

Zelfmanagement bij chronische angst en depressie

Veel mensen die lijden aan angsten en depressie worden vaak langdurig behandeld in de specialistische GGZ. De vraag is of dat altijd effectief en nuttig is. Toepassen van zelfmanagement zou patiënten weer meer regie kunnen geven over hun klachten en hun leven en ook dure zorg overbodig maken.

Door: J. Spijker

Angst en depressie zijn tegenwoordig volksziekten geworden die veel voorkomen, een hoge ziektelast veroorzaken en ook nog eens veel maatschappelijke kosten genereren door ziekte-uitval en zorgkosten. De grote impact van angst en depressie komt doordat beide aandoeningen in hoge mate neigen tot recidivering en chroniciteit. Bij patiënten met een depressie heeft rond de 20 procent een chronisch beloop en bij angst zou het rond een derde liggen.

Veel van deze patiënten worden behandeld in de specialistische GGZ en ondanks langdurige en soms intensieve zorg ontstaat geen herstel. Oorzaken hiervoor, en dus voor chroniciteit, zijn complex en bestaan uit een scala van biologische, psychologische en sociale factoren. Ook inadequate behandeling kan uiteraard bijdragen aan het chronisch worden van een angst- of depressieve stoornis. De verwachting is dat zorgprogramma's ertoe bijdragen dat meer patiënten sneller herstellen omdat bewezen effectieve interventies worden toegepast op een methodisch verantwoorde manier. Maar dan nog zullen niet alle patiënten herstellen (of maar gedeeltelijk herstellen) en zal een chronisch beloop kunnen volgen.

De huidige zorg in de GGZ voor patiënten met chronische angst en depressie is vaak langdurige begeleiding door een sociaal-psychiatrische verpleegkundige in combinatie met

medicatiecontroles door een arts-psychiater. Deze zorg is langdurig, niet meer op herstel maar op stabilisatie gericht en er is weinig bekend over de effectiviteit. De vraag is of een ander zorgmodel niet beter en kosteneffectiever is, want de langdurige specialistische zorg voor deze doelgroepen is duur en beperkt ook de capaciteit voor nieuwe patiënten. Ook doet deze langdurige begeleiding vanuit specialistische zorg weinig beroep op eigen draagkracht van de patiënt.

Rehabilitatie zou een antwoord kunnen zijn (Spijker en Van Weeghel, 2011).

Rehabilitatie en zelfmanagement

Rehabilitatie beoogt de nadelen te compenseren die kunnen voorkomen bij mensen met langdurige psychische aandoeningen, op geleide van de doelen die de cliënt zelf wil verwezenlijken (Michon en Van Weeghel, 2008). Rehabilitatieprogramma's richten zich zonder uitzondering op de doelgroep met zogenoemde 'severe mental illness', lees psychose en nauwelijks op patiënten met angst en depressie. Een uitzondering hierop is Illness Management and Recovery (IMR), ontwikkeld in de VS en bestaande uit een scala aan interventies die worden aangeboden aan patiënten met diagnoses als schizofrenie, bipolaire stoornis en depressie. IMR bestaat uit wekelijkse sessies (individueel of in een groep) die erop gericht zijn



Jan Spijker

om een persoonlijke aanpak te ontwikkelen om de ziekte te ‘managen’ en persoonlijke doelen te stellen. Er wordt een gevarieerd pakket aan interventies aangeboden bestaande uit psycho-educatie, oefenen van vaardigheden en cognitieve technieken.

Belangrijk is dat cliënten hun eigen, persoonlijke doelen stellen waarna het programma helpt die om te zetten in acties. Er is veel onderzoek gedaan waaruit blijkt dat de verschillende onderdelen van het programma effectieve interventies zijn (Mueser et al., 2002). Ziektemanagement is een belangrijk onderdeel van IMR en wordt ook wel zelfmanagement genoemd. De term is afkomstig uit de somatische zorg en wordt gebruikt bij chronische aandoeningen zoals diabetes. Verondersteld wordt dat zelfmanagement ook bij psychische klachten een belangrijke rol kan spelen om meer grip te krijgen op de problemen (Lorig, 2003). Zelfmanagement is niet gelijk aan rehabilitatie, waarin de nadruk meer ligt op het compenseren van de gevolgen van de stoornis. Zelfmanagement is meer gericht op de chronische aandoening zelf.

Cursus rehabilitatie door zelfmanagement

Bij Pro Persona GGZ is een cursus rehabilitatie door zelfmanagement voor patiënten met chronische angst en depressie ontwikkeld (Exterkate en Spijker, 2010) gebaseerd op een soortgelijke aanpak bij het AMC, afdeling psychiatrie (Delfgaauw, 2005). De cursus richt zich op patiënten met chronische angst- en/of depressieklachten die ondanks het doorlopen van een aantal behandelstappen in medicamenteus en psychologisch opzicht onvoldoende herstellen. Het is belangrijk om goed in te schatten of nog andere behandelinterventies moeten worden overwogen voordat rehabilitatie wordt geadviseerd. De cursus vormt namelijk de afsluiting van de specialistische zorg waarna de generalistische zorg in de eerste lijn de zorg kan overnemen.

In de cursus wordt aandacht besteed aan het chronische karakter van de klachten en dat verdere behandeling geen herstel zal opleveren. Daarnaast is een belangrijk bestanddeel om vermijding tegen te gaan (wat een grote rol speelt bij chroniciteit) en (sociale) activiteiten weer op te pakken. Ook leert de cliënt de eigen toestand te monitoren met vragenlijsten die de stemming meten en vaardigheden aan te wenden om mogelijke verslechtering vroeg te signaleren en daarmee beter te voorkomen middels een signaleringsplan. De cursus heeft een totale duur van 25 weken met 13 individuele sessies met een hulpverlener (meestal een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige) met wie de verschillende stap-

pen worden doorlopen. Daarna wordt de behandeling in de GGZ afgesloten en moet de eerste lijn de begeleiding overnemen.

Collaborative care

Collaborative care (gecombineerde zorg) lijkt dan een effectief zorgmodel om angst en depressie te behandelen omdat bij collaborative care verschillende disciplines uit de eerste en tweede lijn samenwerken. De zorg wordt vanuit de eerste lijn gecoördineerd door een verpleegkundige met consultatiemogelijkheden naar de tweede lijn. Monitoren van het klachtenbeloop staat centraal, indien nodig inzet van evidence-based behandelingen en ruime aandacht voor zelfmanagement en rehabilitatie. Het is echter niet duidelijk of dit model ook voor chronische klachten beter is. Toch ligt het voor de hand dat een gecombineerd zorgmodel waarin de eerste lijn en de tweede lijn samenwerken bij patiënten met chronische depressie en angst ook in Nederland een aanvulling betekent op het zorgaanbod. De patiënt wordt dan begeleid door een care manager, dat zou in de Nederlandse praktijk een POH-GGZ (praktijkondersteuner GGZ) of een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, werkzaam in de eerste lijn, kunnen zijn. De huisarts is primair verantwoordelijk voor het zorgplan en de tweede lijn is op consultatiebasis beschikbaar. De basis voor het zorgplan is dan gelegd door de cursus rehabilitatie door zelfmanagement.

Onderzoek

De kennis over rehabilitatie en zelfmanagement bij chronische angst en depressie staat nog in de kinderschoenen. Rond de cursus rehabilitatie door zelfmanagement is een onderzoek gestart door het Trimbos-instituut in samenwerking met NedKAD (Nederlandse Kenniscentrum voor Angst en Depressie) en gefinancierd door het Innovatiefonds van de Zorgverzekeraars, genaamd ZemCAD (zelfmanagement bij chronische angst en depressie). In 13 GGZ-instellingen wordt de cursus aangeboden en vergeleken met de gebruikelijke zorg. Er zijn 141 patiënten met chronische angst en/of depressie geïncludeerd in de studie. In het onderzoek wordt ook gekeken of de afsluiting van specialistische zorg mogelijk is en de eerste lijn in staat is de zorg over te nemen. Over enige tijd hopen we dan meer zicht te hebben op het nut van deze aanpak bij mensen met chronische angst en depressie. Er zijn momenteel veel initiatieven richting een basis GGZ rondom de huisarts, maar vooralsnog lijkt die zich sterk te richten op de patiënten met lichte psychische klachten waarvoor specialisti-

sche zorg niet nodig is. Het is belangrijk om ook de doelgroep van patiënten met chronische psychische klachten, bij wie de specialistische zorg wordt afgesloten, op te nemen in de basis GGZ en voor deze groep een passend zorgmodel te ontwikkelen. Deze groep zal uiteraard veel patiënten met chronische angst- en depressieklachten betreffen en rehabilitatie en zelfmanagement zullen in die zorg een grote plaats moeten innemen.

Het alternatief dat deze patiënten in de tweede lijn behandeld blijven is niet aantrekkelijk. Ten eerste is het duur omdat de tweedelijnszorg meer geld kost. Maar belangrijker is dat voortgezette behandeling in de tweede lijn, zonder duidelijk behandelplan, te weinig een beroep doet op de eigen kracht van patiënten en daarmee chroniciteit in stand houdt.

Literatuur

Delfgaauw, P.G., *Rehabilitatie bij depressie. Ambulante ver-*

pleegkundige begeleiding voor de ernstig chronisch depressieve patiënt (Rehabilitation in depression. Ambulatory nursing treatment for the severely chronic depressive patient), Academic Medical Center, Amsterdam, 2005.

Exterkate, C.C. en J. Spijker, *Rehabilitatie bij angst en depressie. Een cursus voor cliënten met chronische en therapieresistente angst en depressie*, Pro Persona, Arnhem, 2010.

Lorig, K., Self-management education: more than a nice extra, *Medical Care*, 41, 2003, 699-701.

Michon, H. en J. van Weeghel, *Rehabilitatie-onderzoek in Nederland: Overzicht van onderzoek en synthese van bevindingen in de periode 2000 – 2007*, Trimbos-instituut en Kenniscentrum Rehabilitatie, Utrecht; ZonMw, Den Haag, 2008.

Mueser, K.T. et al., Illness management and recovery: a review of the research, *Psychiatric Services*, 2002, 53, 1272-1284.

Spijker, J. en J. van Weeghel, *Rehabilitatie bij chronische depressie*. In: *Psychiatrische rehabilitatie Jaarboek 2010-2011*, redactie S. van Rooijen en J. van Weeghel, SWP Amsterdam, 2011.

Informatie over de auteur

Prof.dr. Jan Spijker is psychiater en hoofd zorgprogramma Stemningsstoornissen Pro Persona, Nijmegen, tevens hoogleraar Chronische Depressie Radboud Universiteit Nijmegen en senior wetenschappelijk medewerker Trimbos-instituut, Utrecht.

infoland 
stroomlijnt kwaliteit en informatie

iRisk: Alle risico's onder controle

Iedere organisatie heeft te kampen met risico's. Vooralsnog blijft de aanpak van risicomanagement vaak gefragmenteerd. Risicomanagement is daarmee te veel ad hoc, niet gecoördineerd en niet systematisch. Met enterprise risicomanagement (ERM) levert uw organisatie een betrouwbaar organisatiebreed risicoprofiel op.

Ons nieuwste product iRisk ondersteunt u bij ERM, gericht op alle risico's verbonden aan de activiteiten en de financiering van uw organisatie.

Kijk voor meer informatie op www.infoland.nl/kiz



kwaliteitsmanagement | veiligheidsmanagement | **risicomanagement** | auditmanagement | procesmanagement