met ernstige psychische comorbiditeit;
- bepalen van de plaats van antidepressiva in zwangerschap of tijdens lactatie;
- behandeling van winterdepressie met lichttherapie;
- ernstig sociaal disfunctioneren, ondanks begeleiding en ingestelde behandeling; onvoldoende herstel op psychotherapie en/of antidepressiva.