

# Vroege opsporing van psychische klachten en aandoeningen in de volwassen bevolking

## 1. Inleiding

### 1.1. Algemeen

Vroege opsporing wordt gezien als een belangrijke manier om de ziektelast van psychische klachten en stoornissen in Nederland terug te dringen.

Van alle burgers krijgt 43,5% eens in zijn leven een psychische stoornis. Jaarlijks kampt 20% van de volwassen bevolking met psychische problemen.

**Bron:** Oosterberg, 2016.

Psychische stoornissen vormen één van de belangrijkste oorzaken van ziektelast in Nederland.

**Bron:** VTV, 2014.

Ook psychische klachten zonder dat sprake is van een stoornis komen veel voor en veroorzaken ziektelast en verminderd functioneren. Het terugdringen van deze ziektelast is als een belangrijk doel geformuleerd in de 'Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014'. Twee van de speerpunten waarop het 'Nationaal Programma Preventie 2014-2016' zich richt zijn depressie en alcohol.

#### 1.1.1. De uitdagingen van vroege opsporing van psychische klachten

Vroege opsporing van psychische klachten en stoornissen is haalbaar via een passief aanbod, oftewel op eigen initiatief van de burger. Een actief aanbod van vroege opsporing, zoals screening van de Nederlandse bevolking of van hoogrisicogroepen, is voornamelijk niet aan de orde om de volgende redenen:

- Preventief onderzoek is aan regels gebonden zoals verwoord in de multidisciplinaire richtlijn Preventief Medisch Onderzoek en in de criteria van Wilson en Jungner. We spreken van preventief onderzoek indien er bij de doelgroep geen sprake is van een hulpvraag of indicatie. Er is dan sprake van preventief onderzoek (juridisch ook wel bevolkingsonderzoek genoemd) als er sprake is van een actief aanbod door een zorgverlener, gemeente of ander (rechts)persoon. De thans bestaande programma's inzake de vroege opsporing van psychische stoornissen voldoen niet aan de criteria van de richtlijn Preventief Medisch Onderzoek, gebaseerd op de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo), of de criteria van Wilson en Jungner. Problematisch alcoholgebruik en depressie zouden als eerste in aanmerking kunnen komen. Om dit te realiseren is wetenschappelijke onderbouwing in de Nederlandse situatie vereist en mogelijk ook een vergunning op grond van de Wbo.
- Een tweede aandachtspunt voordat zowel actieve als passieve vroege opsporing gerealiseerd kan worden zijn de capaciteit en de kosten van de zorg. Twintig procent van de volwassen bevolking kampt met psychische problemen. De opsporing van deze mensen, gevolgd door verwijzing naar de huisarts en praktijkondersteuner GGZ, zal enorme capaciteitsproblemen geven en tot hoge kosten voor de gezondheidszorg leiden.
- Een nadeel van vroege opsporing is de medicalisering van psychische klachten. Psychische klachten horen bij het leven, waarin tegenslagen en nare gebeurtenissen erbij horen. Het overgrote deel van de mensen met psychische klachten herstelt ook op eigen kracht binnen een half jaar (zie achtergronddocumenten Voorkómen

en vroege opsporing van depressie in Nederland en Voorkómen en vroege opsporing van problematisch alcoholgebruik in Nederland). Zelfzorg en sociale steun zijn regelmatig voldoende om psychische klachten te boven te komen.

- Daartegenover staat dat een kwart van de mensen met psychische klachten vaak meerdere jaren last houdt, met negatieve gevolgen voor de ervaren kwaliteit van leven en het persoonlijk functioneren. Zie onder andere achtergronddocumenten:
- Voorkómen en vroege opsporing van angststoornissen in Nederland
- Voorkómen en vroege opsporing van problematisch alcoholgebruik in Nederland
- Literatuursearch naar vragenlijsten voor het opsporen van depressie/distress en problematisch alcoholgebruik in de algemene bevolking en in de huisartsenzorg
- De persoonlijke gezondheidscheck
- Economische kosten ten gevolge van depressieve klachten zonder dat er sprake is van een depressie
- Generieke module Psychische klachten in de huisartsenpraktijk
- Tot slot is het voor burgers vaak moeilijk te accepteren dat hun klachten van psychische aard zijn. Het wekt weerstand op als iemand na actieve vroege opsporing geconfronteerd wordt met een diagnose als depressie (zie ook achtergronddocument AUDIT).

### 1.1.2. Hoe kan de vroege opsporing van psychische klachten gerealiseerd worden?

Met de op dit moment beschikbare kennis is het mogelijk om de psychische gezondheid van de Nederlandse burger te versterken met een passief aanbod

**passief aanbod:** Dit begint met het geven van goede informatie en vanuit de eigen motivatie van de lezer toe leiden naar vervolg stappen. Er is in deze vorm geen sprake van zorg maar van voorlichting, zelfhulp en ondersteuning. Natuurlijk wordt er in de informatie een advies gegeven om hulp te zoeken als de uitkomsten van zelftesten e.d. daar aanleiding toe geven.

van:

- Voorlichting
- Keuzehulpen
- Een overzicht van effectieve activiteiten en interventies die de psychische gezondheid bevorderen en die beschikbaar zijn in de eigen omgeving.
- Zelftesten: het psychisch gezondheidsprofiel

Het is belangrijk om deze ‘voorlichting, keuzehulpen en interventies’ te realiseren en zonder verwijzing bereikbaar te maken in de omgeving van de burger. De burger moet vervolgens ook weten dat deze ‘voorlichting, keuzehulpen en interventies’ er zijn en waar hij ze kan vinden. Op deze manier komt betrouwbare kennis over psychische vitaliteit, psychische klachten en psychische stoornissen bij de burger terecht.

Hierbij is het ook belangrijk dat burgers hun eigen klachten kunnen objectiveren met behulp van een zelftest: het psychisch gezondheidsprofiel. Zelftesten zijn beschikbaar als ‘passief aanbod’: burgers kunnen zichzelf testen op eigen initiatief, of op advies van bijvoorbeeld een zorgprofessional wanneer de hulpvraag daar aanleiding toe geeft.

Een belangrijk doel van de geestelijke gezondheidszorg is het versterken van de gezondheid en de zelfredzaamheid van mensen. Zaken als voorlichting, zelfhulp en de inzet van sociale steun versterken die gezondheid en zelfredzaamheid. Ze kunnen de verergering van psychische klachten tot psychische stoornissen voorkomen zonder deze klachten te medicaliseren. Daarnaast helpen ze ook de naasten om psychische klachten eerder te herkennen.

Voorlichting, zelfhulp en de inzet van sociale steun verstevigen de psychische vitaliteit. Deze generieke gezondheid bevorderende stappen zijn geschikt om aan de burger aan te bieden, ook buiten de professionele zorg om, onder andere via eHealth. In feite zijn het de eerste stappen in de behandeling van psychische

klachten en stoornissen zoals depressie en angst. Ook eventuele vervolgstappen van een behandeling zoals cognitieve gedragstherapie zijn via eHealth beschikbaar voor individuele burgers. Er is overtuigend bewijs dat behandeling van depressieve klachten een depressie met verminderd functioneren kan voorkomen. Een recente studie toonde dat dit ook geldt voor behandeling van psychische klachten met behulp van 'blended eHealth'. Dat is een combinatie van face-to-face contact en eHealth: om één depressie te voorkomen moesten 5,9 mensen met psychische klachten behandeld worden.

**Bron:** Buntrock, 2016.

Ook is er overtuigend bewijs dat eHealth interventies het alcoholgebruik in bescheiden mate verminderen bij mensen met problematisch alcoholgebruik.

## 1.2. Doelstelling

Het doel van deze module is het bevorderen van de psychische gezondheid van volwassenen vanaf 18 jaar, met name door de burgers zelf in het private en publieke domein. Het uitgangspunt is: op eigen kracht waar het kan, en met ondersteuning van professionele zorg als het nodig is.

Vroege interventies bij psychische klachten kunnen depressie voorkomen en problematisch alcoholgebruik verminderen. De burger zelf kan zijn psychische vitaliteit versterken met behulp van voorlichting, zelfhulp en de inzet van sociale steun. De burger kan dit naar eigen inzicht gebruiken, zonder gebruik te hoeven maken van professionele zorg, zonder medicalisering van zijn klachten.

De beoogde resultaten van vroege opsporing zijn het versterken van de psychische vitaliteit, het beperken van de tijdsduur en de ernst van psychische klachten en het beperken en voorkómen van de negatieve gevolgen.

Kinderen en jongeren zijn in deze module buiten beschouwing gelaten. Psychische gezondheidsbevordering bij kinderen en jongeren is een belangrijk volksgezondheidsonderwerp met wezenlijk andere problematiek en andere betrokken partijen. Dit vereist vaak een andere aanpak en andere interventiestrategieën dan de aanpak bij volwassenen. Bovendien zal dan ook in de regel de toestemming van ouders nodig zijn.

Deze generieke module Vroege opsporing psychische klachten en stoornissen in de volwassen bevolking gaat vooraf aan de [generieke module Psychische klachten in de huisartspraktijk](#), waarin de zorg van de huisarts en de praktijkondersteuner GGZ voor mensen met psychische klachten is beschreven.

## 1.3. Doelgroepen

De belangrijkste doelgroep vormt de volwassen burger zelf. Verschillende partijen spelen daarnaast een rol bij het versterken van de psychische gezondheid van de Nederlandse burger: de overheid, gemeenten, zorgverzekeraars, zorgprofessionals, de bedrijfsgezondheidszorg en het sociale domein zoals lokale welzijnsorganisaties, wijkteams, ouderenzorg en de openbare gezondheidszorg (GGD-en).

De rol van de burger

De burger gaat zelf klachten herkennen, werkt aan de eigen psychische gezondheid, benut de mogelijkheden voor zelfzorg en schakelt op tijd professionele zorg in als dat nodig is.

De rol van de (landelijke) overheid

De (landelijke) overheid organiseert landelijke campagnes waarin aandacht is voor het belang van psychische gezondheid, voor de manier om die gezondheid te verstevigen en voor het terugdringen van problematisch alcoholgebruik. Daarnaast stimuleert de overheid de ontwikkeling van methoden waarmee burgers de eigen psychische vitaliteit kunnen bevorderen, onderhouden en op tijd passende professionele hulp inschakelen.

De rol van gemeenten en zorgverzekeraars

Preventie in de wijk is een taak van gemeenten, waaronder GGD'en, en zorgverzekeraars

**Bron:** Schippers, 2016.

in samenwerking met de (zorg)professionals in de wijk. Het faciliteren van effectieve acties en interventies die de psychische gezondheid bevorderen in de buurt en het opstellen van een overzicht hiervan is bij voorkeur een initiatief van de gemeente in samenwerking met genoemde andere partijen.

Zorgprofessionals en andere professionals in de wijk

De vier tools: 'Het psychisch gezondheidsprofiel', 'Voorlichting', 'Keuzehulp' en 'Overzicht van effectieve psychische gezondheid-bevorderende acties en interventies in de buurt' zijn hulpmiddelen helpen burgers de eigen psychische gezondheid te bevorderen en ondersteunen de reguliere zorg hierbij. Deze tools zullen zorgprofessionals helpen om problematisch alcoholgebruik en psychische klachten vroegtijdig te herkennen, bespreekbaar te maken, voorlichting te geven en de zelfzorg en sociale steun te versterken.

Bedrijfsgezondheidszorg

Bedrijven hebben een groot belang bij psychisch vitale werknemers. Het Psychisch gezondheidsprofiel', 'Voorlichting', 'Keuzehulp' en 'Overzicht van beschikbare psychische gezondheid-bevorderende activiteiten en interventies' zijn tools die ook binnen bedrijven ingezet kunnen worden, met name om arbeidsverzuim tegen te gaan.

## 1.4. Uitgangspunten

### 1.4.1. Algemeen

Een generieke module beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professional handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van patiënten en naasten. De beschreven zorg in de standaarden zijn geen wetten of voorschriften, maar bieden handvatten voor de professional om matched care en gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren.

Het werken volgens de kwaliteitsstandaard is geen doel op zich. De combinatie van factoren die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven. Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een kwaliteitsstandaard hen biedt. De kwaliteit van een professional kenmerkt zich wellicht meer door de wijze waarop hij of zij in staat is in de juiste gevallen en op het juiste moment (goed beargumenteerd) van een standaard af te wijken. Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en de professional, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.

Het is voor een succesvolle implementatie van de standaard belangrijk om aandacht te hebben voor de mogelijke benodigde veranderingen in het zorgveld die de standaard met zich meebrengt. Voorbeelden zijn mogelijke effecten op de beschikbare capaciteit van zorgverleners, budgetvraagstukken of ict-aanpassingen. Soms is niet elk onderdeel van deze standaard per direct uitvoerbaar. Bij deze standaard zijn een implementatieplan en de rapportage uitvoerbaarheidstoets opgeleverd. Deze bieden inzicht in hoeverre de standaard uitvoerbaar is. In de komende periode worden de stappen voor implementatie nader uitgewerkt.

### 1.4.2. Specifiek

- Deze module gaat uit van de gezondheidsdefinitie van Huber.
- De basis voor deze module vormen de Kwaliteitsstandaarden genoemd in de Literatuurlijst.
- De module is gebaseerd op de beschikbare wetenschappelijke evidence welke gepresenteerd is in de achtergronddocumenten, op het patiëntenperspectief en op de mening van de werkgroep.

#### Literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek richt zich op vroege opsporing van (voorstadia van) ziektebeelden in de geestelijke gezondheidszorg met de meeste ziektelast of waarvoor aanwijzingen bestaan dat actieve vroege opsporing zinvol kan zijn.

Dit zijn depressie, angst en problematisch alcoholgebruik.

**Dit zijn depressie, angst en problematisch alcoholgebruik.:** Zie achtergronddocument Voorkómen en vroege opsporing van problematisch alcoholgebruik in Nederland, Literatuursearch en De persoonlijke gezondheidscheck.

[Meer informatie](#)

**Bron:** Wittkampf, 2011; Buntrock, 2016; Schippers, 2016.

Deze ziektebeelden zijn een belangrijk gezondheidsprobleem, ongeacht of de klachten voldoen aan een DSM diagnose. Negatieve gevolgen zijn bijvoorbeeld: een afname in kwaliteit van leven, vermindering van functioneren, arbeidsuitval en het ontstaan van psychische stoornissen.

De bewijsvoering en onderbouwing voor de vroege opsporing is uitgevoerd aan de hand van de eerste 5 criteria van Wilson en Jungner.

**Bron:** Wilson 1968

Een search is uitgevoerd naar de meest recente meta-analyses, systematische reviews en relevant Nederlands onderzoek.

De systematische zoekstrategie naar gevalideerde screeningsvragenlijsten naar psychische klachten en problematisch alcoholgebruik is weergegeven in [Literatuursearch](#).

De vragenlijsten naar beperkingen in functioneren zijn voorgedragen door de werkgroepleden. [Het gebruik van deze vragenlijsten is onderbouwd met behulp van literatuur onderzoek.](#)

#### Overige literatuur

De module 'Vroege opsporing van psychische klachten en aandoeningen' maakt gebruik van de volgende bronnen:

- Deze module is gebaseerd op de visie MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid (voorheen LPGGZ).
- Het Nationaal Programma Preventie 2014-2016 Alles is gezondheid....
- Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014, preventie in de zorg.
- Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014 'Een gezonder Nederland'.
- Depressiepreventie, stand van zaken, nieuwe richtingen (2013).
- Strategische verkenning GGZ- en verslavingspreventie in het nieuwe zorglandschap (2013).
- Nemesis-2.
- Kamerbrief: Preventie in het zorgstelsel: van goede bedoelingen naar het in de praktijk ontwikkelen van resultaten. 25 maart 2016, de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mw. drs. E.I. Schippers en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, drs. M.J. van Rijn.

## 1.5. Leeswijzer

Een depressieve stoornis die voldoet aan de criteria hiervoor (DSM en/of CDI) wordt voor de leesbaarheid in deze module omschreven als 'depressie'.

Een angststoornis die voldoet aan de criteria hiervoor (DSM en/of CDI) wordt voor de leesbaarheid in deze module omschreven als 'angst'.

De term depressieve klachten wordt gebruikt voor symptomen beschreven als onderdeel van de diagnose depressie en de term angstklachten wordt gebruikt voor symptomen beschreven als onderdeel van de diagnose angst.

## 2. Patiëntenperspectief

### 2.1. Wensen en ervaringen van patiënten

Gezondheid

Vroeger werd gezondheid gedefinieerd als de afwezigheid van ziekten. Tegenwoordig wordt gezondheid steeds vaker in positieve zin gedefinieerd. Zo bestaat er in ons land brede steun voor de volgende omschrijving van Huber en anderen:

**Bron:** Huber 2011  
Huber 2012  
Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen 2014

*"Gezondheid is het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. "*

Volgens deze definitie is het ontwikkelen en beschermen van gezondheid in eerste instantie een taak van de mensen zelf. Het behoud van (psychische) gezondheid is idealiter een continu aandachtspunt voor iedere burger. Het vermogen om aan te passen en regie te voeren in het licht van de omstandigheden van het leven vereist veerkracht en vitaliteit. Als de belasting de veerkracht overstijgt kunnen psychische klachten ontstaan.

Vanuit de eigen kracht kunnen mensen de uitdagingen van het leven vaak goed opvangen door de belasting te verminderen, tegenslag te verwerken en hun veerkracht te versterken. Deze vaardigheden worden in de loop van het leven aangeleerd en ontwikkeld. Het persoonlijke talent, de mogelijkheden en de steun om deze vaardigheden aan te leren en te ontwikkelen verschillen van persoon tot persoon.

Dit concept van gezondheid sluit aan bij het cliëntenperspectief. Het gaat om het functioneren van de burger in zijn of haar context. Niemand is perfect en iedereen moet (leren) leven met zijn of haar (on)mogelijkheden, kwetsbaarheden en weerbaarheden. Iedereen moet omgaan met de stressoren in het leven.

De bevordering van psychische gezondheid heeft twee doelen:

1. Mensen onderkennen hoe ze omgaan met de stressoren achter de problemen.
2. Mensen leren hoe ze hun veerkracht en vitaliteit kunnen bevorderen.

De focus van de psychische gezondheid bevordering is dat mensen onderkennen hoe ze omgaan met de stressoren achter de problemen, en het bevorderen van veerkracht en vitaliteit. Uiteindelijk moeten vroege opsporing, voorlichting, keuzehulp en interventies in de buurt leiden tot een vermindering van de lijdensdruk en een verbetering van het functioneren. Hierdoor neemt de ziektelast af en neemt de kwaliteit van leven toe.

## Focus van vroege opsporing

Het doel van vroege opsporing is het bevorderen, behouden en herstellen van de psychische gezondheid van burgers. De nadruk ligt op het stimuleren van de eigen kracht en de eigen regie. Het gaat om persoonlijke wensen en keuzes, over doelen in het leven. Vroege opsporing is vooral gericht op het bevorderen van de kwaliteit van leven van de burger en het herstellen van diens veerkracht en vitaliteit met inachtneming van diens wensen, behoeften en mogelijkheden. Psychische gezondheid bevorderende activiteiten en interventies zijn laagdrempelig en stimuleren het zelfmanagement en de zelfredzaamheid van de burger. Hierdoor kunnen burgers zo veel mogelijk onafhankelijk van hulpverleners verder leven en deelnemen aan de leefomgeving en de samenleving.

## 2.2. Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief

### Eisen aan vroege opsporing

Vroege opsporing van psychische klachten door de burger zelf via een online zelftest moet aan de volgende eisen voldoen: de test is goed bereikbaar, laagdrempelig en vraagt weinig competenties of inspanning. Altijd volgt er op de uitslag van de test een bij de persoon passende voorlichting en een passende doorverwijzing naar bereikbare effectieve acties en interventies.

## 3. Zorg rondom vroege opsporing van psychische klachten en aandoeningen in de volwassen bevolking

### 3.1. Vroege onderkenning en preventie

Kennis over psychische klachten is te vinden in de vorm van voorlichting, keuzehulpen, een overzicht van de beschikbare interventies en zelftesten. Zo kunnen burgers, onafhankelijk van de zorg, de eigen psychische gezondheid bevorderen en onderhouden. Het is de taak van overheid, gemeenten, bedrijven, verzekeraars en zorgverleners om deze kennis en mogelijkheden onder de aandacht te brengen van de burgers.

De voorlichting over psychische klachten, problematisch alcoholgebruik en de verschillende psychische stoornissen sluit aan bij de evidence-based zorg zoals deze in de geestelijke gezondheidszorg geboden wordt. De in de volgende paragraaf beschreven tool, het psychisch gezondheidsprofiel, stelt burgers in staat om de aard en de ernst van hun psychische klachten te duiden en geeft de burger vervolgens een advies op maat.

#### 3.1.1. Voorlichting: beschikbaarheid

Voorlichting over psychische klachten en aandoeningen is te vinden op diverse websites.

De website [Thuisarts](#) geeft betrouwbare en onafhankelijke publieksinformatie over gezondheid en ziekte. De informatie op [Thuisarts](#) is samengesteld door huisartsen en is onafhankelijk en wetenschappelijk verantwoord. Het NHG zorgt ervoor dat de website actueel blijft en wordt aangepast aan nieuwe richtlijnen. Huisartsen gebruiken [Thuisarts](#) als ondersteuning bij hun voorlichting aan patiënten voor, tijdens en na het consult. Er zijn bijvoorbeeld Thuisartsteksten over de volgende onderwerpen: psychische klachten, depressie, angst, alcoholgebruik, stress, slaaproblemen, onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten, overspannen, rouw, eenzaamheid en psychosociale problemen.

Meer aandoeningsgerichte voorlichting is ook beschikbaar op de website van het [Fonds Psychische Gezondheid](#). Dit is een website met betrouwbare informatie voor patiënten over psychische gezondheid en psychische problemen.

Voorlichting over de verschillende psychische aandoeningen is ook te vinden op de websites van de betreffende patiëntenverenigingen.

### **3.1.2. Voorlichting: inhoud**

De voorlichting start met de uitleg dat psychische klachten en problematisch alcoholgebruik regelmatig voorkomen en net als veel lichamelijke klachten vaak van voorbijgaande aard zijn. Het is belangrijk om mensen erop te wijzen dat ze veel zelf kunnen doen om de eigen psychische gezondheid te bevorderen, maar dat het bij ernstige of langdurige klachten belangrijk is om wel professionele hulp te zoeken.

Voorlichting omvat tevens uitleg over beschermende factoren versus risicofactoren, het evenwicht tussen draagkracht en draaglast, hoe om te gaan met problemen en de nadelige effecten van alcoholgebruik.

### **3.1.3. Beschermende en risicofactoren**

Voorlichting over beschermende factoren en risicofactoren geeft inzicht in de eigen psychische gezondheid en geeft richting aan persoonlijke doelen. Onderzoek toont aan dat beschermende factoren en risicofactoren de psychische gezondheid beïnvloeden. Deze factoren kunnen in de persoon zelf gelokaliseerd zijn, in de directe sociale omgeving van gezin en netwerk, of in de bredere sociale en fysieke omgeving van buurt, school, werk of gemeente. Ieder mens heeft in zijn leven te maken met deze factoren. Psychische gezondheid bevordering heeft als doel risicofactoren verminderen en beschermende factoren versterken.

Hoe meer risicofactoren en hoe minder beschermende factoren, hoe groter de kans op psychische klachten en functioneringsproblemen en hoe groter de kans op ernstige en duurzame klachten en psychische stoornissen.

Er bestaat voor volwassenen geen geschikte gestandaardiseerde vragenlijst om risicofactoren en beschermende factoren in kaart te brengen.



Beschermende factoren	Risicofactoren
Psychisch gezonde ouders (genetische factor)	Een ouder met een psychische aandoening (genetische factor) waaronder depressie, angst, persoonlijkheidsproblematiek, alcohol afhankelijkheid en drugsgebruik
Extraversie	Intraversie
Gezond gevoel van zelfwaardering	Geringe zelfwaardering
Reëel denken	Negatief denken
Flexibiliteit en weerbaarheid	Moelijk tegenslag en kritiek hanteren (neuroticisme)
Sociaal vaardig	Sociaal minder vaardig
Assertiviteit	Conflict vermijgend gedrag
Hormonale stabiliteit	Hormonale afwijkingen door schildklier of bijnier problemen
Hormonale stabiliteit	Hormonale schommelingen bij en na zwangerschap en bij overgang
Afwezigheid van functionele beperkingen	Functionele beperkingen
Fysieke gezondheid	Chronische, lichamelijke ziekte zoals dementie, ziekte van Parkinson, systeemziekten, diabetes mellitus
Fysieke gezondheid	Doormaken van een hartinfarct en een CVA
Psychische gezondheid	Gebruik van sommige medicijnen
Onafhankelijkheid van middelen en drugs	Een psychische aandoening in het heden of in het verleden
Afwezigheid van een lage sociaal economische status	Alcohol- en drugsgebruik
	Een lage sociaal economische status
	Verstandelijke beperking
Werk/studie/vrijwilligerswerk	Werkeloosheid/arbeidsongeschiktheid
Samenleven met een partner in een gezonde steunende relatie	Alleenstaand, vooral alleenstaande ouders
Religie en zingeving	
Lichaamsbeweging	Inactiviteit
Voldoende nachtrust	(Chronisch) slaaptkort
Dagstructuur en regelmaat	
	Wisselende werktijden met name met werken in de nacht
Voldoende ontspannende en plezierige activiteiten	Vooraf verplichtingen nakomen in plaats van ontspannende en plezierige activiteiten
	Piekeren
De draagkracht is groter dan de draaglast	De draaglast is groter dan de draagkracht
Zelfbeschikking: mogelijkheden en vaardigheden om succesvol eigen keuzen te maken en behoeften te vervullen	
Voedend netwerk van wederzijdse steun	Gebrek aan sociale steun/eenzaamheid
Succes ervaringen en deze bevestigd zien door de omgeving	Geen erkenning en waardering vanuit de omgeving
Opgroeien in een gezin zonder psychische aandoeningen	KOPP/KVO kind
Veilige leefomgeving in de jeugd	(Psycho-)traumatische jeugdervaringen zoals (seksuele) mishandeling en emotionele verwaarlozing, gepest zijn.
Prettige werkomgeving (werk/zorgtaak/huishouden) met voldoende eigen controle	Hoge werkdruk (werk/zorgtaak/huishouden), weinig controle over taken, weinig support op het werk of thuis.
Veilige leefomgeving in de volwassenheid	Mantelzorg verlenen (Psycho-)traumatische gebeurtenissen bij volwassenen
	Stressvolle levensgebeurtenissen op het interpersoonlijke vlak (vooral bij vrouwen) of aan de gezondheid gerelateerde gebeurtenissen (vooral bij ouderen)
Voldoende financiële middelen	Armoede
	Gedetineerden
	Ouderen die in een verzorgings- of verpleeghuis verblijven
	Migratie (zoals heimwee, discriminatie, problemen met integratie en acceptatie)

Tabel: Beschermende factoren en risicofactoren ten aanzien van psychische klachten

CVA = cardio vasculair accident = beroerte

KOPP = Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen

KVO = Kinderen van ouders met verslavingsproblemen

### 3.1.4. Draagkracht en draaglast

Uitleg over persoonlijke belastbaarheid en belasting is een onderdeel van de voorlichting. Ook positieve eigenschappen zoals verantwoordelijkheidsgevoel, doorzettingsvermogen en mantelzorg kunnen onbedoeld tot klachten bijdragen. Psychische klachten worden vaak beleefd als een logisch gevolg van de uitdagingen in het leven en als zodanig geaccepteerd. Het niet kunnen dragen van de last wordt vaak als een persoonlijk falen ervaren. De daaruit ontstane psychische klachten of het drankgebruik worden daarom vaak met schaamte gedragen.

### 3.1.5. Voorlichting over de focus op problemen

Psychische klachten zijn bijna altijd gerelateerd aan (dreigende) problemen of zorgen op belangrijke levensgebieden. Belangrijke levensgebieden zijn gezin, relatie, werk, sociale omgeving en gezondheid. Het is goed om te kijken of die problemen aangepakt kunnen worden. Soms zijn de problemen die de psychische klachten veroorzaken niet direct op te lossen. Voorlichting over een alternatieve aanpak helpt. Doel is te leren er anders mee om te gaan en waar nodig te werken aan acceptatie. Hiermee wordt de zelfredzaamheid en de psychische weerbaarheid versterkt.

**Bron:** Oosterberg 2016

### 3.1.6. Voorlichting over klachten ten gevolge van alcoholgebruik

Het is relatief onbekend dat problematisch alcoholgebruik ook leidt tot bepaalde mildere klachten. Slaapproblemen, vermijding van problemen en angst zijn hier voorbeelden van. Stoppen met alcohol kan helpen om deze milde klachten te verminderen.

### 3.1.7. Keuzehulp

Idealiter kunnen mensen met psychische klachten en problematisch alcoholgebruik een zelfstandige keuze maken uit het passende aanbod aan effectieve psychische gezondheid bevorderende acties en interventies.

Een keuzehulp is een geschikt instrument om dit te faciliteren. Keuzehulpen zijn bedoeld om mensen te helpen zelfstandig een geïnformeerde keuze te maken. Daarnaast ondersteunen ze een gedeelde besluitvorming in de spreekkamer, zowel bij de huisarts als bij andere professionele hulpverleners. De toepassing ervan is geschikt voor preferentiegevoelige beslissingen met meer dan één behandeloptie. Het uiteindelijke resultaat is dat de burger uit het volledige aanbod een geïnformeerde keuze maakt die goed bij zijn persoonlijke behoeften en mogelijkheden past. Deze keuzehulp is (binnenkort) beschikbaar op [Thuisarts](#).

### 3.1.8. Overzicht effectieve psychische gezondheid bevorderende activiteiten en interventies in de buurt

Vervolgens is het nodig om de keuze daadwerkelijk praktisch in te vullen. Hiervoor heeft de persoon met psychische klachten inzicht nodig in het voor hem bereikbare landelijke en lokale aanbod aan effectieve acties en interventies.

Deze overzichten beperken zich vaak nog tot eHealth toepassingen, terwijl ook literatuur, groepscursussen etc. tot de effectieve acties en interventies behoren.

Momenteel is informatie over beschikbare effectieve acties en interventies te vinden via:

- Loketgezondleven en Onlinehulp stempel. Deze sites geven informatie over de beschikbare (e-mental health) interventies en informatie over de wetenschappelijke onderbouwing ervan.
- Huisarts EMH geeft een overzicht van interventies voor psychische klachten in de huisartsenzorg en is primair bedoeld voor de huisarts en de POH-GGZ. Met behulp van deze website kan de burger ook zelf of in overleg met de huisarts bepalen welke zelfhulp geschikt is voor zijn psychische klachten en welk eHealth programma passend is.
- Thuisarts en Psychisch gezondheid geven uitleg over de inhoud en de bereikbaarheid van effectieve acties en interventies en worden mensen doorverwezen naar relevante e-mental health mogelijkheden.

Voorbeelden van bewezen effectieve eHealth interventies zijn:

- Drinktest

- Jellinek: zelfhulp
- Minder drinken
- Alcohol en zwangerschap
- Psyfit.nl
- Kleur je leven
- Voluit leven

Met name de lokale effectieve acties en interventies die de psychische gezondheid bevorderen, zijn in Nederland niet voor iedere burger buiten de zorg om beschikbaar. Gemeenten en zorgverzekeraars hebben een taak om deze bereikbaarheid te realiseren en een taak in het informeren van de burger over het beschikbare aanbod. Het 'overzicht van effectieve activiteiten en interventies' is een manier om dit te realiseren. Het overzicht bevat zowel het aanbod buiten de zorg in het private domein, alsook een overzicht van het professionele zorg aanbod. Zorg in het private domein behelst bijvoorbeeld lokale verenigingen, inzet vrijwilligers, zelfhulpboeken, ontspanningscursussen en mindfulness cursussen. Professionele zorg behelst bijvoorbeeld maatschappelijk werk, eHealth, lokaal georganiseerde groepscursussen, de aanwezigheid van een POH-GGZ in de huisartspraktijk etc.



Figuur: Overzicht effectieve activiteiten en interventies

Een 'overzicht effectieve activiteiten en interventies' vergt onderhoud. Dit is lastig te organiseren maar zou idealiter vorm krijgen in een lokaal samenwerkingsverband met betrokkenheid van de gemeente. Dit samenwerkingsverband heeft als taak het overzicht actueel te houden, geclusterde gegevens te gebruiken om de behoefte van de lokale bevolking te monitoren en het veld (binnen en buiten de zorg) te stimuleren om dit aanbod te creëren. Als laatste belangrijke taak beoordeelt dit samenwerkingsverband de activiteiten en interventies binnen het overzicht op kwaliteit en rapporteert aan de burger over de mate van effectiviteit van de interventie. Aanbieders binnen het 'overzicht activiteiten en interventies' geven aan voor welke doelgroep hun aanbod geschikt is.

### 3.2. Diagnostiek

Een zelftest helpt de burger om inzicht te krijgen in zijn eigen psychische gezondheid. Het psychisch gezondheidsprofiel als zelftest bestaat uit vragenlijsten met vragen naar psychische klachten, problematisch alcoholgebruik en functionele beperkingen. Het psychisch gezondheidsprofiel wordt altijd gevolgd door een advies op maat zoals weergegeven in figuur Het psychische gezondheidsprofiel. De functionele beperkingen zijn een belangrijke maat om de ernst van de psychische klachten in te schatten. Mensen met ernstiger klachten krijgen het advies om professionele ondersteuning te zoeken in de huisartspraktijk.



Figuur: Het psychische gezondheidsprofiel

### 3.2.1. Eisen aan het psychisch gezondheidsprofiel

Een belangrijke aspect van het psychisch gezondheidsprofiel is ten eerste dat de anonimiteit van de gebruiker gegarandeerd is. Het psychisch gezondheidsprofiel is een zelftest waarbij de resultaten alleen teruggekoppeld worden naar de gebruiker zelf. De gebruiker kan vervolgens zelf besluiten met wie hij deze resultaten al dan niet bespreekt. Dit kan natuurlijk een professional zijn die hem geadviseerd heeft het psychisch gezondheidsprofiel in te vullen naar aanleiding van een eerder besproken hulpvraag.

Een 'web-based' vragenlijst maakt het automatisch mogelijk dat anonieme gepoolde data geanalyseerd en gebruikt kunnen worden, bijvoorbeeld als stuurinformatie voor gemeenten en bedrijven. De gebruiker wordt vooraf op de hoogte gesteld van het gebruik van de anonieme gepoolde gegevens en de doeleinden van dit gebruik.

Het identificeren van een probleem bij een burger zonder hulpvraag en vervolgens geen voorlichting en een passende effectieve activiteit aanbieden is onethisch. Het psychisch gezondheidsprofiel als zelftest wordt dan ook altijd gevolgd door een advies op maat en door voorlichting zoals beschreven in deze generieke module.

De beheerders van het psychisch gezondheidsprofiel streven er actief naar om te voldoen aan de eisen gesteld in de [richtlijn Preventief medisch onderzoek](#). De methodiek is niet evidence based. De methodiek bestaat uit een zelftest gevolgd door een advies. De kwaliteit daarvan kan dus wisselen.

### 3.2.2. Advies op maat

Het advies op maat bestaat uit voorlichting over psychische klachten en problematisch alcoholgebruik en uit voorlichting over de mogelijkheden om deze te beïnvloeden zoals samengevat in [Vroege onderkenning en preventie](#). Het principe dat gehanteerd wordt is: op eigen kracht waar het kan, en met ondersteuning van professionele zorg als het nodig is.

### 3.2.3. Bereikbaarheid van het psychisch gezondheidsprofiel

Op dit moment is het mogelijk om een psychisch gezondheidsprofiel op te stellen met vragenlijsten naar psychische klachten met behulp van de volgende websites:

- Persoonlijke gezondheidscheck

In de persoonlijke gezondheidscheck maakt de inventarisatie van psychische gezondheid en alcoholgebruik onderdeel uit van een totaalpakket, waarvan ook leefstijl, cardiometabool

**cardiometabool:** Diabetes mellitus, risico op hart- en vaatziekte en nierschade.

risico en risico op aanwezigheid van COPD

**COPD:** Chronic Obstructive Pulmonary Disease

deel uit maken.

Het psychische gezondheidsprofiel is binnenkort vrij toegankelijk via de website [Thuisarts](#) en [Psychische gezondheid](#).

Ook komen binnenkort links beschikbaar voor de praktijkwebsite van huisartsen en ander zorgaanbieders.

Een beschikbaar gezondheidsprofiel specifiek voor alcoholgebruik is [Drinktest](#).

### 3.2.4. Geschikte vragenlijsten naar psychische klachten

Vragenlijsten naar psychische klachten zijn gevonden met behulp van een systematische [literatuur search](#). Zij zijn met name gevalideerd om psychische stoornissen zoals depressie op te sporen in de algemene bevolking ([PHQ](#), [HADS](#), [K10](#)) of getest om de aanwezigheid van psychische klachten in de huisartspraktijk of bij arbeidsverzuim te meten ([4DKL](#)). Alle 4 de vragenlijsten geven bruikbare afkappunten voor verschillende ernst niveaus van de psychische symptomen, wat ze geschikt maakt om milde psychische klachten te identificeren. De 4DKL wordt veel gebruikt in de huisartspraktijk. Voor het opstellen van een psychisch gezondheidsprofiel door de burger zelf lijkt de 4DKL minder geschikt omdat deze bestaat uit relatief veel vragen. De K10 wordt in Nederland gebruikt door de GGD om voor gemeenten de [psychische gezondheid van hun inwoners in kaart te brengen](#).

De [Persoonlijke gezondheidscheck](#) is een al bestaande zelftest gevolgd door advies op maat. In de persoonlijke gezondheidscheck worden psychische klachten gemeten met behulp van de extended K10. De extended K10 bestaat uit de K10 aangevuld met 5 vragen over angstklachten. De extended K10 is gevalideerd als online vragenlijst voor gebruik in de Nederlandse huisartsenpopulatie voor de opsporing van depressie en angst.

**Bron:** Donker, 2009.

De hierboven genoemde vragenlijsten naar psychische klachten zijn de op dit moment meest geschikte vragenlijsten voor gebruik in het psychisch gezondheidsprofiel. De 4DKL lijkt het meest geschikt voor gebruik in de huisartspraktijk en de (extended) K10 voor gebruik in het psychisch gezondheidsprofiel als zelftest.

Niet beschikbaar maar wel nodig zijn vragenlijsten die gevalideerd zijn voor de opsporing van psychische klachten in de Nederlandse algemene volwassen bevolking. Hier dient aanvullend onderzoek naar verricht te worden.

De werkgroep raadt aan om een getrapte diagnostiek te gebruiken voor het opstellen van het psychisch gezondheidsprofiel. Hierbij worden functionele beperkingen meegewogen, gemeten met behulp van de verkorte WHODAS 2.0. Voor deze getrapte diagnostiek worden die afkappunten gebruikt die na validatie van de vragenlijsten aangeraden worden.

Bij getrapte diagnostiek met behulp van de Extended K10 worden de volgende afkappunten aangeraden:

- Psychische klachten waarvoor consultatie van de huisarts aangeraden wordt: score  $\geq 30$ , en score  $\geq 20$  als er ook functionele beperkingen zijn.
- Een verhoogd risico op psychische klachten: score 20 tot 29.
- Geen psychische klachten: score  $< 20$ .

Alle afzonderlijke vragenlijsten zijn ook te downloaden voor schriftelijk gebruik.

### 3.2.5. Geschikte vragenlijsten naar problematisch alcoholgebruik

Met behulp van een systematisch literatuuronderzoek naar screeningstools voor problematisch alcoholgebruik kwam de [AUDIT](#) als geschikte vragenlijst naar voren voor gebruik in de algemene bevolking (zie ook achtergronddocument [De persoonlijke gezondheidscheck](#)). De werkgroep raadt aan om de [AUDIT](#) in het psychisch gezondheidsprofiel te gebruiken voor de opsporing van problematisch alcoholgebruik (zie ook achtergronddocument [Definities gebruikte termen](#)). De ondergrens van de AUDIT is 5: bij een score onder de 5 is er een zeer laag risico op de aanwezigheid van problematisch alcoholgebruik. Er is sprake van een verhoogd risico bij een score van 5 tot 16 en een sterk verhoogd risico bij een score van 16 of hoger. Aanbevolen wordt om met een verkorte versie van de AUDIT, de AUDIT-C te starten en die bij een score van 4 of hoger uit te breiden met de volledige AUDIT.

### 3.2.6. Geschikte vragenlijsten naar functionele beperkingen

Er zijn twee gevalideerde vragenlijsten beschikbaar voor het Nederlandse taalgebied: de WHODAS 2.0 en de RAND-36 (zie achtergronddocument [Screeningsinstrumenten naar functionele beperkingen](#)). Beide vragenlijsten bestaan uit 36 vragen wat te uitgebreid is voor gebruik in het psychisch gezondheidsprofiel. Van de WHODAS 2.0 is een verkorte en gevalideerde versie van 12 vragen beschikbaar. Deze verkorte versie is geschikt voor gebruik in de algemene bevolking.

## 3.3. Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie

De behandeling, begeleiding en terugvalpreventie van psychische klachten, problematisch alcoholgebruik en de verschillende psychische stoornissen is beschreven in de betreffende generieke modules, zorgstandaarden en de publicatie GGZ in de huisartsenpraktijk.

## 4. Organisatie van zorg

### 4.1. Betrokken zorgverleners en andere partners

Zorgverleners

Zorgverleners waaronder professionals in de wijk kunnen een bijdrage leveren aan vroege opsporing door psychische klachten en problematisch alcohol- en middelengebruik vroegtijdig te herkennen en bespreekbaar te maken. De effectiviteit van actieve vroege opsporing is vooralsnog onvoldoende onderbouwd om ingevoerd te worden in de (huisarts)praktijk.

Vooralsnog is vroege opsporing alleen mogelijk als de hulpvraag van de patiënt daar aanleiding toe geeft. De vier elementen: Het Psychisch gezondheidsprofiel, Voorlichting, de Keuzehulp en het Overzicht van psychische gezondheid-bevorderende acties en interventies zijn hulpmiddelen die de reguliere zorg hierbij ondersteunen.

Het is niet bij iedereen bekend dat ook psychische klachten en problemen met alcohol of andere middelen met de huisarts besproken kunnen worden; het onder de aandacht brengen van deze mogelijkheid kan voor patiënten drempelverlagend werken.

#### Bedrijven

Veel bedrijven bieden hun medewerkers via hun bedrijfsarts Periodiek Medisch Onderzoek (PMO) aan. Psychische klachten en problematisch alcoholgebruik zijn vaak onderdeel van een PMO. Psychische klachten zijn één van de grootste oorzaken van ziekteverzuim. Het terugdringen van dit ziekteverzuim is voor bedrijven een belangrijk doel. Er is enig bewijs dat dit mogelijk is met behulp van vroege opsporing.

#### Gemeenten

Wijkteams signaleren psychische klachten en verminderd functioneren vaak in de vorm van 'casefinding'. Ook organiseren zij voorlichting aan hun burgers over psychische klachten en problematisch alcoholgebruik. Steeds vaker werken gemeenten samen met GGD en eerstelijns hulpverleners waaronder de huisarts. Gezamenlijk brengen zij de problemen van een wijk in kaart aan de hand van een wijkscan en creëren zij een overzicht met een passend aanbod aan oplossingen. Het Overzicht effectieve activiteiten en interventies is een manier voor gemeenten om een overzicht van dit aanbod te ontwikkelen en aan te bieden aan de burger.

#### Landelijke overheid

De overheid kan partijen en de burger bewust maken van het belang van psychische gezondheid en de weg wijzen hoe deze te bevorderen onder andere met behulp van landelijke campagnes. Een andere essentiële taak is het faciliteren van ontwikkelingen en wetenschappelijk onderzoek op dit gebied.

## 4.2. Samenwerking

Gemeenten, welzijnsorganisaties en huisartsen hebben de ambitie uitgesproken om samen preventie in de wijk vorm te geven. Het RIVM Centrum Gezond Leven heeft als visie dat er met preventieve activiteiten nog veel te winnen is. Het centrum biedt ondersteuning aan gemeenten en zorgaanbieders om preventieve activiteiten onderdeel te maken van de dagelijkse zorgverlening. Dit doen zij onder andere met behulp van de [database Gezond en Actief Leven](#) en [Loketgezondleven](#). Een belangrijk doel is het stimuleren van de samenwerking tussen gemeenten, welzijn en huisartsen rond het thema preventie in de wijk.

Samenwerking van gemeenten en zorgverzekeraars is van essentieel belang om de keten, de continuïteit en de financiering van preventie te borgen.

**Bron:** Schippers 2016

Afspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars over verantwoordelijkheden en financiering zijn een absolute voorwaarde voor het slagen van preventie. Wetenschappelijke onderbouwing is een andere absolute voorwaarde voor het slagen van preventie.

## 4.3. Kwaliteitsbeleid

Er is nog weinig wetenschappelijk onderbouwde kennis over vroege opsporing van psychische klachten en aandoeningen in Nederland. Dit is een belangrijke belemmerende factor in de bevordering van de psychische

gezondheid in Nederland.

#### 4.4. Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

Er is evidence dat depressiepreventie kosteneffectief is (zie achtergronddocument [Voorkómen en vroege opsporing van depressie in Nederland](#)). Verdere onderbouwing met name in de Nederlandse situatie is nodig.

**Bron:** Olde Hartman 2016

#### 4.5. Financiering

##### 4.5.1. Algemeen

Een kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Onderschrijving van de kwaliteitsstandaard door een financier, dan wel opname in het Register van Zorginstituut Nederland, betekent niet dat de beschreven zorg per definitie vergoed wordt door een financier.

Voor vergoeding van de beschreven zorg heeft de patiënt/cliënt mogelijk een aanspraak op een van de financiers. In het geval van de Zvw is het echter aan het Zorginstituut Nederland om te duiden wat verzekerde zorg is binnen het basispakket. Hetgeen betekent dat de goede zorg beschreven in de kwaliteitsstandaard niet gelijk staat aan verzekerde zorg conform het basispakket.

##### 4.5.2. Specifiek

In de wetten is preventie gedefinieerd vanuit de specifieke invalshoek van de betreffende wet. De verschillende wetten samen maken een sluitende keten mogelijk van preventie/preventieactiviteiten gericht op de diverse doelgroepen.

Samenwerking tussen de gemeenten en zorgverzekeraars blijkt een absolute voorwaarde om vooruit te komen. Bij een goede samenwerking zijn afspraken over de afbakening van verantwoordelijkheden mogelijk en wordt besloten welke preventieve interventies voor welke risicogroepen op welke plek moeten plaatsvinden. Hierdoor verbetert de gezondheidssituatie van mensen, neemt de kwaliteit van de zorgverlening toe en dalen de kosten voor gemeenten en de schadelast van zorgverzekeraars.

### 5. Kwaliteitsindicatoren

#### 5.1. Algemeen

Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz ontwikkelt een indicatorenset inclusief bijbehorende meetinstrumenten die van toepassing zijn op alle ggz standaarden.

### 6. Achtergronddocumenten



## 6.1. Psychische klachten

Een groot deel van de volwassenen met psychische klachten herstelt spontaan binnen een half jaar en ontwikkelt geen psychische stoornis. Daar tegenover staat dat bij een deel van deze volwassenen de psychische klachten langdurig aanwezig blijven of zich telkens opnieuw voordoen. Met name bij ouderen en adolescenten is de prognose slechter. Mensen met psychische klachten ervaren vaak langdurig een verminderde kwaliteit van leven en beperkingen in het dagelijkse leven, ook na spontaan herstel.

**Bron:** Buntrock 2016

Waar Psychische klachten samengaan met verminderd functioneren ontstaat een belangrijk gezondheidsprobleem. [Psychische klachten](#) zijn in Nederland één van de belangrijkste redenen voor ziekteverzuim.

Mensen met psychische klachten ervaren ook bij de aanwezigheid van verminderd functioneren, meestal geen hulpbehoefte en doen geen beroep op professionele hulp. Zij zoeken vaak pas professionele hulp als zij ernstige beperkingen in hun functioneren ervaren, bij lichamelijke klachten of als zij bij ziekteverzuim door de bedrijfsarts begeleid en doorverwezen worden. De relatie tussen de lichamelijke klachten en psychische klachten is voor veel mensen niet vanzelfsprekend. Een belangrijke vaardigheid van huisartsen is om bij lichamelijke klachten vroegtijdig de mogelijke psychosociale oorzaken van de klachten bespreekbaar te maken, het zogenaamde tweesporen beleid. De patiënt neemt een psychosociale verklaring voor lichamelijke klachten vaak niet zonder slag of stoot aan. Om hier meer inzicht in te krijgen kan soms een psychosomatisch fysiotherapeut of haptonoom helpen.

Vroegtijdige bewustwording van de aard van de klachten en handreikingen om hiermee om te gaan, zoals voorgesteld in deze module, kunnen in theorie het beloop van psychische klachten positief beïnvloeden. [Er is bewijs dat behandeling van depressieve klachten depressie kan voorkomen](#). Of dit ook geldt voor minder intensieve vormen van hulp en voor zelfhulp is niet onderzocht.

## 6.2. Voorkómen en vroege opsporing van depressie in Nederland

Depressie komt veel voor. Ieder jaar hebben 797.000 mensen een depressie. Bijna één op de vijf (18,7%) Nederlanders maakt eens in zijn leven een depressie door.

**Bron:** NEMESIS-2

‘Psychische klachten in de vorm van depressieve klachten’ en ‘depressie’ worden niet als afzonderlijke ziektebeelden beschouwd. Psychische klachten zijn óók een vroeg symptomatisch stadium van een depressie.

**Bron:** Cuijpers 2008

Ruim 1 op de 10 volwassenen met psychische klachten ontwikkelt een depressie als de klachten langer dan een jaar blijven bestaan. Er is overtuigend bewijs dat de behandeling van psychische klachten het [ontstaan van een depressie kan voorkomen](#).

**Bron:** Zoonen 2014

Depressie is een belangrijk gezondheidsprobleem door de grote negatieve invloed op de kwaliteit van leven, ervaren gezondheid en deelname aan het dagelijkse leven.

**Bron:** VTV 2014, NPP

Depressie is één van de belangrijkste oorzaken van ziekte last in Nederland. De economische kosten veroorzaakt door verzuim en ziekte last door depressie zijn in Nederland voor 18 tot 65 jarigen € 1,5 miljard per jaar. Depressie verklaart 8,2% van de verzuimdagen van de werkende bevolking. Daarmee is het de grootste oorzaak van verzuim. Ook is depressie geassocieerd met voortijdig overlijden. Jaarlijks gaan in ons land 183.000 gezonde levensjaren (QALYs) verloren ten gevolge van depressie.

**Bron:** Smit 2013

Het natuurlijk beloop van een depressie is gunstig. In 60% van de gevallen is er geen sprake meer van klachten na een half jaar. Wel komt een depressie vaak later in het leven weer terug: het recidiefpercentage is 35% tot 65%.

**Bron:** NHG-Standaard Depressie

Ook blijkt dat bij bijna een derde van de mensen (30,7%) een angststoornis of een depressie na 3 jaar nog steeds of opnieuw aanwezig is.

**Bron:** NEMESIS-2d

Veel mensen gaan in een laat stadium of helemaal niet naar een hulpverlener.

**Bron:** NEMESIS-2c

Voor mensen met een depressie of depressieve klachten is het van belang dat 'zelf-herkenning' van depressie wordt bevorderd, door meer laagdrempelige [publieksinformatie over depressie](#).

Een meta analyse van gerandomiseerde, gecontroleerde trials naar de effecten van preventieve interventies op de ontwikkeling van een depressie bij deelnemers met depressieve klachten, zonder de diagnose depressie, liet bij follow up een 21% lagere incidentie van depressie in de interventie groep zien in vergelijking met de controlegroep. Om één depressie te voorkomen moesten 20 mensen met depressieve klachten behandeld worden.

**Bron:** Zoonen 2014

Er is een recent gepubliceerde gerandomiseerde studie naar het effect van e-health begeleide zelfhulp ter preventie van een depressie bij volwassenen met depressieve klachten. Uit deze studie bleek dat om één depressie te voorkomen, 5,9 mensen met depressieve klachten behandeld moesten worden. De follow up was 12 maanden.

**Bron:** Smit 2013

De effectiviteit van depressiepreventie is eerder beschreven in de publicatie Depressiepreventie; stand van zaken, nieuwe richtingen.

**Bron:** Smit 2013

Zij concluderen onder andere dat:

1. Depressiepreventie effectief blijkt:

- Meta-analyses laten zien dat een eenmalige preventieve interventie bij mensen met psychische klachten het aantal nieuwe gevallen met 15 tot 30% doet afnemen.
- Dat percentage stijgt tot circa 50% wanneer preventie op een 'stepped-care' wijze wordt aangeboden.

In de preventieve geneeskunde kunnen de genoemde percentages worden gezien als grote effecten.

2. Depressiepreventie kosteneffectief is:

- Depressiepreventie aangeboden als 'minimaal begeleide zelfhulp' blijkt kosteneffectief en zelfs kostenbesparend wanneer niet alleen de zorgkosten maar ook de effecten op arbeidsproductiviteit worden beschouwd.
- Preventieve e-health gaat gepaard met schaalvoordelen: wanneer meer mensen er gebruik van maken, dalen de kosten per gebruiker aanzienlijk.

Gezondheid-economische doorrekeningen laten zien dat het Nederlandse zorgsysteem voor depressie als geheel (dus inclusief behandeling) doelmatiger wordt, wanneer meer wordt gedaan aan depressiepreventie en terugvalpreventie. Dat wil zeggen dat met eenzelfde zorgbudget méér gezondheidswinst behaald kan worden.

Het bereik van depressiepreventie in Nederland is momenteel laag. Screening vanuit de huisartspraktijk naar mensen met een depressie is erg arbeidsintensief. Daarnaast is er een zeer beperkte follow up van de geadviseerde acties en interventies, een follow up van 25%.

Mensen met een depressie geven aan dat zij zichzelf niet herkennen in een stoornis gerichte omschrijving van hun klachten na screening. Zij zien hun klachten in het licht van de uitdagingen in hun leven en een confrontatie met het feit dat zij tot een risicogroep behoren of mogelijk een aandoening hebben wordt vaak als schokkend ervaren.

**Bron:** Wittkamp 2011

Het is niet bekend welke andere redenen er zijn om professionele ondersteuning voor depressie af te wijzen.

Olde Hartman en Lucassen, beide huisartsen verbonden aan de afdeling eerstelijns geneeskunde van het Radboud UMC, concluderen dat depressiepreventie in de eerste lijn niet zinvol is.

**Bron:** Olde Hartman 2016

### 6.3. Voorkómen en vroege opsporing van angststoornissen in Nederland

19,6% van de volwassenen hebben ooit in hun leven een angststoornis. Er is meestal sprake van een chronische aandoening. In 2011 had 7,7% van de volwassen mannen en 12,4% van de volwassen vrouwen een angststoornis.

**Bron:** Nationaal Zorgkompas Volksgezondheid (2 april 2016)

Van alle soorten psychische stoornissen tonen angststoornissen de hoogste prevalentie. Zowel angstklachten als een angststoornis leiden tot vermindering van de kwaliteit van leven en een verminderd functioneren, ook op het werk.

**Bron:** NHG standaard angst

---

Angststoornissen zijn één van de belangrijkste oorzaken van ziektelast in Nederland.

**Bron:** NTV-2014

Mensen met angstklachten zoeken daar vaak geen of pas heel laat reguliere professionele hulp voor,

**Bron:** NEMESIS-2c

vaak pas na tientallen jaren. Deze tijdsspanne geeft ook aan dat angstklachten bij veel mensen niet vanzelf over gaan en chronisch aanwezig blijven. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat langdurig uitstel van behandeling bijdraagt tot een slechtere prognose en chroniciteit van de angstklachten.

**Bron:** De Girolamo 2012

[Het hebben van angstklachten maakt het risico op het krijgen van een angststoornis aanzienlijk groter.](#)

Angstklachten gaan vaak samen met depressieve klachten, somatisatieklachten en spanningsklachten, en zijn hiervan niet altijd duidelijk te onderscheiden.

Onbehandelde angststoornissen hebben een hoge prevalentie en negatieve gevolgen. Er zijn effectieve behandelvormen beschikbaar. Nederlands onderzoek heeft aangetoond dat het gebruik van een zelfhulpmethode onder begeleiding van een huisarts even effectief is in het behandelen van angststoornissen als de individuele behandeling door een gespecialiseerde therapeut met behulp van cognitieve gedragstherapie.

**Bron:** Boeijen 2015

De zelfhulphandleiding bestaat uit een introductie, uitleg over angst, cognitieve technieken, ontspanningsoefeningen en oefening in het dagelijks leven. Er is geen bewijs dat actieve vroege opsporing van psychische klachten, met name angstklachten, bij volwassenen effectief is in het voorkomen van een angststoornis. Een systematische review gepubliceerd in 2015 vond geen enkele publicatie over dit onderwerp.

**Bron:** Garcia-Campayo 2015

Wel zijn er voorzichtige aanwijzingen dat met name cognitieve gedragsinterventies ook bij volwassenen effectief zijn in het verminderen van angstklachten en mogelijk in het voorkomen van een angststoornis.

**Bron:** Zalta 2011

Mensen die recentelijk een traumatische gebeurtenis meemaakten en patiënten met coronaire hartziekten hebben een verhoogd risico op angstklachten en angststoornissen. Onderzoek heeft aangetoond dat cognitieve-gedragsbehandeling van mensen die recent een trauma, zoals geweld of een verkeersongeval, meemaakten, de kans op het ontstaan van PTSS kan verlagen.

**Bron:** Des Groseilliers 2013  
Kliem en Kroger 2013

Specifieke aandacht van zorgverleners gaat daarom naar deze hoog-risico groepen.

## 6.4. Voorkómen en vroege opsporing van problematisch alcoholgebruik in Nederland

Per jaar kampen 478.000 volwassenen van 18 tot 65 jaar met problematisch alcoholgebruik. Dit komt neer op 4% van de bevolking. Problematisch alcoholgebruik komt drie keer zo vaak voor bij mannen dan bij vrouwen.

Problematisch alcoholgebruik gaat ook zonder hulpverlening vaak weer voorbij. Er is een ruime mate van spontaan herstel.

In twee derde van de gevallen begint het problematisch alcoholgebruik al op jonge leeftijd, voor het 25e jaar. Bij deze groep zijn er vaak meerdere perioden in het leven met problematisch alcoholgebruik of blijft het problematische alcoholgebruik lange tijd aanwezig. Er is in deze groep vaker sprake van andere psychiatrische aandoeningen, en de kans op herstel is in deze groep kleiner dan voor mensen bij wie het problematisch alcoholgebruik op latere leeftijd voor het eerst optreedt.

Hoewel problematisch alcoholgebruik vaak weer voorbij gaat, geeft het veel maatschappelijke problemen. Per probleemdrinker zijn er drie tot vijf personen die schadelijke effecten van het drinkgedrag ondervinden. Problematisch alcoholgebruik kan leiden tot psychosociale en maatschappelijke problemen, zoals scheiding, geweld in het gezin, kindermishandeling, problemen op het werk en school, overlast, verkeersongevallen en overtredingen/misdrijven. Daarmee behoort problematisch alcoholgebruik tot één van de grootste problemen binnen de gezondheidszorg. In 2011 waren de kosten van problematisch alcoholgebruik voor de Nederlandse maatschappij naar schatting 3,7 miljard euro. Hieronder vallen kosten voor verslavings- en gezondheidszorg en kosten door productiviteitsverlies en misdrijven.

In een normhuisartsenpraktijk (circa 2150 patiënten) komen 100 tot 150 patiënten met problematisch alcoholgebruik voor, van wie slechts een minderheid als zodanig bij de huisarts bekend is. Een deel van de patiënten met problematisch alcoholgebruik consulteert de huisarts regelmatig, vaak zonder duidelijke hulpvraag of zonder dat een duidelijke diagnose kan worden gesteld, terwijl anderen de huisarts juist vermijden.

De patiënt presenteert problematisch alcoholgebruik meestal niet als probleem. Geen van de indirecte signalen, zoals alcoholfoetor, melding door derden van overmatig alcoholgebruik, veelvuldig spreekuurbezoek, een wisselend onduidelijk klachtenpatroon, regelmatig ongevallen en fractures, jicht, seksuele problemen, spider naevi, een erythemateus en oedemateus gezicht, black-outs of verhoogde laboratoriumwaarden van bijv. gamma-GT en ALAT, zijn voldoende specifiek.

Er zijn dus geen specifieke symptomen of patiëntkenmerken in anamnese of lichamelijk onderzoek die gebruikt kunnen worden voor het herkennen van problematisch alcoholgebruik.

Screening voor alcoholgebruik, gevolgd door al dan niet begeleide laag intensieve internet interventies en gevolgd door counseling, is bewezen effectief in het verminderen van het alcoholgebruik van de deelnemers. De alcoholconsumptie nam af met respectievelijk 2,2 en 3,6 alcoholconsumpties per week en respectievelijk 13% en 11% van de deelnemers brachten hun alcoholgebruik terug tot binnen de daarvoor geldende richtlijnen.

**Bron:** Jonas 2012  
Riper 2014

Zie ook de NHG-Standaard Problematische alcoholgebruik en de multidisciplinaire richtlijn Alcohol.

## 6.5. Literatuursearch

Literatuursearch naar vragenlijsten voor het opsporen van depressie/distress en problematisch alcoholgebruik in de algemene bevolking en in de huisartsenzorg

De uitgangsvraag voor de literatuur search was: welke vragenlijsten zijn het meest geschikt zijn om

depressie/distress en problematisch alcoholgebruik op te sporen inclusief voorstadia daarvan, bij volwassenen in de eerstelijns setting of in de algemene bevolking? Voor deze module is het noodzakelijk dat de screeningsinstrumenten ook als online zelftest gebruikt kunnen worden. Instrumenten in de vorm van een persoonlijk interview zijn om die reden buiten beschouwing gelaten.

In een eerste stap zijn de instrumenten geïdentificeerd en geselecteerd die relevant waren om te beschrijven in het kader van deze Generieke Module. In een tweede stap is vervolgens de evidentie met betrekking tot de diagnostische eigenschappen in kaart gebracht.

De eerste stap, de selectie van de screeningsinstrumenten, kwam tot stand door het identificeren van instrumenten die relevant zijn voor gebruik in de algemene bevolking of in de eerste lijn. Een instrument moest in minimaal 2 studies zijn gevalideerd, waarvan minimaal 1 in Nederland. Hiervoor vond een literatuursearch in Pubmed, PsycINFO, CINAHL plaats, en werden relevante multidisciplinaire richtlijnen, NHG-Standaarden en NICE guidelines bekeken. Indien nodig werden experts uit het (onderzoeks)veld geraadpleegd.

De tweede stap, het in kaart brengen van de evidentie met betrekking tot de diagnostische eigenschappen van de geselecteerde vragenlijsten, ging als volgt:

- In de originele literatuursearch zijn diagnostische validatie studies geïdentificeerd die van toepassing zijn op het betreffende meetinstrument. De primaire uitkomst betreft:
- De sensitiviteit (het aantal terecht positieven van alle personen met de betreffende diagnose in de populatie); en
- De specificiteit (het aantal terecht negatieven van alle personen zonder de betreffende diagnose in de populatie).
- Indien beschikbaar werden meta-analyses en systematische reviews beschreven. Aanvullende individuele diagnostische studies die uitgevoerd zijn na de review werden beschreven indien nodig. Voor elke studie werden –indien mogelijk– de volgende gegevens verzameld: datum, land, aantal deelnemers, in- en exclusiecriteria, leeftijd, geslacht, etniciteit, diagnose van (mogelijke) patiënt, bias, duur interventie, type interventie. De kwaliteit van iedere studie werd beoordeeld aan de hand van de QUADAS (diagnostische studies) of de AMSTAR (diagnostische reviews).

#### Distress en depressie

In de eerste stap is een brede literatuursearch verricht met een combinatie van zoektermen gerelateerd aan de klacht (o.a. distress, depression) en aan klinimetrische eigenschappen (o.a. sensitivity, specificity). De volgende vragenlijsten werden hiermee gevonden: HPQ2, PHQ9, HADS, 4DKL, K10, BDI, EDS, SCL-90, WSQ, SID, CES-D, IDS en de MADRS. Deze vragenlijsten werden voorgelegd aan experts met de vragen of deze lijst volledig was, welke lijsten de voorkeur genieten voor de screening op depressieve klachten en waarom, en welke lijsten niet geschikt zijn en waarom.

De werkgroep besloot in overeenstemming met de meningen van de experts de volgende vragenlijsten verder te onderzoeken: PHQ9, HADS, 4DKL en de K10. Deze vragenlijsten zijn geselecteerd omdat zij niet alleen stoornissen identificeren, maar ook gradaties in klachten kunnen identificeren. De HADS, 4DKL en K10 hebben een lichte voorkeur omdat deze, in tegenstelling tot de PHQ9, niet alleen naar depressieve symptomen vragen, maar naar psychische klachten in bredere zin.

#### Problematisch alcoholgebruik

In de eerste stap is een brede literatuursearch verricht met een combinatie van zoektermen gerelateerd aan de klacht (o.a. excessive drinking, problematic alcohol use) en aan klinimetrische eigenschappen (o.a. sensitivity, specificity). Dit resulteerde in slechts één bruikbare vragenlijst: de AUDIT.

## 6.6. De persoonlijke gezondheidscheck

Het NIPED heeft vanaf 2005 gewerkt aan een manier om, onder gecontroleerde omstandigheden, een geïntegreerde risicoprofilering op te stellen voor gezondheid en productiviteit, gevolgd door een advies op

maat. In 2015 heeft dit geleid tot de Persoonlijke GezondheidsCheck ([www.persoonlijkegezondheidscheck.nl](http://www.persoonlijkegezondheidscheck.nl)) door een integratie van het PreventieConsult, de COPD risicotest en het NIPED PreventieKompas. Het kwam tot stand in samenwerking met de Hartstichting, Nierstichting, Diabetesfonds, Longfonds, de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskundigen (NVAB) en de 'Gemeentelijke Gezondheidsdienst - Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio' (GGD GHOR).

Met de Persoonlijke GezondheidsCheck krijgt de deelnemer de mogelijkheid om een persoonlijk geïntegreerd profiel op te stellen voor gezondheid en productiviteit en krijgt de deelnemer een advies op maat met koppeling naar best-practice interventies. De geïntegreerde risicoprofilering is gericht op hart- en vaatziekten, diabetes, nierziekten, COPD, psychische aandoeningen, werkgerelateerde aandoeningen en werkbeleving (voor werkenden). De individuele gegevens van de risicoprofilering zijn voor het individu altijd bereikbaar via zijn/haar persoonlijke en beveiligde gezondheidsportaal.

Om de bewustwording en motivatie te maximaliseren is de communicatie van de uitslag en het advies gebaseerd op principes uit de communicatie- en gedragswetenschappen. In de communicatie wordt tevens rekening gehouden met evidence based principes voor zelfregulering, namelijk:

- Het formuleren van persoonlijke gezondheidsdoelen die realistisch zijn (wenselijk èn haalbaar), niet te ver in de toekomst liggen, positief zijn geformuleerd en niet concurreren met andere doelen; en
- De adviezen sluiten aan bij de dagelijkse routine en voorkeuren van de deelnemer.

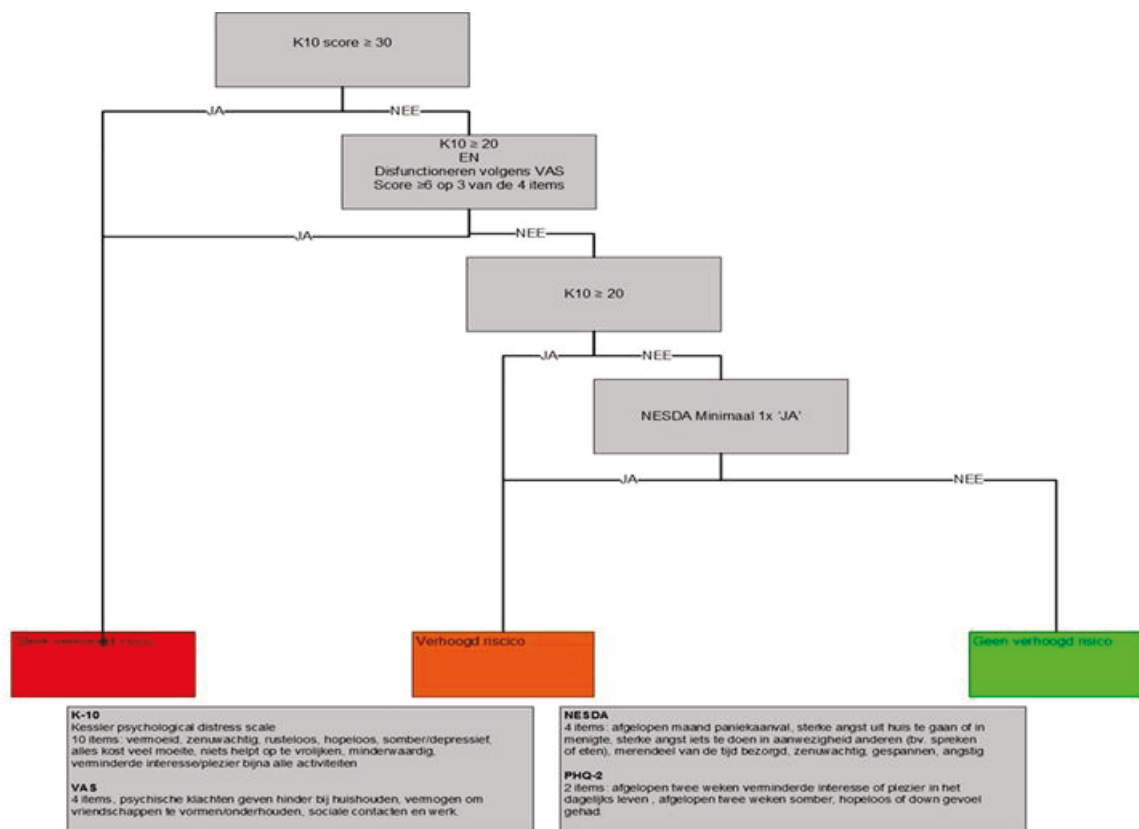
Psychische klachten binnen de persoonlijke gezondheidscheck

De module 'Psychische klachten' binnen de persoonlijke gezondheidscheck volgt de onderstaande opbouw. Met behulp van getrapte screening, en weging van functionele belemmeringen met behulp van VAS, wordt gekomen tot een indeling in drie uitkomsten: geen verhoogd risico, verhoogd risico en sterk verhoogd risico (figuur 3).

Deze getrapte opbouw is goed in staat om depressies en angst op te sporen bij mensen die de huisarts bezoeken met een sensitiviteit van 90% en een specificiteit van 75%.

**Bron:** Donker 2010

Ruim 40.000 gebruikers van de persoonlijke gezondheidscheck kregen de volgende uitkomsten: 89,4% geen verhoogd risico, 14,7% verhoogd risico en 2,5% sterk verhoogd risico.



Figuur: De persoonlijke gezondheidscheck: Getrapte diagnostiek van de aanwezigheid van psychische klachten en verminderd functioneren.

4 items van de VAS met score op 10-punts schaal:

- Hoeveel hinder gaven uw klachten u bij het doen van het huishouden in de afgelopen 12 maanden?
- Hoeveel hinder gaven uw klachten u bij uw vermogen om te werken in de afgelopen 12 maanden?
- Hoeveel hinder gaven uw klachten u bij uw vermogen om hechte vriendschappen met andere mensen te vormen en in stand te houden in de afgelopen 12 maanden?
- Hoeveel hinder gaven uw klachten u bij uw vermogen om sociale contacten te onderhouden in de afgelopen 12 maanden?

Items NESDA met score ja(1)/nee(0):

- Heeft u zich in de afgelopen maand het MERENDEEL van de tijd bezorgd, zenuwachtig, gespannen of angstig gevoeld?
- Heeft u in de afgelopen maand een paniekaanval gehad, waarbij u zich plotseling bang of angstig voelde of plotseling veel lichamelijke verschijnselen kreeg?
- Heeft u in de afgelopen maand een sterke angst gehad om alleen uit huis te gaan, in een menigte te zijn, in een rij te staan, of om met de bus of trein te reizen?
- Heeft u in de afgelopen maand een sterke angst gehad om iets te doen waar andere mensen bij zijn, zoals praten, eten of schrijven?

Inzet van de persoonlijke gezondheidscheck in Nederlandse bedrijven liet een afname van het ziekteverzuim van 20,3% zien.

**Bron:** Niessen 2012

Mogelijke verklaringen voor deze reductie in ziekteverzuim zijn een verbetering van de psychische



gezondheid, een toename aan lichaamsbeweging en gewichtsreductie, als reactie op de risicoprofilering en het advies op maat van de persoonlijke gezondheidscheck.

## 6.7. Definities van gebruikte termen

### Angstklachten

Angstklachten zijn gevoelens van angst zonder aanwijsbare oorzaak, angst in bepaalde situaties, vermijden van bepaalde situaties in verband met angstklachten.

### Angststoornis

**Bron:** NHG-Standaard Angst

Er bestaan verschillende soorten angststoornissen. Een angststoornis is een verzamelnaam voor verschillende stoornissen met 'abnormale' angst, waarbij de angst aanleiding geeft tot aanhoudend subjectief lijden of tot een belemmering van het sociaal functioneren. Abnormale angst kan bij veel psychische aandoeningen voorkomen (depressie, delier, psychose), maar wanneer angst het belangrijkste symptoom is, spreekt men van een angststoornis. Deze module en de NHG-Standaard Angst volgt de internationaal geaccepteerde classificatie van angststoornissen volgens de DSM-IV. Deze classificatie onderscheidt paniekstoornis, agorafobie, specifieke fobie, sociale fobie, obsessieve-compulsieve stoornis, posttraumatische stressstoornis en gegeneraliseerde angststoornis. Hoewel de DSM-IV 'hypochondrie' niet tot de angststoornissen rekent, maar tot de somatoforme stoornissen, staat ook hierbij angst (voor een ernstige ziekte) vaak centraal.

### Binge-drinken

**Bron:** NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik

Binge-drinken is het drinken van grote hoeveelheden alcohol in een kort aaneengesloten tijdsbestek, afgewisseld met perioden zonder alcoholgebruik. Voor mannen is de grenswaarde vijf eenheden en voor vrouwen vier eenheden tijdens één enkele gelegenheid.

### Depressie

**Bron:** NHG-Standaard Depressie  
Multidisciplinaire richtlijn depressie

De diagnose depressie (komt overeen met depressieve stoornis) kan worden gesteld bij aanwezigheid van vijf van onderstaande symptomen, waarvan minimaal één kernsymptoom, gedurende minstens twee aaneengesloten weken.

#### Kernsymptomen:

- Sombere stemming gedurende het grootste deel van de dag
- Duidelijke vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag

#### Overige symptomen:

- Duidelijke gewichtsverandering (toe- of afname) of eetlustverandering (toe- of afname)\*
- Slapeloosheid of overmatig slapen
- (Psychomotorische) agitatie of remming
- Moeheid of verlies van energie

- Gevoelens van waardeloosheid, of buitensporige of onterechte schuldgevoelens
- Verminderd vermogen tot nadenken of concentratie of besluiteloosheid
- Terugkerende gedachten aan de dood, terugkerende suïcidegedachten, of een suïcidepoging of een specifiek plan om suïcide te plegen

De ernst van de depressie wordt bepaald aan de hand van:

- Het algemeen sociaal en maatschappelijk functioneren en beperkingen daarin.
- De mate waarin symptomen in significante mate (subjectief) lijden veroorzaken.
- Het aantal aanwezige symptomen: subklinische depressie (2-4 symptomen) lichte depressie (5 symptomen) matige depressie (6-7 symptomen) en ernstige depressie (8-9) symptomen.
- De aard van de symptomen, in het bijzonder: psychotische kenmerken en suïcidaliteit.
- Beloopkenmerken (duur van de depressieve episode, al dan niet optreden van stagnatie in het herstel, recidivering)
- Comorbiditeit.

Distress

Distress verwijst naar negatieve emotionele reacties of onwelbevinden ten gevolge van stresservaringen. Ze kunnen zowel depressieve als angstreacties inhouden of een gevoel van overbelasting.

Problematisch alcoholgebruik

**Bron:** NHG-Standaard Problematisch Alcoholgebruik

Problematisch alcoholgebruik is het drinkpatroon dat leidt tot lichamelijke klachten en/of psychische of sociale problemen en dat verhindert dat bestaande problemen adequaat worden aangepakt. De geconsumeerde hoeveelheid alcohol is niet leidend voor de diagnose.

Psychische klachten

Veel voorkomende psychische klachten zijn:

- Depressieve klachten zoals:

Een sombere stemming, vermindering van interesse en plezier, gewichtsverandering of eetlustverandering, slapeloosheid of overmatig slapen, agitatie of remming, moeheid of verlies van energie, gevoelens van waardeloosheid, buitensporige of onterechte schuldgevoelens.

- Angstklachten zoals:

Gevoelens van angst zonder aanwijsbare oorzaak, angst in bepaalde situaties, vermijden van bepaalde situaties in verband met angstklachten.

- Distress klachten zoals:

Piekeren, overmatig bezorgd zijn, onrustig gevoel, lusteloosheid, gespannen gevoel, snel geïrriteerd zijn, snel emotioneel reageren, tot niets meer kunnen komen, verminderde belangstelling voor mensen en gebeurtenissen, gevoel dat het teveel is, ongewild terugdenken aan aangrijpende gebeurtenissen.

- SOLK klachten zoals:

Hoofdpijn, onverklaarde pijn, duizeligheid, overmatig transpireren, hartkloppingen, buikklachten, wazig zien of vlekken voor de ogen, misselijkheid en benauwdheid zonder dat daar een somatische verklaring voor gevonden is.

Stoornis in het gebruik van alcohol

Een stoornis in het gebruik van alcohol is een problematisch patroon van alcoholgebruik dat leidt tot klinisch significante beperkingen of lijdensdruk, zoals blijkt uit minstens twee van de volgende kenmerken, die binnen een periode van een jaar optreden:

- Alcohol wordt vaak gebruikt in grotere hoeveelheden of langduriger dan de bedoeling was.
- Er is een persisterende wens of er zijn vergeefse pogingen om het alcoholgebruik te minderen of in de hand te houden.
- Veel tijd wordt besteed aan activiteiten die nodig zijn om aan alcohol te komen, alcohol te gebruiken of te herstellen van de effecten ervan.
- Hunkering, sterke wens of drang tot alcoholgebruik.
- Recidiverend alcoholgebruik met als gevolg dat de belangrijkste rolverplichtingen niet worden nagekomen op het werk, op school of thuis.
- Aanhoudend alcoholgebruik, ondanks persisterende of recidiverende sociale of interpersoonlijke problemen, veroorzaakt of verergerd door de effecten van alcohol.
- Belangrijke sociale, beroepsmatige of vrijetijdsactiviteiten zijn opgegeven of verminderd vanwege het alcoholgebruik.
- Recidiverend alcoholgebruik in situaties waarin dit fysiek gevaar oplevert.
- Het alcoholgebruik wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een persisterend of recidiverend lichamelijk of psychisch probleem is dat waarschijnlijk is veroorzaakt of verergerd door de alcohol.
- Tolerantie, zoals gedefinieerd door één van de volgende kenmerken: behoefte aan een duidelijk toegenomen hoeveelheid alcohol om een intoxicatie of het gewenste effect te bereiken. Of een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid alcohol.
- Onthoudingsverschijnselen, zoals blijkt uit minstens één van de volgende kenmerken: het kenmerkende onthoudingssyndroom van alcohol. Of alcohol wordt gebruikt om onttrekkingsymptomen te verlichten of te voorkomen.

Bij 6 of meer criteria is er sprake van een ernstige stoornis.

(NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik, DSM-V, multidisciplinaire richtlijn alcohol)

Stemmingsstoornis

Een depressieve stoornis, dysthymie en een bipolaire stoornis behoren tot de groep stemmingsstoornissen.

## 6.8. Samenstelling werkgroep

Werkgroep

**Werkgroep:** Op het moment van publicatie is deze generieke module nog niet geautoriseerd door de LVVP. InEen en NVKG hebben beide afgezien van autorisatie.

De prioriteit van InEen ligt bij onderwerpen die betrekking hebben op bestuurlijke en organisatorische aspecten van eerstelijnszorg. Deze module is vooral zorginhoudelijk. Met de hoeveelheid zorgstandaarden en modules die op dit moment aan ons voorgelegd worden, zijn wij genoodzaakt prioriteiten te stellen. Wij zien daarom af van het beoordelen en autoriseren van deze module.

De NVKG heeft niet geparticipeerd in deze standaard en de inhoud hiervan is minder relevant voor de dagelijkse praktijk van de klinisch geriater; daarom heeft deze standaard de autorisatieprocedure van de NVKG niet doorlopen.

---

**Leden werkgroep**

Prof. Dr. Clemens M.H. Hosman (voorzitter),	Emeritus Professor of Mental Health Promotion and Prevention, Radboud Universiteit en Universiteit Maastricht
Paul Ulrich, Dwayne Meijnckens en Anne Marie Kamevaar,	alle drie namens de patiënten vertegenwoordiging van Mind Landelijk Platform Psychische gezondheid (voorheen LPGGZ)
Marian van 't Klooster Maaike Wichers	namens de Landelijke Vereniging POH-GGZ namens de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)
Mireille Boerma	namens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
Dr. Agnes van der Poel en Dr. Stephanie Leone Dr. Roderik Kraaijenhagen	namens het Trimbos-instituut namens het Netherlands Institute for Prevention and e-Health Development (NIPED)
Sander Slootmaker Karin van Haaren, penvoerder en secretaris	namens het Fonds Psychische Gezondheid namens het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG)

---

Naar vertegenwoordiging van de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP) is gezocht, maar deze bleek niet beschikbaar.

## 6.9. Literatuur

Alfabetisch naar gehanteerde bron/referentienaam in het document.

- (Ahlen 2015) Ahlen, J., Lenhard, F., & Ghaderi, A. (2015). Universal prevention for anxiety and depressive symptoms in children: a meta-analysis of randomized and cluster-randomized trials. *Journal of Primary Prevention*, 36(6), 387-403.
- (Anderman 2008) Andermann A, Blancquaert I, Beachamp S, Déry V. Revisiting Wilson en Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. *Bulletin of the World Health Organisation* 2008; 86(4): 317-319.
- (Ballegooijen 2013) Ballegooijen van W, Riper H, Klein B, Erbert DD, Kramer J, Meulenbeek P, Cuijpers P. An internet-based guided self-help intervention for panic symptoms: randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2013 Jul;15(7):e154.
- (Berkel 2016) van den Brekel-Dijkstra K, Rengers AH, Niessen MAJ, de Wit NJ, Kraaijenhagen RA. Personalized prevention approach with use of a web-based cardiovascular risk assessment with tailored lifestyle follow-up in primary care practice - a pilot study. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2016 Mar; 23(5):544-51.
- (Boeijen 2005) Van Boeijen, C.A. van Oppen, P., van Balkom, A.J.L.M., Visser, S., Kempe, P.T., Blankenstein, N., & van Dyck, R. (2005). Treatment of anxiety disorders in primary care practice: a randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*, 55, 763–769.
- (Braam 2009) Braam, C., van Oostrom, S. H., Terluin, B., Vasse, R., de Vet, H. C. W., & Anema, J. R. (2009). Validation study of a distress screener. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(3), 231-247.
- (Brennan 2010) Brennan C, Worrall-Davies A, McMillan D, Gilbody S, House A. The Hospital Anxiety and Depression Scale: A diagnostic meta-analysis of case-finding ability. *Journal of Psychosomatic Research* 2010; 69(4):371-378.
- (Brown 2001) Brown, T.A., Campbell, L.A., Lehman, C.L., Grisham, J.R. & Mancill, R.B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood Disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585-599.
- (Buntrock 2016) Buntrock C., Ebert DD, Lehr D, Smit F, Riper H, Berking M, Cuijpers P. Effect of a Web-

Based Guided Self-help Intervention for Prevention of Major Depression in Adults With Subthreshold Depression. A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2016;315(17):1854-1863. Doi:10.1001/jama.2016.4326.

- (Buschloo 2010) Buschloo L, Vogelzangs N, Smit JH, van den Brink W, Veltman DJ, Beekman ATF et al. (2010) The performance of the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) in detecting alcohol abuse and dependence in a population of depressed or anxious persons. *Journal of Affective Disorders*, 126(3), 441-446.
- (Cairney 2007) Cairney, J., Veldhuizen, S., Wade, T. J., Kurdyak, P., & Streiner, D. L. (2007). Evaluation of 2 measures of psychological distress as screeners for depression in the general population. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 52(2), 111-120.
- (Colkesen 2011/1) Colkesen BE, Ferket BS, Tijssen JGP, Kraaijenhagen RA, Peters RJ, Effects on cardiovascular disease risk of a web-based health risk assessment with tailored health advice: a follow-up study. *Vascular Health and Risk Management* 2011;7:67-74
- (Colkesen 2011/2) Colkesen BE, Niessen MA, Peek N, Vosbergen S, Kraaijenhagen RA, van Kalken CK, Tijssen JG, Peters RJ. Initiation of health-behaviour change among employees participating in a web-based health risk assessment with tailored feedback. *J Occup Med Toxicol*. 2011 Mar 9;6(1):1-5.
- (Colkesen 2011/3) Colkesen EB, Niessen MAJ, Peek N, Kraaijenhagen RA, Frings-Dresen M, Sluiter J, Van Kalken CK, Tijssen JGP, Peters RJG. Determinants of participation in a web-based health risk assessment at the workplace. *Occupational and Environmental Medicine (OEM)*. 2011 Sep 2.
- (Colkesen 2013) Colkesen EB, Laan EK, Tijssen JGP, Kraaijenhagen RA, van Kalken CK, et al. Effect of a Web-based Health Risk Assessment with Tailored Feedback on Lifestyle among Voluntary Participating Employees: A Long-term Follow-up Study. *J Community Med Health*. 2013; 3: 204.
- Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen (2014). Naar een nieuwe structuur voor beroepen in de zorg. Werkdocument. Zorginstituut Nederland
- (Corrieri 2013) Corrieri, S., Heider, S., Conrad, I., Blume, A., König, H., & Riedel-Heller, S.G. (2013). School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: a systematic review. *Health Promotion International*. Doi: 10.1093/heapro/dat001.
- (Cuijpers 2007) Economic costs of minor depression: a population-based study. Cuijpers P, Smit F, Oostenbrink J, de Graaf R, ten Have M, Beekman A. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 115: 229-236.
- (Cuijpers 2008) Cuijpers P, Smit F. Subklinische depressie: een klinisch relevante conditie? *Tijdschrift voor psychiatrie* 2008;50(8); 519-27.
- (De Girolamo 2012) De Girolamo, G., Dagani, J., Purcell, R., Cocchi, A., & McGorry, P.D. (2012). Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21, 47-57
- (Des Groseilliers 2013) Des Groseilliers, I.B., Marchand, A., Cordova, M.J., Ruzek, J.I., & Brunet, A. (2013). Two-year follow-up of a brief dyadic cognitive-behavioral intervention designed to prevent PTSD. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(5), 462-469.
- (Donker, j aff dis 2010) Donker, T., van Straten, A., Marks, I., & Cuijpers, P. (2010). Brief self-rated screening for depression on the Internet. *Journal of Affective Disorders*, 122(3), 253-259.
- (Donker Psych res, 2010) Donker, T., Comijs, H., Cuijpers, P., Terluin, B., Nolen, W., Zitman, F. et al. (2010). The validity of the Dutch K10 and extended K10 screening scales for depressive and anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 176(1), 45-50.
- DSM-IV
- DSM-V
- Gardenswartz CA, Craske MG. Prevention of panic disorder. *Behavior Therapy* 2001 sep;32(4):725-737.
- (Generieke module psychische klachten) Starmans R, Emaus C, amervaar – Kegel AM, Koning N, Loo M, Oud M, Mous R, Nicolai L, Terluin B, Ulrich P, Avendonk van M, Wiersma T, Langerak L. Generieke module Psychische klachten in de huisartspraktijk.
- (Gracia 2015) Gracia-Campayo J, Del Hoyo YL, Valero MS, Yus MC, Esteban EA, Guedea MP, Botaya RM. Primary prevention of anxiety disorders in primary care: a systematic review. *Preventive Medicine* 2015; 76, S12-S15.
- (Higgins 2015) Higgins, E. & O'Sullivan, S. (2015). "What Works": systematic review of the "FRIENDS for Life" programme as a universal school-based intervention programme for the prevention of child and youth anxiety. *Educational Psychology in Practice: theory, research and practice in educational psychology*, 31(4), 424-438
- (Huber 2012) Huber MAS. Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food. Proefschrift Universiteit Maastricht.

- (Huber 2011) Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, van der Meer JW, Schnabel P, Smith R, van Weel C, Smid H. How should we define health? *BMJ* 2011 Jul 26;343:d4163
- (IOM 2009) National Research Council and Institute of Medicine (IOM). (2009). Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: progress and possibilities. Washington, DC: The National Academies Press.
- (Jackson 2010) Jackson R et al. Screening and Brief Interventions for Prevention and Early Identification of Alcohol Use Disorders in Adults and Young People. Sheffield: University of Sheffield, School of Health and Related Research (ScHARR) Public Health Collaborating Center 2010.
- (Johnson 2013) Johnson JA, Lee A, Vinson D, Seale JP. Use of AUDIT-based measures to identify unhealthy alcohol use and alcohol dependence in primary care: A validation study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2013; 37(Suppl 1): E253-@259.
- (Jonas 2012) Jonas DE, Garbutt JC, Amick HR, Brown JM, Brownley KA, Council CL, Jiera AJ, Wilkins TM, Schwartz CJ, Richmond EM, Yeatts J, Evans TS, Wood SD, Harris RP. Behavioral counseling after screening for alcohol misuse in primary care: a systematic review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2012;157:645-654.
- (Kaner 2009) Kaner E, Bland M, Cassidy P, Coulton S, Dale V, Deluca P, et al. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2013;346:e8501.
- (Kjaergaard 2014) Kjaergaard M, Elisabeth C, Wang A, Waterloo K, Jorde R. A study of the psychometric properties of the Beck Depression Inventory, CEII, the Montgomery and Usberg Depression Rating Scale and the Hospital Anxiety and Depression Scale in a sample from a healthy population. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2014; 55(1): 83-89.
- (Kliem 2013) Kliem, S., & Kroger, Ch. (2013). Prevention of chronic PTSD with early cognitive behavioral therapy. A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Behaviour Research and Therapy*, 51(11), 753-761.
- (KNMG 2013) Multidisciplinaire Richtlijn Preventief Medisch Onderzoek. Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Utrecht mei 2013.
- (Kraaijenhagen 2006) Kraaijenhagen RA and van Kalken CK. Computer installation for establishing a diagnosis. 2006. Patent number: 1027047 (Europe), 11/080339 (USA).
- (Linde 2015) Linde K, sigterman K, Kriston L, Rücker G, Jamil S, Meissner K, Schneider A. Effectiveness of psychological treatments for depressive disorders in primary care: systematic review and meta-analysis. *Ann Fam Med* 2015; 13: 56-68.
- (Lundin 2015) Lundin A, Hallgren M, Balliu N, Forsell Y. The use of Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in detecting alcohol use disorder and risk drinking in the general population: Validation of AUDIT using schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2015; 39(1): 158-165.
- (Manea 2015) Manea L, Gilbody S, McMillan D. A diagnostic meta-analysis of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) algorithm scoring method as a screen for depression. *General Hospital Psychiatry* 2015;37(1):67-75.
- (McClure 2013) McClure, T., Haykowsky, M.J., Schopflocher, D., Hsu, Z.Y., & Clark, A.M. (2013). Home-based secondary prevention programs for patients with coronary artery disease: a meta-analysis of effects on anxiety. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation & Prevention*, 33(2), 59-67.
- (Merikangas 1998) Merikangas, K.R., Mehta, R.L., Molnar, B.E., Walters, E.E., Swendsen, J.D., Aguilar-Gaziola, S., Bijl, R., Borges, G., Caraveo-Anduaga, J.J., Dewit, D.J. and Kolody, B., 1998. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addictive behaviors*, 23(6), 893-907.
- (Meulenbeek 2010) Meulenbeek P, Willemsse G, Smit F, Balkom van A, Spinhoven P, Cuijpers P. Early intervention in panic: pragmatic randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 2010; 196: 324-331.
- (Moriarty 2015) Moriarty AS, Gilbody S, McMillan D, Manea L. Screening and case finding for major depressive disorder using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2015.
- (multidisciplinaire richtlijn angst) Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen (derde revisie, 2013). Richtlijn voor diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis. Balkom ALJM, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Bockting CLH, Spijker J, Hermens MLM, Meeuwissen JAC. Utrecht: Trimbos-instituut, 2013.

- (multidisciplinaire richtlijn alcohol) Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol. Utrecht: Trimbos-instituut, 2009.
- (multidisciplinaire richtlijn depressie) Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (derde revisie, 2013) Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Hermens MLM, Balkom ALJM van. Utrecht: Trimbos-instituut, 2013.
- (multidisciplinaire richtlijn depressie addendum jeugd) Multidisciplinaire Richtlijn Depressie addendum jeugd. Buitelaar JK, Keulen M van, Nauta MH, Stikkelbroek AJ, Ruiter M, Duin d van. Utrecht: Trimbos-instituut, 2009.
- (multidisciplinaire richtlijn depressie addendum ouderen) Multidisciplinaire Richtlijn Depressie addendum ouderen. Utrecht: Trimbos-instituut, 2009.
- (NEMESIS-2) Graaf R de, Have M ten, Dorsselaer S. van. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking, NEMESIS-2: opzet en eerste resultaten. Trimbos-instituut, Utrecht, 2010. [www.tribos.nl](http://www.tribos.nl)
- (NEMESIS-2b) Graaf de R, Have ten M, Tuihof M, Dorsselaer van S. Incidentie van psychische aandoeningen. Opzet en eerste resultaten van de tweede meting van de studie NEMESIS-2. Trimbos-instituut, Utrecht, 2013. [www.tribos.nl](http://www.tribos.nl)
- (NEMESIS-2c) Have ten M, Dorsselaer van S, Graaf de R. Tijd tussen het ontstaan van een psychische aandoening en eerste zorgcontact. Resultaten van de "Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2"(NEMESIS-2) . Trimbos-instituut, Utrecht, 2012. [www.tribos.nl](http://www.tribos.nl)
- (NEMESIS-2d) Nuijen J, Have M ten, Tuitof M. Dorsselaer S van, Bon-Martens M van, Graaf R de. Geen gebruik van professionele zorg bij stemmings- en angststoornissen: zorgelijk of niet? Resultaten van de 'Netherlands Mental Health survey and incidence study-2' (NEMESIS-2). Trimbos-instituut, Utrecht, 2014. [www.tribos.nl](http://www.tribos.nl)
- (NEMESIS-2e) Graaf de R, Tuihof 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) Utrecht: Trimbos-instituut; 2011. [www.tribos.nl](http://www.tribos.nl)
- (NHG-standaard Angst) NHG-Standaard Angst (tweede herziening) Lieke Hassink-Franke, Berend Terluin, Florian van Heest, Jan Hekman, Harm van Marwijk, Mariëlle van Avendonk.
- (NHG-Standaard Depressie) NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55(6):252-9.
- (NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik) Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, Licht-Strunk E, Van Marwijk HWJ, Van Rijswijk HCAM, Tjaden BR, Verduijn M, Wiersma TJ, Burgers JS, Van Avendonk MJP, Van der Weele GM. NHG-Standaard Problematisch Alcoholgebruik (derde herziening). Huisarts Wet 2014; 57(12):638-46.
- (Niessen 2012) Niessen MA, Kraaijenhagen RA, Dijkgraaf MG, Van Pelt D, Van Kalken CK, Peek N. Impact of a Web-based worksite health promotion program on absenteeism. J Occup Environ Med. 2012;54(4):404-8.
- (Niessen 2013/1) Niessen MA, Laan EL, Robroek SJ, Essink-Bot ML, Peek N, Kraaijenhagen RA, et al. Determinants of participation in a web-based health risk assessment and consequences for health promotion programs. J Med Internet Res. 2013;9:15(8): e151.
- (Niessen 2013/2) Niessen MAJ, van der Hoeven NV, van den Born BAJ, van Kalken CK, Kraaijenhagen RA. Home Blood Pressure Measurement as a screening tool for Hypertension in healthy employees. Eur J Public Health. 2013;1.
- (Niessen 2014) Niessen MAJ, van der Hoeven NV, van den Born BAJ, van Kalken CK, Kraaijenhagen RA. Home Blood Pressure Measurement as a screening tool for Hypertension in a web-based worksite health promotion programme. Eur J Public Health. 2014;24:776-781.
- (NPP) Alles is gezondheid... Het Nationaal Programma Preventie 2014-2016. Oktober 2013, Rijksoverheid.
- (Olde Hartman 2016) Olde Hartman TC, Lucassen PLBJ. Depressiepreventie in de eerste lijn is niet zinvol. Ned Tijdschr Geneesk. 2016 29 Oktober;160(43):D639.
- (Olthuis 2015) Olthuis JV, Watt MC, Bailey K, Hayden JA, Stewart SH. Therapist-supported internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 3. Art. No.:CD011565.
- (Oosterberg 2016) Oosterberg E. GGZ in de huisartspraktijk. Utrecht 2016. Nederlands Huisartsen Genootschap.
- (Pan 2015) Pan, Y., Cai, W., Cheng, Q., Dong, W., An, T., & Yan, J. (2015). Association between anxiety and hypertension: A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. Neuropsychiatric Disease

and Treatment, 11, 1121-1130.

- (Peek 2010) Peek N, Niessen MAJ, Kraaijenhagen RA. Prevalentie van leefstijl- en risicofactoren voor hart- en vaatziekten in Nederland onder Nederlandse werknemers. Hart- en vaatziekten in Nederland 2010. Cijfers over leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte Nederlandse Hartstichting. Pag. 93-114.
- (Preventie in de zorg) Berg van den M, Post NAM, Hamberg- van Reenen HH, Baan CA, Schoenmaker CG. Preventie in de zorg. Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven 2013.
- (Rhenen 2008) van Rhenen W, van Dijk FJH, Schaufeli WB, Blonk RWB. Distress or no distress, that's the question: A cutoff point for distress in a working population. *J Occup Med Toxicol* 2008; 3:3.
- Richards D, Richardson T, Timulak L, McElvaney J. The efficacy of internet-delivered treatment for generalized anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Internet Interventions* 2015; 2(3): 272-282.
- (Riper 2014) Riper H, Blankers M, Hadiwijaya H, Cunningham J, Clarke S, et al. (2014) Effectiveness of Guided and Unguided Low-intensity Internet Interventions for Adult Alcohol Misuse: A Meta-Analysis. *PLoS ONE* 9(6): e99912. Doi:10.1371/journal.pone0099912
- (Rodriguez 2012) Rodriguez MR, Nuevo R, Chatterji S, Ayuso-Mateos JL. Definitions and factors associated with subthreshold depressive conditions: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2012, 12: 181.
- (Schippers 2016) El Schippers, MJ van Rijn. Kamerbrief: Preventie in het zorgstelsel: van goede bedoelingen naar het in de praktijk ontwikkelen van resultaten. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport; Den Haag 25 maart 2016
- (Smit 2013) Smit F, Valsveld M, Beekman A, Cuijpers P, Schoevers R, Ruiters M, Boon B. Depressiepreventie, stand van zaken, nieuwe richtingen. Trimbos-instituut, Utrecht, november 2013.
- (Stoop 2014) Stoop C. Emotional distress in people with type 2 diabetes in primary care; A major concern? Tilburg, proefschrift Universiteit Tilburg, 2014.
- (Ten Have 2013) Ten Have, M.; de Graaf, R., van Dorsselaer, S., & Beekman, A. (2013). Lifetime treatment contact and delay in treatment seeking after first onset of a mental disorder. *Psychiatric Services*, 64, 10, 981-989.
- (Terluin 2006) Terluin, B., van Marwijk, H. W. J., Ad- $\zeta$ r, H. J., de Vet, H. C. W., Penninx, B. W. J. H., Hermens, M. L. M. et al. (2006). The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): A validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry*, 6.
- (Terluin 2009) Terluin, B., Brouwers, E. P., van Marwijk, H. W., Verhaak, P., & van der Horst, H. E. (2009). Detecting depressive and anxiety disorders in distressed patients in primary care; comparative diagnostic accuracy of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *BMC Fam Pract*, 10, 58.
- (Üstrün 2010) Üstrün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J, Saxena S, von Korf M, Pull C in collaboration with WHO/NIH Joint Project. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bull World Health Organ* 2010;88:815-823.
- (Veldhuizen 2007) Veldhuizen, S., Cairney, J., Kurdyak, P., & Streiner, D. L. (2007). The sensitivity of the K6 as a screen for any disorder in community mental health surveys: A cautionary note. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 52(4), 256-259.
- (Vosbergen 2012) Vosbergen S, Laan EK, Colkesen EB, Niessen MA, Kraaijenhagen RA, Essink-Bot ML, et al. Evaluation of end-user satisfaction among employees participating in a web-based health risk assessment with tailored feedback. *J Med Internet Res*. 2012;30;14(5): e140.
- (VTV 2014) Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014 'Een gezonder Nederland' <http://www.eengezondereNederland.nl>.
- (Waal 2009) de Waal M, Arnold IA, Spinhoven P, Eekhof JAH, Assendelft WJJ, van Hemert AM. The role of comorbidity in the detection of psychiatric disorders with checklists for mental and physical symptoms in primary care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2009; 44(1):78-85.
- (WHO 2006) AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care, second edition, by Thomas F. Babor, John C. Higgins-Biddle, John B. Saunders, and Maristela G. Monteiro. Retrieved June 24, 2006.
- (Wilson 1968) Wilson JM, Jungner G. principles and practice of screening for disease. Geneva: WHO, 1968.
- (Wittkamp 2011) Wittkamp K, Screenen op depressie zeker doen! Antwoord. *Huisarts en Wetenschap* 2011;54(1):43.



- (Zalta 2011) Zalta, A.K. (2011). A meta-analysis of anxiety symptom prevention with cognitive-behavioral interventions. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(5), 749-760.
- (Zee 2012) Van der Zee KI, Sanderman R. Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND-36: een handleiding. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, NCG Rijksuniversiteit Groningen, 2012.
- (Zoonen 2014) Zoonen J, van, Buntrock C, Elbert DD, Smit F, Reynolds CF, Beekman ATF, Cuijpers P. Preventing the onset of major depressive disorder: A meta-analytic review of psychological interventions. *Int J of Epid* 2014; 43: 318-39.

## 6.10. Verdieping

### 6.10.1. Distress

Het begrip 'distress' is afkomstig van Selye (1976), één van de grondleggers van de moderne stresstheorie. Hij onderscheidde 'distress' (schadelijke vormen van stress) van 'eustress' (stresservaringen die als een uitdaging ervaren worden en als een prikkel tot verdere ontwikkeling). Emotionele distress in de bevolking speelt een belangrijke rol in de geschiedenis van het psychiatrisch epidemiologisch onderzoek. Het begrip wordt veelal gebruikt om te verwijzen naar een brede reeks van non-specifieke emotionele reacties op uiteenlopende stresservaringen, waaronder ook de blootstelling aan sociale stressoren gerelateerd aan sociaal-economische verschillen. De aanwezigheid van emotionele distress kan in onderzoek via diverse vragenlijsten voor angst en depressieve klachten vastgesteld worden. Vragenlijsten zoals de K10, HADS, PHQ en de 4 DKL met een afzonderlijke distress schaal stellen distress vast, los van de vraag of deze distress gepaard gaat met de aanwezigheid van een psychische aandoening.

### 6.10.2. Functionele beperkingen bij psychische klachten

In een review

**Bron:** Jackson 2010

van studies naar definitie, prevalentie en geassocieerde factoren van depressieve symptomen (niet depressieve aandoening), gepubliceerd tussen 2001 en 2011, is een associatie gevonden tussen kwaliteit van leven en de aanwezigheid van depressieve symptomen. Er was ook een verband tussen een verminderde uitvoering van dagelijkse activiteiten en depressieve symptomen, een verband tussen ervaren distress en depressieve symptomen en een verband tussen vermindering van ervaren gezondheid en depressieve symptomen. De meeste studies vonden een gradueel verband tussen het effect op kwaliteit van leven, ervaren gezondheid en verminderde deelname aan het dagelijkse leven met de ernst van de depressieve symptomen en aandoeningen. Eén studie vond dit graduele verband niet, maar vond dat ongeacht de ernst van de depressieve symptomen de ziektelast vergelijkbaar was en significant afweek van de mensen zonder depressieve symptomen. Uit twee studies bleek dat het gebruik van gezondheidsvoorzieningen was toegenomen bij mensen met depressieve klachten ten opzichte van mensen zonder depressieve klachten. In een andere studie werd er geen toename gezien van het gezondheidszorggebruik bij mensen met depressieve klachten.

Citaat: [Functionele beperkingen](#)

“Een Nederlands cohortonderzoek (Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA)) onderzocht de functionele beperkingen en het beloop hiervan bij personen met angst- en/of depressieve klachten en personen zonder deze psychische klachten (n = 1266, 18-65 jaar) gedurende 2 jaar. De functionele beperkingen werden gemeten met de 'World Health Organization Disability Assessment Schedule-II'

(WHODAS II). Deze vragenlijst bevat 36 items verdeeld in 6 subschalen:

1. Communicatie
2. Fysieke mobiliteit
3. Zelfzorg
4. Interpersoonlijke interactie
5. Huishoudelijke activiteiten of werk
6. Maatschappelijke participatie

Hoe hoger de score, hoe meer beperkingen (0-100). De personen met psychische klachten ervoeren meer beperkingen dan de personen zonder deze klachten op baseline 23,1 (sd 13,3) vs. 8,2 (sd 8,7) ( $p < 0,001$ ). Zij waren het meest beperkt in huishoudelijke activiteiten of werk en het minst in zelfzorg gedurende de gehele follow-up. Het functioneren verbeterde gedurende de follow-up bij de personen met klachten, maar bleef slechter dan bij de controlepersonen (na 2 jaar 18,6 (sd 13,7) vs 7,4 (sd 8,7) ( $p < 0,001$ ). Er werd een aantal significante voorspellers gevonden voor functionele beperkingen: een angststoornis in de voorgeschiedenis, neuroticisme, weinig plichtsgetrouw, somatische aandoeningen of trauma in de kindertijd.

**Bron:** Karsten 2013

Een Brits cohortonderzoek vergeleek functionele beperkingen tussen personen met een depressie, angststoornis of een combinatie hiervan, en personen met psychische klachten ('subthreshold') en personen zonder psychische pathologie gedurende 1,5 jaar ( $n=2406$ , 16-74 jaar). De functionele beperkingen werden gemeten in zeven domeinen: zelfzorg, gebruik maken van vervoer, medische zorg, huishoudelijke activiteiten, praktische activiteiten, omgaan met papierwerk en geldzaken. Degenen die werkten werd gevraagd hoeveel dagen zij zich ziek gemeld hadden. Bij de mensen die op baseline geen functionele beperking hadden ( $n = 1573$ ) ontwikkelde zich een functionele beperking gedurende de follow-up: bij 14,8% van de mensen met een stoornis, bij 12,6% met een klacht en bij 7,7% zonder pathologie (klachten vs geen pathologie: OR = 2,2; 95%-BI 1,3 tot 3,6; stoornissen vs. geen pathologie: 2,5; 95%-BI 1,5 tot 4,3). Van de deelnemers die werkten op baseline ( $n=1317$ ) meldden mensen met klachten (OR 1,9; 95%-BI 1,1 tot 3,5) en stoornissen (OR 2,9; 95%-BI 1,6 tot 5,2) zich vaker > 14 dagen ziek dan mensen zonder psychische pathologie.

**Bron:** Rai 2010

In de periode 2007-2009 waren 7% van de mensen (15-64 jaar) met een DSM geclassificeerde psychische stoornis werkeloos versus 3,5% van de mensen zonder een psychische aandoening. [In 2012 was bij 39% van de arbeidsongeschikte personen een psychische stoornis de primaire aanleiding.](#)

Conclusie

Bij zowel psychische klachten als stoornissen zijn er aanzienlijke beperkingen in het dagelijks functioneren."

### **6.10.3. Economische kosten ten gevolge van depressieve klachten zonder dat er sprake is van een depressie**

In een studie

**Bron:** Cuijpers 2007

is onderzocht of depressieve klachten (minor depression) geassocieerd is met significant verhoogde medische en niet medische kosten in een grote, representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking (NEMESIS). De studie bestudeerde ook of er een dosis-respons relatie bestaat tussen het aantal depressieve symptomen en economische kosten en of specifieke symptomen geassocieerd zijn met extra kosten. De depressieve

klachten bestonden uit minimaal 1 van de kernsymptomen van een depressieve stoornis tenminste 2 weken aanwezig in het jaar voorafgaande aan de meting met daarnaast minimaal 1 ander symptoom van een depressieve stoornis, maar uit niet meer dan in totaal 4 symptomen van een depressieve stoornis. De directe medische kosten zijn berekend uit de kosten van de geestelijke gezondheidszorg, de huisarts, sociaal werk, fysiotherapie en geneesmiddelen in het jaar voorafgaand aan de meting. Directe niet medische kosten zijn berekend door de reistijd en parkeerkosten voor behandeling te berekenen. Indirecte niet medische kosten zijn berekend door de ziekte dagen met bedrust te tellen en, volgens de daarvoor geldende Nederlandse richtlijnen, om te rekenen naar de kosten van het arbeidsverlies, ook voor huisvrouwen en huismannen. Als basis kosten werden genomen de gemiddelde jaarlijkse kosten voor de hele populatie met of zonder psychische of lichamelijke aandoening.

In deze studie werd gevonden dat de extra kosten door gebruik van gezondheidszorg en arbeidsverlies voor depressieve klachten zonder een depressie 2141 dollar per persoon per jaar bedragen, en 3313 dollar als de klachten zo ernstig zijn dat er sprake is van een depressie. Ter vergelijking: de basiskosten per Nederlander wat betreft gebruik van gezondheidszorg en arbeidsverlies zijn gemiddeld 1023 dollar per jaar. De jaarlijkse extra kosten van het gebruik van medische voorzieningen door mensen met depressieve klachten zonder depressie zijn vergelijkbaar met die van gezonde mensen en niet significant verschillend. Dit betekent dat mensen met depressieve klachten zonder een depressie niet meer medische hulp ontvangen dan mensen zonder een geestelijke of andere aandoening. De indirecte niet medische kosten in de groep met depressieve klachten zonder een depressie zijn significant hoger dan in de groep zonder geestelijke of lichamelijke aandoening en zijn relatief hoog. De kosten van depressieve klachten zonder een depressie zijn omgerekend 160 miljoen dollar per jaar per 10 miljoen mensen. De kosten van een depressieve stoornis zijn 192 miljoen dollar per jaar per 10 miljoen mensen. De kosten nemen significant toe naarmate het aantal aanwezige depressieve klachten toeneemt.

#### **6.10.4. Zorggebruik bij depressieve klachten en depressie**

82,3% van de mensen met een depressieve stoornis zoekt daar op enig moment in hun leven enigerlei hulp voor. 9,6% zoekt hulp voordat de psychische aandoening begon, 59,3% in hetzelfde jaar als waarin de psychische aandoening begon en 31,1% pas na één jaar of later. Het tijdsverschil tussen het begin van de depressieve stoornis en het eerste zorgcontact is gemiddeld 2,8 jaar (95% BI 2,3-3,3; mediaan 0).

Al met al ontvangt 43,3% van de mensen met een depressieve stoornis pas na vele jaren zorg of helemaal geen zorg voor de stoornis.

**Bron:** NEMESIS-2c

Slechts 7,9% gaf aan een onvervulde zorgbehoefte gehad te hebben.

**Bron:** NEMESIS-2

Bij 88% van de mensen met een angst- of depressieve stoornis die geen zorg ontvingen was de stoornis na drie jaar niet meer aanwezig. Bij de zorggebruikers was slechts 60% na 3 jaar in remissie. De zorggebruikers hebben relatief vaker te kampen met ernstige en aanhoudende/opnieuw optredende stemmings- of angststoornissen.

**Bron:** NEMESIS-2d

70,1% van de mensen met een depressieve stoornis en zorggebruik hiervoor ervaart daar baat bij. 64,7% in hetzelfde jaar, 35,5% pas later.

**Bron:** NEMESIS-2c.

Mensen met depressieve klachten zonder dat er sprake is van een depressie zoeken evenveel medische hulp als mensen zonder een geestelijke of andere aandoening

**Bron:** Cuijpers, 2007.

#### Conclusie

Mensen met depressieve klachten zoeken en krijgen daar geen of pas laat reguliere professionele hulp voor. De mensen die reguliere zorg vragen kampen vaker met ernstigere, terugkerende of aanhoudende psychische klachten.

#### 6.10.5. Voorkómen van een depressie; bewezen effectieve interventies

Citaat:

**Bron:** NHG-Standaard Depressie

“In een Cochrane-review (gepubliceerd in 2005)(n = 7576; 16 RCT's) over het gebruik van screeningsinstrumenten voor depressie wordt geconcludeerd dat: 1) screening en feedback weinig tot geen verbetering laat zien op de herkenning van depressie (RR 1,00; 95%-BI 0,89 tot 1,13), 2) het aantal interventies dat werd gestart naar aanleiding van screening en feedback slechts marginaal steeg (RR 1,35; 95%-BI 0,98 tot 1,85), en 3) drie van de vier onderzoeken waarbij patiënten via screening waren opgespoord geen relevant effect op de depressie aantoonde na 6 of 12 maanden.

**Bron:** Gilbody 2008

In een systematische review naar de effectiviteit van psychologische interventies wordt geconcludeerd dat deze interventies weliswaar effectief zijn, maar niet bij personen bij wie de symptomen zijn ontdekt via screening.

**Bron:** Cuijpers 2009

In een onderzoek in de Nederlandse huisartsenpraktijk (n = 780) werd de effectiviteit onderzocht van selectieve screening onder drie hoog-risicogroepen: patiënten met psychosociale problemen, patiënten met lichamelijk onverklaarde klachten en patiënten die vaak de huisarts bezochten. Van de 71 patiënten die werden ontdekt met een depressie was 51% al onder behandeling en weigerde 25% deelname aan de behandeling of het verdere onderzoek; 24% van de screenpositieven startte een behandeling. De onderzoekers concluderen hieruit dat screening op depressie in deze hoog-risicogroepen niet effectief is.

**Bron:** Baas 2009  
Wittkampf 2010

De resultaten van onderzoek naar het nut van screening onder mensen met een chronische somatische aandoening zijn tegenstrijdig.

---

**Bron:** Lamers 2010

#### Conclusie

Screening van volwassenen in de huisartspopulatie op depressie wordt niet aanbevolen, omdat niet is bewezen dat mensen zonder hulpvraag gebaat zijn bij een actief hulpaanbod voor een depressie."

Vaak blijkt er geen behoefte te bestaan aan behandeling van de depressie als die aangeboden wordt na screening vanuit de reguliere eerstelijns gezondheidszorg. Een factor die daarbij een rol speelt is dat mensen zich niet herkennen in de diagnose depressie. Deze mensen ervaren de diagnose depressie als een ernstige psychiatrische stoornis waarvoor je medicatie zou moeten slikken. Zij ervaren dit als falen, alsof er met dit label geen weg meer terug is. Ze leggen de nadruk meer op externe factoren die hebben geleid tot hun somberheid en staan met betrekking tot deze externe factoren wel open voor hulp. Het biomedisch model van depressie sluit niet goed aan bij de belevingswereld van de patiënt. Het benoemen van de diagnose depressie had een negatief effect, waardoor een deel van de patiënten niet doorstroonden naar behandeling.

**Bron:** Wittkamp 2011

De literatuursearch leverde een recente meta analyse op van gerandomiseerde, gecontroleerde trials naar de effecten van preventieve interventies, bij deelnemers zonder de diagnose depressieve stoornis bij aanvang, op de ontwikkeling van een depressieve stoornis na follow-up.

**Bron:** Zoonen 2014

Artikelen gepubliceerd tussen 1966 en maart 2012 zijn geïnccludeerd als ze een pre-posttest gerandomiseerd gecontroleerde opzet hanteerden, en de effecten van preventieve, psychologische interventie(s) onderzochten op de incidentie van een nieuwe episode van een depressieve stoornis vergeleken met een controlegroep. Preventie werd gedefinieerd als reductie van de incidentie van nieuwe casussen van een depressieve stoornis (omschreven als MDD =major depressie en komt overeen met onze definitie van een depressie). Studies werden geselecteerd waarvan de deelnemers bij aanvang niet voldeden aan de criteria voor een depressie (DSM) en 'at risk' waren om een depressie te ontwikkelen na follow up. Op beide tijdstippen gemeten met een diagnostisch instrument. Zowel studies naar universele, selectieve en geïndiceerde preventie werden geselecteerd. Studies met de focus op een specifieke groep zoals pas bevallen vrouwen, werden ook geïnccludeerd. Een studie werd uitgesloten als de deelnemers al behandeld werden voor een andere psychische aandoening. Ook studies over terugval preventie en therapie trouw werden uitgesloten. Er zijn in totaal 32 artikelen geïnccludeerd met 6214 deelnemers. De geïnccludeerde studies hadden als doelgroep adolescenten en studenten (N studies =14), postpartum depressie (N=9), volwassenen (N=8) en volwassenen met diabetes (N=1). De interventies waren gebaseerd op cognitieve gedrag therapie (N interventies = 15), problem solving therapie (N =2) en interpersoonlijke therapie (N = 5) en andere psychologische benaderingen. Alle interventies bestonden uit (een wisselend aantal) sessies met een therapeut. De follow-up periode varieerde tussen de 2 en 60 maanden (gemiddeld 9 maanden). Uitval percentages varieerden van 2% tot 64%. De kwaliteit van de studies is relatief hoog.

In de tabel met studies staan o.a. de inclusie criteria per studie genoteerd (geen rapportage behalve soort preventie in de tekst). Als inclusie criteria voorafgaande aan randomisatie van de deelnemer zijn gebruikt: verhoogde score op een diagnostisch instrument (psychische klachten)(N=27), risicofactor(en) voor depressie zowel bepaald met behulp van een instrument als behorend tot een groep (N=5) (bijv. moeders van zeer vroeg geboren baby's, pas bevallen vrouwen met een risicofactor). Een tabel met de karakteristieken van de studies is in de publicatie te vinden.

Zij vonden een relatief risico op de ontwikkeling van een depressieve aandoening van 0,79 (95% betrouwbaarheidsinterval: 0,69-0,91) = IRR (incidence rate ratio). Dit komt overeen met een 21% lagere incidentie in de interventie groep in vergelijking met de controle groep. Om het ontstaan van één depressieve

aandoening te voorkomen moesten 20 mensen met depressieve klachten behandeld worden (NNT (number needed to treat) =20). Er was geen verschil in relatief risico (IRR) tussen het type van de aangeboden preventie (universeel, selectief of geïndiceerd) of het type interventie. Hoewel het NNT (significant verschil  $p=0,003$ ) voor CBT (cognitieve gedragstherapie) 71 is, voor IPT (interpersonal psychotherapie) 7 en andere interventies 12. Er was geen verschil in effect (IRR) tussen de verschillende subgroepen.

Met behulp van de literatuur search werd een recent gepubliceerd systematische review

**Bron:** Linde 2015

gevonden van studies die het effect van psychologische behandeling vergelijken met standaard zorg of met placebo voor de behandeling van patiënten in de huisartspraktijk met unipolaire depressieve disorders. Het effect van het type therapie en de manier waarop deze aangeboden wordt (face to face, bibliotherapie, online) is geanalyseerd. Geïnccludeerd zijn gerandomiseerde gecontroleerde studies. Patiënten werden ingesloten indien verwezen door de huisarts of door een andere eerstelijns arts niet gespecialiseerd in psychische zorg, of door systematische screening van patiënten in de wachtruimte van de huisarts of van patiënten ingeschreven bij de huisartspraktijk. Risico op bias is bepaald voor alle artikelen. De aanbiedingsvorm van de therapie werd ingedeeld in: therapist-led (minimaal 6 sessies), guided self-help (maximaal 5 sessies), geen of minimaal contact (minder dan 90 minuten contact met de therapeut) en face-to-face ten opzichte van contact op afstand. 30 studies zijn geïnccludeerd. 13 studies includeerden patiënten verwezen door de huisarts, 14 studies gebruikten een screenings methode en 3 gebruikten een mengvorm. Tien studies includeerden alleen patiënten met een major depressie (= depressie), in 14 trials was depressie niet formeel gediagnostiseerd of werden patiënten met een variëteit van depressieve klachten geïnccludeerd. Zes trials includeerden alleen patiënten met een minor depressie (= depressieve klachten zonder dat er sprake is van een depressie) of/en dysthymie. Inclusie criteria waren in de meeste trials ruim geformuleerd, wat het waarschijnlijk maakt dat de deelnemers een redelijke goede afspiegeling zijn van patiënten in de huisartspraktijk met depressieve stoornissen en/of klachten. In totaal zijn 30 studies geïnccludeerd (5.159 patiënten). Een tabel met de karakteristieken van de studies is in de publicatie te vinden.

Er is bewijs dat psychologische behandelingen effectief zijn in de behandeling van depressieve aandoeningen en klachten in een huisartsgeneeskundige setting. Voor CBT is er substantieel bewijs dat interventies met minder face-to-face contact even effectief kunnen zijn als interventies met meer face-to-face contact.

Een gerandomiseerde studie naar het effect van een blended e-health interventie ter voorkoming van depressie bij volwassenen met depressieve klachten, toonde dat om een depressie te voorkomen 5,9 mensen met depressieve klachten behandeld moesten worden. De follow up tijd was 12 maanden.

**Bron:** Buntrock 2016

In een Nederlandse studie

**Bron:** Stoop 2014

naar emotionele distress bij 1837 diabetes mellitus type 2 patiënten die door de huisarts begeleid worden voor hun diabetes mellitus type 2, was de respons op een vragenlijst naar psychische klachten (PHQ-9 en HAD-7) 43%. Van de 130 mensen (18%) met een verhoogde score op de vragenlijsten ( $PHQ-9 \geq 7$  of  $GAD-7 \geq 8$ ) wilden slechts 27 mensen (21%; 1,5% van de mensen die benaderd werden voor deelname) deelnemen aan de studie en kregen behandeling voor hun klachten.

Het Juliuscentrum Universiteit Utrecht heeft recent een nog niet gepubliceerde studie uitgevoerd, waarbij met behulp van een zoekstrategie huisartspatiënten met een verhoogd risico op depressie zijn geïdentificeerd. Na identificatie zijn ze actief benaderd door de praktijkondersteuner GGZ voor diagnose stelling en behandeling. De gemeten respons blijkt laag. In 60% van de gevallen lukte het om contact te leggen, en bij 40% werd het

vermoeden op een depressie bevestigd. Uiteindelijk bleek dat driekwart van deze patiënten geen prijs stelde op verdere professionele begeleiding. Daarmee lijkt het rendement van de interventie laag: bij 27 van de 177 patiënten met verhoogd risico op depressie kon het vermoeden bevestigd worden, maar slechts 7 van de 27 patiënten gaan vervolgens in op het zorgaanbod. Uit de reacties van de respondenten blijkt er vaak geen behoefte te bestaan aan begeleiding door de praktijkondersteuner GGZ bij de aanwezigheid van een depressie.

Concluderend is er voldoende bewijs dat interventie bij psychische klachten depressie voorkomt met een NNT van 20 of minder, afhankelijk van de gekozen interventie. Er is bewijs dat psychologische behandelingen effectief zijn in de behandeling van depressieve klachten en depressie in een huisartsgeneeskundige setting. Voor cognitieve gedragstherapie is er substantieel bewijs dat interventies met minder face-to-face contact even effectief kunnen zijn als interventies met meer face-to-face contact.

In Nederland blijkt een actief zorgaanbod vanuit de huisartsvoorziening, na screening voor depressie, slechts door een klein deel van de mensen opgevolgd te worden. Een oorzaak van deze beperkte opvolging is dat de diagnose depressie niet aansluit bij de belevingswereld van de gescreende depressieve patiënt en om die reden niet geaccepteerd wordt.

#### **6.10.6. Voorkómen van angst**

Een review

**Bron:** Gracia 2015

van studies naar de primaire preventie van angststoornissen in de huisartspraktijk vond geen enkele studie van voldoende kwaliteit! Wel zijn er de volgende studies naar het effect van interventie bij mensen die al milde angstklachten hebben:

- Een pragmatische gerandomiseerde trial met 126 deelnemers uit de algemene bevolking met een Panic Disorder Severity Scale -Self Report score tussen de 5 en 15. De deelnemers werden gerandomiseerd in een interventie groep, die een internet zelfhulp interventie voor milde paniek klachten aangeboden kreeg, en een wachtlijst controle groep. Na 12 weken was er geen verschil tussen de twee groepen wat betreft paniek symptomen. Slecht 27% van de interventiegroep completeerde vier van de zes onderdelen. De non respons was hoog. Veel deelnemers leden naast de angstklachten aan depressie en/of een angststoornis. Degenen die de interventie afmaakten toonden wel klinische vooruitgang.
- Een studie onder 217 deelnemers met angstklachten of een milde angststoornis uit de algemene bevolking. De interventiegroep kreeg een groepscursus voor paniek klachten en werd vergeleken met een wachtlijst controle groep. Deelnemers uit de interventie groep rapporteerden na 12 weken een klinisch significante verandering op de Panic Disorder Severity Scale-Self Report. De OR was 3,49 (95% BI 1,02-3,66 P=0.001). Deze effecten bleven bestaan na 6 maanden follow up.
- In een gerandomiseerde trial werd aan ruim 1000 studenten, die minstens één paniekaanval doormaakten in het voorafgaande jaar, een preventieve workshop aangeboden, De interventiegroep werd vergeleken met een wachtlijst controle groep. Negen studenten (13,6%) uit de controle groep ontwikkelden een angststoornis na 6 maanden, en één (1,8%) in de interventie groep ( $X^2(1) 5,53 P<0,05$ ).

Concluderend is er weinig tot geen onderzoek voorhanden naar de primaire preventie van angststoornissen. Er zijn wel enkele onderzoeken onder mensen die al milde angstklachten hebben. Uit die studies kan geconcludeerd worden dat er voorzichtige aanwijzingen zijn dat interventie bij milde angstklachten het ontwikkelen van een angststoornis kan voorkomen.

#### **6.10.7. Voorkómen en vroege opsporing van problematisch alcoholgebruik**

Met behulp van de literatuursearch werd een tweetal meta-analyses naar het voorkomen en de vroege

opsporing van problematisch alcoholgebruik gevonden:

- Allereerst een review en meta-analyse naar het effect van counseling na screening voor alcoholmisbruik in de huisartsenzorg (primary care). Het betreft een systematische search van Engelstalige artikelen gepubliceerd vanaf 1 januari 1985 tot 31 januari 2012. Er zijn 23 gerandomiseerd gecontroleerde studies geïnccludeerd, die zijn gerapporteerd in 38 artikelen. De meeste trials gebruikten kortdurende interventies die veel van elkaar verschilden. De alcoholconsumptie na 12 maanden nam met 3,6 alcoholconsumpties per week af in vergelijking met de controle groep (95% BI 2,4 – 4,8;  $p=0,000$ ). 12% van de interventiegroep rapporteerde minder episoden met zwaar drinken na 12 maanden (95% BI 0,07-0,16;  $p=0,000$ ). Daarnaast gebruikten 11% meer volwassenen van de interventiegroep alcohol binnen de daarvoor geldende richtlijnen vergeleken met de controlegroep. (BI 0,08-0,13;  $p=0,000$ ).
- Daarnaast bekeek de werkgroep een systematisch literatuur onderzoek naar randomised controlled trials tot september 2013. Primaire uitkomst was het gemiddelde niveau van alcoholconsumptie en alcoholgebruik binnen de laag risico aanbevelingen na behandeling met een al dan niet begeleide laag intensieve internet interventie voor alcohol misbruik. Er zijn 16 trials geïnccludeerd met 23 vergelijkingen en 5.612 deelnemers, waaronder 6 Nederlandse studies. Deelnemers werken gezocht in de algemene bevolking (negen studies), via het werk (twee studies), onder militairen (één studie), via de huisartspraktijk (één studie), via 'woman's and infant services USA' (één studie), via de EHBO in de USA (één studie) en op een alcoholwebsite (één studie). In vijf studies werd de AUDIT vragenlijst of de FAST test gebruikt als inclusie criterium. Vijf studies includeerden deelnemers naar zelf gerapporteerd alcoholgebruik met grenzen indicatief voor alcoholgebruik boven de richtlijnen voor veilig gebruik. Twee studies combineerden de AUDIT met zelf gerapporteerd alcoholgebruik. Eén studie selecteerde deelnemers met verhoogde gamma GT waarden en twee studies includeerden alle geïnteresseerden. Voor de meta-analyse zijn alleen de risicodrinkers gebruikt in de analyses.

De uitkomsten van de meta-analyse waren als volgt:

Het effect van 'low-intensity internet-based alcohol interventions' in het verlagen van alcohol consumptie in vergelijking met de controle groep was klein, maar significant. De heterogeniteit was laag, maar met een matig betrouwbaarheidsinterval ( $I^2=27$ , 95% BI: 0-56). Gemiddeld dronk de interventiegroep na de interventie per week 2,2 alcohol consumpties minder dan de controlegroep (22 gram ethanol) ( $n=14$ ; 85% BI 0,87-3,46,  $p=.001$ ,  $I^2=0$ ,  $p<.001$ ). 13 % van de interventiegroep had het alcoholgebruik teruggebracht tot binnen de aanbevolen hoeveelheden, significant vaker dan de controlegroep ( $n=6$ ; RD 0,13, 95% BI: 0,08-0,17,  $p<.001$ ,  $I^2=0$ , niet significant). Bij zes studies werden er geen significante verschillen in effect meer gevonden bij de follow-up na 6 tot 12 maanden tussen de groepen die begeleide internetinterventies volgden en de controlegroepen. Er waren geen follow-up gegevens beschikbaar voor de begeleide internet interventies. Er was bewijs voor publicatiebias volgens de Duval en Tweedie's trim-and fill methode. Na correctie hiervoor was de 'effect-size' voor verminderd alcoholgebruik na interventie verminderd van  $g=0,20$  naar  $g=0,14$  (95% BI: 0,06-0,22; trimmed studies  $n=8$ , random effects model).

Concluderend is er bewijs dat na counseling in de eerstelijns, of na e-health interventies, het gebruik van alcohol bij mensen met problematisch alcoholgebruik vermindert, en dat na de interventie ruim één op de tien mensen met problematisch alcoholgebruik het alcoholgebruik terugbrengt tot binnen de aanbevolen hoeveelheid.

### 6.10.8. AUDIT

De Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) is ontworpen door de World Health Organization (WHO) om personen met riskante en schadelijke patronen van alcoholgebruik te identificeren.

**Bron:** WHO 2006

De AUDIT bestaat uit 10 vragen.

Jackson et al.



**Bron:** Jackson 2010

publiceerde in 2010 een zeer uitgebreide systematische review, waarin de literatuur over de effectiviteit van AUDIT voor de opsporing van risicovol alcoholgebruik (= meer drinken dan de norm zonder dat dit problemen geeft) en schadelijk alcoholgebruik (= meer drinken dan de norm en hiervan problemen ondervinden) onder volwassenen in de 1e lijn, is samengevat.

Hierin is geconcludeerd:

- Dat de AUDIT effectief is in de identificatie van risicovol en schadelijk alcoholgebruik onder volwassenen in de 1e lijn.
- Er voor vrouwen een lagere drempelwaarde aanbevolen wordt dan voor mannen.
- De optimale screening grenswaarde voor de opsporing van risicovol en schadelijk alcoholgebruik >7 of >8 is voor mannen en >6 tot >8 voor vrouwen.
- De optimale screening grenswaarde voor de opsporing van binge drinken >7 of >8 is voor mannen.
- Primaire studies, samengevat in deze systematische review, hogere grenswaarden voor mannen adviseren (5 tot 8) dan voor vrouwen (2 tot 6).

De AUDIT en de AUDIT-C werden met elkaar vergeleken in de Amerikaanse studie van Johnson et al.

**Bron:** Johnson 2013

Deze studie onderzocht 625 mensen die in de afgelopen maand zes of meer alcoholconsumpties dronken. Deze mensen hielden een maand lang een dagboek bij en kregen een diagnostisch interview om alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid op te sporen.

De auteurs concluderen dat:

- Deze studie bevestigt de eerder vastgestelde grenswaarden voor de AUDIT-C voor ongezond alcoholgebruik: 4 voor mannen en 3 voor vrouwen
- Deze studie vindt lagere optimale grenswaarden voor de opsporing van ongezond alcoholgebruik dan eerder studies.
- De AUDIT heeft een iets betere sensitiviteit en specificiteit dan de kortere AUDIT-C bij vergelijkbare grenswaarden.

Lundin et al.

**Bron:** Lundin 2015

vergeleken de AUDIT en de AUDIT-C met een diagnostisch interview (SCAN) voor de opsporing van risicovol alcoholgebruik, alcoholafhankelijkheid of alcoholmisbruik in de algemene Zweedse bevolking (N=1090).

Zij concluderen dat de AUDIT en de AUDIT-C voldoende accuraat lijken in het opsporen van risicovol alcoholgebruik of alcohol misbruik of alcohol afhankelijkheid.

Boschloo et al.

**Bron:** Busschloo 2010

vergeleken de AUDIT met de uitkomsten van het CIDI diagnostisch interview, wat betreft de opsporing van alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid. Deelnemers waren afkomstig van verschillende Nederlandse settings: de algemene bevolking, huisartsenpraktijk en gespecialiseerde GGZ instelling. Van de 2402 deelnemers hadden 1765 deelnemers het afgelopen jaar een depressie of angststoornis en 648 deelnemers

hadden nog nooit in hun leven een depressie of angststoornis.

De opsporing van alcoholmisbruik bij mannen met of zonder depressie of angststoornis is bij de grenswaarde 8 laag. Voor vrouwen is deze beter met de grenswaarde 5.

Samenvattend is de AUDIT in staat om risicovol alcoholgebruik, alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid op te sporen in de algemene bevolking. De optimale grenswaarde hiervoor is voor mannen een score van 5 tot 8 en hoger, en voor vrouwen 3 tot 6 en hoger. Met deze grenswaarden worden zo veel mogelijk mensen opgespoord. Een nadeel is de lage positief voorspellende waarde bij de lagere grenswaarden, wat betekent dat er bij de lagere grenswaarden veel mensen onterecht als risicovol drinker bestempeld worden.

Een score  $\geq 16$  is een maat voor ernstig problematisch alcoholgebruik waarvoor professionele hulp nodig is. Het is mogelijk om met behulp van de AUDIT getrapt te screenen door eerst de eerste drie vragen van de AUDIT vragenlijst te stellen, en pas bij een score op deze drie vragen van  $\geq 4$  voor mannen en  $\geq 3$  voor vrouwen de overige vragen van de AUDIT af te nemen.

### 6.10.9. PHQ-9

De Patiënt Health Questionnaire (PHQ-9) is een vragenlijst met 9 vragen naar de symptomen van een depressie in de voorafgaande 2 weken. Als interpretatie wordt aanbevolen:

- Score 5 tot 9: aanwijzingen voor de aanwezigheid van depressieve klachten.
- Score  $\geq 10$ : aanwijzingen voor de aanwezigheid van een depressie.

De in de literatuur gevonden meeteigenschappen van de PHQ-9 zijn bij een afkappunt van 10 voldoende om ingezet te worden voor het opsporen van depressie in de eerste lijn en in de algemene bevolking.

Met behulp van de literatuursearch zijn een tweetal meta-analyses gevonden:

- Een systematische review en meta-analyse waarin 13 studies in de eerste lijn met 8496 deelnemers en 4 studies in de algemene bevolking met 1794 deelnemers geanalyseerd zijn. De PHQ-9 is in de studies vergeleken met een geaccepteerde gouden standaard voor de identificatie van een depressie. De sensitiviteit van de PHQ-9 bij een afkappunt van 10 was 81% in de eerste lijn en 76% in de algemene bevolking. De specificiteit was 88% in de eerste lijn en 92% in de algemene bevolking. De heterogeniteit tussen de studies was hoog.
- Een systematische review en meta-analyse waarin 7 studies in de eerste lijn opgenomen zijn. De PHQ-9 is in de studies vergeleken met een geaccepteerde gouden standaard voor de identificatie van een depressie. Een score met behulp van een algoritme: (minstens vijf symptomen met een score van 2 of hoger ,behalve suïcidaliteit die meetelt bij een score van 1 of hoger, minstens een van de symptomen moet verminderd interesse of somberheid zijn) werd vergeleken met het afkappunt van 10. De sensitiviteit van het algoritme was 55% en de specificiteit 96%. Voor screeningsdoeleinden lijkt de algoritme scoring met deze lagere sensitiviteit, niet geschikt.

Concluderend zijn de meeteigenschappen van de PHQ-9 bij een afkappunt van 10 voldoende om ingezet te worden voor het opsporen van een depressie in de eerste lijn en in de algemene bevolking.

### 6.10.10. K10

De Kessler 10 is een 10 item vragenlijst ontworpen om distress te meten met behulp van vragen over angstsymptomen en depressieve symptomen in de voorafgaande 4 weken.

De aanbevolen grenswaarden in de eerste lijn zijn:

- 0-20: geen psychische klachten/aandoening
- 20-24: milde psychische klachten/aandoening

- 25-29: matige psychische klachten/aandoening
- 30 en hoger: ernstige psychische klachten/aandoening

13% van de volwassen bevolking scoort 20 of hoger en ongeveer 25% van de mensen die de huisarts bezoeken scoort 20 of hoger.

De literatuursearch leverde de volgende studies naar de geschiktheid van de K10 voor de opsporing van depressie in de algemene bevolking op:

- De Kessler 6 item distress schaal is afgenomen bij 33.689 Canadezen van 15 jaar of ouder die in een koopwoning wonen. De respons was 77%. De referentie test was de CIDI. 1278 deelnemers werden gediagnostiseerd met een depressie. De sensitiviteit van de K6 varieerde van 95% bij het afkappunt 1 tot 49% bij het afkappunt van 8. De specificiteit is niet bepaald.
- De K6 is in de studie van Cairney et al. geëvalueerd als potentieel screeningsinstrument voor depressie in een 'cross-sectional observational survey' studie in Canada (zelfde populatie als Veldhuizen, 2007). Het gewogen deelnemersaantal is 15958. De resultaten zijn gewogen ivm een complexe opzet van de studie. Als gouden standaard is de CIDI gebruikt met als uitkomst maat een depressie in de afgelopen maand en in de afgelopen 12 maanden. De sensitiviteit varieert van 98% bij een afkappunt van 1 tot 0.01 bij een afkappunt van 24. De grens van 85% ligt tussen de afkappunten 7 en 6 in. De specificiteit varieert van 0,25 bij een afkappunt van 1 tot 99% bij een afkappunt van 24. De grens van 85% ligt tussen de afkappunten 6 en 7. De AUC was 0.92 (95% BI 0.90 – 0.94).
- De via internet afgenomen K10 is vergeleken met als gouden standaard de CIDI diagnostisch interview voor de aanwezigheid van een depressie in de afgelopen 6 maanden. Via internet werden mensen uit de Nederlandse algemene bevolking benaderd die van zichzelf vonden dat zij angstig of depressief waren of teveel alcohol dronken. Als controle zijn studenten zonder klachten ingesloten. 157 deelnemers completeerden zowel de K10 als de CIDI. De via internet afgenomen K10 is betrouwbaar en valide met een AUC van 0.81. De sensitiviteit was hoger en de specificiteit lager in vergelijking met de schriftelijk afgenomen K10. De grenswaarde voor een sensitiviteit van 85% ligt bij het afkappunt van 25, en de grenswaarde voor een specificiteit van 85% ligt tussen het afkappunt van 33 en 34. De setting (internet afname), de hoge prevalentie van depressie, en het feit dat degenen die wel mee wilden werken aan het klinisch interview iets lagere K10 scores hadden dan degenen die dat niet wilden, dienen in de beoordeling van de resultaten mee gewogen te worden. De kwaliteit van de studie is matig tot goed, wat bijdraagt aan het vertrouwen in de bevindingen.
- Validatie studie van de Nederlandse versie van de K10 wat betreft de screening voor depressie en angststoornissen. De deelnemers zijn patiënten die de huisarts consulteerden. Als gouden standaard is het korte CIDI-SF telefonisch interview afgenomen om de aanwezigheid van een depressie of angststoornis in de afgelopen 6 maanden vast te stellen. De K10 werd afgenomen en aangevuld met vier vragen naar de basis angstsymptomen (paniek, sociale fobie, agorafobie en gegeneraliseerde angststoornis) zoals in de CIDI-SF, en een vraag naar gebruik van antidepressiva en anxiolytica. Deze combinatie van vragen wordt in deze studie de extended K10 de EK10 genoemd. Er waren 1607 deelnemers, met een oververtegenwoordiging van subgroepen met meer psychische klachten, waarna een weging de verhoudingen weer in proportie bracht. De AUC voor een depressie en/of een angst stoornis was .87 (95% BI 0.86-0.87). Voor depressie was de sensitiviteit van de K10 86% bij een afkappunt van 22 en de specificiteit was bij dat afkappunt 79%. Het optimale afkappunt met de beste sensitiviteit en specificiteit was 20 (sensitiviteit 90% en specificiteit 74%). Geconcludeerd is dat de Nederlandse versie van de K10 met een afkappunt van  $\geq 20$  een valide screeningstool is voor depressie in de Nederlandse huisartspraktijk.

Concluderend is de K10 geschikt als internet screeningsinstrument voor de opsporing van depressie in de algemene bevolking.

### 6.10.11. HADS

De Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) meet kernklachten van angst en depressie in de voorafgaande week. Zij bestaat uit een angstschaal en een depressieschaal. Beide schalen bevatten 7 items.

Voor beide subschalen worden de volgende grenswaarden gehanteerd:

- 0-7: waarschijnlijk geen depressie of angststoornis
- 8-10: mogelijk een depressie of angststoornis
- 11-21: vermoedelijk een depressie/angststoornis

De literatuursearch leverde de volgende studies naar de geschiktheid van de HADS voor de opsporing van depressie op:

Kjaergaard

**Bron:** Kjaergaard 2014

onderzoekt de HADS in vergelijking met de 'Structured Interview for DSM-IV Axis I Disorders- Clinician Version (SCID-CV)' in een selectieve zeer gezonde populatie van 357 mensen die vrijwillig deelnamen aan onderzoek.

Wat betreft de opsporing van mensen met een depressie (N=20): de testeigenschappen van de totale HADS waren optimaal bij een afkappunt van  $\geq 9$ , met een sensitiviteit van 85% en een specificiteit van 81%. Het gebied onder de ROC curve (AUC) was 0.87 (95% BI 0.77-0.97). Geconcludeerd is dat de HADS geschikt is als screeningstool voor de opsporing van depressie. Een afkappunt voor de HADS depressieschaal van  $\geq 4$  gaf een sensitiviteit van 85% en een specificiteit van 79% met een gebied onder de ROC curve (AUC) van 0.84 (95% BI 0.73-0.95). Het afkappunt van  $\geq 9$  voor de totale HADS en van  $\geq 4$  is lager dan het geadviseerde afkappunt. Het hanteren van een hoger afkappunt resulteert in een lagere sensitiviteit in deze zeer gezonde populatie.

Brennan

**Bron:** Brennan 2010

onderzoekt de prestatie van de HADS depressieschaal als een case-finding instrument voor depressie, door middel van een systematische review en meta-analyse. Inclusiecriteria waren dat naast de HADS een gestandaardiseerd psychiatrisch interview afgenomen is om de diagnose depressie vast te stellen. 16 studies zijn geïncludeerd met in totaal 3244 deelnemers. De deelnemers waren vooral ziekenhuispatiënten en slechts in één studie eerstelijns patiënten. Bij een afkappunt van  $\geq 8$  is de sensitiviteit voor de identificatie van een depressie 71% en de specificiteit 85% met een heterogeniteit van 59%. Dit afkappunt is geschikt als ondergrens waarboven een depressieve aandoening waarschijnlijk is. Bij een afkappunt van  $\geq 11$  is de sensitiviteit 56% en de specificiteit 92% met een heterogeniteit van 86% voor een "Major depressie". Dit afkappunt is geschikt als bovengrens waarboven een depressie waarschijnlijk aanwezig is. De studie laat zien dat de HADS ingezet kan worden voor het opsporen van een depressie in medische populaties.

Nederlands onderzoek

**Bron:** Waal 2009

bij 1778 bezoekers van de huisarts, bij wie de HADS en een mentale plus fysieke symptomen checklist werd afgenomen. Bij alle deelnemers, die met behulp van de checklist een hoog risico hadden voor de aanwezigheid van een depressie, een angststoornis of een somatiforme stoornis, en bij een random sample van 15% van de deelnemers met een laag risico, werd een psychiatrisch diagnostisch interview afgenomen (SCAN diagnostisch interview).

Het afkappunt van  $\geq 15$  voor de totale HADS werd onderzocht voor de opsporing van een depressie of angststoornis. De sensitiviteit van de HADS totaal was 76%, de specificiteit 81%, de AUC 0.87 (95% BI 0.83-0.92). De HADS totaal schaal was in staat om een depressie of een angststoornis op te sporen.

Concluderend is de HADS geschikt als instrument voor het opsporen van depressie. Er zijn aanwijzingen dat een lager afkappunt een betere opsporing geeft in een gezonde populatie.

### 6.10.12. 4DKL

De vierdimensionale klachtenlijst (4DKL) bestaat uit 50 items naar psychische en psychosomatische klachten in de voorafgaande 7 dagen, onderverdeeld in vier dimensies: specifieke spanningsklachten (distress, 16 items), depressieve klachten (6 items), angstklachten (12 items) en lichamelijke spanningsklachten (somatisatie, 16 items).

Getrapte screening is mogelijk met behulp van de 4DKL:

1. Als eerste stap de vragen 19, 22 en 25. Dit zijn vragen uit de distress vragenlijst: Item 19: Had u de afgelopen week last van piekeren? Item 22: Had u de afgelopen week last van lusteloosheid? Item 25: Voelde u zich de afgelopen week gespannen?
2. Bij een score op de vragen 19, 22 en 25 van vier of hoger volgt als 2e stap afname van de volledige 4DKL distress schaal
3. Bij een score op de 4DKL distress schaal van 20 of hoger volgt als 3e stap afname van de 4DKL depressie schaal of de volledige 4DKL.

De 4DKL wordt als volgt geïnterpreteerd:

<i>Distress schaal :</i>	
Lage score 1-10	Normale spanningen
Matig verhoogde score 11-20	Verhoogde spanningen met de dreiging van disfunctioneren
Sterk verhoogde score 21-32	Ernstige spanningen met grote kans op disfunctioneren (ziekteverzuim)
<i>Depressie schaal:</i>	
Lage score 0-2	Waarschijnlijk geen depressieve stoornis
Matig verhoogde score 3-5	Mogelijk depressieve stoornis
Sterk verhoogde score 6-12	Relatief grote kans op een depressieve stoornis
<i>Angst schaal:</i>	
Lage score 0-7	Waarschijnlijk geen angststoornis
Matig verhoogde score 8-12	Mogelijk angststoornis
Sterk verhoogde score 13-24	Relatief grote kans op één of meer angststoornissen
<i>Somatisatie:</i>	
Lage score 0-10	Relatief normale lichamelijke spanningsklachten
Matig verhoogde score 11-20	Mogelijk somatisatie met dreigend disfunctioneren
Sterk verhoogde score 21-32	Grote kans op somatisatie

De literatuursearch leverde de volgende studies naar de geschiktheid van de 4DKL voor de opsporing van depressie op:

Studies naar de distress schaal met 16 items naar specifieke spanningsklachten

Van Rhenen

**Bron:** Rhenen 2008

vergeleek in een Nederlands telecombedrijf gezonde werknemers (N=3.605) met werknemers met ziekte verlof ten gevolge van werk gerelateerde psychische klachten zonder psychiatrische diagnose zoals een angststoornis of depressieve stoornis (N=280). De score op de 4DKL distress schaal was gemiddeld 4 in de gezonde groep (5% met score < 0 en 95% scoorde < 14) en 22,3 in de groep met psychische klachten (5% < 6,7 en 95% < 31). Een afkappunt van 11 of hoger geeft een sensitiviteit van 95% en een specificiteit van 90% in het voorspellen van arbeidsuitval in verband met psychische klachten. Het gebied onder de ROC curve was 0,98 wat een goede diagnostische effectiviteit weergeeft.

Terluin

**Bron:** Terluin 2006

vergeleek de score op de 4DKL distress schaal van patiënten die de huisarts consulteerden voor een psychosociaal probleem met patiënten die om een andere reden de huisarts bezochten. Omdat er geen standaard manier is om distress te meten werden de patiënten met een psychosociale probleem als referentie groep met distress gezien. 20% van de 2127 volwassen deelnemers behoorden tot deze groep. De optimale grenswaarde voor het meten van distress werd bepaald met behulp van een ROC analyse. Bij een grenswaarde van 11 of hoger is de sensitiviteit 77% en de specificiteit 72%. Het gebied onder de ROC curve was 0,83 (95% betrouwbaarheids interval 0,75-0,91).

Braam

**Bron:** Braam 2009

onderzocht de optimale grenswaarde en validiteit van de distress screener bestaande uit drie vragen van de 4DKL distress schaal (item 19, 22 en 25) door deze te vergelijken met de score op de 4DKL distress lijst van 11 of hoger en met de medische diagnose gesteld door de bedrijfsarts bij werknemers met ziekteverlof. Drie Nederlandse bedrijven deden mee: een academisch ziekenhuis, een universiteit en een staal verwerking bedrijf. Uiteindelijk vulden 82 positief gescreende werknemers en 89 negatief gescreende werknemers de 4DKL in, en van 74 respectievelijk 62 was ook de verzuimdiagnose van de bedrijfsarts bekend. Voor het opsporen van stress gerelateerde klachten, depressie of andere psychologische klachten gediagnostiseerd door de bedrijfsarts was de sensitiviteit van de distress screener bij een grenswaarde van 4 of hoger 85%, de specificiteit 78%, de positief voorspellende waarde 56%, en de negatief voorspellende waarde 94%. De sensitiviteit van de volledige 4DKL distress schaal bij een grenswaarde van 11 of hoger was 84%, de specificiteit 71%, de positief voorspellende waarde 49%, en de negatief voorspellende waarde 93%.

Terluin

**Bron:** Terluin 2009

vergeleek de 4DKL distress schaal wat betreft de opsporing van een depressieve stoornis en/of angststoornis bij 295 patiënten met ziekteverlof (niet langer dan 3 maanden), die de huisarts bezochten met psychische klachten, zonder gediagnostiseerde depressieve stoornis of angststoornis. Als referentietest werd het CIDI diagnostisch interview gebruikt. Bij 99 deelnemers werd een angststoornis gevonden (34%) en bij 146 een depressieve stoornis (49%). Geen angst stoornis of depressieve stoornis werd gevonden bij 39% van de deelnemers (N=115). De optimale grenswaarde voor de opsporing van een depressieve stoornis of/en een angststoornis was 24 of hoger met een sensitiviteit van 71%, een specificiteit van 73%, een positief voorspellende waarde van 80%, en een negatief voorspellende waarde van 61%.

De ondergrens voor het opsporen van een depressieve stoornis en/of angststoornis met een sensitiviteit van 90%, met als doel om betrouwbaar mensen uit te sluiten, was 20 of hoger. De bovengrens met een specificiteit van 85% om betrouwbaar mensen in te sluiten was 28 of hoger voor een depressieve stoornis en/of een angststoornis.

Het gebied onder de ROC curve was 0,790.

Studies naar de depressie schaal met 6 items naar depressieve klachten

In een studie van Terluin

**Bron:** Terluin 2006

werd de 4DKL depressie schaal vergeleken met de SDI (short depression interview) wat betreft de opsporing van een depressieve aandoening bij 55 huisartspatiënten met depressieve klachten. De patiënten zijn 2 maal met een tussenliggende periode getest waardoor er 102 geanalyseerde testmomenten gebruikt zijn in de analyses. Bij een grenswaarde van 6 of hoger was de sensitiviteit 72% en de specificiteit 80% voor de opsporing van een depressieve aandoening. Het gebied onder de ROC curve was 0,83 (95% betrouwbaarheidsinterval 0,75-0,91).

Terluin

**Bron:** Terluin 2009

vergeleek de 4DKL depressie schaal wat betreft de opsporing van een depressieve stoornis bij 295 patiënten met ziekteverlof (niet langer dan 3 maanden), die de huisarts bezochten met psychische klachten, zonder gediagnostiseerde depressieve stoornis of angststoornis. Als referentietest werd het CIDI diagnostisch interview gebruikt. Bij 23% werd een milde depressieve stoornis gevonden met behulp van het CIDI en bij 26% een matig tot ernstige depressieve stoornis. Geen angst stoornis of depressieve stoornis werd gevonden bij 39% van de deelnemers (N=115).

Als optimale grenswaarde voor het opsporen van een depressieve stoornis werd de waarde van 4 of hoger gevonden. De sensitiviteit van deze grenswaarde is 65%, de specificiteit 72%, de positief voorspellende waarde 69% en de negatief voorspellende waarde 68%. Voor de opsporing van een matige tot ernstige depressieve stoornis is de meest optimale grenswaarde 5 of hoger met een sensitiviteit van 64%, een specificiteit van 73%, een positief voorspellende waarde van 46% en een negatief voorspellende waarde van 85%.

De ondergrens voor het opsporen van een depressieve stoornis met een sensitiviteit van minstens 85% met als doel betrouwbaar mensen uit te sluiten was 2 of hoger voor alle depressieve aandoeningen en 3 of hoger voor matige tot ernstige depressieve stoornissen.

De bovengrens met een specificiteit van minstens 85% om betrouwbaar mensen in te sluiten was 7 of hoger voor zowel alle depressieve stoornissen als voor alleen matige tot ernstige depressieve stoornissen.

Het gebied onder de ROC curve voor alle depressieve stoornissen was 0,745 en voor matige en ernstige depressieve stoornissen 0,780.

Samenvattend is de 4DKL distress schaal gevalideerd bij Nederlandse werknemers wat betreft ziekteverzuim in verband met psychische klachten en de aanwezigheid van een depressie of een angststoornis. In ouder onderzoek is de 4DKL gevalideerd voor gebruik in de huisartspraktijk. De verkorte 'distress screener' is geschikt als eerste screenende test voor de aanwezigheid van psychische klachten. De depressie schaal is gevalideerd voor de opsporing van depressie.

### **6.10.13. Screeningsinstrumenten naar functionele beperkingen**

Twee vragenlijsten zijn beschikbaar in het Nederlands en lijken geschikt voor de inschatting van verminderd functioneren ten gevolge van psychische klachten: de WHODAS 2.0 en de Rand-36.

#### **WHODAS 2.0**

De WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0; Bedirhan Üstrün 2010) bestaat uit 36 vragen over cognitie, mobiliteit, zelfzorg, sociale contacten, activiteiten in het leven en participatie. De vragenlijst is gebaseerd op de 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) ontwikkeld door de World Health Organisation. De WHODAS 2.0 is wereldwijd geëvalueerd bij ruim 65.000 respondenten zowel behorend tot de algemene bevolking als tot specifieke patiënten populaties. De testeigenschappen voldoen goed en de WHODAS 2.0 differentieert voldoende tussen en in populaties. De vragenlijst is in staat om de impact van zowel mentale als psychische klachten te meten alsook de

veranderingen ten gevolge van behandeling. Er is een gevalideerde verkorte 12 item versie van de WHODAS 2.0 beschikbaar.

Rand-36

De Rand-36

**Bron:** Zee 2012

bevat schalen voor fysiek functioneren, sociaal functioneren, rolbeperkingen door een fysiek probleem, rolbeperkingen door een emotioneel probleem, mentale gezondheid, energie, pijn, algemene gezondheidsbeleving en gezondheidsverandering. De RAND-36 beslaat het gehele terrein van gezondheid en is niet gericht op specifieke ziektes. De testeigenschappen voldoen goed en de schaal heeft in een gezonde populatie voldoende spreiding in de scores en blijkt in staat te discrimineren tussen personen met zeer beperkte problemen met hun gezondheid. De RAND-36 blijkt goed in staat de aanwezigheid van chronische klachten te voorspellen. De RAND-36 is ontwikkeld voor wetenschappelijk onderzoek en het is mogelijk dat het gebruik van de RAND-36 kosten met zich mee brengt.