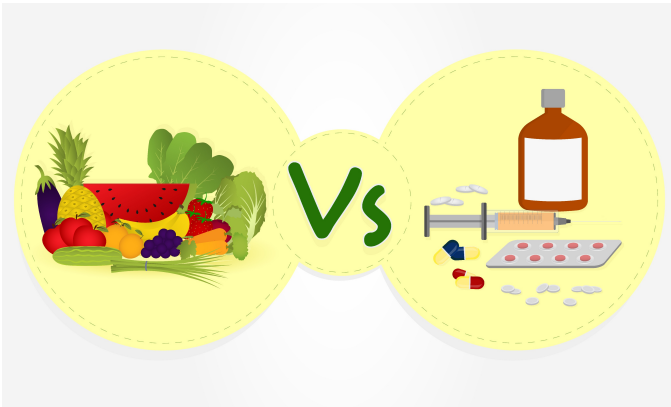

Medicatie versus voeding



Priscilla Burggraaf
SPV i.o.

Inleiding

Onlangs verscheen in de Volkskrant de volgende krantenkop¹⁾:

'Antidepressiva werken helemaal niet'

Toch gebruiken volgens Peter Gøtzsche 1,1 miljoen mensen in Nederland antidepressiva. Dit is volgens hem 'een ramp voor de gezondheidszorg, want antidepressiva doen meer kwaad dan goed'.

Ik werk als SPV in opleiding (i.o) bij GGZ Noord Holland Noord. Mijn praktijkleerperiode heb ik onder andere vervuld bij de Specialistische GGZ (SGGZ), afdeling Stemming & Angst en Intensive Home Treatment (IHT).

Wat mij opviel was dat mensen met somberheidsklachten vooral last hadden van slaapstoornissen, geen zin hadden om activiteiten te ondernemen en dat er sprake was van een verstoord voedingspatroon.

Voor de behandeling van depressies wordt gebruik gemaakt van de Multi Disciplinaire Richtlijn (MDR) voor depressie (Spijker et al, 2013). In deze richtlijn wordt uit gegaan van het stepped care-model, waarbij medicatie veelal een van de vervolgstappen is in de keten. In de praktijk van de SGGZ zag ik dat de meeste patiënten met depressieve klachten behandeld worden met psychologische en/of psychotherapeutische interventies en tegelijkertijd met medicatie.

Voor patiënten, die geen medicatie willen gebruiken, zou een alternatief naast reguliere therapie fijn zijn. Uitgaande van de vier niveaus van functioneren (maatschappelijk, psychisch, lichamelijk en individueel) betekent dit dat er bijvoorbeeld gekeken kan worden naar de wisselwerking die de leefstijl heeft op de genoemde vier niveaus van functioneren. Uit steeds meer onderzoek (Van Ruusunen et al, 2013), Hoenders et al, 2010, Holford, 2003) blijkt dat voeding de eerste symptomen van een depressie kunnen beïnvloeden. In de praktijk gebeurt er nu nog weinig met deze kennis. Patiënten die een therapeutische behandeling volgen en geen medicatie willen, krijgen niet vanzelfsprekend informatie van hun hulpverleners over voeding en leefstijl.

Voeding wordt steeds belangrijker in de westerse wereld. Je kan de televisie niet aanzetten, de krant lezen, social media raadplegen of het gaat over voeding en welke invloed dit heeft. Bij mensen met een depressie kan voeding ook een belangrijke rol spelen juist omdat zij vaak geen energie hebben, futloos zijn, geen eetlust hebben en/of geen zin hebben om te koken.

Wereldwijd en in Nederland gebeurt er veel op het terrein van complementaire zorg: zorgvormen en behandelwijzen die de reguliere zorginterventies ondersteunen, veelal omdat de patiënt daar om vraagt ²⁾. Dat we hier meer aandacht aan zouden kunnen besteden vindt ook Jim van Os. Hij schrijft hier het volgende over: *'Psychische syndromen kunnen worden behandeld of voorkomen met niet specifieke lifestyle interventies zoals bewegen, voedingsveranderingen, meditatie en zelf-kwantificatie. Bewegen (running therapy) bijvoorbeeld blijkt te werken voor depressie. Mindfulness werkt voor depressie en mogelijk psychose. Stoppen met roken, drinken en rotzooi eten is goed voor iedereen en alle aandoeningen. De GGZ is echter geen lifestyle instituut, maar werkt met een systeem dat is gebaseerd op het stellen van diagnoses, die vervolgens volgens richtlijnen worden behandeld met specifieke behandeling in de vorm van medicatie en psychotherapie. Hier wringt de schoen. Kan het zijn dat mensen teveel in de GGZ worden behandeld en daar blijven hangen als gevolg van een gebrek aan focus op lifestyle, als een manier van beter maken'* (Van Os, 2014, p. 43).

Dit pleidooi geeft weer dat ook hij vindt dat er meer gefocust moet worden op leefstijl in plaats van alleen behandeling. Als SPV i.o. ben ik van mening dat het vestigen van de aandacht op leefstijl een taak kan zijn van de SPV, omdat we leren naar alle niveaus van functioneren te kijken en te onderzoeken op welke wijze die niveaus met elkaar in verbinding staan en interacteren. Verder is het voor ons als SPV belangrijk om vanuit het patiëntperspectief te werken. We moeten serieus met de wensen van de patiënt omgaan als deze een alternatieve behandeling wil in plaats van de reguliere behandeling, waarbij medicatie een vervolgstap is in de keten. In de MDR depressie (Spijker et al, 2013, p.21) staat immers: *'Daarnaast is het van belang om het perspectief van de patiënt als uitgangspunt van de zorg te nemen, stepped care te werken en de voorkeur van patiënten zoveel als mogelijk tot uitgangspunt van het handelen te nemen.'*

Een ander belangrijk aspect van mijn werk als SPV is dat ik uitvoering geef aan een van de vijf kenmerken van de sociale psychiatrie *'Flexibiliteit van het aanbod, langdurige hulp met wisselende intensiteit, crisisinterventie, rehabilitatie en psycho-educatie'* (Van der Padt et al, 2010: p26). Dat betekent in dit geval dat, als uit onderzoek blijkt dat er evidence-based alternatieven zijn, meer rekening gehouden kan worden met de wensen van de patiënt en het aanbod uitgebreid kan worden tot meer dan louter medicatie. Je sluit als hulpverlener meer aan bij de wens van de patiënt. Het zelfmanagement wordt bevorderd en de afhankelijkheid en het gebruik van medicatie worden zoveel mogelijk beperkt.

Om te weten te komen of er evidence-based alternatieven (in dit geval voeding) zijn ter ondersteuning voor mensen met een depressie, is de volgende vraag leidend voor mijn literatuuronderzoek:

Wat is er bekend over de invloed of het effect van voeding bij volwassenen met een depressie, en op welke wijze kunnen hulpverleners in de specialistische GGZ deze kennis inzetten in het zorgprogramma depressie?

Ik hoop hiermee te bereiken dat hulpverleners andere en nieuwe informatie verkrijgen over de invloed van voeding bij een depressie. Dit stelt hen in staat hun hulpaanbod flexibeler en meer vanuit het patiëntperspectief in te zetten. Om deze informatie boven tafel te krijgen zal ik literatuur bestuderen over de invloed van voeding bij mensen met stemmingsklachten. Ik ga ook te rade bij verschillende multidisciplinaire richtlijnen om te kijken of er evidence is over voeding als alternatieve behandeling bij depressie en wat er nu in de zorgprogramma's aangeboden wordt betreffende voeding bij de behandeling van depressie.

Depressie een veel voorkomende klacht?

*'Depressie vormt een belangrijk probleem voor de volksgezondheid. Depressie staat dan ook al jaren in de top vijf van hoogste ziektelast, hoogste ziektekosten en grootste veroorzakers van arbeidsverzuim.'*³⁾

Mensen met een depressie komen eerst bij de huisarts of de praktijkondersteuner huisarts GGZ (POH GGZ) in behandeling volgens de stepped care gedachte. Als deze behandeling onvoldoende heeft gewerkt of als de depressie terugkomt, worden mensen veelal verwezen naar de basis GGZ of specialistische GGZ.

Depressie heeft een negatieve impact op het functioneren van mensen, komt vaak al op relatief jonge leeftijd voor en kan chronisch zijn, waardoor het langdurig het leven van mensen beïnvloedt.

'Naar verwachting zal in 2030 depressie wereldwijd tot de top drie van aandoeningen met de grootste ziektelast behoren.'⁴⁾

Uit gegevens van het Nemesis onderzoek (De Graaf et al., 2010), het CBS⁵⁾ en het Trimbos-instituut blijkt dat maar liefst 18,7% van de Nederlandse bevolking tot 65 jaar ooit last heeft gehad van een depressie. Dit zijn zo'n 546.500 volwassenen per jaar. Bij vrouwen komt een depressie bijna twee keer zoveel voor als bij mannen: 24,3% van de vrouwen heeft ooit last gehad van een depressie. Bij mannen is dit percentage 13,1%. GGZ NHN, de instelling waar ik werkzaam ben, is actief in een regio met circa 847.000 inwoners⁶⁾. De divisie Stemming en Angst, met drie zorgpaden, heeft in 2015 1.966 volwassenen tussen de 18 en 65 jaar behandeld vanwege stemmingsklachten. Dit is 10,9% van het aantal inwoners van de regio. Deze cijfers zijn niet volledig, want GGZ NHN kent ook een divisie ouderen (65+), een divisie forensische psychiatrie en een divisie maatschappelijke psychiatrie (FACT) waar mensen met een depressie behandeld worden.

Depressie is een veelvoorkomende klacht. Op basis van de ziektelast, kosten en voorkeuren van patiënten is het zinvol om te onderzoeken wat de aanbevelingen zijn vanuit de MDR depressie en MDR leefstijl, en of daarin ook iets gezegd wordt over de invloed van voeding op de klacht. Wat zijn tot dusver de aanbevelingen vanuit beide richtlijnen?

Aanbevelingen vanuit Multidisciplinaire richtlijnen

In de MDR Depressie (Spijker et al., 2013) wordt uitgegaan van het stepped care-model. Dit houdt in dat een behandeling gestart wordt met zo min mogelijk ingrijpende interventies (evidence-based of consensus-based), om op deze manier symptomen van depressie en verergering van de depressie te verminderen. Het behandelbeleid dient regelmatig samen met de patiënt geëvalueerd te worden. Als er onvoldoende herstel is, kan volgens het stepped care-model overgestapt worden naar een volgende, meer ingrijpende interventie.

Bij de behandeling van depressie wordt in de MDR (Spijker et al, 2013) geadviseerd om gebruik te maken van de basisinterventie psycho-educatie en dan met name gericht op dagstructurering. Er wordt niet gekeken naar de ernst van de aandoening of eventueel aanwezige comorbiditeit. Elke patiënt start hiermee. Daarnaast worden individuele adviezen gegeven om de patiënt te activeren en een gezonde leefstijl te bevorderen. Het beloop van de depressieve episode wordt gemonitord⁷⁾. De volgende stap is een psychologische en/of psychotherapeutische interventie. *'Bij de depressieve stoornis kan - in vergelijking met farmacotherapie - een globaal even effectieve psychologische/psychotherapeutische behandeling worden aangeboden. Dit geldt met name voor patiënten met een lichte, maar ook voor de matige en ernstige depressieve stoornis. Bij patiënten met een lichte depressie zou CGT als eerste keuze overwogen moeten worden, mede gezien het duurzame effect'* (Spijker et al., 2013: 103).

Antidepressiva zijn geïndiceerd bij patiënten met een (matig-) ernstige depressie. Voor mensen die terughoudend zijn om reguliere antidepressiva te gebruiken en/of om aan psychotherapie te beginnen, kan volgens de MDR Sint Janskruid als alternatief overwogen worden. Dit geldt alleen voor mensen met een lichte tot matige depressie.

Activering in de vorm van fysieke inspanning/lichamelijke beweging kan mensen met een depressie helpen. Zo lezen we dat *'Zowel wandelen, als het hebben van sociale contacten een antidepressieve werking heeft, maar dat wandelen effectiever is ten aanzien van de somatische symptomen van de depressie'* (Spijker et al., 2013: 63). In deze MDR wordt gesteld dat er adviezen gegeven moeten worden over het bevorderen van een gezonde leefstijl, maar niet hoe dit moet gebeuren, wat er moet gebeuren en vanuit welke evidence. Om hier meer over te weten te komen, ga ik te rade bij de MDR Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening (EPA) (Meeuwissen et al., 2015).

In de MDR Leefstijl bij patiënten met een EPA (Meeuwissen et al., 2015, p5) wordt aangegeven dat een gezonde leefstijl een belangrijke rol speelt in de gezondheid van mensen. Hoewel deze MDR er is voor mensen met ernstige psychiatrische aandoening (EPA), kunnen de adviezen in deze MDR gegeneraliseerd worden naar de SGGZ, omdat ik denk dat leefstijl bij alle doelgroepen toegepast kan worden.

Met behulp van gerichte leefstijlinterventies kunnen de risicofactoren voor veel voorkomende lichamelijke aandoeningen gunstig worden beïnvloed. Jim van Os pleit er voor om de focus te leggen op leefstijl als een manier van beter maken, in plaats van ons alleen op behandeling te richten.

Interventies op het gebied van bewegen (cardio, krachttraining) en voeding (eetpatroon, dieet) zijn het meest effectief en moeten geïntegreerd worden aangeboden (Meeuwissen et al., 2015). De hulpverlener heeft een belangrijke taak bij de voorlichting ter bevordering van een gezond voedings- en eetpatroon. Dit kan individueel, in groepsverband en eventueel in samenwerking met een diëtist. Daarnaast is het belangrijk dat de hulpverlener de patiënt motiveert om dagelijks minimaal een half uur te bewegen. Als hulpverlener is het belangrijk om oog te hebben voor therapietrouw. In deze MDR leefstijl lezen we bijvoorbeeld dat vanuit onderzoek bekend is dat een substantieel deel van de patiënten uitvalt bij leefstijlinterventies. In deze MDR wordt gesteld dat hulpverleners voorlichting omtrent voeding moeten geven, ter bevordering van een gezond voedings- en eetpatroon. Daarnaast moeten beweegadviezen worden gegeven, die bij voorkeur aansluiten op de wensen en voorkeuren van de patiënt.

Aanbevelingen opvolgen: makkelijker gezegd dan gedaan

Als er bereidheid van de patiënt is tot verandering van leefstijl om de depressie te boven te komen, haak je aan bij leefstijlbevordering. Voor duurzame leefstijlverandering moet de patiënt gemotiveerd zijn. Inzetten, doorzetten en volhouden zijn vaak moeilijk. Het is als hulpverlener belangrijk een respectvolle benadering en een accepterende houding aan te nemen ten opzichte van de patiënt en de interventies aan te passen aan de motivatie en bereidheid van de patiënt. In de MDR leefstijl werd aangegeven dat motivering belangrijk is. Hiervoor kan je aansluiting zoeken bij de voorkeuren en hobby's van de patiënt en voorlichting geven. Om patiënten te motiveren kan gebruik gemaakt worden van de cirkel van gedragsverandering van Prochaska en DiClemente (Miller et al., 2014). Dat veranderen niet zo eenvoudig is beschrijft Appello (2014) in zijn boek 'Waarom veranderen (meestal) mislukt.' Meer dan 80% van de mensen is niet in staat om gedragsverandering vol te houden. Om vooraf enig inzicht te krijgen of inzetten op verandering zin heeft, adviseert Appello de 'formule voor gedragsverandering' te gebruiken. Voor duurzame verandering is het belangrijk dat er sprake is van innerlijke drang, discipline en interne attributie. Als één van deze factoren er niet is, dan lukt het niet.

Het is van belang om hier rekening mee te houden bij de behandeling van patiënten. Dat is zeker het geval als we bij onze benadering van leefstijlverandering adviezen over voeding betrekken. Wat is er eigenlijk bekend over de invloed van voeding op depressie?

Invloed van voeding onderzocht

In onderzoek komt steeds vaker naar voren (De Vries et al., 2011; Hoenders et al., 2010; Ruusunen et al., 2013; De Leth, 2012) dat voedingspatronen en de voedingstoestand invloed hebben op psychische klachten zoals depressie of primaire eetstoornissen. Zo toont het onderzoek van Ruusunen et al. (2013) een verband aan tussen voeding en depressie, en De Vries et al. (2011) tonen aan dat veranderingen in de voeding depressieve symptomen kunnen verminderen. Hoenders et al. (2010) (psychiater)⁸⁾ merkt op: *"Het gros van de psychiaters laat het onderwerp voeding links liggen in de uitoefening van hun beroep, ook in Nederland. In de richtlijn voor de behandeling van depressie van onder meer de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en het Nederlands Instituut van Psychologen staat niets over een mogelijke rol die voeding kan spelen bij depressie. 'Helaas'."*

Bodnar et al. (2005) geven aan dat er verschillende voedingsstoffen zijn die het psychisch functioneren kunnen beïnvloeden: essentiële vetzuren, foliumzuur, vitamine B12, antioxidanten, selenium, ijzer en zink. Bij depressieve patiënten is ten opzichte van gezonde mensen een gebrek aan omega-3 (vetzuren) vastgesteld (Maes et al., 1999). Een tekort aan vitamine B12 hangt samen met vermoeidheid, ijzer beïnvloedt de concentratie, en foliumzuur heeft invloed op de cognitieve functies. Een tekort aan foliumzuur en vitamine B12 kan leiden tot stemmingswisselingen. Zink, ijzer en selenium staan in verband met de schildklier. Als deze niet goed functioneert, kunnen er stemmingswisselingen ontstaan. De invloed van foliumzuur komt in meerdere onderzoeken naar voren, Bottiglieri et al. (2000), Bodnar et al. (2005), Xu et al. (2010). Ruusunen et al. (2013: p19) zeggen hier het volgende over: *'Foliumzuur en vitamine B12 zijn betrokken bij de aanmaak van serotonine, noradrenaline en dopamine in het centrale zenuwstelsel. Serotonine beïnvloedt onder andere stemming en zelfvertrouwen, een tekort aan noradrenaline kan leiden tot depressie en dopamine speelt een grote rol bij het ervaren van genot en blijdschap.'* Verder raden Ruusunen et al. (2013) aan om suikers zoveel mogelijk te vermijden, omdat het volgens hen een grote boosdoener is. Als je er veel van consumeert loop je een groter risico op het ontwikkelen van een depressie.

Jacka et al. (2010) onderzochten de samenhang tussen dieetpatroon en depressie bij volwassen vrouwen. Door middel van factoranalyse werden drie dieetpatronen onderscheiden: traditioneel (groente, fruit, rundvlees, lam, vis en volkoren producten), westers (verwerkt vlees, pizza, chips, hamburgers, wit brood, suiker, milkshakes en bier) en modern (fruit, salade, vis, tofu, bonen, noten, yoghurt en rode wijn). Bij een traditioneel dieetpatroon is er minder kans op depressieve symptomen; bij een westers dieetpatroon is er meer kans op depressieve symptomen; bij een modern dieetpatroon is er meer kans op depressieve symptomen. Dit laatste was tegen de verwachting van de onderzoekers in, ze hadden verwacht dat er een lager risico zou zijn op depressieve symptomen bij een modern dieetpatroon.

Ruusunen et al. (2013) maar ook Hoenders et al. (2010) geven aan dat het belangrijk is om te erkennen dat er mensen zijn die baat hebben bij een aanpassing van hun voedingspatroon, meer fysieke activiteit, een goede nachtrust en een betere omgang met stress. De Vries et al. (2011), Hoenders et al. (2010), Ruusunen et al. (2013) en De Leth (2012) bevelen op basis van hun onderzoeken aan om gezond te eten en te bewegen om depressie op afstand te houden en om de stemming te verbeteren. In de MDR-en leefstijl en depressie wordt leefstijlverandering ook genoemd bij de behandeling van een depressie.

Aanbevelingen, onbekend of niet opgenomen?

Waardoor worden bij de behandeling van een depressie de aanbevelingen uit verschillende onderzoeken over de invloed van voeding en beweging bij volwassenen met een depressie niet of beperkt overgenomen? Van Os (2014), die ik al eerder aanhaalde over het gebrek aan focus op leefstijl, pleit ook voor een bredere aanpak en aandacht voor leefstijl zoals meer bewegen en voeding. De aandacht voor meer bewegen en voedingsprogramma's komt prominenter naar voren bij volwassenen met schizofrenie of depressie, zoals blijkt uit het Factsheet Effecten van beweeg- en voedingsprogramma's. Over voeding wordt door Nuijen et al (2016, p9) het volgende geconcludeerd: *'Er zijn zowel voor schizofrenie als depressie geen programma's gevonden die zich uitsluitend richten op het bevorderen van gezond voedingspatroon. Er zijn aanwijzingen dat leefstijlprogramma's (waar beweeg- en/of voedingsinterventies onderdeel van uitmaken) een gunstig effect hebben op het gewicht.'*

Wel raden Nuijen et al. (2016) aan om bij herzieningen van de MDR naar aanleiding van de hoeveelheid recentelijk gepubliceerde wetenschappelijk literatuur na te gaan of de aanbevelingen voor de dagelijkse praktijkvoering ten aanzien van leefstijlprogramma's specifieke aanpassingen of aanvullingen behoeven.

MDR-en bestaan al enige tijd in Nederland. Zo werd in 1999 de Landelijke Stuurgroep Richtlijnontwikkeling GGZ geïnstalleerd en sindsdien wordt op verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) samengewerkt om te komen tot betere richtlijnen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Hierbij zijn vele beroepsgroepen en patiënten- en familieorganisaties betrokken (Spijker et al., 2013, p7). De richtlijn is voor zover mogelijk gebaseerd op bewijs uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. Evidence is kennis gebaseerd op verschillende bronnen, die wetenschappelijk getoetst zijn en betrouwbaar zijn bevonden (Higgs et al, 2000). Dat voedingsadviezen ten aanzien van leefstijl nog niet opgenomen zijn in de richtlijnen, komt doordat ze nog niet voldoen aan de voorwaarden. Wetenschappelijke onderzoeken die voor de richtlijn gebruikt worden, moeten voldoen aan systematische reviews van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken. Dit moeten gerandomiseerd dubbelblinde vergelijkend klinische onderzoeken van goede kwaliteit en voldoende omvang zijn. Hieronder valt ook patiëntcontrole-onderzoek of cohortonderzoek. Om te komen tot een aanbeveling zijn er naast het wetenschappelijk bewijs nog andere aspecten van belang, zoals patiëntenvoorkeuren, kosten, beschikbaarheid (in verschillende echelons) of organisatorische aspecten (Spijker et al., 2013, P12)

"Signalement Ontwikkeling en implementatie van evidence-based complementaire zorg" is een rapport geschreven door Zon M. In dit rapport wordt aanbevolen om te investeren in goed onderzoek, met als doel inzicht te krijgen in de evidence voor de complementaire zorg. Dit is nodig om te kunnen bepalen wat de positie en de waarde van complementaire zorginterventies is bij het verbeteren van de (eigen) gezondheid en zorg.

Psychiater Hoenders werkt voor het Centrum integrale psychiatrie. In dit centrum is leefstijl geïntegreerd in het behandelprogramma, waardoor er aandacht is voor complementaire zorg, bestaande uit voeding, beweging en ontspanning. Complementaire zorg betekent letterlijk 'aanvullende zorg'. Deze zorg komt dus niet in plaats van de gangbare medische zorg, maar voegt daar iets aan toe, met als doel een bijdrage leveren aan het herstel en welbevinden van de patiënt. Welbevinden staat voor gezondheid op lichamelijk, geestelijk en sociaal gebied ⁹⁾. Complementaire zorg, zoals adviezen over voeding, is bij mensen met een depressie niet opgenomen in de behandeling. Het argument hiervoor is volgens Van Os (2012, p43) gebrek aan focus op leefstijl, maar ook doordat er te weinig bewijs is dat voeding invloed heeft op een depressie.

Als er wordt gekeken naar argumenten vanuit de complementaire zorg is dat minder het geval. Reijmerink (2014) geeft aan dat vier op de tien patiënten met een psychische aandoening op eigen initiatief gebruik maakt van complementaire zorg. De verwachting is dat het gebruik van complementaire zorg verder zal toenemen als gevolg van een toenemende chronische ziektelast en een andere zorgvraag.

De bestaande onderzoeken over effecten van voeding op depressie voldoen nog niet aan maatstaven om opgenomen te worden in richtlijnen. Steeds meer mensen maken gebruik van complementaire zorg, en daarnaast komt aandacht voor voeding ter ondersteuning van een behandeling vanwege een depressie tegemoet aan de wensen van sommige patiënten. Daarom is het de vraag of er een manier is om voeding mee te nemen in de behandeling.

GGZ-instellingen werken met zorgprogramma's die gebaseerd zijn op de landelijk geldende richtlijnen. In de MDR depressie is voeding nog niet opgenomen, wat betekent dat dit onderdeel ook niet terug te vinden zal zijn in het zorgprogramma depressie.

Zorgprogramma depressie

'Een zorgpad is een complexe interventie om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een specifieke groep van patiënten gedurende een gedefinieerd tijds kader. Een zorgpad is aandoeninggericht en beschrijft het pad dat de patiënt doorloopt' (De Jong et al, 2012).

In het zorgprogramma is de behandelplanning opgenomen, met onder andere een beschrijving van de behandeling en de tijdsplanning. De eerste stap in het programma is het kiezen van basismodules aan de hand van de klachten van de patiënt. De basiskeuzemodules zijn de eerste keus volgens de richtlijn depressie (Spijker et al, 2013). Daarnaast zijn er nog aanvullende modules over instandhoudende of uitlokkende factoren. Basisinterventies zoals psycho-educatie en dagstructurering zijn een standaard onderdeel van het programma, wat overeenkomt met de eerste stap van de richtlijn depressie (Spijker et al, 2013). Een van de modules die gevolgd kan worden is de leefstijlgroep. Deze is gericht op het geven van psycho-educatie, het bespoedigen van activering en het bieden van contact met lotgenoten. Voeding is dus niet meegenomen in het zorgprogramma.

Voorwaarden zorgprogramma

Uit het protocol (GGZ NHN, 2009) ¹⁰⁾ blijkt dat de zorgprogramma's bij GGZ NHN zijn gebaseerd op de landelijk geldende richtlijnen en zorgstandaarden. De kennisplatforms van GGZ NHN vertalen deze richtlijnen en zorgstandaarden naar eigen zorgprogramma's. Dat betekent dat de zorgprogramma's van GGZ NHN niet kunnen afwijken van de landelijke richtlijnen en standaarden, behalve als deze keuzeopties bevatten.

Zorgprogramma's worden vastgesteld door de directeuren behandelzaken en uiteindelijk door de Raad van Bestuur. De ontwikkeling van kennis gaat vaak sneller dan de ontwikkeling van richtlijnen. Soms gebeurt het dat een kennisplatform van de organisatie GGZ NHN nieuwe ontwikkelingen eerder wil implementeren. Dan moet men met een onderbouwd voorstel naar de directeuren behandelzaken om deze kennis al eerder toe te kunnen passen. Hoe het landelijk geregeld is, heb ik niet kunnen achterhalen.

Gesteld kan worden dat GGZ NHN werkt aan de hand van de landelijk geldende richtlijnen. Wil men eerder iets opnemen in het zorgprogramma, dan gaat dit via het kennisplatform naar de directeuren behandelzaken. Stel dat voeding bij de behandeling van depressie opgenomen zou moeten worden in het zorgprogramma, dan zou dit via het kennisplatform moeten gaan.

Dit zou dan goed onderbouwd moeten worden vanuit de aanbevelingen die uit de onderzoeken naar voren zijn gekomen.

Samenvatting

Depressie vormt een belangrijk probleem voor de volksgezond. Mensen die somberheidsklachten ervaren, hebben slaapstoornissen, geen zin om activiteiten te ondernemen en een verstoord voedingspatroon. In de Multi Disciplinaire Richtlijn (MDR) Depressie wordt uitgegaan van het stepped care-model, waarbij medicatie veelal een vervolgstap is in de keten, naast dagstructurering en psychologische en/of psychotherapeutische interventies. Maar voor sommige mensen zou een alternatief naast de reguliere behandeling fijn zijn, en dat gebeurt nu nog niet. Ik heb daarom uitgezocht wat er bekend is over de invloed of het effect van voeding bij volwassenen met een depressie, en op welke wijze hulpverleners in de specialistische GGZ (SGGZ) deze kennis kunnen inzetten in het zorgprogramma depressie. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de focus niet ligt op leefstijl, terwijl ook aangetoond is dat dit kan helpen. Gerenommeerd hoogleraar psychiatrie Jim van Os geeft zelfs aan dat er te veel wordt behandeld in de GGZ, met als gevolg een gebrek aan focus op leefstijl als een manier van beter maken. Ook uit onderzoek van Van Ruusunen, Hoenders en Holford blijkt dat voeding de eerste symptomen van een depressie zou kunnen beïnvloeden. Het is belangrijk om te erkennen dat er mensen zijn die baat hebben bij een aanpassing van hun voedingspatroon, meer fysieke activiteit, een goede nachtrust en een betere omgang met stress. De reden waarom deze complementaire zorg nog niet opgenomen is in de behandeling van mensen met een depressie, is omdat er op het moment van het schrijven van MDR depressie nog te weinig wetenschappelijk bewijs was. De bestaande onderzoeken voldoen weliswaar nog niet aan de maatstaven om opgenomen te worden in de richtlijnen echter is er wel aangetoond dat complementaire zorg kan helpen. Bovendien maken er nu al steeds meer mensen gebruik van complementaire zorg. Het rapport van ZonMw beveelt ook aan om te investeren in goed onderzoek.

Conclusie

Al een aantal jaar ben ik werkzaam in de psychiatrie. En heb ik vragen wat betreft de huidige stepped care benadering en aanpak van mensen met depressie. Omdat immers alles met alles is verbonden in een menselijk lichaam komt er in de medische wetenschap steeds meer aandacht voor complementaire zorg. Vanuit deze gedachten ben ik mijn onderzoek begonnen met de vraag. Wat is er bekend over de invloed of het effect van voeding bij volwassenen met een depressie? Het wetenschappelijk onderzoek tot heden toont aan dat het moeilijk te beoordelen is of voeding een positieve of negatieve invloed heeft bij het ontstaan of weer verhelpen van een depressie. Evidence is kennis gebaseerd op verschillende bronnen, die wetenschappelijk getoetst zijn en betrouwbaar zijn. Dat voedingsadviezen ten aanzien van leefstijl nog niet opgenomen zijn in de MDR komt omdat er nog onvoldoende gerandomiseerd dubbelblinde vergelijkend klinische onderzoeken van goede kwaliteit en voldoende omvang beschikbaar zijn. Wetenschappelijke onderzoeken die voor de richtlijn gebruikt worden, moeten voldoen aan systematische reviews van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken. ZonMw schrijft in het rapport dat er wordt aanbevolen om te investeren in goed onderzoek met als doel meer inzicht te krijgen in de evidence voor de complementaire zorg. Er zijn al wel diverse onderzoeken gedaan waar uit blijkt dat voedingsstoffen invloed kunnen hebben op stemmingsproblemen. Een tekort aan vitamine B12 hangt samen met vermoeidheid. Een tekort aan ijzer beïnvloedt de concentratie en een tekort foliumzuur heeft invloed op de cognitieve functies. Een tekort aan foliumzuur en vitamine B12 kan leiden tot stemmingswisselingen. Zink, ijzer en selenium staan in verband met de schildklier. Als deze niet goed functioneert kunnen er stemmingswisselingen ontstaan.

Hoewel hiermee al wel is aangetoond dat verandering in de voeding depressie symptomen kunnen verminderen voldoen de resultaten van deze onderzoeken nog niet aan de voorwaarden die ik hierboven heb beschreven.

Het tweede deel van mijn onderzoeksvraag luidt: Op welke wijze kunnen hulpverleners in de SGGZ de kennis vanuit mijn onderzoek inzetten in het zorgprogramma depressie? Een duidelijk uitgangspunt is dat GGZ NHN werkt aan de hand van de landelijk geldende richtlijnen. Wil men wijzigingen aanbrengen in het zorgprogramma dan kan deze wijziging of aanvulling via het kennisplatform aan de directie behandelingen worden voorgelegd. Als aandacht voor voeding bij de behandeling van depressie opgenomen zou moeten worden in het zorgprogramma dan moet een voorstel via het kennisplatform moeten gaan en dit zou dan goed onderbouwd moeten worden vanuit de aanbevelingen die uit onderzoek naar voren zijn gekomen. Het inzetten van de leefstijlprogramma's gericht op het bevorderen van een gezond voedingspatroon en bewegen zou naar aanleiding van mijn onderzoek zo'n wijziging kunnen zijn.

Aanbevelingen

- Gezien de hoeveelheid mensen die gebruik maakt van complementaire zorg en de groeiende hoeveelheid onderzoeken en artikelen over voeding en de invloed hiervan op depressie is het raadzaam om de MDR depressie te herzien.
- Als organisatie (GGZ NHN) moet er meer aandacht besteed worden aan complementaire zorg en moeten we onderzoeken hoe we meer aansluiting kunnen vinden bij de patiënt.
- Het is wenselijk om te onderzoeken of er een pilot kan starten met leefstijl programma's op diverse afdelingen. Op deze wijze kan er meer bekendheid gegeven worden aan de invloed van voeding op depressies.
- Er zouden modules moeten worden ontwikkeld betreffende leefstijl gericht op het bevorderen van een gezond voedingspatroon en bewegen.
- Voor de SPV is het belangrijk dat deze meer bekendheid geven over voeding bij de behandeling van depressie. En er moet dan gelijk onderzocht worden of je als hulpverlener op deze manier meer aansluiting kunt vinden bij de behoefte en wensen van de patiënt.

Noten

- 1) Gøtzsche, P, (<http://www.volkskrant.nl/wetenschap/-antidepressiva-werken-helemaal-niet~a4436614/?hash=28aa71f7ef25e3d93a4cbb536b2997b3a4c8aab5>)
- 2) Reijmerink, W. (2014). Signalement Ontwikkeling en implementatie van evidence-based complementaire zorg. Den Haag: ZonMw.
- 3) <https://www.trimbos.nl/themas/depressie/depressie-feiten-en-cijfers>
- 4) <https://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/EC2DE714-FF8E-4CB2-BE83-77FB67AF8094/0/20131203b12art.pdf>
- 5) <https://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/EC2DE714-FF8E-4CB2-BE83-77FB67AF8094/0/20131203b12art.pdf>
- 6) <http://www.vrnhn.nl/organisatie>
- 7) http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=88 (MDR depressie H2)
- 8) <https://deoplaadfabriek.com/over-de-fabriek/onderzoek-en-filosofie/sport-en-bewegen/>
- 9) <http://www.kanker.nl/bibliotheek/complementaire-zorg/wat-is/714-wat-is-complementaire-zorg>
- 10) Bron afkomstig van het intranet (niet publiekelijk toegankelijk) van GGZ NHN.

Literatuurlijst

- Appelo, M. (2014). *Waarom veranderen (meestal) mislukt*. Amsterdam: Boom uitgeverij
- Bottiglieri T, Laundry M, Crellin R, Toone BK, Carney MW, Reynolds EH. (2000) Homocysteine, folate, methylation, and monoamine metabolism in depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2000 Aug; 69(2):228-32.

- Bodnar, L. M., & Wisner, K. L. (2005). Nutrition and depression: implications for improving mental health among childbearing-aged women. *Biological Psychiatry*, 58, 679-685
- GGZ NHN. (2009, 23 februari). Routing nieuwe zorgprogramma's. Geraadpleegd van *intranet*. ggznhn.nl/bevordering-kwaliteit-behandeling.html
- Graaf, de, R. Have, ten, MM. Dorsselaer, van, S. (2010) *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut
- Higgs, J., A. Burn & M. Jones (2000) Integrating clinical reasoning and evidence based practise. *AACN Clinical Issues*, 12, (4), 482/490
- Holford, P., (2003) *Optimum Nutrition for the mind*. London: Little Brown UK
- Hoenders, H.J.R, Appelo, M.T., Brink H van den, Hartogs, B.M.A., Berger, C.J.J., Tamsa, H.H. (2010). Protocol voor complementaire en alternatieve geneeswijzen; naar een verantwoorde toepassing binnen de ggz. *Tijdschrift voor psychiatrie* 52, 5, p. 343-48.
- Jacka, F. N., Kremer, P. J., Leslie, E. R., Berk, M., Patton, G. C., Toumbourou, J. W., & Williams, J. W. (2010). Associations between diet quality and depressed mood in adolescents: results from the Australian Healthy Neighbourhoods Study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44,
- Jong, M. de, Schaap-Visser, A. (2012). *Het kleine zorgpaden Handboek*. Woerden: Zorgadviseurs
- Leth, R. de (2012). *Oersterk*. Heemskerk: Uitgeverij Richard de Leth
- Maes, M., Christophe, A., Delanghe, J., Altamura, C., Neels, H., & Meltzer, H. Y. (1999). Lowered omega-3 polyunsaturated fatty acids in serum phospholipids and cholesteryl esters of depressed patients. *Psychiatry Research*, 85, 275-291.435-442.
- Meeuwissen JAC, Meijel B van, Gool R van, Hamersveld S van, Bakkenes M, e.a. (Werkgroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl) (2015).
- *Multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening*. V&VN.
- Miller, R., Rollnick, S. (2014). *Motiverende gespreksvoering. Mensen helpen veranderen*. Gorinchem: Ekklesia
- Nuijen, J. van, Bon, M. van, Mondshouwer, K. (2016) *Effecten van beweeg- en voedingsprogramma's bij volwassenen met schizofrenie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Os, van, J. (2014). *De DSM 5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ*. Leusden: Diagnosis uitgevers
- Padt, I. v.d, & Venneman, B. (red.) (2010). *Sociale Psychiatrie Visie, Theorie en methoden van een maatschappij georiënteerde psychiatrie*. Den Haag: Boom Lemmema Uitgevers.
- Ruusunen, A., M.D. Veli-Matti Kosma, D. Hannele Turunen, D. A.I. Olli Gröhn, M.D. Kai Kaarniranta (2013) Diet and depression - An epidemiological study. University of Eastern Finland, Faculty of Health Sciences, Publications of the University of Eastern Finland. *Dissertations in Health Sciences*
- Reijmerink, W. (2014). *Signalement Ontwikkeling en implementatie van evidence-based complementaire zorg*. Den Haag: ZonMw.
Spijker, J., Bockting, C.L.H., Meeuwissen, J.A.C., Vliet, I.M., van, Emmelkamp P.M.G., Hermens, M.L.M., Balkom A.L.J.M. van namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie (2013). *Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Vries, de, J., Duif, A. (2011) *Het Voeding Formularium*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. Springer, H25 Voeding en slaap
- Xu Q, Anderson D, Courtney M. (2010). A longitudinal study of the relationship between lifestyle and mental health among midlife and older women in Australia: findings from the Healthy Aging of Women Study. *Health Care Women Int*. Dec;31(12):1082-96

Websites

- Gøtzsche, P, www.volkskrant.nl/wetenschap/-antidepressiva-werken-helemaal-niet~a4436614/?hash=28aa71f7ef25e3d93a4cbb536b2997b3a4c8aab5
- www.trimbos.nl/themas/depressie/depressie-feiten-en-cijfers
- www.cbs.nl/NR/rdonlyres/EC2DE714-FF8E-4CB2-BE83-77FB67AF8094/0/20131203b12art.pdf
- www.cbs.nl/NR/rdonlyres/EC2DE714-FF8E-4CB2-BE83-77FB67AF8094/0/20131203b12art.pdf
- www.vrnhn.nl/organisatie
- www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=88 (MDR depressie H2)
- www.kanker.nl/bibliotheek/complementaire-zorg/wat-is/714-wat-is-complementaire-zorg