



Terugvalpreventie bij angst en depressie

Wanneer patiënten hersteld zijn van een angststoornis of depressie, hebben zij een hoge kans terug te vallen. De onderzoekers ontwikkelden een terugvalpreventieprogramma. De interventie werd aangeboden aan patiënten die eerder behandeling ontvingen voor een angststoornis of depressie in de basis of specialistische GGZ en daarna in volledige of gedeeltelijke remissie waren. De praktijkondersteuner huisarts GGZ (POH-GGZ) begeleidde patiënten bij het volgen van deze interventie. Dit artikel biedt inzicht in de toepassing van en ervaringen met dit terugvalpreventieprogramma.

ESTHER KRIJNEN-DE BRUIN, docent wetenschappelijke vorming MANP/onderzoeker lectoraat GGZ-verpleegkunde, Hogeschool Inholland, Amsterdam

BERNO VAN MEIJEL, hoogleraar /lector GGZ-verpleegkunde, Hogeschool Inholland, Amsterdam; Amsterdam UMC; Parnassia Groep

LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel:

- kent u de risico's op terugval bij patiënten met (deels) herstelde angst- en depressieve stoornissen;
- weet u wat terugvalpreventie inhoudt;
- kunt u een terugvalpreventieplan opstellen en inzetten, rekening houdend met het perspectief van de patiënt;
- kunt u als verpleegkundig specialist uw leiderschap inzetten om de kennis en betrokkenheid van uw directe collega's met betrekking tot terugvalpreventie te vergroten.

TREFWOORDEN

terugvalpreventie, psychologische interventie, angststoornissen, depressieve stoornissen

1 STUDIEPUNT

Angst- en depressieve stoornissen komen veel voor. Eén op de vijf mensen in Nederland krijgt ooit te maken met een angst- en/of depressieve stoornis.¹ Patiënten die hiervan herstellen hebben 57% kans om binnen vier jaar terug te vallen.² Het kan zijn dat men terugvalt in dezelfde stoornis, maar het kan ook voorkomen dat patiënten die eerst een

depressieve stoornis hadden, een angststoornis ontwikkelen, en andersom. Vaak komen deze stoornissen ook samen voor. In de literatuur zijn enkele risicofactoren te vinden die de kans op terugval verhogen. Patiënten die niet geheel maar gedeeltelijk herstellen hebben meer kans op terugval.³ Bij gedeeltelijke terugval voldoet men niet meer aan de criteria voor een DSM-stoornis, maar ervaart nog wel lichte klachten.⁴ Ook een mindere mate van functioneren en meerdere en ernstige episodes van een stoornis zijn belangrijke risicofactoren.^{5,6}

Casus John

John* is een 55-jarige man. Hij is gescheiden en heeft twee volwassen kinderen. Hij heeft twee keer een depressie gehad. De eerste keer nadat zijn broer was overleden. Hij kon niet met anderen praten over zijn gevoelens van rouw en stortte zich volledig op zijn werk. Hierdoor zette hij te veel druk op zichzelf, en ontwikkelde hij ernstige depressieve klachten. De tweede keer dat hij een depressie kreeg, was toen hij en zijn vrouw relatieproblemen hadden. Uiteindelijk besloten zij te scheiden, wat resulteerde in een

erg lastige periode voor John. Gedurende deze periode werd zijn moeder ernstig ziek en besteedde hij veel tijd aan het zorgen voor zijn moeder.

John kwam tot de conclusie dat hij de afgelopen jaren niet genoeg tijd heeft besteed aan het nadenken over wat hij wil en belangrijk vindt. In combinatie met de andere *life events* kon hij niet langer met de stress omgaan. Tijdens de therapie leerde John te luisteren naar zijn eigen gevoelens en te doen wat voor hem het juiste is. Hij is zich er ook van bewust geworden dat hij kwetsbaar is voor het ontwikkelen van depressieve klachten, en dat hij daarom goed op zichzelf moet letten. Hiermee hoopt John nieuwe klachten te voorkomen. In zijn behandeling heeft hij een terugvalpreventieplan opgesteld, met daarin activiteiten die hij kan doen wanneer het niet goed met hem gaat. Dit helpt hem op activiteiten te focussen waarvan hij weet dat ze goed voor hem zijn, maar die hij niet altijd leuk vindt om te doen. Hoewel zijn familie en baan nog steeds erg belangrijk voor hem zijn, laat hij die niet langer zijn leven beheersen.

TERUGVALPREVENTIE: WAT HOUDT DAT IN?

Vanwege het hoge risico op terugval, is het aanbieden van terugvalpreventie aan patiënten die hersteld zijn van een angst- of depressieve stoornis erg belangrijk. Terugvalpreventie bestaat doorgaans uit twee onderdelen:

1. het blijven gebruiken van antidepressiva;
2. psychologische interventie voor terugvalpreventie.

Het blijven gebruiken van antidepressiva na behandeling blijkt effectiever te zijn in het terugdringen van terugvalcijfers dan het stoppen met antidepressiva-gebruik.^{7,8} Desondanks gaat voor terugvalpreventie de voorkeur vaak uit naar psychologische interventies, vanwege de nadelen bij antidepressivagebruik:

Tabel 1 Onderdelen terugvalpreventieplan.

Fase groen	Hoe merk je dat je in fase groen zit?
	Wat kun je doen om in fase groen te blijven?
Fase oranje	Hoe merk je dat je in fase oranje zit?
	Hoe kun je ervoor zorgen dat je weer in de groene fase terechtkomt?
Fase rood	Hoe merk je dat je in fase rood zit?
	Hoe kun je ervoor zorgen dat je weer in de groene fase terechtkomt?
Risicofactoren	Wat zijn jouw risicofactoren en uitlokkers?
Rol omgeving	Wie kun je in vertrouwen nemen?
	Met wie kun je dit plan bespreken?
	Wat kan je omgeving voor je betekenen als het niet goed met je gaat?

- bijwerkingen;
- verminderde therapietrouw;
- twijfels over langetermijngebruik.⁹⁻¹¹

Psychologische interventies voor terugvalpreventie bestaan vaak uit een aantal vaste onderdelen, waaronder:

- een terugvalpreventieplan;
- het monitoren van symptomen;
- psycho-educatie;
- versteviging van zelfmanagementstrategieën;
- het bieden van feedback;
- huiswerkopdrachten.

Deze interventies blijken effectief in het voorkomen van terugval en hebben een additioneel effect op het gebruik van antidepressiva.¹²

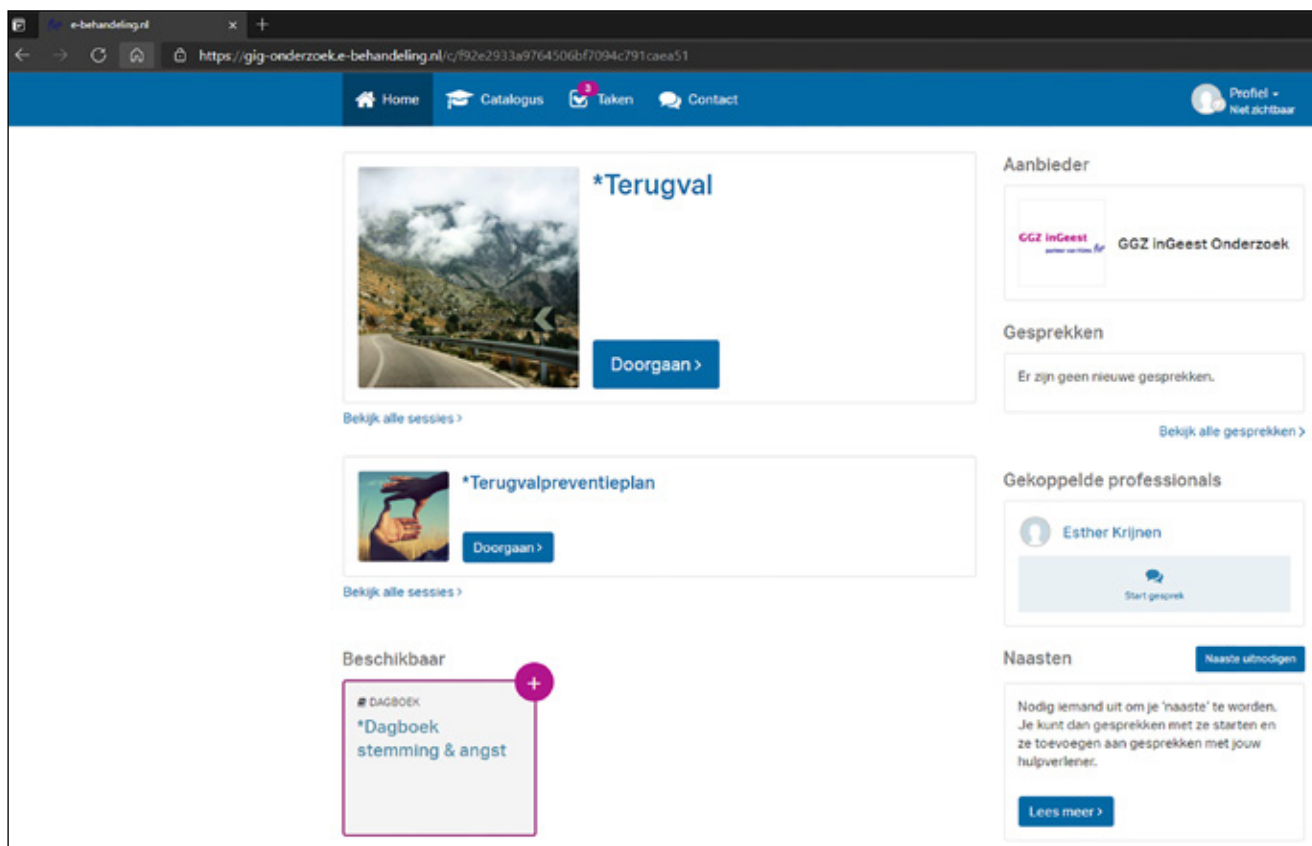
BESCHRIJVING VAN DE INTERVENTIE

Algemene beschrijving van het GET READY-onderzoek

Het GET READY-onderzoek is een pre-experimentele studie, waarbij de gebruiksfrequentie, het beloop van klachten en het verband hiertussen bestudeerd werd op baseline en na drie, zes en negen maanden. Ook zijn ervaringen van patiënten en POH-GGZ met het terugvalpreventieprogramma in kaart gebracht. Het onderzoek is gericht op patiënten die hersteld zijn van een angst- of depressieve stoornis. Dit waren patiënten die eerder behandeling ontvingen in de basis of specialistische GGZ en daarna in volledige of gedeeltelijke remissie waren. De volledige bevindingen van dit onderzoek zijn elders gepubliceerd.¹³

DE IDEALE SITUATIE

In de ideale situatie stelt de patiënt al tijdens de behandelingsfase samen met de behandelaar een terugvalpreventieplan op. Hierin staan kenmerken van de verschillende fases waarin de patiënt kan verkeren (fase groen, oranje en rood), waarschuwingssignalen, actiepunten om in de groene fase te blijven of komen en risicofactoren en uitlokkers (zie tabel 1). Na het afronden van behandeling in de basis en/of specialistische GGZ stuurt de behandelaar een verwijsbrief naar de huisarts en POH-GGZ met informatie over de behandeling en het terugvalpreventieplan. De POH-GGZ nodigt de patiënt dan uit voor een gesprek over wat de patiënt moet doen in geval van dreigende terugval en biedt eventueel zelfmanagementstrategieën aan die de patiënt kan gebruiken. Samen stemmen zij de frequentie van contact af, en de patiënt kan de POH-GGZ laagdrempelig benaderen bij terugkerende klachten.



Figuur 1 Onlineplatform met de drie basiselementen.

De GET READY-interventie

De GET READY-interventie is een (deels online) terugvalpreventieprogramma. Bij het ontwikkelen van de interventie is er expliciet rekening gehouden met de voorkeuren van patiënten, door:

- het aanbieden van gesprekken met een hulpverlener;
- de mogelijkheid tot flexibele tijdsinvestering;
- een persoonlijk terugvalpreventieplan.¹⁴

De interventie werd door praktijkondersteuners huisarts GGZ (POH-GGZ) gedurende negen maanden aangeboden in huisartsenpraktijken door heel Nederland. Naast face-to-facecontacten waarin terugvalpreventie werd besproken en een terugvalpreventieplan werd opgesteld, kregen patiënten ook onlinemodules aangeboden via een e-health platform.

Toepassing van de GET READY-interventie

Het onlinegedeelte van het terugvalpreventieprogramma bevat drie basiselementen en twaalf optionele modules. De basiselementen waarmee patiënten hun klachten kunnen monitoren, zijn

1. de module 'terugval psycho-educatie';
2. de module 'terugvalpreventieplan';
3. een 'angst- en stemmingsdagboek'.

Zodra de module 'terugval psycho-educatie' afgerond wordt, verschijnen de volgende modules in beeld:

- 'depressie psycho-educatie';
- 'angst psycho-educatie';
- 'medicatie psycho-educatie'.

De twaalf optionele modules kunnen patiënten zelf uitkiezen na het afronden van de module 'terugvalpreventieplan'. Deze optionele modules gaan over een breed aantal onderwerpen, waaronder (zie figuur 1):

- slaap;
- gezonde voeding;
- bewegen;
- ontspanning.

De modules kennen allemaal dezelfde opbouw.

- a. Eerst is er uitleg over de globale inhoud van de module.
- b. Dan volgt meer specifieke informatie over het onderwerp.
- c. Dit wordt aangevuld met oefeningen en ervaringen van voorbeeldpatiënten.

Patiënten kunnen in alle modules (behalve de psycho-educatie modules) ook zelf aan de slag met de toepassing van de informatie. De mogelijkheid bestaat feedback te vragen aan de POH-GGZ. De POH-GGZ heeft

toegang tot het account van de patiënt en kan zien of patiënten het angst- en stemmingsdagboek gebruiken voor het monitoren van klachten en of zij de overige modules gebruiken.

De POH-GGZ en de patiënt zagen elkaar minstens één keer gedurende de negen maanden deelname aan het onderzoek. Zij werden aangemoedigd elkaar elke drie maanden te ontmoeten. In het eerste contact werd gestart met het opstellen van het terugvalpreventieplan en werd de frequentie van de contacten met de POH-GGZ afgestemd. In de volgende contacten werden enkele standaardonderwerpen besproken, waaronder de uitkomsten van het angst- en stemmingsdagboek, het gebruik van de onlinemodules en eventuele vragen.

Gewenst eindresultaat

De interventie beoogt terugval te voorkomen, doordat patiënten zich meer bewust worden van hun (beginnende) klachten en beter weten wat zij moeten doen in geval van dreigende terugval.

Hoe maken patiënten gebruik van een terugvalpreventieprogramma?

In het kader van het GET READY-onderzoek werd er informatie verzameld over hoe patiënten de interventie gebruikten. De belangrijkste basismodules (terugval psycho-educatie en terugvalpreventieplan) werden

door 70-74% van de patiënten voltooid, terwijl de optionele modules door minder dan 40% van de patiënten gebruikt werden.¹⁵

Ongeveer 25% van de deelnemers werd gezien als 'reguliere gebruikers', wat inhield dat zij:

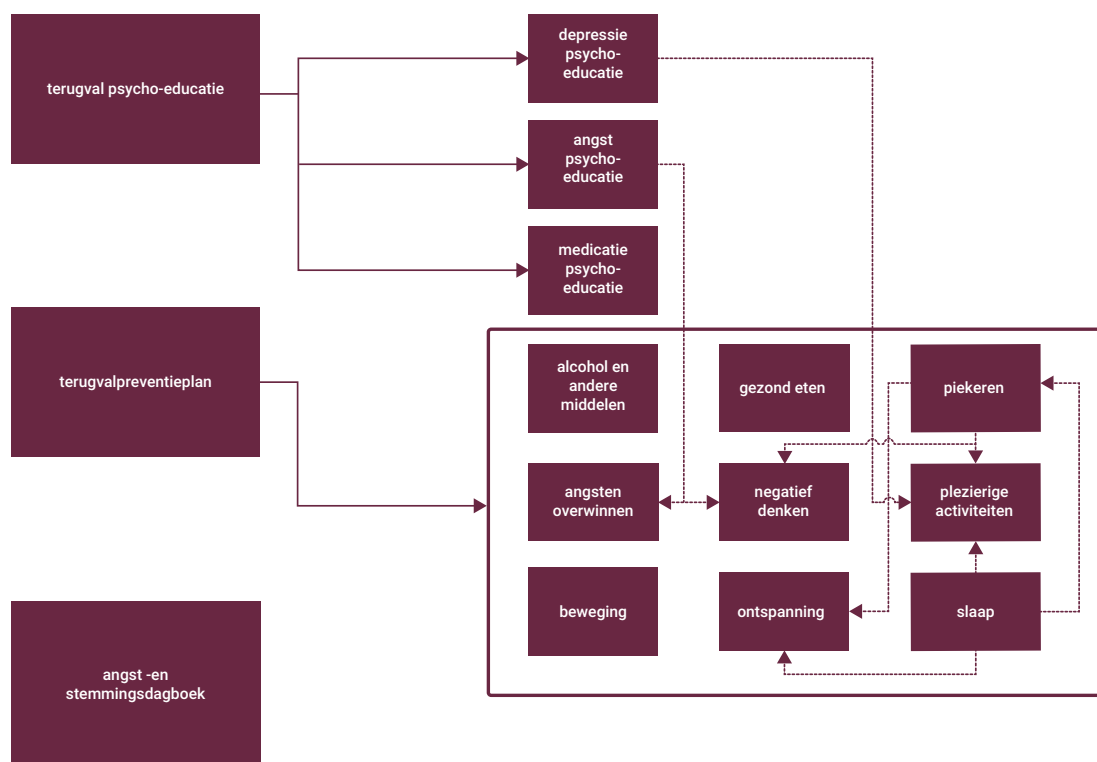
- ten minste één face-to-facecontact met de POH-GGZ hadden na het eerste contact;
- de basismodules hadden voltooid (inclusief minimaal vier dagboekregistraties);
- ten minste één extra module hadden voltooid.

De rest van de patiënten was laaggebruiker. Het gebruik van de onlinemodules daalde vrij snel na de start.

Hoe effectief is het terugvalpreventieprogramma?

Aangezien dit geen experimenteel onderzoek was, konden er geen eenduidige uitspraken gedaan worden over de effectiviteit van de interventie. Ook kon er geen oorzakelijk verband worden aangetoond tussen het gebruik van de interventie en het beloop van de klachten. Toch is geprobeerd hier zicht op te krijgen door op meerdere momenten metingen te verrichten.

- Het bleek dat de meeste patiënten die deelnamen aan het onderzoek stabiel bleven in de klachten.
- Een minderheid van 15% ervoer een terugval in angstklachten en 10% ervoer een terugval in depressieve klachten over een periode van negen maanden.



Figuur 2 Inhoud van de onlinemodules.



Figuur 3 Samen een terugvalpreventieplan maken.

- Opvallend genoeg bleek dat patiënten met meer persoonlijke contacten met de POH-GGZ significant meer angst- en depressieve klachten hadden. Het is daarom de vraag of de contacten met de POH-GGZ voldoende ondersteuning boden om het niveau van de klachten te laten dalen. Het kan ook betekenen dat het onlinegedeelte van de interventie niet voldoende steun bood bij een verergering van klachten, of dat patiënten juist heel adequaat reageerden door met klachten naar de POH-GGZ te gaan.
- Er werd geen verband gevonden tussen het aantal voltooide modules en het aantal dagboekinvullen enerzijds, en het beloop van klachten anderzijds.

WAT VINDEN PATIËNTEN EN POH-GGZ VAN HET TERUGVALPREVENTIEPROGRAMMA?

Er zijn 26 semigestructureerde interviews uitgevoerd met patiënten en POH-GGZ om hun ervaringen met het terugvalpreventieprogramma in kaart te brengen. Ook zijn er twee aanvullende focusgroepen geweest om de bevindingen te toetsen. De resultaten lieten zien dat de gebruikers over het algemeen positief waren over het terugvalpreventieprogramma:¹⁶

- Het vergrootte het bewustzijn van terugvalrisico's.
- Het gaf patiënten een actieve rol in hun eigen herstel.
- Het bevatte naar hun oordeel relevante onderdelen ten behoeve van terugvalpreventie.
- Het bood patiënten een gevoel van veiligheid.
- Daarnaast werden de gebruiksvriendelijkheid en toegankelijkheid gewaardeerd.

Aan de andere kant ervoeren patiënten het als belemmerend om de interventie te (blijven) gebruiken, vanwege:

- gebrek aan motivatie van patiënten;
- gebrek aan herkenbaarheid van de interventie (omdat deze zowel op angst als depressie gericht was);

- het gebrek aan ondersteuning van de POH-GGZ;
- het feit dat patiënten die weinig klachten hadden het lastig vonden de interventie te gebruiken, eenvoudigweg omdat zij hieraan geen behoefte hadden gezien hun stabiliteit.

Patiënten die juist veel klachten hadden, hadden over het algemeen te weinig concentratie en energie om de interventie te (blijven) gebruiken. Voornamelijk patiënten met 'net genoeg' klachten gebruikten de interventie. Het combineren van onlinemodules en face-to-facecontacten met de POH-GGZ werd als essentieel gezien. De POH-GGZ speelde een belangrijke rol in het motiveren en ondersteunen van patiënten om met de onlinemodules aan de slag te gaan.

Casus John (vervolg)

Pas geleden had John een afspraak met zijn POH-GGZ. Elke drie maanden heeft hij een 'check-in' afspraak, waarin hij bespreekt hoe het met hem gaat en hoe hij met uitdagingen in zijn leven is omgegaan. Deze keer besprak hij strategieën om mentaal fit te blijven. Het helpt hem altijd om vrienden te bezoeken, en hij weet dat hij dit moet blijven doen, ook al heeft hij er geen zin in. De POH-GGZ ondersteunde John in

ROL VERPLEEGKUNDIGE EN VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST

DE VERPLEEGKUNDIGE

De verpleegkundige:

- stelt samen met een patiënt een terugvalpreventieplan op en bespreekt daarbij de risicofactoren en waarschuwingssignalen voor terugval;
- is alert op deze risicofactoren en waarschuwingssignalen van dreigende terugval tijdens de begeleiding van de patiënt;
- stemt samen met de patiënt af in hoeverre ondersteuning gewenst is en biedt ondersteuning 'op maat'.

DE VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST

De verpleegkundig specialist GGZ:

- kan in de rol van regiebehandelaar verschillende terugvalpreventie-interventies indiceren en aanbieden, passend bij de behoeften, voorkeuren en zelfmanagementstrategieën van de patiënt;
- kan leiderschap inzetten om de kennis en betrokkenheid van directe collega's met betrekking tot terugvalpreventie te vergroten;
- waarborgt adequate overdracht (inclusief terugvalpreventieplan) bij op- of afschaling van de basis of specialistische GGZ.

STAPPENPLAN

Tips uit de richtlijnen:¹⁹⁻²²

- Besteed aandacht aan terugvalpreventie bij herstelde patiënten.
- Adviseer patiënten bij klachten vroegtijdig contact op te nemen.
- Laat patiënten zelf benoemen welke klachten waarschuwingssignalen kunnen zijn voor terugval.
- Als patiënten een ernstige episode hebben gehad of meer dan drie depressieve episodes hebben gehad dan is het zinvol langdurig te behandelen met antidepressiva en/of psychotherapie (bijv. mindfulness-based cognitieve therapie) om terugval te voorkomen.
- Bied vervolgspraken aan met meer tijd ertussen.
- Stel samen met de patiënt een terugvalpreventieplan op.
- Bespreek de risicofactoren voor terugval.
- Bij afronding van behandeling in de basis en/of specialistische GGZ: stuur een verwijfsbrief naar de huisarts en POH-GGZ met informatie over de behandeling en het terugvalpreventieplan.

dit streven. Verder daagde zij John uit na te denken over andere dingen die hij kan doen om mentaal fit te blijven en meer controle over zijn leven te krijgen. Zij suggereerde dat hij zelfmanagementstrategieën kon gebruiken, zoals meer kennis opdoen over zijn depressie, in een dagboek schrijven om klachten bij te houden en sporten. Samen kozen zij een aantal strategieën waarmee John in de komende drie maanden aan de slag gaat. Hoewel het niet altijd makkelijk voor hem was, voelde het goed om actief te werken aan zijn eigen herstel en zo zelf te ervaren dat het door zijn eigen inzet beter met hem ging. De driemaandelijke afspraak met de POH-GGZ helpt John enorm, omdat zij erg ondersteunend is in het steeds weer zoeken naar mogelijkheden om zijn zelfmanagement te versterken.

ZELFMANAGEMENT

Uit de focusgroep bleek dat patiënten anders naar zelfmanagement keken dan de POH-GGZ:

- De POH-GGZ had de verwachting dat patiënten in voldoende mate zelfmanagementvaardigheden zouden hebben om met klachten of vragen zelf aan de bel te trekken.
- Patiënten vertelden juist dat zij een meer actieve en ondersteunende rol van de POH-GGZ verwacht hadden wanneer hun klachten verergerden.

Zelfmanagement kan een belangrijke rol spelen bij herstel en terugvalpreventie.¹⁷ Het kan echter – juist wanneer men weer klachten krijgt – lastig zijn om

zelfmanagementstrategieën te gebruiken.¹⁸ Vanwege de uiteenlopende verwachtingen over zelfmanagement is het erg belangrijk dat patiënten en POH-GGZ het in het begin eens zijn over het zelfmanagementniveau van de patiënt, en wat diens behoeften zijn aan ondersteuning van de POH-GGZ. Uit de focusgroep bleek dat patiënten de begeleiding van de POH-GGZ erg waardeerden, en dat degenen die minder contacten hadden gehad liever meer intensieve begeleiding hadden ontvangen. Patiënten vonden het wenselijk regelmatig contact te hebben met de POH-GGZ, zodat de POH-GGZ patiënten ook kan motiveren om met zelfmanagementstrategieën en de onlinemodules aan de slag te gaan. ■

LITERATUUR

1. Graaf R de, Have M ten, Gool C van, et al. Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012 Feb 1;47(2):203-13 (<http://link.springer.com/10.1007/s00127-010-0334-8>).
2. Scholten WD, Batelaan NM, Penninx BWJH, et al. Diagnostic instability of recurrence and the impact on recurrence rates in depressive and anxiety disorders. *J Affect Disord.* 2016 May;195:185-90 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.025>).
3. Paykel ES. Partial remission, residual symptoms, and relapse in depression. *Dialogues Clin Neurosci.* 2008;10(4):431-7.
4. Frank E, Prien RF, Jarrett RB, et al. Conceptualization and Rationale for Consensus Definitions of Terms in Major Depressive Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1991 Sep 1;48(9):851 (<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.1991.01810330075011>).
5. Scholten WD, Batelaan NM, Balkom AJLM van, et al. Recurrence of anxiety disorders and its predictors. *J Affect Disord.* 2013;147(1-3):180-5.
6. Hardeveld F, Spijker J, Graaf R de, et al. Recurrence of major depressive disorder and its predictors in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychol Med.* 2013 Jan 31;43(1):39-48 (http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0033291712002395).
7. Batelaan NM, Bosman RC, Muntingh A, et al. Risk of relapse after antidepressant discontinuation in anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis of relapse prevention trials. *BMJ.* 2017;358 (<http://www.bmj.com/content/358/bmj.j3927.short?rss=1>).
8. Geddes JR, Carney SM, Davies C, et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *The Lancet* 2003 Feb 22;361(9358):653-61 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12606176>).
9. Bet PM, Hugtenburg JG, Penninx BWJH, et al. Side effects of antidepressants during long-term use in a naturalistic setting. *European Neuropsychopharmacology* 2013;23(11):1443-51.

* Casus gebaseerd op proefschrift van E. Krijnen-de Bruin. *Relapse prevention in patients with anxiety or depressive disorders*