

Samenwerken in de zorg voor ernstig depressieve patiënten: broodnodig, maar aartsmoeilijk?

Kris Van den Broeck

Met een geschatte *lifetime* prevalentie van 14,6% (Bromet et al., 2011) is depressie een van de vaakst voorkomende psychiatrische stoornissen in onze contreien. Depressie heeft bovendien een behoorlijke persoonlijke en maatschappelijke impact (World Health Organization, 2012). Uit verschillende cijfers blijkt daarenboven dat depressies vaak niet adequaat behandeld worden. Globaal genomen, zo schatten Fernández et al. (2012), krijgt slechts de helft van de depressieve patiënten in Europa de behandeling die volgens de richtlijnen het meeste effect bij hen zou ressorteren. Het gaat mis op verschillende fronten. Veel depressieve patiënten raken bijvoorbeeld niet tot bij een hulpverlener (Gisle, 2014), en depressieve episodes worden niet altijd onderkend (Mitchell, Vaze, & Rao, 2009). Dikwijls wordt er een verkeerde behandeling opgestart. Zo verlaat meer dan de helft van de patiënten met een lichte depressie de spreekkamer van de arts met een voorschrift voor antidepressiva, en wordt de aanbeveling ‘pillen en praten’ maar voor een op de drie ernstig depressieve patiënten in praktijk gebracht (Boffin, Declercq, & Van Casteren, 2010). Ten slotte gaat het ook bij de nazorg geregeld fout: patiënten stoppen te vroeg met antidepressiva en slechts een minderheid van de patiënten krijgt een of andere vorm van psychosociale follow-up (Melartin et al., 2005), waardoor het risico op terugval onvoldoende gecontroleerd wordt.

Voor de aanpak van complexe (bijvoorbeeld diabetes), langdurige (bijvoorbeeld revalidatie na een cerebrovasculair accident) of terugkerende (bijvoorbeeld reumatoïde artritis) problemen wordt tegenwoordig vaak gewerkt volgens een *collaborative care*-paradigma. Collaborative care impliceert de betrokkenheid van een huisarts en minstens één ander specialisme (Gunn, Diggins, Hegarty, & Blashki, 2006). Uiteraard moeten deze zorgverleners onderling goed communiceren, maar ook de aanwezigheid van een gedragen en gedeeld behandelplan wordt beklemtoond. Idealiter is het plan gestructureerd en zijn er systematische follow-up-afspraken in opgenomen om de behandelresultaten te monitoren en zo nodig bij te sturen (Gunn et al., 2006). Ook voor de behandeling van ernstige depressieve klachten beveelt menige richtlijn tegenwoordig een *collaborative care* aanpak aan (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2017; National Institute for Health and Care Excellence, 2012; Spijker et al., 2013). Een recente Cochrane meta-analyse suggereert inderdaad dat een gestructureerde, multidisciplinaire aanpak sneller leidt tot het afnemen van de depressieve klachten, en tot een meer adequaat gebruik van antidepressiva (Archer et al., 2012). Collaborative care blijkt bovendien te resulteren in een betere therapietrouw (Thota et al., 2012), en in meer tevredenheid over de geleverde zorg, zowel bij patiënten (Thota et al., 2012) als bij zorgverleners (Byng et al., 2004).

Maar wie in de (geestelijke) gezondheidszorg werkt, weet maar al te goed dat samenwerken moeilijker is dan het klinkt. Het kost soms veel tijd en moeite om de grenzen tussen disciplines of de muren tussen een huisartsenpraktijk en een kliniek te slechten. Bovendien is collaborative care een breed begrip – bovenstaande definitie kan op ontelbare manieren geoperationaliseerd worden. In opdracht van het Belgian Psychotropics Expert Panel trachten we in kaart te brengen wat er van belang is om te komen tot een werkzaam en werkbaar samenwerkingsmodel voor de behandeling van ernstige depressieve episodes. Daarnaast werd in kaart gebracht hoe Belgische zorgverleners tegenwoordig in de zorg voor depressieve patiënten samenwerken, en wat er nodig en haalbaar is om tot meer collaborative care te komen.

Studies

Collaborative care in de literatuur

Om een idee te krijgen van wat er nodig is om te komen tot een werkzaam samenwerkingsverband in de zorg voor depressie, voerden we een systematische review uit van recente (< 10 jaar) richtlijnen voor de behandeling van deze stoornis. Maar naast effectiviteit is ook efficiëntie van belang: het mag niet omslachtig zijn om samen te werken. Omdat richtlijnen steeds achter de praktijk en onderzoeksbevindingen aanhollen, voerden we een extra, gestructureerde literatuurstudie uit, waarbij we inzoomden op Europese operationalisaties van collaborative care. Systematische screening en toetsing op kwaliteit leidde tot de selectie van 8 richtlijnen en 28 papers die betrekking hadden op 16 modellen. We beperken ons hier tot een samenvatting van de resultaten; voor een gedetailleerde beschrijving van de onderzoeksopzet en de resultaten verwijzen we naar Van den Broeck, Remmen, Vanmeerbeek, Destoop, en Dom (2016).

Samenwerking en communicatie komen in alle richtlijnen in meer of mindere mate aan bod als elementen die thuishoren in alle fasen van het behandelproces, maar over het algemeen besteden de doorgaans lijvige richtlijnen relatief weinig aandacht aan de manier waarop collaborative care vormgegeven moet worden. Mogelijk kan dit verklaard worden doordat de evidentie wat dat betreft beperkt en recent is. Wel wordt meestal geëxpliciteerd in welke omstandigheden een huisarts beter verwijst (bijvoorbeeld: suïciderisico, comorbiditeit, onvoldoende behandel succes et cetera). Ook kan het volgens de meeste richtlijnen zinvol zijn tijdens de behandeling over een multidisciplinair zorgplan te beschikken. Een dergelijk plan komt bij voorkeur tot stand in samenspraak met de patiënt. Het bevat de roldefinities en beschrijft de taakverdeling (inclusief casemanagement), anticipeert op crises, en wordt bij voorkeur ook met familieleden van de patiënt gedeeld. Onder andere de mate waarin zorgverleners contact hebben met de patiënt en met elkaar, de mogelijkheid van super- en intervisie, en de synchroniciteit van de zorg dragen er waarschijnlijk toe bij dat een zorgplan wordt gevolgd en werkt, aldus de richtlijnen. Ten slotte zijn de richtlijnen gelijklopend over het grote belang van de coördinatie van de zorg na de acute fase, maar ook hiervoor worden weinig directieven geformuleerd.

De extra literatuurstudie leverde meer inspiratie op: het onderzoek beschrijft nauwkeurig hoe collaborative care wordt geoperationaliseerd. Meestal is de huisarts verantwoordelijk voor het diagnosticeren van de depressieve episode. De redenen die men hanteert voor verwijzing naar de tweede lijn komen grosso modo overeen met wat er in de richtlijnen wordt opgesomd. In nagenoeg alle beschreven modellen keren twee elementen steeds terug: 1) casemanagement, en 2) het gebruik van technologie. Waar sommige richtlijnen uitsluitend huisartsen of psychiaters geschikt achten als casemanager, zien we in deze studie een verscheidenheid aan profielen die deze rol vervullen: verpleegkundigen, psychotherapeuten et cetera. Het gebruik van technologie dient meerdere doelen. Het gaat van een gedeelde agenda (zodat huisartsen onmiddellijk een afspraak voor een patiënt bij de psychiater kunnen inplannen) tot een afgeschermd communicatieplatform en tools die het proces bewaken (bijvoorbeeld reminders voor hertesting of toepassingen die ervoor zorgen dat de psychiater-casemanager wordt ingelicht wanneer de patiënt niet komt opdagen bij de huisarts). Veelal worden gepersonaliseerde behandelplannen opgesteld, waarin behandelsucces en therapietrouw regelmatig worden gemeten. Er wordt veel belang gehecht aan de onderlinge bereikbaarheid van professionals, en supervisie-, intervisie- of overlegmomenten, structureel of ad hoc, maken vaak deel uit van het collaboratievecareprotocol. Deze studie heeft echter ook zijn beperkingen. Vaak werden suïcidale patiënten uitgesloten, waardoor er over de effectiviteit van deze behandelmodellen voor deze patiënten weinig tot niets bekend is. De papers beperken zich verder tot de acute fase; hoe de professionals de nabehandeling aanpakken, wordt vrijwel niet besproken. Ook werd niet altijd duidelijk in welke mate de ingestelde monitoring deel uitmaakte van het behandelprotocol, dan wel of ze gebeurde in functie van een lopend onderzoek.

Ten slotte, zowel de richtlijnen als de geselecteerde papers wijzen erop dat lokaal beleid en financieringsystemen een belangrijke faciliterende of belemmerende rol kunnen spelen bij de uitbouw van interdisciplinaire samenwerkingsverbanden.

Collaborative care in de praktijk in België

Om meer zicht te krijgen op de Belgische praktijk organiseerden we in oktober 2015 twee gemengde focusgroepen (in Antwerpen en Luik) bestaande uit huisartsen en psychiaters. We vroegen de deelnemers naar hun goede en minder goede ervaringen met interprofessionele samenwerking in de zorg voor ernstig depressieve patiënten. Twee maanden later nodigden we dezelfde deelnemers opnieuw uit om in nominale groepen' oplossingen te genereren en/of suggesties aan te dragen ter verbetering van de samenwerkingsverbanden. Voor meer details over de steekproeven en de concrete werkwijze verwijzen we naar Van den Broeck et al. (ter perse). Hier volstaan we met een beknopt overzicht van de resultaten.

Een eerste belangrijke vaststelling is dat huisartsen en psychiaters soms langs elkaar heen lijken te praten wanneer het gaat over psychische problemen. Anders dan de prevalentiecijfers doen vermoeden, stellen huisartsen dat ze weinig depressieve patiënten zien. In de verhalen van de huisarts staan vaak andere klachten op de voorgrond. Huisartsen spreken soms over 'urgente situaties' – (dreigende) agressieve patiënten die niet gemakkelijk te motiveren zijn voor een verwijzing – waarin ze zich alleen en machteloos voelen. De psychiaters mogen dan

wel sussen (“Er is weinig urgent in de psychiatrie; er zijn veeleer crises.”), het is duidelijk dat steun voor de huisarts niet misplaatst is. In de nominale groepen werd gesuggereerd dat dit kan door kennis- en competentieontwikkeling, het beschikbaar stellen van een volledige en actuele sociale kaart, het installeren van een hulplijn, of, meer structureel, samen te werken in kleine netwerken bestaande uit vaste partners. Zo kan een huisarts terugvallen op andere zorgverleners van wie hij de competenties kent.

Verder merkten we dat huisartsen en psychiaters al in de focusgroepen duidelijke verwachtingen naar elkaar uitspraken. Zo zien psychiaters het als een taak van de huisarts om goed te diagnosticeren en patiënten te motiveren voor verwijzing. Ze verwachten bovendien dat de verwijzing goed is voorbereid, dit wil zeggen dat bij de verwijzing een grondige anamnese en duidelijke hulpvraag wordt gevoegd. Zo kan de behandeling sneller beginnen en kunnen wachtlijsten misschien worden ingeperkt. Huisartsen van hun kant vragen dat psychiaters beter communiceren tijdens de behandeling. Communicatie via de patiënt alleen volstaat niet. De huisartsen verlangen geen uitgebreid inhoudelijk verslag, wel wensen ze eerder op de hoogte gesteld te worden van de therapietrouw, ingestelde medicatie, doelstellingen, prognose, et cetera. Verder zouden er duidelijke afspraken over de taakverdeling moeten worden gemaakt. Het lijkt bijvoorbeeld evident dat de medicatie voorgeschreven wordt door de psychiater zo lang hij bij de behandeling betrokken is, maar in de praktijk gebeurt dat niet altijd, waardoor behandelaars vaak geen overzicht hebben over welke medicatie een patiënt gebruikt. Ten slotte willen huisartsen dat psychiaters hen bijstaan om het follow-uptraject goed in te vullen. Ze willen bijvoorbeeld concrete richtlijnen rond het gebruik van psychofarmaca in die periode en zouden graag al voor ontslag de toekomstige zorgplanning bespreken.

Het is opmerkelijk dat huisartsen en psychiaters vooral naar elkaar kijken om de samenwerking te verbeteren en dat het hierbij gaat om relatief eenvoudige afspraken. Verder vinden ze dat de communicatie zal verbeteren wanneer ze kunnen beschikken over een veilig elektronisch communicatiemiddel, want professionals in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) zijn vaak moeilijk bereikbaar, aldus de huisartsen.

Andere boeiende vaststellingen hebben betrekking op deontologische aspecten en de inzet van een psycholoog. Zo is het duidelijk dat er geen interdisciplinaire consensus is over het gedeeld beroepsgeheim. Huisartsen vinden het belangrijk dat ze het overzicht bewaren over de zorg die hun patiënten krijgen, en willen dan ook geïnformeerd worden wanneer een patiënt zonder hun medeweten een psychiater of psycholoog consulteert. Psychiaters van hun kant hebben slechte ervaringen met huisartsen die als arts-van-de-familie onvoldoende discretie in acht nemen tegenover familieleden van patiënten. En uiteraard hebben ook patiënten wensen op dit vlak. Wat psychologen betreft, zijn huisartsen en psychiaters het erover eens dat de prestaties van psychologen gehonoreerd moeten worden; er moet snel een terugbetalingsregeling komen. Maar huisartsen lijken de psycholoog beter te accepteren dan de psychiaters: psychologen zouden vlotter toegankelijk zijn en doorgaans beter communiceren; de eerstelijnspsychologen krijgen een warm onthaal. Psychiaters wijzen er echter op dat de positie van de psycholoog ten aanzien van de andere disciplines verhelderd moet worden wanneer hij betrokken is bij de behandeling.

In de verbetervoorstellen die in de nominale groepen werden geopperd, zijn drie niveaus te onderscheiden (zie ook tabel 1). Er zijn voorstellen die schijnbaar relatief eenvoudig in de dagelijkse manier van werken te implementeren zijn (microniveau; bijvoorbeeld afspreken wie wanneer wat communiceert met wie). Andere voorstellen hebben betrekking op het creëren van een context waardoor collaborative care mogelijk wordt (macroniveau; bijvoorbeeld aangepaste (terug)betalingsmechanismen voor overleg, langere consultaties, casemanagement et cetera). En er zijn suggesties ter ondersteuning van al geïnstalleerde samenwerkingsverbanden (mesoniveau; bijvoorbeeld elkaar beter leren kennen tijdens bijscholingsbijeenkomsten, maar mogelijk ook bij informele gelegenheden). Hoe hoger het niveau, hoe meer maatschappelijke resources nodig zijn om de voorstellen te verwezenlijken. Hoewel veel voorstellen op microniveau te situeren zijn, leiden we uit de puntentelling van de deelnemers af dat zij het op dit moment belangrijker vinden dat er geïnvesteerd wordt in factoren die noodzakelijk zijn om collaborative care te kunnen installeren, dan wel in elementen die collaborative care ondersteunen. De meest prioritaire en populaire suggesties vinden we immers terug op die niveaus (een veilig en gebruiksvriendelijk informatie-uitwisselingssysteem; terugbetaling psychotherapie; elkaar (leren) kennen).

[T a b e l 1] Voorstellen ter verbetering van de samenwerking tussen huisartsen en psychiaters.

Macroniveau: noodzakelijke voorwaarden om collaborative care te installeren

- Veilige en gebruiksvriendelijke technologie ter ondersteuning van de communicatie
- Duidelijkheid omtrent het (gedeeld) beroepsgeheim
- Terugbetaling van psychotherapie verricht door psychologen
- Aangepaste (terug)betalingsmechanismen

Mesoniveau: maatregelen ter ondersteuning van collaborative care

- Elkaar (leren) kennen (zowel formeel als informeel)
- Werken in kleine netwerken met vaste partners
- Ondersteuning voor huisartsen in termen van bijscholing, een hulplijn, een geactualiseerde sociale kaart (online?)

Microniveau: snel te implementeren

- Duidelijke afspraken over bereikbaarheid en beschikbaarheid van professionals
- Duidelijke afspraken maken over wat professionals wanneer en hoe moeten communiceren
- Duidelijke afspraken maken over de rollen en taken van professionals
- Interprofessionele intervisiemomenten inrichten om hun (samen)werking te bespreken
- Casemanagement en monitoring includeren in het dagelijks werk met ernstig depressieve patiënten

Ten slotte viel het ons op dat de netwerken die binnen artikel 107² werden opgericht relatief weinig aandacht kregen in de groeps gesprekken. In Wallonië kregen deze initiatieven wat meer aandacht; men organiseert daar ook geregeld *des réunions de concertation*. In Vlaanderen ging de aandacht meer uit naar de centra voor ggz. Uiteraard kan dit een methodologisch artefact zijn: in kwalitatief onderzoek hangt veel af van de selectie van de deelnemers. En de interpretatie van kwalitatieve data staat ook niet los van (de achtergrond) van de betrokken onderzoekers. Hiertegen wapenden we ons door een multidisciplinair onderzoeksteam samen te stellen, bestaande uit huisartsen, psychiaters, een psycholoog en een socioloog.

Nabeschouwingen en aanbevelingen

De deelnemers aan ons onderzoek geven aan dat er ruimte is voor verbetering van de interprofessionele samenwerking bij de behandeling van depressieve patiënten. De aard van de voorstellen is doorgaans specifiek voor depressie, wat doet vermoeden dat er in de zorg voor mensen met een psychische kwetsbaarheid in het algemeen beter kan worden samengewerkt.

Hoewel psychologen niet vertegenwoordigd waren in de focusgroepen – budgettaire beperkingen lagen aan deze beslissing ten grondslag – menen we toch dat ook zij, als gedragswetenschappers en professionele hulpverleners, uit deze studies zinvolle conclusies kunnen trekken. Zo lijkt het belangrijk om binnen multidisciplinaire begeleidingstrajecten steeds klaarheid te scheppen over de rol en taken die iedere zorgverlener vervult. Psychologen moeten verder (blijven) netwerken met andere relevante spelers in het veld. Veel huisartsen weten immers erg weinig over psychotherapie en hebben moeite om de ontwikkelingen in ons veld te volgen. Maar de deelnemers aan onze studie onderstreepten meermaals dat zorgverleners die elkaar en elkaars capaciteiten en werkwijze kennen, veel vaker en beter samenwerken. Het is dus in ieders belang dat psychologen zich kenbaar maken. Dat kan informeel – waarom geen receptie organiseren voor professionals uit de regio? –, maar uiteraard ook formeel – psychologen kunnen bijvoorbeeld het initiatief nemen tot systematisch ingeplande interprofessionele intervisiemomenten.

Uiteraard moeten psychologen en psychotherapeuten goed communiceren, zij het beknopt, en bijvoorbeeld in eerste instantie over hoe en wanneer ze voor verwijzers te bereiken zijn. Een kwestie die hiermee verbonden is, betreft het gebrek aan consensus omtrent het gedeelde beroepsgeheim, een debat dat samenhangt met het imago van de psychiatrie en psychische stoornissen. Immers, als het taboe wegvalt, zal er meer openheid en aanvaarding zijn, en is afscherming van informatie ten opzichte van somatische zorgverleners wellicht minder nodig. Ook aan dit debat dienen psychologen (en patiënten) deel te nemen.

Het is opmerkelijk dat er veel, relatief eenvoudige strategieën worden geformuleerd die snel geïmplementeerd zouden kunnen worden in de dagelijkse manier van werken (op microniveau), maar dat men toch primair andere klemtonen legt (op meso- en macroniveau). Voor de aanpassingen op microniveau kijken psychiaters vooral naar de huisartsen en vice versa. Gedragstherapeuten zouden dit wellicht onder vermijdingsgedrag categoriseren. Of is er vooral weerstand omdat men niet gelooft dat de extra tijdsinvestering zal renderen in termen van effectiviteit, inkomsten of kwaliteit van en tevredenheid over de geleverde zorg? Kunnen doorgewinterde psychotherapeuten deze instelling keren?

Ook moet opgemerkt worden dat 'leren samenwerken' vandaag nog steeds maar beperkt aan bod komt in de opleidingscurricula van zorgverleners. Een uitzondering hierop vormt de module 'Interprofessioneel Samenwerken in de Gezondheidszorg', die al enkele jaren wordt aangeboden door de Universiteit Antwerpen en de Antwerpse hogescholen waar zorgprofessionals worden opgeleid. In gemengde groepen leren professionals in spe reflecteren over

interprofessionele interacties, over hoe ze met elkaar kunnen communiceren, en wat ze van elkaar kunnen verwachten.

Maar uiteraard heeft ook de overheid hier een verantwoordelijkheid. Het is bekend dat het gedrag van zorgverleners relatief goed gestuurd kan worden met nomenclatuurcodes. Daarnaast kan de overheid invloed uitoefenen door het belang van interprofessioneel samenwerken te beklemtonen in de regelgeving. Daar werd inmiddels een begin mee gemaakt; de Belgische federale minister van Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu, Maggie De Block, kondigde in september 2016 aan werk te willen maken van een vernieuwd wetgevend kader voor de gezondheidszorg. Het Koninklijk Besluit 78, dat al een halve eeuw bepaalt wie de geneeskunde mag beoefenen, is door de talrijke aanpassingen en toevoegingen onleesbaar geworden, zo stelt het kabinet van de minister. Nieuwe bewoordingen moeten recht doen aan de complexiteit van de actuele zorg en de krijtlijnen trekken voor toekomstige ontwikkelingen in de zorg. Meer multidisciplinaire en geïntegreerde gezondheidszorg is, naast gezondheidszorg op maat van de patiënt en de competenties van de zorgverleners, een belangrijke insteek bij deze vernieuwing. Ten slotte, de overheid kan platformen creëren, bijvoorbeeld met het doel het imago van de ggz op te poetsen, de aansluiting op e-informatie-uitwisselingssystemen van zorgverleners van allerlei slag te bevorderen, de competenties met betrekking tot samenwerken aan te scherpen, het debat over het beroepsgeheim te faciliteren, de samenwerking tussen zorgverleners, zorgverzekeraars en bedrijfsartsen te verbeteren enzovoort.

Er is dus veel werk aan de winkel, maar samenwerken begint met erover te spreken. De gesprekken die zorgverleners in het kader van dit onderzoek voerden, waren waardevol. We hadden de indruk dat huisartsen en psychiaters elkaar en elkaars manier van werken na afloop van de focusgroepen beter begrepen.

Noten

1. Nominale groepen verlopen volgens een vaste structuur. Wij begonnen met een overzicht van de (kwalitatieve) analyses van de focusgroepen. Daarna dacht elke deelnemer zelfstandig na over de vraag: 'Met welke haalbare veranderingen, die voldoen aan de verwachtingen van huisartsen en psychiaters, kan de samenwerking tussen huisartsen en tweedelijns-ggz-professionals bij de behandeling van ernstig depressieve patiënten verbeterd worden?'. Alle suggesties werden verzameld, waarbij sommige bij consensus werden samengevoegd. Vervolgens gaf elke deelnemer punten: 5 aan het voorstel dat hem het best leek, 4 aan het volgende voorstel enzovoort. Voorstellen die de meeste punten krijgen, zijn prioritair. Voorstellen die van de meeste deelnemers punten krijgen, zijn populair.
2. Artikel 107 is een specifiek wetsartikel binnen de ziekenhuiswet met als doel de vermaatschappelijking van de ggz, onder andere door beddenreductie en investeringen in mobiele teams.

Literatuur

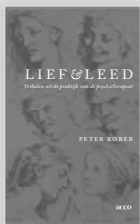
- Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, ... Coventry, P. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(10), CD006525. doi:10.1002/14651858.CD006525.pub2
- Boffin, N., Declercq, T., & Van Casteren, V. (2010). Patiënten met een nieuwe episode van depressie in de huisartsenpraktijk in het Nederlandstalig Gewest: gegevens van het Belgisch netwerk van Huisartsenpeilpraktijken in 2008. Brussel: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Geraadpleegd via <http://docplayer.nl/12825763-Nicole-boffin-1-tom-declercq-2-en-viviane-van-casteren-1-1-wetenschappelijk-instituut-volksgezondheid.html>
- Bromet, E., Andrade, L.H., Hwang, I., Sampson, N.A., Alonso, J., de Girolamo, G., ... Kessler, R.C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9, 90. doi:10.1186/1741-7015-9-90
- Byng, R., Jones, R., Leese, M., Hamilton, B., McCrone, P., & Craig, T. (2004). Exploratory cluster randomised controlled trial of shared care development for long-term mental illness. *British Journal of General Practice*, 54, 259-266.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. (2017). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie. Unipolare Depression – Kurzfassung (2. Auflage, Version1). Berlin, Deutschland: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. doi:10.6101/AZQ/000366
- Fernández, A., Haro, J.M., Martínez-Alonso, M., Demyttenaere, K., Brugha, T.S., Autonell, J., ... Alonso, J. (2007). Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 172-173. doi:10.1192/bjp.bp.106.023507
- Gisle, L. (2014). Geestelijke gezondheid. In J. Van der Heyden, & R. Charafeddine (Red.), *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn* (pp. 797-953). Brussel: WIV-ISP.
- Gunn, J., Diggins, J., Hegarty, K., & Blashki, G. (2006). A systematic review of complex interventions designed to increase recovery from depression in primary care. *BMC Health Services Research*, 6, 88. doi:10.1186/1472-6963-6-88
- Melartin, T.K., Ryttsälä, H.J., Leskelä, U.S., Lestelä-Mielonen, P.S., Sokero, T.P., & Isometsä, E.T. (2005). Continuity is the main challenge in treating major depressive disorder in psychiatric care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 220-227. doi:10.4088/JCP.v66n0210
- Mitchell, A., Vaze, A., & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: A meta-analysis. *The Lancet*, 374, 609-619. doi:10.1016/S0140-6736(09)60879-5
- National Institute for Health and Care Excellence (2012). *Depression: Evidence update April 2012*. Geraadpleegd via <https://www.evidence.nhs.uk/Search/Depression+in+adults+Evidence+Update+2012+Final+Version.pdf>
- Spijker, J., Bockting, C.L.H., Meeuwissen, J.A.C., Van Vliet, I.M., Emmelkamp, P.M.G., Hermens, M.L.M., & Van Balkom, A.L.J.M. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn depressie (3e revisie): richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut. Geraadpleegd via <https://www.ggzrichtlijnen.nl/depressie>
- Thota, A., Sipe, T.A., Byard, G.J., Zometa, C.S., Hahn, R.A., McKnight-Eily, L.R., ... Williams, S.P. (2012). Collaborative care to improve the management of depressive disorders: A community guide systematic review and meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 42, 525-538. doi:10.1016/j.amepre.2012.01.019

- Van den Broeck, K., Ketterer, F., Remmen, R., Vanmeerbeek, M., Destoop, M., & Dom, G. (ter perse). Why collaborative care for depressed patients is so difficult: A qualitative study. *International Journal of Integrated Care*.
- Van den Broeck, K., Remmen, R., Vanmeerbeek, M., Destoop, M., & Dom, G. (2016). Collaborative care regarding major depressed patients: A review of guidelines and current practices. *Journal of Affective Disorders*, 200, 189-203. doi:10.1016/j.jad.2016.04.044
- World Health Organization. (2012). *Health statistics and information systems. Estimates for 2000-2012. DALY estimates by region*. Geraadpleegd via www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html

Personalia

Kris Van den Broeck is doctor in de psychologie. Hij is directeur van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie en postdoctoraal onderzoeker aan de faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de Universiteit Antwerpen.

E-mail: kris.vandenbroeck@uantwerpen.be



Lief en leed

Peter Rober

*“Voor we beginnen, wil ik duidelijk zijn.
Ik wil niet dat je mij behandelt als een geval.
Ik wil dat je naar me luistert.”*

Zo begint dit boek. We horen er stemmen die vaak niet gehoord worden. Het zijn de stemmen van mensen die in psychotherapie zijn. Ze vertellen over lief en leed: over anorexia nervosa, autisme, seksueel misbruik, vechtscheiding, angst, zelfverwonding, depressie, psychose, rouw, chronische ziekte, ouder worden... Soms is er ook alleen de stilte, omdat het te moeilijk is om sommige ervaringen onder woorden te brengen.

De verhalen zijn aangrijpend, verdrietig, opstandig, koppig. Soms humoristisch en luchtig, maar meestal niet. De zwaarte van het leven klinkt door, en ook de echo van de moedige en liefdevolle pogingen om zin te geven aan het leven, ondanks tegenslag.

Lief en leed is een boek dat je niet koud laat. Het raakt omdat de cliënt de psychotherapeut met zijn verhaal een spiegel voorhoudt waarin hij zich kan herkennen. Het boek maakt de dingen meer bespreekbaar. Het is een uitnodiging om de cliënt zijn verhaal te laten vertellen en om met meer aandacht te luisteren, ook naar wat niet gezegd wordt.

PETER ROBER is als klinisch psycholoog en gezinstherapeut werkzaam in Context, UPC KU Leuven. Hij is hoogleraar aan het Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen van de KU Leuven en verantwoordelijk voor de postgraduaatopleiding Relatie- en Gezinstherapie aan de KU Leuven. Bij Acco verschenen van hem *Samen in therapie*, *Gezinstherapie in praktijk* en *De naakte therapeut*. Hij schreef mee aan *Vinger aan de pols in psychotherapie*.

ISBN: 978 94 6344 238 1 // 144 blz. // € 22,50 (excl. verzendingskosten)

Koop dit boek online op www.uitgeverijacco.be of in de boekhandel.

Voor België: Uitgeverij Acco
E-mail: bestelling@acco.be

acco
MAAKT KENNIS MET U

Voor Nederland: Acco Nederland
E-mail: info@uitgeverijacco.nl