

Aanbevelingenrapport

Een betere signalering van depressie (en angst) bij
volwassenen met een visuele beperking



Voorwoord

Voor u ligt het aanbevelingenrapport 'Een betere signalering van depressie (en angst) bij volwassenen met een visuele beperking'. Dit aanbevelingenrapport is onderdeel van het onderzoek 'Improving detection of depression in adults with vision impairment' dat gefinancierd wordt door ZonMw.

Middels dit aanbevelingenrapport bieden we organisaties die werken met blinde en slechtziende volwassenen handvatten om de signalering van depressie onder deze doelgroep te verbeteren. Het document bevat een overzicht van de aanwezige kennis op het gebied van depressie en beschrijft aanbevelingen om de signalering van depressie bij volwassenen met een visuele beperking te verbeteren. Dit rapport is tevens het startpunt geweest voor het ontwikkelde leertraject *IdentifEYE*. Een leertraject gericht op het herkennen en bespreken van depressie en angst voor oogheelkundig personeel en medewerkers van expertisecentra voor blinden en slechtzienden, dat zowel in het Nederlands als Engels beschikbaar gemaakt zal worden en wordt opgenomen in het Leer Management Systeem van Kennis Over Zien.

De projectgroep 'Improving detection of depression in adults with vision impairment'

Achtergrond

Depressieklachten komen twee keer zo vaak voor bij mensen met een visuele beperking in vergelijking met de goedziende populatie(1). Vijf tot zeven procent van de blinde en slechtziende volwassenen heeft een daadwerkelijke depressieve stoornis en één op de drie ervaart klinische relevante depressieklachten (1-4). Deze depressieve klachten kunnen leiden tot achteruitgang in visueel en fysiek functioneren en verminderde kwaliteit van leven (5, 6).

Depressieve klachten zijn goed behandelbaar en er zijn verschillende mogelijkheden om blinde en slechtziende volwassenen met (subklinische klachten van) depressie te ondersteunen, zoals cognitieve gedragstherapie en zelfmanagement programma's (7). Deze vormen van ondersteuning verminderen de emotionele stress en depressieve klachten die een volwassene ervaart en vergroot tevens hun (visus-gerelateerde) kwaliteit van leven en functioneren (5, 8-11). Bovendien is specifiek voor blinde en slechtziende volwassenen van 50 jaar en ouder het stepped care programma ontwikkeld. Dit programma is gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie, bestaat uit vier opeenvolgende stappen waarin de hulp steeds intensiever wordt en werkt preventief tegen het ontwikkelen van een depressieve stoornis (12). In 2020 zijn de Nederlandse expertisecentra voor blinden en slechtzienden, Bartiméus, Koninklijke Visio en de Robert Coppes Stichting, gestart met implementatie van stepped care.

De implementatie van stepped care binnen de expertisecentra voor blinden en slechtzienden, en de aanwezigheid van andere ondersteunings- en behandelmogelijkheden biedt kansen om in een vroeg stadium ondersteuning te bieden en het ontwikkelen van een daadwerkelijke depressie te voorkomen. Voordat ondersteuning ingezet kan worden, moet inzichtelijk zijn dat een blinde of slechtziende volwassene ondersteuning nodig heeft bij depressieve klachten. Het blijkt echter dat depressieve klachten nog niet altijd gesignaleerd worden. Eerder onderzoek in Nederland liet zien dat cliënten van expertisecentra voor blinden en slechtzienden regelmatig geen ondersteuning ontvingen bij de depressieve klachten die zij ervaarden (13), maar ook in andere landen ontvangen veel volwassenen met een visuele beperking geen psychologische ondersteuning bij deze klachten (14, 15). Zonder ondersteuning hebben cliënten met een visuele beperking een verhoogd risico op het ontwikkelen van een daadwerkelijke depressieve stoornis (12).

Volwassenen met een visuele beperking en depressieve klachten willen graag ondersteuning ontvangen, maar vinden het lastig om de klachten te herkennen als zijnde depressieklachten, weten niet waar zij ondersteuning kunnen ontvangen of willen de klachten zelf oplossen (13, 16). Het hebben van zowel een visuele beperking als depressieve klachten kan leiden tot terughoudendheid in het zoeken van hulp, gezien zij twee aandoeningen moeten erkennen en zij angstig zijn voor mogelijke consequenties op hun dagelijkse leven als zij depressie bespreekbaar maken. Bovendien kunnen cliënten terughoudend zijn in het zoeken van hulp doordat zij zelf-stigma op zowel de visuele beperking als depressieve klachten kunnen

ervaren. Dit betekent dat zij het gevoel hebben dat heersende vooroordelen over één of beiden aandoeningen waar zijn.

Uit onderzoek blijkt dat volwassenen met een visuele beperking vinden dat hulpverleners, zoals oogartsen, huisartsen en medewerkers van expertisecentra voor blinden en slechtzienden, een belangrijke rol kunnen spelen in het herkennen, erkennen en bespreekbaar maken van depressie onder hun cliënten (16). Volwassenen met een visuele beperking zien naast de praktische ondersteuning bij de visuele beperking ook belang in het bespreken van depressie door hulpverleners. Hulpverleners kunnen hen bijvoorbeeld uitnodigen voor een gesprek over de impact van de visuele beperking op de mentale gezondheid, herkenning vergroten door symptomen te bespreken en cliënten informeren over ondersteuningsopties (16). Cliënten vinden het belangrijk dat hulpverleners beter uitgerust worden met de kennis en vaardigheden om dat gesprek met hen te voeren en door te verwijzen naar passende ondersteuning; ook als cliënten wel zelf het gesprek over depressie aangaan met een hulpverlener.

Terughoudendheid hulpverleners

Signalering onderdeel van werk

Cliënten benadrukken de rol van hulpverleners in het herkennen en bespreken van depressie, maar ook in de adequate verwijzing. Echter lijkt er sprake te zijn van terughoudendheid in het bespreken van mentale gezondheid onder zowel oogheeskundig personeel als medewerkers van expertisecentra voor blinden en slechtzienden. Allereerst ziet slechts één op de drie oogheeskundig medewerkers, zoals oogartsen, optometristen, orthoptisten en oogheeskundig verpleegkundigen, het signaleren van depressie als onderdeel van hun werk (17, 18). Revalidatiemedewerkers van expertisecentra voor blinden en slechtzienden lijken echter meer gericht op het signaleren van depressie in hun cliënten, gezien in Australisch onderzoek twee van de drie aangeven dat zij het signaleren van depressie als onderdeel van hun werk zien (17). In Nederlands onderzoek onder ergotherapeuten, maatschappelijk werkers, begeleiders en intakekers was zelfs iedere deelnemer van mening dat hij/zij een taak heeft in het signaleren van depressie (19). Ondanks deze visie bleek dat 19% van hen bij vermoedens van depressie niet standaard met de betreffende cliënt het gesprek aangaat over de gevoelens van de cliënt (19).

Herkennen van depressieve klachten

Voordat hulpverleners op basis van hun vermoedens het gesprek over mentale gezondheid aan kunnen gaan, zullen zij depressieve klachten moeten herkennen. Hulpverleners vinden het echter vaak lastig om een onderscheid te maken tussen depressieklachten of depressieve gevoelens als onderdeel van rouw met betrekking tot de visuele beperking (19, 20). De meeste medewerkers van expertisecentra voor blinden en slechtzienden schrijven depressieve symptomen, zoals slaapproblemen, concentratieproblemen, of lichamelijke klachten, toe aan

zowel het hebben van een visuele beperking als problemen met de mentale gezondheid (19). Bovendien wordt er door zowel oogheelkundig personeel als revalidatiemedewerkers weinig gebruik gemaakt van een screeningsinstrument om depressie op te sporen (17-19). Door de mogelijkheid van transdiagnostiek en het gebrek aan screenen zien hulpverleners mogelijk depressieve klachten bij hun cliënten over het hoofd.

Belemmerende factoren

Er zijn verschillende factoren die er voor lijken te zorgen dat sommige hulpverleners terughoudender zijn in het bespreken van de gevoelens van cliënten dan andere zorgverleners. Degene die niet de intentie hebben om hun vermoedens van depressie te bespreken, een lager zelfvertrouwen hebben in het bespreken van de klachten, hierin meer barrières ervaren en weinig sociale ondersteuning binnen de organisatie ervaren, zullen minder snel het gesprek over mentale gezondheid aangaan met hun cliënten (17-19). Een hulpverlener die de intentie heeft om eigen vermoedens te bespreken, gebruikt mogelijk het gesprek over mentale gezondheid als een opening om de eigen vermoedens met de cliënt bespreekbaar te maken. Zelfvertrouwen en gevoelens van zelf-effectiviteit zijn tevens belangrijke stimulerende factoren voor hulpverleners (17-19). Echter rapporteren hulpverleners regelmatig een verminderd zelfvertrouwen in het omgaan met depressie en vinden medewerkers van Nederlandse expertisecentra voor blinden en slechtzienden het in meerdere situaties moeilijk om hun vermoedens met een cliënt te bespreken, bijvoorbeeld wanneer hun vermoedens zwak zijn, zij weinig tijd hebben, de cliënt terughoudend is of er sprake is van bijkomende problematiek (17-19, 21). Daarnaast blijkt dat hoe meer barrières hulpverleners ervaren, hoe minder zij de intentie hebben om depressie te signaleren of om actie te ondernemen bij vermoedens van depressie (17-19). Barrières kunnen zich op verschillende niveaus bevinden, namelijk 1) de werkcontext, 2) de hulpverlener zelf en 3) de cliënt. In de werkcontext ervaren hulpverleners barrières omwille van gebrek aan tijd, verhoogde werkdruk en onduidelijke rolverdeling binnen de organisatie (21). Bovendien benoemen hulpverleners een gebrek aan zelfvertrouwen in kennis en vaardigheden als belangrijke barrière voor het omgaan met depressie in volwassenen met een visuele beperking (18, 21). Hulpverleners hebben het vermoeden dat cliënten terughoudend zijn in het bespreken van depressie (18), terwijl cliënten aangeven dat zij het prettig zouden vinden als hulpverleners meer aandacht besteden aan de mentale gezondheid van hun cliënten (16). Tot slot is de ondersteuning die hulpverleners binnen de organisatie ervaren van groot belang. Hulpverleners die het gevoel hebben dat het signaleren en bespreken van depressie ook voor (directe) collega's en managers een belangrijk onderwerp is, en zij aan hen ondersteuning kunnen vragen, praten vaker met hun cliënten over mentale gezondheid (19). Specifiek de gedragswetenschappers, psychologen en collega's in dezelfde functie zijn belangrijke bronnen van ondersteuning.

Andere depressiemanagement strategieën

Hulpverleners kunnen bij vermoedens van depressie starten met het bespreken van de gevoelens van de cliënt, gezien dit een eerste opening geeft tot een gesprek over de mentale

gezondheid van de cliënt. Er zijn echter nog andere depressiemanagement strategieën die hulpverleners in kunnen zetten, zoals het bespreken van vermoedens, het normaliseren van de klachten, het aanbieden van informatie over depressie en over de link met de visuele beperking (schriftelijk of verbaal), het afnemen van een screeningsvragenlijst en het verwijzen naar verschillende hulpverleners (bijv. huisarts, expertisecentra voor blinden en slechtzienden of psychologen). Het gebruik van deze depressiemanagement strategieën is van belang om de kwaliteit van het gesprek over depressie te verhogen en de kans op het accepteren van hulp door de cliënt te vergroten. Het verstrekken van informatie over depressie kan bijvoorbeeld stigma's verminderen en draagt bij aan de behoefte van volwassenen met een visuele beperking aan informatievoorziening (22). Voldoende kennis over een gezondheidsprobleem, zoals depressie, stimuleert hen vervolgens om hulp te zoeken (23). Echter blijkt dat hulpverleners nog terughoudend zijn in het aanbieden van zowel verbale als schriftelijke informatie (17, 18, 24).

Ondanks dat hulpverleners moeite lijken te hebben met het herkennen van symptomen van depressie als zijnde depressieklachten, maken zij nauwelijks tot geen gebruik van screeningsinstrumenten die hen hierin kunnen ondersteunen (17-19). Binnen Nederlandse expertisecentra voor blinden en slechtzienden is onderzoek gedaan naar de implementatie van een kort en gevalideerd screeningsinstrument voor depressieve en angstklachten, namelijk de Patient Health Questionnaire (PHQ)-4 (25). Dit instrument is te gebruiken door hulpverleners zonder achtergrond in de psychologie of psychiatrie (15, 25). Zowel cliënten als hulpverleners zijn positief over het gebruik van de PHQ-4 binnen revalidatiecentra voor blinden en slechtzienden gezien het minimale aantal vragen, de toepasbaarheid binnen de doelgroep en de mogelijkheid om depressieve klachten te signaleren en te monitoren (26). Een succesvolle implementatie zal echter wel rekening moeten houden met enkele barrières ten aanzien van de inbedding van het instrument in de huidige praktijk en de vaardigheden en het zelfvertrouwen van hulpverleners in het afnemen van de PHQ-4 die implementatie in de weg kunnen staan (26). Het aanbieden van een depressietraining draagt bij aan het in gebruik nemen van een screeningsinstrument (27).

Oogheekkundig personeel en medewerkers expertisecentra

Uit internationaal onderzoek blijkt dat het ervaren van barrières voor hulpverleners uit Australië en Wales een belemmerende factor is in het bespreken van mentale klachten, maar dat dit niet geldt voor Nederlandse hulpverleners. Nederlandse medewerkers van expertisecentra voor blinden en slechtzienden (ergotherapeuten, begeleiders, maatschappelijk werkers en intakepersoneel) rapporteren - naast meer zelfvertrouwen in het omgaan met depressie - ook minder barrières in vergelijking met hulpverleners in Australië (oogheekkundig personeel en revalidatiemedewerkers) en Wales (optometristen en opticiens) (24).

Mogelijk rapporteren Nederlandse hulpverleners minder barrières vanwege hun professies en bijbehorende verantwoordelijkheden, is er meer aandacht voor de mentale gezondheid van volwassenen met een visuele beperking en spelen de gezondheidszorgsystemen waarin zij de zorg verlenen een rol. Allereerst gaan zij samen met collega's binnen de organisatie op meer holistische wijze aan de slag om cliënten te leren omgaan met hun visuele beperking, terwijl oogheeskundig personeel meer gericht is op het onderzoeken van het oog en aanbieden van passende hulpmiddelen. Zij worden mogelijk belemmerd door gedachten dat cliënten niet verwachten dat oogheeskundig personeel met hen in gesprek gaat over mentale gezondheid (21).

Bovendien is er door de jaren heen meer aandacht gekomen voor de mentale gezondheid van volwassenen met een visuele beperking, zoals het onderzoeken van evidence based ondersteuning (stepped care), het inzetten van screeningsinstrumenten en aandacht voor scholing (12, 26-30). Voordat hulpverleners in Australië en Wales een depressietraining hadden gevolgd, benoemden zij het ontbreken van zelfvertrouwen, standaardprocedures en scholingen als belangrijkste barrières voor depressiemanagement (17, 18, 21). Kennis over depressie en standaardprocedures zorgen er voor dat hulpverleners zich minder bemoeizuchtig voelen als zij depressie met cliënten bespreken en vergroot de kans op het bespreken van depressie (28, 30). Het vergroten van het bewustzijn en kennis is een eerste stap in het herkennen en bespreekbaar maken van mentale gezondheid.

Tot slot kan de inrichting van het zorgsysteem, specifiek de verwijsmogelijkheden, een verklaring geven voor het verschil tussen de landen. Australische hulpverleners benoemen dat er onduidelijke verwijspaden zijn en doen suggesties om psychologische ondersteuning beter toegankelijk te maken (21). In Wales kunnen cliënten doorverwezen worden naar de huisarts, maar hebben huisartsen vervolgens weinig tot geen mogelijkheden voor doorverwijzing naar ondersteuning (27). Het Nederlandse zorgsysteem is hier mogelijk al meer toe ingericht, wat ook gereflecteerd lijkt te worden in de hogere frequenties in verwijzingen naar huisartsen en mentale gezondheidszorg in vergelijking met Australische en Welshe hulpverleners (17-19). Zij hebben mogelijk kortere lijnen binnen de organisaties, verwijzingen naar huisartsen lijken meer onderdeel van de Nederlandse standaardprocedures en zijn gestart met de implementatie van stapsgewijze ondersteuning bij somberheids- en angstklachten voor ouderen met een visuele beperking (12). De situatie van Nederlands oogheeskundig personeel vertoont mogelijk gelijkenissen met de hulpverleners uit Wales en Australië, wat invloed kan hebben op het toewijzen van een rol in het herkennen en bespreken van mentale gezondheid.

Aanbevelingen voor de praktijk

Naast depressieve klachten, komen ook angstklachten vaker voor bij volwassenen met een visuele beperking dan bij goedziende volwassenen (1, 3). De aanpak in het herkennen, bespreken en verwijzen voor depressie en angst is vergelijkbaar, screeningsinstrumenten kunnen zowel depressie- als angstklachten opsporen en behandelmogelijkheden zijn hetzelfde, waardoor het efficiënt is om aanbevelingen voor de praktijk te formuleren voor zowel depressie als angst. Aangezien cliënten oogheelkundig personeel, medewerkers van expertisecentra voor blinden en slechtzienden en huisartsen als de drie belangrijkste hulpverleners in het herkennen en bespreken van mentale gezondheidsproblemen zien (16), heeft de projectgroep deze professies als uitgangspunt genomen in het formuleren van aanbevelingen voor de praktijk.

1. Laagdrempelige kennisverspreiding voor hulpverleners

Een eerste stap is het vergroten van het bewustzijn van alle hulpverleners betrokken in de zorg van volwassenen met een visuele beperking omtrent depressie- en angstklachten bij deze doelgroep. Laagdrempelige kennisverspreiding op verschillende plekken zorgt voor bewustwording van de mogelijke impact van een visuele beperking op de mentale gezondheid van hun cliënten. Op basis van dit bewustzijn kunnen hulpverleners in de toekomst – naar eigen rolverantwoordelijkheid – acties verbinden aan (vermoedens van) depressie- en angstklachten.

In deze kennisverspreiding moet rekening gehouden worden met de wisselende behoeften van kennisvergarig van verschillende professies en moet aandacht zijn voor passende hoeveelheid en soort informatie die met hen gedeeld wordt. Verschillende kennisvormen kunnen naast elkaar bestaan, waarbij gedacht kan worden aan een uitklapbare kennisinfrastructuur waarbij men steeds diepgaandere kennis krijgt, factsheets, informatieve filmpjes, praktische documenten en podcasts. Informatie in deze kennisverspreiding richt zich met name op prevalentie, symptomen, risico's bij gebrek aan signaleren en ondersteuningsmogelijkheden. In de ontwikkeling van deze vormen is het gewenst om samen te werken met communicatiemedewerkers om zowel de inhoud als de route van kennisverspreiding aan te laten sluiten bij de communicatiedoelen en verschillende beroepsgroepen.

Plekken om deze laagdrempelige kennis te verspreiden zijn te verbinden aan de expertiseorganisaties (Bartimeus, Koninklijke Visio en de Robert Coppes Stichting), het branche overstijgende kennisplatform Kennis Over Zien en het kennisplatform Psyvisnet waar expertise rondom de combinatie van de visuele beperking en psychische/psychiatrische stoornissen wordt verzameld. Andere wegen zijn websites en social media, zoals de website van de Low Vision Research Groep van Amsterdam UMC, organisatie gebonden LinkedIn- en Twitterpagina's, en via verenigingen van betrokken beroepsgroepen.

2. Vergroten van kennis van volwassenen met een visuele beperking

Volwassenen met een visuele beperking hebben er niet alleen voordeel van als hun hulpverleners zich meer bewust zijn van depressie- en angstklachten bij hun cliënten. Ook zichzelf kunnen profiteren als zij zich bewuster zijn van de (mogelijke) depressie- en angstklachten, zij zich niet alleen voelen en weten dat er ruimte is om dit onderwerp te bespreken en dat er passende ondersteuningsmogelijkheden zijn. Deze kennis kan bijdragen aan het herkennen van klachten en verlaagt mogelijk de drempel om hulp te zoeken bij klachten.

Het is van belang om in de kennisverspreiding rekening te houden met de verschillende behoeften van volwassenen met een visuele beperking: ouderen lijken meer behoefte te hebben aan het ontvangen van informatie van professionals, terwijl de jongere generatie meer behoefte heeft aan eigen regie en wil weten waar de informatie te verkrijgen is. In de kennisverspreiding is dus een rol weggelegd voor hulpverleners, zoals expertisemedewerkers, oogartsen, oogheelkundig personeel en huisartsen, en kan aangesloten worden bij de huidige platformen waar volwassenen met een visuele beperking hun informatie vandaan halen, zoals de websites en social media van de expertiseorganisaties, het kennisplatform van Visio, het platform Kennis Over Zien en (aanverwante) patiëntenverenigingen. In de kennisverspreiding richting volwassenen met een visuele beperking is het van belang dat de boodschap aansluit bij de informatievraag van de doelgroep en dat er rekening gehouden wordt met het format. Ervaringsdeskundigen kunnen vanuit het perspectief van de cliënt meedenken in de ontwikkeling van deze informatievoorziening, waarin zij een combinatie van bevindingen uit onderzoek en ervaringsverhalen aansprekend vinden en hiermee herkenbaarheid bij de doelgroep verwachten te bereiken.

3. Inrichten rolverantwoordelijkheden binnen ziekenhuizen

Op dit moment zijn er voor oogartsen richtlijnen voor het verwijzen van volwassenen met een visuele beperking richting revalidatie. Cliënten geven echter aan het prettig en belangrijk te vinden dat de oogarts (en ondersteunend personeel) aandacht heeft voor mentale klachten. Op deze manier weten zij dat zij niet de enige zijn en dat ze hierbij ondersteuning kunnen ontvangen. Ondanks dat de ruimte voor het daadwerkelijke gesprek over mentale gezondheid pas later lijkt te ontstaan, kan oogheelkundig personeel een belangrijke rol spelen in de bewustwording van en kennisoverdracht richting cliënten, bijvoorbeeld middels het informeren en verwijzen van de cliënten. Het bewustzijn van alle medewerkers dient vergroot te worden en zij dienen op de hoogte te zijn van de handelingsmogelijkheden richting patiënten.

Een kort gesprek over mentale gezondheid en ondersteuning kan er voor zorgen dat patiënten bij de juiste hulpverleners terecht komen om het onderwerp mentale gezondheid – indien gewenst – verder te bespreken. De verantwoordelijkheden rondom het informeren en verwijzen van patiënten zullen binnen de afdeling oogheelkunde ingericht moeten worden,

waarin zowel de oogarts, technisch oogheekkundig assistent (TOA) en optometristen hun eigen rol kunnen hebben. Er zullen afspraken gemaakt moeten worden over wie het (korte) gesprek over mentale gezondheid en ondersteuningsmogelijkheden met patiënten voert, op welke momenten er aandacht is voor dit gesprek, hoe binnen de afdeling gecommuniceerd wordt over monitoring van de mentale gezondheid van patiënten, en wie patiënten van informatie voorziet en indien nodig een doorverwijzing in gang zet.

Om de gesprekken met patiënten een goed vervolg te geven, is het aanbieden van een verwijzing van belang. Een externe verwijzing richting de expertiseorganisaties Bartiméus, Visio en de Robert Coppes Stichting zijn mogelijk. Echter, deze stap richting expertisecentra vinden patiënten regelmatig nog te groot, waardoor mogelijk niet alle patiënten tijdig de gewenste ondersteuning zullen ontvangen. Het is daarom raadzaam om ook intern directe verwijsmogelijkheden in te richten, bijvoorbeeld door het betrekken van afdelingen medisch maatschappelijk werk en medische psychologie, waarbij aandacht is voor de impact van de visuele beperking op de mentale gezondheid. Het inrichten van de interne verwijsmogelijkheden geeft ook ruimte voor het inrichten van standaardprocedures, zoals het standaard screenen van patiënten op depressie- en angstklachten middels de PHQ-4, en/of een gesprek met een maatschappelijk werker over de impact van de visuele beperking op de mentale gezondheid.

4. Trainen van hulpverleners

Naast het aanbieden van laagdrempelige informatie aan hulpverleners is het aanbevolen om oogheekkundig personeel en medewerkers van expertisecentra te trainen in het herkennen en bespreekbaar maken van depressie- en angstklachten. Huisartsen worden (nog) niet specifiek betrokken in een scholingstraject, gezien zij de basiskennis van de impact van een beperking op de mentale gezondheid en het gesprek hierover al meer in de vingers hebben. Aangezien medewerkers van expertisecentra en oogheekkundig personeel andere rollen vervullen in het bespreken van mentale klachten met cliënten, zal er in het aanbieden van een training rekening gehouden moeten worden met de verschillende verantwoordelijkheden, behoeften en mogelijkheden.

De rol van oogheekkundig personeel richt zich op de bewustwording van en kennisoverdracht richting cliënten. Zij hebben belang bij het vergroten van het eigen bewustzijn en handvatten om een kort informatief gesprek te voeren met volwassenen met een visuele beperking, zodat cliënten gepaste ondersteuning kunnen ontvangen. Hierbij kan de kennis en kunde van huisartsen vertaald worden naar de spreekkamer van de oogarts. Een e-learning inclusief naslagwerk is bij uitstek geschikt voor het vergroten van kennis, is flexibel in te zetten en neemt niet te veel tijd in beslag, en is daardoor passend binnen de mogelijkheden en prioriteiten van oogheekkundig personeel.

Veel volwassenen met een visuele beperking komen in contact met medewerkers van expertisecentra voor blinden en slechtzienden, waarbij er de gelegenheid is om te kijken naar

de impact van de visuele beperking op verschillende gebieden, waaronder de mentale gezondheid. Het is onder andere van belang dat de hulpverleners zich bewust zijn van het verhoogde risico dat hun cliënten lopen, klachten leren herkennen, hierover het gesprek kunnen voeren, cliënten met mogelijke mentale klachten verwijzen en het onderdeel maken van hun werk. Dit vraagt om een leertraject met meerdere onderdelen: een e-learning die bijdraagt aan het vergroten van kennis, een face-to-face training waarin men vaardigheden aanleert en een intervisiemoment om de ontwikkeling door te zetten en onderlinge support te vergroten.

Zowel voor oogheelkundig personeel als medewerkers van expertisemedewerkers is het niet noodzakelijk dat zij de oorzaak van de mentale klachten definiëren (bijv. als onderdeel van rouwverwerking met betrekking tot de visuele beperking). Het gaat er om dat zij binnen hun mogelijkheden de cliënten (h)erkenning bieden voor de mentale klachten en hen indien nodig een passende verwijzing geven, waarbij bijvoorbeeld de praktijkondersteuner van de huisarts of een psycholoog de mentale klachten verder uit kan diepen.

Op basis van bovengenoemde overwegingen is het leertraject *IdentifEYE* ontwikkeld om hulpverleners te ondersteunen in het herkennen en bespreekbaar maken van depressie en angst bij volwassenen met een visuele beperking. Dit leertraject kan op maat aangeboden worden aan oogheelkundig personeel en medewerkers van expertisecentra. Om de effectiviteit en implementatie in ziekenhuis- en revalidatiezorg te optimaliseren is het aanbevolen om zowel de inhoud van het leertraject, diens (potentiële) effectiviteit en haalbaarheid in de praktijk te evalueren en waar noodzakelijk te optimaliseren.

5. Blijvend onder de aandacht houden: Inbedding in de organisatie en standaardprocedures

Veel van de eerder genoemde aanbevelingen kunnen houvast bieden voor de inbedding in de praktijk. Het is namelijk van belang dat er aandacht blijft voor dit onderwerp, zowel bij het huidige personeel als bij nieuwe medewerkers, maar ook bij cliënten middels herhaaldelijke kennisverspreiding. De focus op dit onderwerp kan het beste behouden worden door procedures en acties in te richten die minimale inspanning vragen en aansluiten op het reguliere gedrag van de hulpverleners middels standaardprocedures en richtlijnen. Enkele voorbeelden hiervan zijn: het standaard (meermaals) afnemen van de PHQ-4 tijdens een revalidatietraject, integratie in bestaande introductiecursussen, opname van mentale gezondheid in richtlijnen (bijv. voor leeftijdsgebonden maculadegeneratie), inzicht in interne en externe verwijsmogelijkheden, includeren van mentale gezondheid als onderdeel van multidisciplinaire overleggen en evaluaties met cliënten, een standaard afspraak met een maatschappelijk werker en het onderwerp mentale gezondheid (in een vorm als psychische klachten of kwaliteit van leven) meenemen als uitkomstmaat voor revalidatiezorg waardoor het ook onderdeel wordt van managementrapportages. Er zijn verschillende groepen professionals die betrokken kunnen worden het de inbedden van signaleren en bespreken van depressie en angst in de praktijk (eveneens in de andere aanbevelingen), zoals de leden van

de expertisegroepen Psychiatrie en Psychosociaal, het programmateam “Ik krijg de juiste professionele zorg” van het consortium Kennis Over Zien en patiëntenverenigingen.

Conclusie

Op meerdere vlakken is ruimte voor verbetering in het herkennen en bespreekbaar maken van depressie en angst bij volwassenen met een visuele beperking. Organisaties die zorg bieden aan deze doelgroep kunnen dit bewerkstellingen via de informatievoorziening richting hun cliënten, scholing van personeel en de inbedding van het onderwerp mentale gezondheid in de organisatie. Het is echter van belang dat hierin rekening wordt gehouden met de verschillende verantwoordelijkheden, behoeften en mogelijkheden van hun personeel, maar ook de behoeften van cliënten in informatievoorziening en het gesprek over depressie en angst. Het inbedden in de organisatie draagt bij aan het niet uit het oog verliezen van de mentale gezondheid van cliënten. Tezamen draagt dit bij aan de detectie van depressie en angst, waardoor cliënten de mentale ondersteuning kunnen krijgen die zij nodig hebben en zij een betere kwaliteit van leven gaan ervaren.

Referenties

1. van der Aa HPA, Comijs HC, Penninx BWJH, van Rens GHMB, van Nispen RMA. Major depressive and anxiety disorders in visually impaired older adults. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2015;56(2):849-54.
2. Horowitz A, Reinhardt JP, Kennedy GJ. Major and subthreshold depression among older adults seeking vision rehabilitation services. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005;13(3):180-7.
3. Augustin A, Sahel JA, Bandello F, Dardennes R, Maurel F, Negrini C, et al. Anxiety and depression prevalence rates in age-related macular degeneration. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2007;48(4):1498-503.
4. Evans JR, Fletcher AE, Wormald RP. Depression and anxiety in visually impaired older people. *Ophthalmology*. 2007;114(2):283-8.
5. Renaud J, Bedard E. Depression in the elderly with visual impairment and its association with quality of life. *Clin Interv Aging*. 2013;8:931-43.
6. Jones GC, Rovner BW, Crews JE, Danielson ML. Effects of depressive symptoms on health behavior practices among older adults with vision loss. *Rehabil Psychol*. 2009;54(2):164-72.
7. van der Aa HP, Margrain TH, van Rens GH, Heymans MW, van Nispen RM. Psychosocial interventions to improve mental health in adults with vision impairment: systematic review and meta-analysis. *Ophthalmic Physiol Opt*. 2016;36(5):584-606.
8. Holloway EE, Xie J, Sturrock BA, Lamoureux EL, Rees G. Do problem-solving interventions improve psychosocial outcomes in vision impaired adults: a systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns*. 2015;98(5):553-64.
9. Brody BL, Roch-Levecq AC, Thomas RG, Kaplan RM, Brown SI. Self-management of age-related macular degeneration at the 6-month follow-up: a randomized controlled trial. *Arch Ophthalmol*. 2005;123(1):46-53.
10. Girdler SJ, Boldy DP, Dhaliwal SS, Crowley M, Packer TL. Vision self-management for older adults: a randomised controlled trial. *Br J Ophthalmol*. 2010;94(2):223-8.

11. Rovner BW, Casten RJ, Hegel MT, Massof RW, Leiby BE, Ho AC, et al. Low vision depression prevention trial in age-related macular degeneration: a randomized clinical trial. *Ophthalmology*. 2014;121(11):2204-11.
12. van der Aa HP, van Rens GH, Comijs HC, Margrain TH, Gallindo-Garre F, Twisk JW, et al. Stepped care for depression and anxiety in visually impaired older adults: multicentre randomised controlled trial. *BMJ*. 2015;351:h6127.
13. van der Aa HP, Hoeben M, Rainey L, van Rens GH, Vreeken HL, van Nispen RM. Why visually impaired older adults often do not receive mental health services: the patient's perspective. *Qual Life Res*. 2015;24(4):969-78.
14. Nollett CL, Bray N, Bunce C, Casten RJ, Edwards RT, Hegel MT, et al. High prevalence of untreated depression in patients accessing low-vision services. *Ophthalmology*. 2016;123(2):440-1.
15. Holloway EE, Sturrock BA, Lamoureux EL, Keeffe JE, Rees G. Depression screening among older adults attending low-vision rehabilitation and eye-care services: Characteristics of those who screen positive and client acceptability of screening. *Australas J Ageing*. 2015;34(4):229-34.
16. van Munster EPJ, van der Aa HPA, Verstraten P, van Nispen RMA. Barriers and facilitators to recognize and discuss depression and anxiety experienced by adults with vision impairment or blindness: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):749.
17. Rees G, Fenwick EK, Keeffe JE, Mellor D, Lamoureux EL. Detection of depression in patients with low vision. *Optom Vis Sci*. 2009;86(12):1328-36.
18. Nollett C, Bartlett R, Man R, Pickles T, Ryan B, Acton JH. How do community-based eye care practitioners approach depression in patients with low vision? A mixed methods study. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):426.
19. van Munster EPJ, van der Aa HPA, Verstraten P, Heymans MW, van Nispen RMA. Improved intention, self-efficacy and social influence in the workspace may help low vision service workers to discuss depression and anxiety with visually impaired and blind adults. (Epub ahead of print).
20. Rees G, Fenwick E, Keeffe JE, Mellor D, Lamoureux EL. Managing depression in patients with vision impairment: A descriptive study of practitioners' beliefs and confidence. *Australas J Ageing*. 2011;30(3).
21. Fenwick EK, Lamoureux EL, Keeffe JE, Mellor D, Rees G. Detection and management of depression in patients with vision impairment. *Optom Vis Sci*. 2009;86(8):948-54.
22. Mittal D, Sullivan G, Chekuri L, Allee E, Corrigan PW. Empirical Studies of Self-Stigma Reduction Strategies: A Critical Review of the Literature. *Psychiatr Serv*. 2012;63(10):974-81.
23. O'Connor M, Casey L. The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Res*. 2015;229(1-2):511-6.
24. van Munster EPJ, Nollett CL, Holloway EE, van Nispen RM, Maarsingh O, Heymans MW, et al. A validated prediction model of healthcare providers discussing depression with adults with vision impairment (Preliminary results).
25. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics*. 2009;50(6):613-21.
26. Elsman EBM, van Munster EPJ, van Nassau F, Verstraten P, van Nispen RMA, van der Aa HPA. Perspectives on Implementing the Patient Health Questionnaire-4 in Low-Vision Service Organizations to Screen for Depression and Anxiety. *Transl Vis Sci Technol*. 2022;11(1):16.
27. Nollett C, Bartlett R, Man R, Pickles T, Ryan B, Acton JH. Barriers to integrating routine depression screening into community low vision rehabilitation services: a mixed methods study. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):419.
28. Bartlett R, Acton JH, Ryan B, Man R, Pickles T, Nollett C. Training results in increased practitioner confidence and identification of depression in people with low vision: a mixed methods study. *Ophthalmic Physiol Opt*. 2021;41(2):316-30.
29. Rees G, Holloway EE, Craig G, Hepi N, Coad S, Keeffe JE, et al. Screening for depression: integrating training into the professional development programme for low vision rehabilitation staff. *Clin Experiment Ophthalmol*. 2012;40(9):840-8.

30. Rees G, Mellor D, Heenan M, Fenwick E, Keeffe JE, Marella M, et al. Depression training program for eye health and rehabilitation professionals. *Optom Vis Sci*. 2010;87(7):494-500.