

Ontwerprichtlijn Depressie bij volwassenen

Herziening in opdracht van de Commissie Richtlijnen – Domus Medica vzw

Onder embargo

Tom Declercq
Hilde Habraken
Hans van den Aemele
Jan Callens
Jan De Lepeleire
Hanne Cloetens

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave.....	2
Inleiding.....	4
Doel van de aanbeveling	4
Motivatie van de richtlijn	4
Motivatie herziening van de richtlijn	4
Patiëntenpopulatie	5
Epidemiologie	5
Begrippen en definities	6
Klinische vragen	11
1. Hoe komt de huisarts tot de diagnose depressie?.....	12
Kernboodschappen	12
Toelichting.....	13
Basis voor aanbeveling.....	17
2. Wanneer verwijst de huisarts patiënten met (vermoeden van) depressie naar de psychiater voor diagnostisch of therapeutisch advies?.....	20
Kernboodschappen	20
Toelichting.....	20
Basis voor aanbeveling.....	21
3. Hoe bevaag je als huisarts het suiciderisico bij patiënten met vermoeden op depressie en hoe maak je een inschatting van de risico-ernst?.....	23
Kernboodschappen	23
Toelichting.....	23
Basis voor aanbeveling.....	24
4. Depressiediagnostiek bij ouderen: Welke zijn bij ouderen de aandachtspunten wat depressiediagnostiek betreft?	26
Kernboodschappen	26
Toelichting.....	26
Basis voor aanbeveling.....	27
5. Hoe stelt de huisarts bij een patiënt met vermoeden van een milde (tot matige) depressie een aangepast zorg- en therapieplan op?	28
Kernboodschappen	28
Toelichting.....	28
Basis voor aanbeveling.....	30
6. Hoe stelt de huisarts bij een patiënt met vermoeden van een matige en ernstige depressie een aangepast zorg- en therapieplan op?	33

Kernboodschappen	33
Toelichting.....	33
Basis voor aanbeveling.....	35
7. Hoe vul je als huisarts de niet-medicamenteuze aanpak in?	38
Kernboodschappen	38
Toelichting.....	38
Basis voor aanbeveling.....	40
8. Wanneer verwijst je voor (welk soort) psychotherapie?.....	42
Kernboodschappen	42
Toelichting.....	42
Basis voor aanbeveling.....	44
9. Welke is de aanbevolen medicamenteuze behandeling van een depressie?	46
Kernboodschappen	46
Toelichting.....	47
Basis voor aanbeveling.....	52
10. Wanneer, hoe en op wie kan de huisarts – in een getrappt zorgsysteem – een beroep doen voor extra ondersteuning van zijn depressieve patiënt?	57
Kernboodschappen	57
Toelichting.....	57
Basis voor aanbeveling.....	62
11. Welke zijn bij de behandeling van depressie de aandachtspunten bij ouderen?	
Kernboodschappen	63
Toelichting.....	64
Basis voor aanbeveling.....	66
12. Wat is het opvolgbeleid na een depressie?	70
Kernboodschappen	70
Toelichting.....	70
Basis voor aanbeveling.....	73
Kernboodschappen	77
Randvoorwaarden.....	84
Toetselementen	85
Researchagenda	85
Economische overwegingen	85
ICPC 2 codes.....	86
Totstandkoming	86

Inleiding

Doel van de aanbeveling

Het doel van deze aanbeveling is de huisarts handvatten aanbieden bij het herkennen, diagnosticeren, behandelen en opvolgen van depressie bij volwassenen, met inbegrip van ouderen, zowel ambulante als in een woonzorgcentrum (WZC). We willen de huisarts een overzicht geven van de diagnostische en therapeutische mogelijkheden binnen de eigen praktijk alsook in samenwerking met andere hulpverleners en voorzieningen, zodat de huisarts samen met de patiënt een gemotiveerde keuze kan maken in de aanpak van depressie. We geven ook specifiek aandacht aan de aanpak van depressie bij ouderen.

Volgende onderwerpen vallen buiten het bestek van deze richtlijn:

- depressie bij kinderen en adolescenten (<18 jaar)
- depressie bij zwangere vrouwen
- postpartum depressie
- bipolaire depressie
- psychotische depressie

Motivatie van de richtlijn

Depressie is een belangrijke aandoening in de eerste lijn met hoge morbiditeit en mortaliteit. De WHO voorziet dat tegen 2020 depressie de belangrijkste oorzaak wordt van langdurig ziekteverzuim. Het merendeel van de depressieve patiënten komt bij de huisarts terecht. Een adequate herkenning, behandeling en eventuele verwijzing zijn belangrijk voor deze potentieel ernstige aandoening.

Motivatie herziening van de richtlijn

De oorspronkelijke Domus Medica-aanbeveling *Depressie* dateert van 2008. Er is in de voorbije jaren in de literatuur meer aandacht geweest voor de aanpak van depressie bij ouderen. Voor het eerst werd een multidisciplinaire en gestructureerde aanpak in woonzorgcentra onderzocht. Ook de niet-medicamenteuze aanpak van depressie is ondertussen meer en beter onderzocht. Daarnaast is de geestelijke gezondheidszorg o.m. in België zich gaan herorganiseren onder de noemer van artikel 107 en heeft deze reorganisatie nieuwe dynamieken met zich meegebracht, o.a. wat de samenwerking binnen de eerste lijn en over de verschillende lijnen heen betreft. Ten slotte is de discussie over de plaats van medicatie, met name van antidepressiva in de aanpak van depressie blijven woeden en is er toenemende discussie ontstaan over het gebruik van zogenaamde farmacologische hulpmedicatie in de eerste lijn, zoals de antipsychotica. Al deze evoluties maken een update van de aanbeveling noodzakelijk.

Patiëntenpopulatie

Deze richtlijn is van toepassing op volwassen patiënten, inclusief ouderen, gediagnosticeerd in de eerste lijn met een (eerste) depressie (of eerste opstoot van een depressieve stoornis), of bij wie een (eerste) depressie (of eerste opstoot van een depressieve stoornis) in de eerste lijn vermoed wordt.

Epidemiologie

Eén op vijf vrouwen en één op tien mannen zou volgens bevraging in bevolkingsonderzoek minstens gedurende een beperkte periode in hun leven klachten van een depressieve stoornis (depressive disorder) ervaren. Uit de bevolkingsenquête van 2013 blijkt dat op populatieniveau in België op moment van de bevraging 14,8% van alle respondenten ouder dan 15 jaar symptomen van een depressieve stoornis vertoont (CI 13,5-16,0). Voor de Vlaamse regio bedraagt dat percentage 13,3% (CI 11,6-15,0), voor de Waalse regio 16,8% (CI 14,8-18,9) en voor Brussel 18,2% (CI 15,5-20,9).¹ Het incidentiecijfer gemeten in de huisartsenpraktijk bedraagt in Vlaanderen voor de periode van 2008 tot 2010 per 1000 patiëntenjaren en naargelang het geslacht voor mannen respectievelijk 6,84% en 4,84% naargelang gemeten in de jaarlijkse patiëntengroep of op niveau van de praktijkpopulatie en voor vrouwen respectievelijk 12,54% en 9,93%.² Een in 2008 uitgevoerde surveillance in de Belgische huisartsenpraktijken via het netwerk van Huisartsenpeilpraktijken gaf een incidentie van 719 per 100.000 mannen en 1440 per 100.000 vrouwen. Het is onduidelijk of het verschil tussen zelfrapportering van klachten en rapportering van hulp zoeken bij een hulpverlener verantwoordelijk is voor het verschil tussen prevalenties gemeten in de algemene bevolking enerzijds en deze gemeten in de eerste lijn anderzijds.³

¹ https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20documenten/WB_NL_2013.pdf.

² <http://intego.be/nl/Resultaten/Diagnosen>.

³ Boffin N, Bossuyt N, Declercq T, et al. Diagnose van patiënten met depressie. Resultaten van een jaar surveillance in België. Huisarts Nu 2012;41:227-8.

Begrippen en definities

Acuut crisisteam of acuut mobiel team: Een acuut mobiel crisisteam bestaat uit een psychiater, psychiatrisch verpleegkundige en andere in de geestelijke gezondheidszorg gespecialiseerde hulpverleners. Dit regionaal georganiseerd team biedt de huisarts de mogelijkheid om binnen afzienbare termijn (bijvoorbeeld binnen 48 uur) ter plekke, d.w.z. bijvoorbeeld via huisbezoek, de ernst van de situatie in te schatten en (eerste) hulp te bieden.

Artikel 107 projecten: Verzamelnaam voor projecten op vlak van geestelijke gezondheidszorg die onder de noemer van het federaal wetboek artikel 107 vallen en als doel hebben de psychiatrie in België te vermaatschappelijken. Voor de deelstaten is het opzet en de doelstellingen van deze projecten vertaald in de 'Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg'.⁴

Augmentatietherapie: Augmentatietherapie is het toevoegen van een ander middel aan het antidepressivum met als doelstelling de werking van het antidepressivum te versterken. Hiervoor worden o.a. lithium, sommige anti-epileptica, alsook sommige antipsychotica gebruikt.

Bibliotherapie: Bibliotherapie is een therapie waarbij gebruik gemaakt wordt van geschreven teksten zoals zelfhulpboeken, handleidingen, romans en prentenboeken om mensen van alle leeftijden te helpen met hun psychische en fysieke problemen.

Biopsychosociaal depressiemodel: Het biopsychosociaal model is in de eerste lijn een multicausaal verklaringsmodel waarbij biologische, psychologische en sociale factoren verondersteld worden een rol te spelen in het ontstaan van een depressie.

Bipolariteit: Bij een patiënt met bipolaire stoornis wisselen depressieve episodes zich af met manische of hypomane periodes. Tijdens een manische episode voelt de patiënt zich bovenmatig goed en stelt hij gedrag, bvb aankopen doen of relaties aangaan, dat zichzelf en de omgeving potentieel schade berokkent.

Chronisch mobiel behandelteam: Het chronische mobiele behandelteam biedt binnen een bepaalde regio ondersteuning aan bij langdurige psychiatrische zorg in de thuissituatie. Het chronische mobiele team bestaat uit een aantal psychiatrische verpleegkundigen, beschikt over een psychiater voor advies, verricht huisbezoeken en werkt samen met de huisarts en de patiënt naar herstel, re-integratie, dagbesteding, e.d.

Cognitieve gedragstherapie (CGT) (cognitive behavioural therapy)(CBT): Depressieve patiënten hebben vaak negatieve gedachten over zichzelf en wat zij in het dagelijks

⁴ Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg. Vlaanderen 2010.
file:///C:/Users/UGent/Downloads/Guide%20-%20VLAANDEREN.pdf_

leven meemaken ('het wordt nooit wat met mij', 'alles wat ik aanpak gaat fout', 'iedereen is tegen mij'). Ze hebben een laag gevoel van eigenwaarde dat hun gedachten negatief kleurt en zij houden met deze gedachten hun depressie in stand. Tijdens de behandeling leert de patiënt deze gedachten herkennen, uit te dagen en te vervangen door meer reële gedachten. Aldus wordt op de cognitie van de patiënt gewerkt. Bovendien wordt door het geven van concrete opdrachten de patiënt gestimuleerd om activiteiten te ondernemen en op die manier wordt de patiënt geleerd in concrete situaties een meer helpend gedrag te ontwikkelen.⁵

Depressieve klachten: Sombere stemming of verlies aan interesse, waar de patiënt hinder van ondervindt, maar waarbij niet wordt voldaan aan de DSM-5-criteria voor een depressie.

Persisterende depressieve stoornis of dysthyme stoornis: Een relatief milde, maar langdurige vorm van depressie, is de dysthyme stoornis. Oudere benamingen voor de dysthyme stoornis zijn: dysthymie, milde chronische depressie of neurotische depressie. De depressieve klachten bestaan langer dan twee jaar, de ernst van de klachten wisselt vaak sterk. Sombere perioden worden afgewisseld met perioden waarin men zich wat beter voelt. Perioden waarin men geen klachten heeft, duren nooit langer dan twee maanden. Er zijn minder bijkomende klachten als bij een depressie, er bestaat wel het grootste deel van de dag een depressieve stemming. De lijdensdruk is groot omdat er geen perioden zijn waarin men zich echt goed voelt. Er bestaan forse beperkingen in het functioneren, zowel privé als op werk en andere gebieden.

Eerstelijnspsycholoog: De eerstelijnspsycholoog (ELP) biedt als hulpverlener, op één of andere manier – fysiek en/of via een samenwerkingsverband- aan een huisartsenpraktijk verbonden, laagdrempelige en oplossingsgerichte hulp aan. Deze hulp is op herstel gericht en kortdurend, namelijk maximaal 10 sessies van telkens één uur. De door de ELP aangeboden hulp moet op korte termijn opgestart kunnen worden (geen of korte wachttijd), de aangeboden hulp is goed bereikbaar (d.w.z. in de buurt) en er is geen financiële drempel. Omwille van de volgens geografisch (Vlaams, Brussels en Waals) afhankelijke invulling van het begrip ELP wordt deze term in de Franstalige versie van deze aanbeveling door psycholoog vervangen.

Elektroconvulsietherapie (ECT): is een behandeling in de psychiatrie die toegepast wordt bij verschillende ernstige ziektebeelden, zoals bij patiënten met een ernstige depressie die niet (voldoende) reageren op behandeling met medicatie. Bij ECT wordt onder narcose een epileptische aanval kunstmatig opgewekt. Door deze techniek toe te passen en eventueel enkele malen te herhalen, kunnen mensen met bijvoorbeeld een ernstige depressie zich beter gaan voelen en zelfs geheel herstellen. Er bestaan duidelijke richtlijnen voor de toepassing van ECT.⁶

⁵ Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9.

⁶ <http://vvp-online.be/secties.php?s=ECT>.

GDS-15 (vragenlijst): De Geriatric Depression Scale is een vragenlijst waarmee in 15 ja/nee-vragen gepeild wordt naar de aanwezigheid van depressie bij ouderen van 75 jaar of ouder. De drempelscore van een mogelijke depressie is vijf of meer.

Lichttherapie: Lichttherapie is een betrekkelijk eenvoudige behandeling die overigens wel expertise vereist voor de juiste diagnostiek, indicatiestelling en het hanteren van eventuele bijwerkingen, waarbij de patiënt met winterdepressie aan een intensieve lichtbron wordt blootgesteld.

Life review therapie: Reminiscentie en 'life-review' zijn nog relatief onbekende therapievormen. Alle oudere mensen zijn geneigd terug te kijken op hun leven. Dit innerlijke mentale proces bestaat uit terugblikken (reminiscentie) en doorwerken van het leven (life-review). Als men erin slaagt tot integratie van levensconflicten te komen, zullen zich kenmerken als innerlijke rust en wijsheid ontwikkelen. Als men daar niet in slaagt zou dit (mede) een oorzaak kunnen zijn voor het ontstaan van stoornissen op late leeftijd, zoals depressie. Tegen deze achtergrond zijn twee therapeutische interventies ontwikkeld die men reminiscentie en life-review is gaan noemen. Bij reminiscentie staat op de voorgrond het op een gestructureerde manier praten en denken over positieve ervaringen in het verleden waardoor de patiënt een positiever beeld krijgt van zichzelf en de positieve kanten van zijn leven 'herontdekt'. Bij life-review gaat men directiever en intensiever te werk. Men zal trachten ook negatieve ervaringen, bijvoorbeeld mislukkingen, tegenslagen of onopgeloste problemen naar boven te halen. Hierdoor kunnen onverwerkte vroegere gevoelens alsnog verwerkt worden of met meer afstand worden gezien of zelfs worden geherwaardeerd in een positievere zin of een breder perspectief. Uitgangspunt daarbij is dat praten en denken over vroeger helpt om de balans van het leven op te maken en om daarmee te komen tot aanvaarding en integratie van positieve en negatieve ervaringen in het leven. Hierdoor wordt de kans op depressie en andere psychische problemen kleiner.⁷

Depressie of depressieve stoornis, volgens ernstgraad ingedeeld in:

- **Matig tot ernstige depressie**

Sombere stemming of verlies aan interesse, waarbij voldaan wordt aan de DSM-5-criteria voor een depressie en de globale ernstinschatting als matig tot ernstig (niet mild) wordt aanzien. *

- **Milde depressie**

Sombere stemming of verlies aan interesse, waarbij voldaan wordt aan de DSM-5-criteria voor een depressie, doch de globale ernstinschatting als minder erg (of mild) wordt aanzien.*

*Ernstinschatting gebeurt op basis van inschatten van het aantal symptomen, de ernst (diepte) waarmee de symptomen zich manifesteren, alsook op basis van de weerslag die deze symptomen op het functioneren van de patiënt hebben. Ook de weerbaarheid

⁷ <https://trimbos.nl>.

van de patiënt, het al dan niet aanwezig zijn van risicofactoren zoals bijvoorbeeld usus, en de aan- of afwezigheid van steun in de directe omgeving, maakt deel uit van de ernstinschatting. Gezien het onvermijdelijk deels subjectieve aspect van ernstinschatting en het feit dat ernstinschatting deel uit maakt van een continuüm, zal in de aanbeveling een zorgplan geformuleerd worden voor milde (en matige) depressie, alsook voor matige tot ernstige depressie, waarbij matige depressie als een moeilijk te definiëren “tussen”- categorie op te vatten is. Het is op basis van de voorhanden zijnde literatuur onmogelijk om in de eerste lijn een scherp onderscheid te maken tussen deze verschillende ernstcategorieën: we kiezen voor een zo breed mogelijke, beschrijvende ernstinschatting in plaats van een mathematisch tellen van symptomen waardoor de vertaling naar mild (tot matig) enerzijds en matig en ernstig anderzijds intrinsiek tekort schiet.

Omwille van de eenvoud zal in de tekst ten slotte gebruik gemaakt worden van de term “depressie” in plaats van “depressieve stoornis”.

Mindfulness: Mindfulness is de belangrijkste component van MBCT (mindfulness based cognitive therapy of aandachtgerichte cognitieve therapie). Mindfulness heeft twee componenten. De eerste betreft zelfregulatie van de aandacht. De aandacht is daarbij gericht op de onmiddellijke ervaringen en het herkennen van mentale gebeurtenissen in het huidige moment. De tweede component is de nieuwsgierige en accepterende houding tegenover dat wat ervaren wordt. Elke gedachte, elk gevoel en elke lichamelijke gewaarwording wordt toegelaten, zonder er onmiddellijk een waardeoordeel over uit te spreken en zonder er iets aan te willen veranderen.⁸

Problem solving therapy: Problem Solving Treatment (PST) is een van meerdere bestaande korte psychologische behandelingen. PST is gebaseerd op de principes van versterking van zelfmanagement en coping-strategieën en van cognitieve gedragstherapie. Het doel is het verminderen van psychische klachten die samenhangen met onopgeloste problemen in het dagelijks leven. Patiënten leren meer greep op deze problemen te krijgen en zo meer controle over wat ze overkomt te ervaren. De stappen zijn: definiëren van het probleem, stellen van een haalbaar doel, brainstormen over mogelijke oplossingen, afwegen van oplossingen, kiezen van de beste oplossing, maken van een implementatieplan en evalueren van de klachten.⁹ PST is niet te verwarren met oplossingsgerichte therapie. PST is niet algemeen gekend in België en derhalve weinig voorkomend.

Psychodynamische therapie: Psychodynamische therapie gaat ervan uit dat onbewuste verlangens en/of emoties mede de oorzaak kunnen zijn van depressieve klachten. Door aan de hand van concrete situaties inzicht te krijgen in deze verlangens en/of emoties

⁸ Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9.

⁹ Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9.

en wanneer het lukt hier anders mee te leren omgaan, kunnen depressieve klachten afnemen en is persoonlijke ontwikkeling weer mogelijk.¹⁰

Psychotische kenmerken: Onder psychotische kenmerken verstaan we hallucinaties of wanen, bijvoorbeeld ondergangswanen. Een depressie met psychotische kenmerken is een complexe aandoening die een specifieke psychiatrische aanpak vereist.

Therapieresistente depressie: Wanneer in de eerste lijn de behandeling van een depressie met een lege artis ingesteld antidepressivum binnen de 6 à 8 weken niet aanslaat, spreken we van een therapieresistente depressie (consensus).

Winterdepressie: Winterdepressie is een depressie, waarbij de symptomen in de herfst beginnen en in het voorjaar weer verdwijnen. De diagnose kan gesteld worden als de depressie minimaal twee winters heeft plaatsgevonden.

¹⁰ Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9.

Klinische vragen

1. Hoe komt de huisarts tot de diagnose depressie?
2. Wanneer verwijst de huisarts patiënten met (vermoeden van) depressie naar de psychiater voor diagnostisch of therapeutisch advies?
3. Hoe bevraag je als huisarts het suïciderisico bij patiënten met vermoeden op depressie en hoe maak je een inschatting van de risico-ernst?
4. Depressiediagnostiek bij ouderen: Welke zijn bij ouderen de aandachtspunten wat depressiediagnostiek betreft?
5. Hoe stelt de huisarts bij een patiënt met vermoeden van een milde (tot matige) depressie een aangepast zorg- en therapieplan op?
6. Hoe stelt de huisarts bij een patiënt met vermoeden van een matige en ernstige depressie een aangepast zorg- en therapieplan op?
7. Hoe vul je als huisarts de niet-medicamenteuze therapie in?
8. Wanneer verwijs je voor (welk soort) psychotherapie?
9. Welke is de aanbevolen medicamenteuze behandeling van een depressie?
10. Wanneer, hoe en op wie kan de huisarts in een getrapt zorgsysteem een beroep doen op extra ondersteuning voor zijn depressieve patiënt?
11. Welke zijn bij de behandeling van depressie de aandachtspunten bij ouderen?
12. Wat is het opvolgbeleid na een depressie?

1. Hoe komt de huisarts tot de diagnose depressie?

Kernboodschappen

1. De diagnostiek van depressie verloopt in de eerste lijn in meerdere stappen:

Stap 1:

Wees alert voor depressie en voor depressieve klachten bij uw patiënt (GRADE 1C).

Stap 2:

Stel bij vermoeden van depressie twee oriënterende vragen en exploreer verder bij positief antwoord op één van beide (GRADE 1B):

1. Ben je de laatste maand in je dagelijks leven frequent gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid?
2. Ben je de voorbije maand frequent gehinderd geweest door weinig interesse of weinig plezier in de dingen die je deed?

Stap 3:

Stel een diagnostisch landschap op en verzamel argumenten voor of tegen de diagnose depressie door het stellen van volgende vragen (GCP):

1. Zijn er ernstige en/of levensbedreigende behandelbare psychiatrische aandoeningen anders dan depressie aanwezig?
2. Zijn er andere, behandelbare somatische problemen die zich met depressieve klachten kunnen aandienen?
3. Zijn er behandelbare psychische of psychiatrische problemen die met depressieve klachten of depressie gepaard gaan, maar eerder een eigen aangepaste therapeutische benadering nodig hebben?
4. Zijn er uitlokkende factoren of gekende risicofactoren die het vermoeden van een depressie kunnen versterken?

Stap 4:

Exploreer ideas, concerns, expectations en coping, en bevrage expliciet het suïciderisico (GCP).

Stap 5: Stel op basis van de voorgaande vier stappen de diagnose depressie en toets zo nodig aan de DSM-5 criteria.

Stap 6: Schat de ernst van de depressie in (GCP). Beoordeel daarvoor:

- de lijdensdruk die de patiënt ervaart;
- de invloed die de depressie op het dagelijks leven/functioneren van de patiënt heeft;

Samen vormen zij de intrinsieke ernst van de depressie. Beoordeel hiernaast de weerbaarheid, voorbeschikkende factoren en het al dan niet aanwezig zijn van steunfiguren.

2. De huisarts kan zich in het diagnostisch proces door andere hulpverleners (eerstelijnspsycholoog, psychiater, ...) laten bijstaan (GCP).

Toelichting

1: Stapsgewijze strategie.

De zes fasen uit de Domus Medica-aanbeveling *Depressie* van 2008 worden grotendeels bevestigd door de NICE richtlijn. Deze stapsgewijze strategie is ondertussen ook door de meta-analyse van Mitchell verder onderbouwd.¹¹

Stap 1: Wees alert. De aandacht van de huisarts moet bij zijn patiënten niet alleen naar depressie gaan, maar ook naar depressieve klachten. Voor depressie moet je als huisarts alert zijn: de strategie van case-finding is hiervoor de meest geschikte. In meerdere opeenvolgende contacten zal de huisarts zijn vermoeden van depressie of depressieve klachten exploreren.

Aandacht hebben voor depressie of depressieve klachten kan bij personen met een voorgeschiedenis van depressie, vage klachten, wisselende presentatie van klachten, bij ernstige somatische aandoeningen, zoals CVA, maligniteit e.a., en bij belangrijke levensgebeurtenissen, frequent spreekuur bezoek, aanhoudende moeheid, vermagering e.a. zinvol zijn.

Er zijn elementen op het niveau van de huisarts zelf die een rol kunnen spelen in het op gang brengen van het diagnostisch proces zoals een vertrouwensvolle en vertrouwenwekkende relatie, respectvolle attitude, het vermijden van stigma en discriminatie, het wekken van hoop en optimisme. Ook het hanteren van verschillende verklaringsmodellen van het probleem, de gevoeligheid voor culturele, etnische en religieuze achtergronden zijn belangrijk in de eerste lijn.¹²

Stap 2: Stel volgende twee vragen:

1. Ben je de laatste maand in je dagelijks leven frequent gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid?
2. Ben je de voorbije maand frequent gehinderd geweest door weinig interesse of weinig plezier in de dingen die je deed?

Exploreer bij positief antwoord op één van beide vragen verder.

Stap 3: Sluit andere verklaringen uit:

1. Ernstige comorbide psychiatrische aandoeningen;
 - Bipolaire stoornissen: heeft de patiënt ooit een manische of hypomane periode doorgemaakt of komt dit voor in de familie? Onder een manische episode verstaan we een periode (van vier dagen of langer) van overactiviteit of ontremdheid.
 - Psychose: zijn er aanwijzingen van hallucinaties of wanen?

¹¹ Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet* 2009;374:609-19.

¹² Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-standaard Depressie (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2012;55:252-9.

Wordt op deze vragen met 'ja' geantwoord, dan moet een verwijzing naar een gespecialiseerde opvang – psychiater, crisisopvang of psychiatrische afdeling van algemeen ziekenhuis – worden overwogen (zie KV 2 en KV 10).

2. Andere (behandelbare) somatische problemen die met depressieve gevoelens gepaard kunnen gaan. Bevraag deze aandoeningen en behandel zoveel als mogelijk oorzakelijk. Mogelijke oorzaken zijn (niet limitatief);

- Hypothyreoïdie;
- Ziekte van Parkinson;
- Beginnende dementie kan door het beseffen van het verlies, door de concentratiestoornissen en/of het vermijdingsgedrag als een depressie presenteren of gepaard gaan met depressieve gevoelens (zie ook KV 4).
- Ongewenste medicamenteuze effecten:
 - niet-selectieve bètablokkers met centrale werking (bv. propranolol). Deze vormen een relatieve contra-indicatie in de aanwezigheid van depressie.
 - benzodiazepines en andere onderdrukkers van het centraal zenuwstelsel en centraal werkende antihypertensiva (bv. methyldopa).
 - flunarizine: dit anti-migraine middel is absoluut gecontra-indiceerd bij een depressie.
 - systemische corticoïden zoals methylprednisolon, het antiviraal middel interferon-alfa, het antimalariamiddel mefloquine alsook het centraal stimulant modafinil zijn relatief gecontra-indiceerd bij depressie.

3. Andere behandelbare psychische of psychiatrische problemen;

- Rouw: het overlijden van een belangrijke persoon, al of niet onverwacht, en andere vormen van verlies in de relatiekring of de werksituatie kunnen depressieve gevoelens teweegbrengen. Wanneer ze niet meer als normale rouwreactie worden ingeschat, moet men alert zijn op een depressie. In de DSM-5 wordt het exclusiecriteria rouw voor het stellen van de diagnose depressie binnen de 6 maanden na een overlijden niet meer weerhouden, hoewel hier enige controverse over is.¹³
- Overspanning: kan gepaard gaan met een zekere graad van depressieve gevoelens. Overspanning is het klinisch beeld van spanningsklachten zoals moeheid, prikkelbaarheid, slapeloosheid die samenhangen met een overbelastende situatie en die tijdelijke beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren tot gevolg hebben. Wanneer een overspanning langer dan 6 maanden duurt en er gevoelens van depersonalisatie, derealisatie en toenemende uitputting met insufficiëntiegevoelens ontstaan, spreekt men over burn-out. Beide begrippen, overspanning en burn-out, worden ook door elkaar gebruikt. We verwijzen voor de aanpak van overspanning en burn-out naar de respectievelijke literatuur.¹⁴
- De verschillende angststoornissen gaan soms met een depressieve stemming gepaard: in dat geval verdient het de voorkeur om de angst te behandelen. Als

¹³ Dowrick C, Frances A. Medicalising unhappiness: new classification of depression risks more patients being put on drug treatment from which they will not benefit. *BMJ* 2013;347. DOI:10.1136/bmj.f7140.

¹⁴ https://kce.fgov.be/nl/publication/report/burnout-bij-huisartsen-preventie-en-aanpak#.V_OoNCiLTIU;
<https://www.nhg.org/themas/publicaties/lesa-overspanning-en-burn-out>.

depressie een belangrijk deel van het ziektebeeld uitmaakt, behandel dan als depressie.

- Persoonlijkheidsstoornissen: kunnen een depressie veroorzaken. Ze kunnen ook de behandeling en prognose van een depressie beïnvloeden.
- Afhankelijkheid van middelen zoals alcohol, cannabis, amfetamines, opioïden, benzodiazepines en andere kan een eigen specifieke aanpak vereisen naargelang de ernst van de verslavingsproblematiek

4. Uitlokkende factoren en/of risicofactoren;

Bij twijfel aan de diagnostiek van een depressie kunnen deze wezenlijke onderdelen van het bio-psycho-sociaal basisconcept helpen om tot een diagnose te komen:

- gekende kwetsbaarheid op basis van familiaal voorkomen, familiale en sociale omgevingsfactoren tijdens de kinderjaren zoals geweld, mishandeling of seksueel misbruik (trauma) of belangrijke verlieservaringen;
- gekende moeilijkheden in de omgang met stress in het verleden;
- elementen van beperkte weerbaarheid zoals een zwakke fysieke toestand wegens chronische ziekte of beperking, ongunstige sociaaleconomische factoren of problemen met psychologische draagkracht, zingeving en positieve levensdoelen.

Stap 4: Exploreer de ideeën van de patiënt over zijn toestand, de aanleiding ervan en zijn gevoelens hierover, de zogenaamde ICE (Ideas, Concerns and Expectations). Bevrage hoe de patiënt de klachten zelf hanteert en welke steunelementen er zijn (coping), en/of er problemen zijn met het zelfmanagement en/of met vervullen van sociale rol(len). Bevrage bij vermoeden van depressie altijd expliciet en uitgebreid het suïciderisico (zie KV3).

Stap 5: Toets zo nodig aan de DSM-5 criteria. Bij een aantal patiënten zal in de huisartsenpraktijk de diagnose van een depressie dankzij het differentieel diagnostisch proces van vier stappen duidelijk zijn en is hiermee de diagnose 'depressie' formeel gesteld. Bij blijvende onzekerheid kan het verkregen beeld aan de probleemdefinitie van de patiënt en aan de criteria voor majeure depressie, zoals geformuleerd door de DSM-5, getoetst worden.

DSM-5 criteria van depressie (American psychiatric association, 2014)¹⁵:

A. Vijf of meer van de volgende symptomen zijn binnen dezelfde periode van twee weken aanwezig geweest en wijken af van het eerdere functioneren; minstens één van de symptomen is ofwel (1) een sombere stemming, ofwel (2) verlies van interesse of plezier. Geen symptomen meetellen die duidelijk zijn toe te schrijven aan een somatische aandoening.

- 1. Sombere stemming, gedurende het grootste deel van de dag en bijna elke dag, zoals blijkt uit ofwel subjectieve mededelingen (bv. zich verdrietig, leeg of hopeloos voelen), ofwel observatie door anderen (bv. tranen in de ogen).*

¹⁵ American psychiatric association. Beknopt Overzicht van de criteria DSM-5. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2014.

2. *Duidelijk verminderde interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten, gedurende het grootste deel van de dag, en dit bijna elke dag, zoals blijkt uit een subjectieve beschrijving of observatie door anderen.*
 3. *Significant gewichtsverlies zonder dat dieet wordt gehouden, of een gewichtstoename (bv. meer dan 5% van het lichaamsgewicht binnen één maand), of bijna elke dag een afgenomen of toegenomen eetlust.*
 4. *Insomnia of hypersomnia, bijna iedere dag.*
 5. *Psychomotorische agitatie of vertraging, bijna elke dag (waarneembaar door anderen, en niet alleen subjectieve gevoelens van rusteloosheid of geremd worden).*
 6. *Vermoeidheid of verlies van energie, bijna iedere dag.*
 7. *Gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens (die het karakter van een waan kunnen hebben), bijna elke dag (niet alleen zelfverwijft of schuldgevoel over het ziek zijn).*
 8. *Verminderd vermogen tot nadenken of concentreren, of besluiteloosheid, bijna elke dag (ofwel subjectief beschreven ofwel geobserveerd door anderen).*
 9. *Recidiverende gedachten aan de dood (niet alleen de vrees om dood te gaan), recidiverende suïcidedgedachten zonder een specifiek plan, of een suïcidepoging, of een specifiek plan om suïcide te plegen.*
- B. *De symptomen veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen.*
- C. *De episode kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel of een andere somatische aandoening.*

Stap 6: Schat de ernst in.

Schat de ernst van de depressie in. Beoordeel daarvoor:

- de lijdensdruk die de patiënt ervaart;
- de invloed die de depressie op het dagelijks leven/functioneren van de patiënt heeft;

Beoordeel hiernaast ook:

- de aanwezigheid van beschermende factoren of sterktes (=weerbaarheid of resilience) bij de patiënt versus voorbeschikkende factoren of zwaktes of zie stap 3;
- het al dan niet aanwezig zijn van steun in de (directe) omgeving van de patiënt (=context).

De gradatie van de ernst van een depressie varieert naargelang de gebruikte richtlijn. Voor de eenvoud kiezen we in deze herziening van de aanbeveling depressie voor twee categorieën: enerzijds milde depressie, en anderzijds matige tot ernstige depressie. Zoals hierboven onder de sectie definities aangegeven is deze onderverdeling een benadering van de werkelijkheid waar er een continuüm bestaat tussen depressieve klachten aan de ene kant en ernstige depressie aan de andere kant van het spectrum. Ernstinschatting is belangrijk voor het opstellen van een therapieplan, maar het is in de eerste lijn onmogelijk gebleken om vanuit ernstinschatting een uniform geldend therapieplan uit te tekenen, vandaar onze pragmatische keuze voor overlap tussen

gradaties van ernst en keuze van therapieplan: we stellen een therapieplan op voor milde (tot matige) depressie en een plan voor matige en ernstige depressie.

In de dimensionele diagnostiek van Van Os wordt ervoor gepleit om een inschatting te maken van de verschillende symptomen, de reactiepatronen, de context en het functioneren van de patiënt.¹⁶ We nemen deze brede inschatting mee door niet alleen naar de ernst van de depressie te vragen, maar ook voorgeschiedenis van de patiënt, zijn omgeving, weerbaarheid of veerkracht e.d. mee te nemen. Schat de draagkracht van de omgeving en het al dan niet omringd zijn van de patiënt in. Schat de weerbaarheid of veerkracht (resilience) van de patiënt in. Kader ten slotte de diagnose van depressie in de context van de totale persoon. Hoe meer ongunstige factoren en hoe prominenter deze aanwezig zijn, hoe ernstiger het klinisch beeld en hoe zwaarder de ernstinschatting weegt.

2: Samenwerking.

We verwijzen naar een belangrijke studie die aantoont dat opleiding alleen onvoldoende impact heeft op de attitude van huisartsen t.o.v. depressie, maar dat samenwerking en implementatie van aanbevelingen hierbij primeert.¹⁷ In het “collaborative model” (zie ook KV 10) wordt een intensieve en geïntegreerde aanpak ontwikkeld door een eerstelijnswerker, een specialist in geestelijke gezondheidszorg en een case manager.¹⁸ In de eerste lijn in Vlaanderen kan een eerstelijnspsycholoog hierbij een belangrijke rol spelen.

Basis voor aanbeveling

Voor het opstellen van de kernboodschappen in klinische vraag (KV) 1 werd grotendeels vertrokken vanuit de vorige Domus Medica aanbeveling. De kernboodschappen en het onderbouwende wetenschappelijk bewijs uit de voorgaande Domus Medica aanbeveling werden vergeleken met de kernboodschappen van NICE en NHG.¹⁹ Daarenboven werd per specifieke kernboodschap of deel daarvan, zoals hieronder aangegeven, recentere literatuur nagekeken en verwerkt.

Het is in de eerste lijn niet zinvol om naar depressie te screenen.²⁰ In een systematische review van 2014 blijkt de in de Verenigde Staten geldende aanbeveling om patiënten in de eerste lijn routinematig op depressie te screenen niet ondersteund

¹⁶ Van Os J. De DSM-5 voorbij. Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ. Leusden: Diagnosis Uitgevers; 2014.

¹⁷ Sikorski C, Luppia M, Konig HH, et al. Does GP training in depression care affect patient outcome? A systematic review and meta-analysis. BMC Health Serv Res 2012;12:10.

¹⁸ Thota AB, Sipe TA, Byard GJ, et al. Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. Am J Prev Med 2012;42:525-38.

¹⁹ Bipolar disorder: the assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care. Nice guideline 185. London: NICE; 2015.

²⁰ Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9; Bipolar disorder: the assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care. Nice guideline 185. London: NICE; 2015.

te worden door RCT's en bovendien patiënten aan mogelijke nadelen bloot te stellen. Op basis van deze gegevens hebben ook de Canadese autoriteiten hun aanbeveling rond screening van depressie bijgesteld.

Het belang van meerder patiëntcontacten in de diagnostiek van depressie door de huisarts wordt onderbouwd door NHG, NICE en de belangrijke meta-analyse van Mitchell.²¹

Het belang van de twee vragen in de depressie-anamnese, de zogenaamde Wooley questions, wordt zowel door NICE als door de Domus Medica-aanbeveling uit 2008 onderbouwd.²² De eerste hanteert een maand als periode, de tweede een periode van twee weken. We kiezen voor een periode van één maand en volgen daarmee de originele formulering van de Wooley questions uit 1994.²³ Uit de vorige Domus Medica-aanbeveling weten we dat de sensitiviteit van de twee vragen-test 97% bedraagt en de specificiteit 67%.²⁴ Een recente meta-analyse uit 2015 bevestigt deze hoge sensitiviteit en gemiddelde specificiteit en toont aan dat de twee vragen voldoende kracht hebben om een depressie uit te sluiten. Deze meta-analyse geeft onvoldoende wetenschappelijk bewijs over de waarde van een derde vraag, namelijk of de patiënt voor zijn vermoeden van depressie ook daadwerkelijk hulp wil.²⁵

Een systematische review van kwalitatief onderzoek met 13 studies bij 239 eerstelijns-artsen bevestigt dat de huisarts eigen strategieën gebruikt gebaseerd op de lange voorkennis van de patiënt, een vertrouwensvolle arts-patiënt relatie en een algoritme om andere aandoeningen uit te sluiten.²⁶

We verkiezen de ernstinschatting zoals geformuleerd in de Domus Medica-aanbeveling van 2008 (zie ook: kernboodschap 1 – stap 6) boven bestaande gestructureerde tools die de ernst van depressie bij de diagnose inschatten (zoals de PHQ-9 vragenlijst), omdat meer gestructureerde tools in de literatuur geen meerwaarde bewezen hebben in de eerste lijn.²⁷ Het is onduidelijk wat de waarde is in een eerstelijns-setting van in psychiatrische settings gebruikte ernstschalen, zoals de klassieke Hamilton, Beck depressie schaal (BDI-II) en de PHQ-9. Het afnemen van dergelijke schalen volstaat

²¹ Bipolar disorder: the assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care. Nice guideline 185. London: NICE; 2015; Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet* 2009;374:609-19.

²² Bipolar disorder: the assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care. Nice guideline 185. London: NICE; 2015.

²³ Spitzer R, Williams J, Kroenke K. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994;272:1749-56.

²⁴ Heyrman J, Declercq T, Rogiers R, et al. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. *Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts*. *Huisarts Nu* 2008;37:284-317.

²⁵ Bosanquet K, Bailey D, Gilbody S. Diagnostic accuracy of the Whooley questions for the identification of depression: a diagnostic meta-analysis. *BMJ Open* 2015;5. DOI:10.1136/bmjopen-2015-008913.

²⁶ Schumann I, Schneider A, Kantert C, et al. Physicians' attitudes, diagnostic process and barriers regarding depression diagnosis in primary care: a systematic review of qualitative studies. *FamPract* 2012;29:255-63.

²⁷ Shaw E, Sutcliffe D, Lacey T. Assessing depression severity using the UK quality and outcomes framework depression indicators: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2013. DOI: 10.3399/bjgp13X667169.

niet om de diagnose van depressie te stellen. De Domus Medica-aanbeveling uit 2008 neemt op een voor de eerste lijn haalbare en bevattelijke manier drie elementen mee die in een brede ernstinschatting van belang zijn, namelijk: de intrinsieke ernst van de depressie zelf, de weerbaarheid of veerkracht (resilience) van de patiënt versus negatief voorbeschikkende factoren of zwaktes van de patiënt en de context waarin de depressie zich voordoet.

Er is vanuit verschillende middens behoorlijk wat kritiek op het gebruik van de DSM-5 criteria.²⁸ Er is onder andere een discussie tussen een categoriale diagnostiek en dimensionele diagnostiek.²⁹ In de eerste, DSM benadering worden symptomen snel toegeschreven aan categorieën van ziekten (bv. psychose als teken van schizofrenie en depressieve stemming als onderdeel van majeure depressie). In de tweede benadering wordt gesteld dat symptomen als depressieve stemming, manie, suïcidale ideatie, slaapproblemen, e.d. dimensies kunnen zijn voor vele ziektebeelden en in die zin een transdiagnostische functie hebben.³⁰

²⁸ Van Os J. De DSM-5 voorbij. Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ. Leusden: Diagnosis Uitgevers; 2014.

²⁹ Goekoop R, Goekoop JG. Netwerkclusters van symptomen als elementaire syndromen in de psychopathologie: consequenties voor de klinische praktijk. Tijdschr. Psychiatr. 2015;58:38-47.

³⁰ Van Os J. The transdiagnostic dimension of psychosis: implications for psychiatric nosology and research. Shanghai Arch Psychiatry 2015;27:82-6; Krabbendam L, Myin-Germeys I. Dimensions of depression, mania and psychosis in the general population. Psychol Med 2004;34:1177-86.; Goekoop R, Goekoop JG. A network view on psychiatric disorders: network clusters of symptoms as elementary syndromes of psychopathology. PLoS One 2014;9.

2. Wanneer verwijst de huisarts patiënten met (vermoeden van) depressie naar de psychiater voor diagnostisch of therapeutisch advies?

Kernboodschappen

Indicaties voor verwijzing naar (of overleg met) een psychiater voor diagnostisch of therapeutisch advies:

1. Depressie met psychotische kenmerken (GCP).
2. Bipolaire stoornis (GCP).
3. Suïciderisico (GCP). (zie ook KV 3)
4. Onvoldoende verbetering of non-respons op de ingestelde behandeling (GCP).
5. Bij onzekerheid over: de ingestelde behandeling, bijwerkingen van de medicatie, het overschakelen van het ene op het andere antidepressivum of het gebruik van combinaties van medicatie (GCP).
6. Recidief depressie met ernstig sociaal disfunctioneren, grote lijdensdruk of ernstige psychiatrische comorbiditeit (GCP).

Toelichting

1 en 2: Depressies met psychotische kenmerken en depressies bij patiënten met een bipolaire stoornis zijn ernstige en complexe aandoeningen. De behandeling van deze aandoeningen is niet eenduidig en vaak zijn combinaties van psychofarmaca (antidepressiva, antipsychotica, stemmingsstabilisatoren) noodzakelijk. Bij de bipolaire stoornis is meestal een langdurige stemmingsregulerende behandeling aangewezen. De diagnostiek en behandeling van deze aandoeningen vraagt dan ook een specifieke psychiatrische expertise. De opvolging van deze patiënten kan, in samenspraak met de behandelend psychiater, uiteraard door de huisarts gebeuren.

3: Depressie is één van de belangrijkste risicofactoren voor een geslaagde suïcide. Bij patiënten met depressie dient de huisarts steeds het suïciderisico correct in te schatten (zie KV 3). Bij onzekerheid over het suïciderisico vraag de huisarts best advies aan de psychiater. Indien niet voldoende veiligheid kan geboden worden in de thuiscontext (ernstig suïciderisico, sterke doodswens, concreet suïcideplan, een vroegere ernstige poging, ernstige comorbiditeit, onvoldoende steunsysteem, onvoldoende medewerking...) wordt de patiënt verwezen naar de tweede lijn.

4 – 6: Niet of onvoldoende verbeteren of blijvend disfunctioneren na een eerste of volgende behandelingsepisode van 4 tot 6 weken (therapieresistentie) kan te wijten zijn aan tal van factoren, waaronder onjuiste diagnose of comorbiditeit, ongunstige sociale omstandigheden, onvoldoende ondersteuning in de thuiscontext, gebrekkige motivatie en therapietrouw, onvoldoende effect of bijwerkingen van de psychofarmaca. Bij onzekerheid over de diagnose of behandeling doet de huisarts er goed aan om een psychiater te raadplegen voor advies of de patiënt te verwijzen. Over

de behandeling van therapieresistente depressie bestaat weinig wetenschappelijk bewijs. Bij overschakeling van antidepressiva in geval van therapieresistentie of bij associatie van meerder psychofarmaca is het zinvol om psychiatrisch advies in te winnen (zie ook KV 9).

Hetzelfde geldt indien storende bijwerkingen optreden. Recidief na een eerste depressieve episode is frequent. De behandeling en eventuele vervolgbehandeling van een recidief depressie, zeker indien meerdere recidieven opgetreden zijn, is minder eenduidig dan van een eerste episode, zodat ook hier psychiatrisch advies aangewezen is. Tevens gaat de ziekte vaak gepaard met andere psychiatrische (en somatische) aandoeningen, zoals: angststoornissen, slaapstoornissen, alcohol- en drugmisbruik, persoonlijkheidsproblematiek, ADHD en dwangstoornis. Bij comorbiditeit is de diagnostiek en behandeling van depressie moeilijker en is het aan te raden de patiënt te verwijzen naar een psychiater.

Basis voor aanbeveling

De indicaties voor verwijzing naar de psychiater voor diagnostisch of therapeutisch advies zijn een adaptatie van de adviezen geformuleerd in de NHG standaard en conform de NICE-richtlijn.³¹ De NHG standaard vermeldt een lijst met 'indicaties voor het consulteren en verwijzen naar een tweedelijns GGZ-instelling of psychiater', die grotendeels werd overgenomen. De indicaties zijn louter gebaseerd op consensus.³² Ook werd bij aanvullend literatuuronderzoek geen wetenschappelijk bewijs gevonden voor indicaties voor verwijzing. Wel wordt hierin bevestigd dat de gekozen verwijscriteria behoren tot 'good clinical practice' (GCP).

Voor indicatie 1 en 2 is er in de bijkomende literatuursearch consensus dat patiënten met een bipolaire stoornis of een depressie met psychotische kenmerken ernstige en complexe aandoeningen zijn waarvoor psychiatrische expertise is vereist.³³

De indicatie suïciderisico wordt in de NHG standaard niet verder onderbouwd.³⁴ De informatie in de toelichting is gebaseerd op de 'multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag' (zie ook KV 3).³⁵

³¹ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90; Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9; Köhler S, Gaus S, Bschor T. The challenge of treatment in bipolar depression: evidence from clinical guidelines, treatment recommendations and complex treatment situations. Pharmacopsychiatry 2014;47:53-9.

³² Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9.

³³ Köhler S, Gaus S, Bschor T. The challenge of treatment in bipolar depression: evidence from clinical guidelines, treatment recommendations and complex treatment situations. Pharmacopsychiatry 2014;47:53-9; Cerimele JM. Bipolar Disorder in Primary Care: Clinical Characteristics of 740 Primary Care Patients With Bipolar Disorder. Psychiatr Serv 2014;65:1041-6; Leadholm A-KK, Rothschild AJ, Nolen WA, et al. The treatment of psychotic depression: Is there consensus among guidelines and psychiatrists? Journal of Affective Disorders 2013;145:214-20.

Indicaties voor verwijzing 4 – 6 behoren eveneens tot ‘good clinical practice’. (zie ook KV 9). Comorbiditeit met andere psychiatrische aandoeningen als indicatie voor verwijzing wordt in geen van beide richtlijnen uitgelegd. Voor de toelichting baseerden we ons op aanvullende literatuur.³⁶

Lichttherapie: In de NHG standaard wordt aanbevolen om patiënten met winterdepressie voor een behandeling met lichttherapie te verwijzen naar een GGZ-instelling. Lichttherapie is een algemeen aanvaarde behandelingsoptie bij patiënten met een depressieve stoornis met een seizoensgebonden patroon, in het bijzonder bij de winterdepressie, en het wordt aangenomen dat een goed uitgevoerde lichttherapie effectief kan zijn bij de behandeling van een winterdepressie, aldus de NHG standaard.³⁷

NICE geeft geen advies voor verwijzing maar beveelt wel aan om patiënten met winterdepressie die een behandeling met lichttherapie verkiezen te informeren dat er niet voldoende wetenschappelijk bewijs is over de effectiviteit van deze behandeling.³⁸ Ook in een recente review van blijkt dat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is om lichttherapie als routinebehandeling toe te passen bij seizoensgebonden depressie, terwijl meerdere richtlijnen voor de behandeling van depressie lichttherapie wel aanbevelen als behandelingsoptie voor seizoensgebonden depressie.³⁹

Aangezien de literatuur over de behandeling van seizoensgebonden depressie met lichttherapie niet eenduidig is, en er onvoldoende wetenschappelijk bewijs bestaat om deze behandeling routinematig voor te schrijven, wordt deze indicatie in de huidige richtlijn depressie bij volwassenen niet weerhouden.

³⁴ Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9.

³⁵ http://ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=119.

³⁶ McIntyre RS, Rosenbluth M, Ramasubbu R. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force. Managing medical and psychiatric comorbidity in individuals with major depressive disorder and bipolar disorder. *Annals of clinical psychiatry* 2012;24:163-9.

³⁷ Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9.

³⁸ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90.

³⁹ Mårtensson B. Bright white light therapy in depression: A critical review of the evidence. *JAffectDisord* 2015;182:1-7.

3. Hoe bevroeg je als huisarts het suïciderisico bij patiënten met vermoeden op depressie en hoe maak je een inschatting van de risico-ernst?

Kernboodschappen

1. Vraag expliciet naar concrete suïcideplannen en de inhoud ervan. Hoe nauwkeuriger en specifieker het plan, hoe groter het risico op daadwerkelijke uitvoering ervan (GCP).
2. Houd voor het inschatten van het suïciderisico onder meer rekening met een persoonlijke voorgeschiedenis van suïcidepoging (GRADE 1B) en een familiale voorgeschiedenis van suïcide (GRADE 1C). Ook wanneer er meerdere signalen een langere tijd aanwezig zijn, is het suïciderisico groter (GCP).

Toelichting

Het inschatten van het suïciderisico omvat enerzijds het bevragen van suïdegedachten, -intenties en -plannen, en anderzijds het bevragen van andere relevante factoren (stressoren, beschermende factoren en kwetsbaarheidsfactoren). Beschikbaarheid en letaliteit van het gekozen middel dragen bij tot de inschatting van het risico.

1: Bij aanwijzingen voor suïdegedachten moet de inhoud zo concreet en gedetailleerd mogelijk nagevraagd worden. Hoe vaak komen die gedachten voor? Zijn er concrete plannen? Welke plannen? Zijn die gedachten er vroeger ook geweest? Is er vroeger een suïdepoging ondernomen? Concrete plannen en een voorgeschiedenis van een suïde poging doen het suïciderisico stijgen.

2: Het suïciderisico wordt ook beïnvloed door stressoren, zoals psychiatrische aandoeningen, verlieservaringen en door psychologische factoren - zoals impulsiviteit en agressiviteit. Er zijn ook aanwijzingen dat wanhoop, negatief en dwangmatig denken, en geringe zelfwaardering een rol kunnen spelen bij suïcidaal gedrag. Persoonlijkheidsstoornissen (zoals borderline, narcisme, etc.) kunnen mee het risico op suïde verhogen.

Beschermende factoren die een rol spelen zijn: levensovertuiging, maatschappelijke factoren en steunsysteem (verbondenheid met familie of vrienden en sociaal economische status).

Kwetsbaarheidsfactoren waarmee rekening gehouden moet worden voor het inschatten van het risico zijn de volgende:

- Leeftijd: mannen vanaf middelbare leeftijd hebben een hoger risico.
- Geslacht: suïde komt meer voor bij mannen.

- Suïcide in de familie bij eerste- en tweedegraadsverwanten: een familiale voorgeschiedenis van suïcide doet het risico stijgen.
- Persoonlijkheid: het is aannemelijk dat gebrek aan probleemoplossend vermogen het risico doet stijgen. Andere factoren die mogelijks een rol spelen zijn neuroticisme, perfectionisme en seksuele geaardheid.

In het diagnostisch proces neemt ook het niet-pluisgevoel een belangrijke plaats in. Het kan nuttig zijn om als huisarts deze gevoelens met collega's, andere hulpverleners (zoals de eerstelijnspsycholoog, psychiater en mobiel crisisteam) en de patiënt te bespreken.

Het gebruik van alcohol ('moed indrinken'), de aanwezigheid van een al dan niet lethaal middel (wapen, koord, gif, etc.) alsook het voorkomen van suïcides in de omgeving of in de peergroup zouden ook mee het risico op suïcide verhogen.

Vlaamse huisartsen kunnen zich bij het inschatten van en omgaan met suïciderisico telefonisch laten bijstaan door de ASPHA-equipe, bereikbaar via 1813 (elke werkdag bereikbaar tussen 9 en 21 uur) en <http://www.zelfmoord1813.be/aspha>. ASPHA staat voor Advies Suïcidepreventie voor Huisartsen en Andere hulpverleners. Ook een evaluatie op zeer korte termijn door de eerstelijnspsycholoog (ELP)(Vlaamse context) of psycholoog (Vlaamse en Waalse context) kan aan de orde zijn. Voor mensen met suïcidedgedachten biedt het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie via dezelfde site een online zelfhulp cursus aan, Think life genaamd.⁴⁰

Basis voor aanbeveling

Deze kernboodschappen zijn hoofdzakelijk een adaptatie van de NHG standaard.⁴¹ De kernboodschap rond het expliciet bevragen van suïcideplannen is gebaseerd op de NHG-standaard 'Depressie' die als onderbouwing de multidisciplinaire richtlijn 'Suïcidaal gedrag' gebruikt.⁴² Deze kernboodschap is gebaseerd op expertconsensus en is ook conform de NICE-richtlijn.⁴³

Ook de kernboodschap rond het bevragen van andere relevante factoren is gebaseerd op de NHG-standaard die zich baseert op de multidisciplinaire richtlijn 'Suïcidaal gedrag'.⁴⁴ NHG nam in zijn tekst de factoren over die best onderbouwd zijn.⁴⁵ Dat een eerdere suïcide poging het risico doet stijgen is onder meer gebaseerd op een meta-

⁴⁰ <https://zelfmoord1813.be/zelfhulp>.

⁴¹ Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9.

⁴² http://ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=119.

⁴³ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. Updated Edition. National Clinical Practice Guideline 2010;90.

⁴⁴ http://ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=119.

⁴⁵ Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9.

analyse van 23 onderzoeken van Harris en Barraclough.⁴⁶ De meta-analyse van vier familieonderzoeken van Baldessarini en Hennen bewijst suïcide in de familie als risicofactor (OR 3,4).⁴⁷ Dat het suïciderisico groter zou zijn als meerdere signalen langere tijd aanwezig zijn, is louter gebaseerd op expertconsensus.

Onder embargo

⁴⁶ Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 1997;170:205-28.

⁴⁷ Baldessarini RJ, Hennen J. Genetics of suicide: An overview. *Harvard Review of Psychiatry* 2004;12:1-13.

4. Depressiediagnostiek bij ouderen: Welke zijn bij ouderen de aandachtspunten wat depressiediagnostiek betreft?

Kernboodschappen

1. Hou er rekening mee dat depressie op oudere leeftijd een ernstige diagnose is (GRADE 1C).
 - Er is een verhoogde kans op sterfte en invaliditeit, er zijn meer functionele beperkingen en er is meer angst.
 - Er is meer kans op suïcidale ideaties en ook meer (geslaagde) suïcide.
 - Er is meer cognitief verval en een verhoogd risico op dementie.
2. Hou er rekening mee dat depressie op oudere leeftijd een moeilijke diagnose is: weerhoud in de differentiaaldiagnose ook somatische ziektebeelden, normale problemen van oudere leeftijd en dementie (GCP).
3. Neem bij een vermoeden van depressie een klassieke depressie-anamnese af. Bevraag hierbij ook ernst, duur en weerslag van de depressie op het functioneren van de oudere en op zijn cognitie (GCP). (zie KV 1)

Toelichting

2: Door meer op de voorgrond staan van somatische klachten (zoals misselijkheid, duizeligheid, algemeen onwel zijn, moeheid, verlaagd energieniveau, slapeloosheid, etc.) is depressie op oudere leeftijd niet altijd gemakkelijk te onderscheiden van andere somatische ziektebeelden. Normale problemen van de oudere leeftijd – zoals verlieservaringen, verminderd sociaal netwerk en verminderd sociaal functioneren – moeten in de differentiaal diagnose van depressie meegenomen worden en kunnen mee aan de basis van een depressie liggen.⁴⁸

Dementie kan gepaard gaan met depressieve klachten en omgekeerd kan depressie gepaard gaan met cognitieve klachten. In de klassieke differentiaal diagnose met dementie zal de arts aandacht hebben voor het verloop in de tijd van de aandoening – bij dementie is dat meer insidieus dan bij depressie. Bij depressie zal de patiënt eerder zelf aangeven dat er iets mis is, terwijl bij dementie vooral de omgeving alarmeert.

De cognitieve symptomen bestaan bij depressie vooral uit vertraging en concentratiestoornissen, terwijl bij dementie er in den beginnen vooral problemen zijn met het opslaan van nieuwe informatie (en de patiënt dit defect dikwijls tracht te verdoezelen). Taal en handelen is bij depressie eerder normaal in tegenstelling tot

⁴⁸ Mojtabai R. Diagnosing depression in older adults in primary care. NEJM 2014;370:13. DOI: 10.1056/NEJMp1311047.

dementie. Bij depressie staat eerder de verandering in stemming en de anhedonie op de voorgrond, terwijl bij dementie de patiënt vaak een labiele stemming heeft, met momenten van genieten. Dagschommelingen, slaapstoornissen, lichamelijke klachten en bijvoorbeeld verminderde eetlust zullen dan weer eerder bij het begin van een depressie op de voorgrond staan, terwijl deze klachten bij dementie niet zozeer in het begin verwacht worden.

3: Volg in de diagnostiek van depressie bij ouderen de volgorde van bevragen zoals besproken onder klinische vraag 1. Het is onduidelijk of het afnemen van specifieke vragenlijsten – zoals de GDS-15 – in de eerste lijn enige meerwaarde heeft in de diagnostische evaluatie van depressie op oudere leeftijd. Er zijn vraagtekens bij de validiteit en bruikbaarheid van vragenlijsten en ernstschalen in de huisartsenpraktijk. Een positief scoren op vragenlijsten vraagt in elk geval achteraf nog een navragen van ernst, duur en weerslag van de depressie op het functioneren van de oudere.

Basis voor aanbeveling

De ADAPTE procedure kon hier niet worden toegepast. Noch NICE noch NHG geven specifieke aanbevelingen omtrent de diagnostiek van depressie bij ouderen, met uitzondering van de plaats van vragenlijsten besproken door NHG. Over het gebruik van deze specifieke vragenlijsten bij ouderen met depressie wordt de opmerking van Van Weel gevolgd waarbij zowel de validiteit als de bruikbaarheid van deze vragenlijsten en ernstschalen in de eerste lijn in vraag wordt gesteld. Om tot bovenstaande kernboodschappen te komen werd een bijkomende literatuursearch gedaan, waarbij vooral een Clinical Review van Rodda en een review van Mojtabai gebruikt werden.⁴⁹ De auteursgroep vond het belangrijk om – ondanks het zwakke wetenschappelijk bewijs – specifieke kernboodschappen voor ouderen te formuleren, en dit om meerdere redenen. Huisartsen zien vaak als enige hulpverlener deze patiënten, bijvoorbeeld omdat sommige ouderen niet wensen verwezen te worden. LOKgroepen bevestigden de nood aan aanbevelingen voor ouderen, en ook onderzoeksmatig is er toenemende aandacht voor deze kwetsbare leeftijdsgroep.

⁴⁹ Mojtabai R. Diagnosing depression in older adults in primary care. NEJM 2014;370:13. DOI: 10.1056/NEJMp1311047; Rodda J, Walker Z, Carter J. Depression in older adults. Clinical Review. BMJ 2011;343.

5. Hoe stelt de huisarts bij een patiënt met vermoeden van een milde (tot matige) depressie een aangepast zorg- en therapieplan op?

Kernboodschappen

1. Geef informatie over diagnose en verwacht verloop, bied ondersteuning en streef naar een geïnformeerde toestemming over de behandeling (GRADE 1C).
2. Onderneem de volgende algemene maatregelen:
 - Besteed, indien nodig, aandacht aan slaaphygiëne (GCP).
 - Doe aan 'active monitoring': volg de betrokkene actief op en geef een vervolgspraak na een tweetal weken. Contacteer de betrokkene als hij de vervolgspraken niet nakomt (GCP).
3. Overweeg om – in overleg met de patiënt – één van de volgende niet-medicamenteuze behandelingen op te starten:
 - Dag-structurering (GCP) en activiteitenplanning (GRADE 1C).
 - Laag-intensieve psychologische behandelingen, zoals begeleide zelfhulp (GRADE 2C), groepsprogramma's voor fysieke activiteit (GRADE 2C) en cognitieve gedragstherapie (CGT) in groep (GRADE 2B).
4. Schrijf niet routinematig antidepressiva voor bij patiënten met een milde en matige depressie (GRADE 1B). (zie ook KV9)

Toelichting

1: Benoem de problematiek als 'depressie' (zie ook KV 1). Als de patiënt hierbij vragen of weerstand heeft, luister dan welke bezwaren hij heeft tegen de diagnose en geef daar voorrang aan.

Geef adequate informatie over de aandoening 'depressie of depressieve stoornis' en een geschikte verklaring over het interne mechanisme van wat wij medisch als 'depressie' benoemen. Hierbij komen de symptomatologie van de depressie, de duur, het verloop en de impact aan bod. Geef informatie over de interactie tussen geest en lichaam. Houd rekening met de gedachten van de patiënt over depressie en corrigeer zo nodig. Bevraag ook de opinies omtrent depressie van de directe omgeving. Verstrek de informatie in een sfeer van overleg en toets regelmatig aan de visie van de patiënt.

Patiënten zoeken vaak een reden waarom zij ziek worden. Het bio-psychosociale depressiemodel kan een plaats geven aan de verschillende elementen die in het ontstaan of het onderhouden van de huidige depressieve episode een rol hebben gespeeld. Overloop samen de invloed van bio-psychosociale kwetsbaarheid (stressoren en onderhoudende factoren) met daarnaast aandacht voor de draagkracht.

Geef informatie over de therapeutische mogelijkheden (niet-medicamenteus en medicamenteus) en de rationale ervan. Betrek zo gewenst de mantelzorg van de patiënt in deze fase.

2: Algemene maatregelen:

1. Geef zo nodig slaapadvies.
2. Active monitoring: spreek een vervolgspraak af na twee weken. Deze termijn is natuurlijk individueel te bepalen. Het is belangrijk om ook patiënten die geen andere therapie nodig hebben of willen regelmatig te zien op raadpleging om in te schatten hoe het gaat, adviezen te geven en ondersteuning te bieden zo nodig.

3a: Probeer de patiënt te activeren door samen met de patiënt een haalbaar dagprogramma op te stellen met vaste tijden van opstaan, naar bed gaan, maaltijden en andere activiteiten. Adviseer ook dagelijks naar buiten te gaan, gezond te eten en sociale contacten te onderhouden. Adviseer fysieke activiteit, en houd hierbij rekening met belastbaarheid en belangstelling van de patiënt. Formuleer steeds kleine haalbare stappen. Overleg ook de wenselijkheid al dan niet aan het werk te blijven. Het bijhouden van een dagboek kan hierbij een nuttig hulpmiddel zijn.

3b: Het valt te overwegen om bij patiënten met een milde depressie ook één van de volgende therapieën op te starten voor zover deze in de regio aangeboden worden:

- Individuele begeleide zelfhulp gebaseerd op de principes van cognitieve gedragstherapie. In dergelijk zelfhulpprogramma krijgen patiënten geschreven materiaal op papier of via de computer. Het model van cognitieve gedragstherapie wordt uitgelegd en er wordt gewerkt met opdrachten. Een getrainde hulpverlener faciliteert gedurende 9 à 12 weken. In België bestaan er een aantal boeken en webbased initiatieven. Helaas is er nog geen labelling. Om die reden vermelden we hier geen titels noch websites.
- Gestructureerd groepsprogramma voor fysieke activiteit. Dit zijn trainingsprogramma's in groep, meestal een drietal keer per week, gedurende een drietal maanden. Momenteel wordt deze therapie in België niet of amper aangeboden.
- Groepsprogramma cognitieve gedragstherapie. Cognitieve gedragstherapie kan ook onder de vorm van een groepsprogramma aangeboden worden. Meestal worden er 10 à 12 sessies georganiseerd voor een groepje van een 10-tal patiënten. Deze therapie wordt ondermeer via Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) aangeboden.

4: In de regel zijn antidepressiva niet aangewezen bij milde depressie, maar overweeg antidepressiva wel bij mensen met een voorgeschiedenis van een matige tot ernstige depressie die voorheen met goed gevolg medicamenteus zijn behandeld, bij langdurige depressieve symptomen die langer dan twee jaar blijven aanslepen (dysthymie) of als andere (niet-medicamenteuze) interventies onvoldoende effect hebben. (zie ook KV 9, indicatiestelling van antidepressiva).

Basis voor aanbeveling

1: De kernboodschap rond voorlichting is gebaseerd op de NICE-richtlijn en conform de NHG-standaard.⁵⁰ NICE geeft geen onderbouwend wetenschappelijk bewijs.⁵¹ NHG baseert zich op een onderzoek van Prins naar de zorgbehoefte bij patiënten met depressie of een angststoornis in de eerste lijn.⁵² Er bleek behoefte aan informatie over aandoening, behandelmogelijkheden en beschikbare voorzieningen. Voorlichting van de patiënt en het laten participeren in de beslissing van de therapiekeuze blijken de compliance te verhogen en een gunstiger therapeutisch resultaat te geven, blijkt ook uit kwalitatief en observationeel onderzoek.⁵³ Een systematisch literatuuroverzicht suggereert dat het type van behandeling minder belangrijk is dan dat de patiënt deelneemt aan een therapeutisch programma.⁵⁴

2: De kernboodschappen rond slaapadvies en opvolgfrequentie zijn gebaseerd op de adviezen van NICE en NHG en gebaseerd op consensus.⁵⁵ Ook de herziene BAP richtlijn van 2015 raadt dit aan.⁵⁶

3a: Dagstructurering en activiteitenplanning.

Deze kernboodschappen zijn overgenomen uit de NHG-standaard *Depressie* en respectievelijk gebaseerd op consensus en een meta-analyse van gerandomiseerde effect studies van Cuijpers.⁵⁷ De meta-analyse toont een verschil in effect grootte van 0,87 (95% CI: 0,60 – 1,15) welke als groot wordt beschouwd.

⁵⁰ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90; Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9.

⁵¹ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90.

⁵² Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9; Prins MA, Verhaak PF, Van der Meer K, et al. Primary care patients with anxiety and depression: need for care from the patient's perspective. J Affect Disord 2009;119:163-71.

⁵³ Loh A, Leonhart R, Wills CE. The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. Patient Educ Couns 2007; Saver B, Van-Nguyen V, Keppel G, Doescher M. A Qualitative study of depression in primary care: missed opportunities for diagnosis and education. J Am Board Fam Med 2007;20:28-35; Clever S, Ford D, Rubenstein L, et al. Primary care patients' involvement in decision-making is associated with improvement in depression. Medical Care 2006;44:398-405.

DOI:10.1097/01.mlr.0000208117.15531.da.

⁵⁴ Khan A, Faucett J, Lichtenberg P, et al. A systematic review of comparative efficacy of treatments and controls for depression. PLoS ONE 2012;7. DOI: 10.1371/journal.pone.0041778.

⁵⁵ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90; Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9.

⁵⁶ The British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. Journal of psychopharmacology 2015;29:549-625.

⁵⁷ Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9.; Cuijpers P, Van Straten A, Warmerdam L. Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis. Clin Psychol Rev 2007;27:318-26.

3b: Individuele begeleide zelfhulp.

Deze kernboodschap is een adaptatie van de NICE-richtlijn die zich baseert op vijf studies die aantonen dat deze zelfhulp met korte frequente 'support' een groot effect heeft op zelf-gerapporteerde depressie symptomen tegenover de controle groep (waitlist control) (SMD -0.98 ; 95% CI $-1.50, -0.47$).⁵⁸ Deze kernboodschap is ook conform NHG en conform een health technology assessment uit 2010.⁵⁹ Voor andere uitkomstmaten en andere types van zelfhulp is de effectiviteit minder duidelijk. Gezien de 'indirectness' en de heterogeniteit wordt globaal het wetenschappelijk bewijs als matig tot zwak beschouwd.

3b: Cognitieve gedragstherapie (CGT) via de computer (web based CBT).

Ook het deel van de kernboodschap rond zelfhulp via de computer is een adaptatie van de NICE-richtlijn die het volgende besluit uit een meta-analyse: *"de depressiescores op het einde van de therapie tonen een klein tot middelmatig effect ten voordele van cognitieve gedragstherapie via de computer, en dit voor patiënten met verschillende ernst van depressieve symptomen (SMD -0.40 ; 95% CI $-0.58, -0.22$)"*.⁶⁰ Het wetenschappelijk bewijs is beperkter voor de effectiviteit op langere termijn. Net als bij de hoger genoemde begeleide zelfhulp is hier sprake van heterogeniteit en wordt het wetenschappelijk bewijs als matig tot zwak beschouwd.

3b: Groepsprogramma fysieke activiteit.

Deze kernboodschap is ook een adaptatie van NICE die zich baseert op een moeilijk te analyseren grote dataset met grote variatie in populatie, types fysieke activiteit en comparators. De data suggereren dat fysieke activiteit effectiever is dan geen fysieke activiteit voor het verminderen van depressieve klachten bij patiënten met milde tot matige depressie (clinician-rated scores: SMD -1.26 ; 95% CI $-2.12, -0.41$; self-reported scores: -0.83 ; 95% CI $-1.31, -0.34$). Dit effect was minder bij follow-up (clinician-rated scores at 24 weeks: SMD 0.15 ; 95% CI $-0.67, 0.97$; and at 34–36 weeks: SMD -0.38 ; 95% CI $-0.75, -0.01$; and for self-rated scores at 4 weeks: SMD -1.58 ; 95% CI $-2.09, -1.08$; at 8 weeks: SMD -1.06 ; 95% CI $-1.53, -0.59$; and at 34 weeks: SMD -0.24 ; 95% CI $-0.67, 0.18$). Ook een Cochrane review van 2013 besluit dat lichaamsbeweging effectiever lijkt dan de controle-interventies voor het verminderen van de symptomen, maar dit effect is minder duidelijk als enkel methodologisch robuuste trials geanalyseerd worden.⁶¹ Het is zinvol om als huisarts een depressieve patiënt in het kader van activering en structurering lichaamsbeweging aan te raden, maar het blijft onduidelijk wat de specifieke impact van bewegen op een depressie is.

⁵⁸ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90.

⁵⁹ Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9; Boudreau R, Moulton K, Cunningham J. Self-Directed Cognitive Behavioural Therapy for Adults with Diagnosis of Depression: Systematic Review of Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness, and Guidelines. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2010.

⁶⁰ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90.

⁶¹ Cooney GM, Dwan K, Greig CA, et al. Exercise for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013;9. DOI: 10.1002/14651858.CD004366.pub6.

3b: Groepsprogramma cognitieve gedragstherapie.

De kernboodschap rond cognitieve gedragstherapie in groep is een adaptatie van de NICE-richtlijn die zich onder meer baseert op vier studies die cognitieve gedragstherapie in groep vergelijken met wachtlijst of 'treatment as usual'.⁶² Er bleek een significant medium effect te zijn op depressiescores op het einde van de therapie (SMD -0,60 95% CI -0,84, -0,35) en na 6 maanden (SMD -0,40 95% CI -0,83, 0,02). Deze vorm van therapie blijkt dus een effectieve behandeling te zijn voor mensen met milde depressie. Gezien de studies hierboven een bepaald therapeutisch 'programma' bestudeerden, en we hier extrapoleren, wordt het wetenschappelijk bewijs als matig beschouwd. Groepsprogramma's zijn 'intensiever' dan begeleide zelfhulp, maar minder intensief dan psychotherapie, en worden hier voor de eenvoud onder de laag-intensieve therapieën ondergebracht, in tegenstelling tot NICE die dit afzonderlijk bespreekt.

4: De kernboodschap rond antidepressiva is een adaptatie van de NICE-richtlijn en ook in overeenstemming met de adviezen van NHG.⁶³ NICE baseert zich op de zwakke kosten-batenverhouding voor het gebruik van antidepressiva. Er is wetenschappelijk bewijs dat antidepressiva werkzamer zijn dan placebo, maar er zijn meer ongewenste effecten. Daarenboven is er wetenschappelijk bewijs dat antidepressiva minder werkzaam zijn bij mensen met minder ernstige symptomen. NHG baseert zich op twee grote meta-analyses van Kirsch en Fournier, en raadt aan om bij milde depressies antidepressiva niet als standaard starttherapie te gebruiken.⁶⁴ Ook een meer recente publicatie van Cameron kon de werkzaamheid van antidepressiva bij milde depressies niet aantonen.⁶⁵

⁶² The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90.

⁶³ Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9.

⁶⁴ Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9; Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, et al. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. PLoS Med 2008;5:e45; Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon S, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: A patient-level meta-analysis. JAMA 2010;303:47-53.

⁶⁵ Cameron IM. Journal of Affective Disorders 2014;166:48-58.

6. Hoe stelt de huisarts bij een patiënt met vermoeden van een matige en ernstige depressie een aangepast zorg- en therapieplan op?

Kernboodschappen

1. Geef informatie over diagnose en verwacht verloop, bied ondersteuning en streef naar een geïnformeerde toestemming over de behandeling (GRADE 1C).
2. Bespreek dagstructuring (GCP), activiteitenplanning (GRADE 1C) en slaaphygiëne (GCP).
3. Start een behandeling met een antidepressivum én verwijst de patiënt naar een psycholoog voor psychotherapie, bij voorkeur cognitieve gedragstherapie (GRADE 1C). (zie ook KV 8 en KV 9). Alternatieven zijn relatietherapie, problem solving therapie en kortdurende psychodynamische therapie.
4. Spreek een opvolgfrequentie af. Deze frequentie hangt af van de leeftijd van de patiënt en het suïciderisico (GCP).
5. Schakel een acuut mobiel team of mobiel crisisteam (MCT) in bij de zorg voor ernstig depressieve patiënten in crisis met een belangrijk risico op suïcide. Een dringende verwijzing naar een psychiater voor advies en eventueel ziekenhuisopname kan een alternatief zijn (GCP). (zie ook KV 2)
6. Verwijs naar een psychiater bij vermoeden van een bipolaire stoornis, depressie met psychotische kernmerken of onvoldoende effect van de ingestelde behandeling (GCP). (zie ook KV 2)

Toelichting

1 en 2: Voorlichting of psycho-educatie van de patiënt is erg belangrijk. Informeer de patiënt over de diagnose depressie en over het verwacht verloop. Bespreek het belang van dagstructurering en probeer samen met de patiënt een haalbaar activiteitenplan op te stellen (zie ook KV 5 en KV 7). Ook slaaphygiënetips kunnen aan bod komen. Hiervoor verwijzen we naar de Domus Medica-aanbeveling slapeloosheid.⁶⁶

3: Start een behandeling met een antidepressivum én verwijst naar een psycholoog voor gespecialiseerde psychotherapie, bij voorkeur cognitieve gedragstherapie (CGT). Cognitieve Gedragstherapie is vanuit wetenschappelijk bewijs-oogpunt als eerste keuze aan te bevelen. Ook tot de mogelijkheden behoren relatietherapie (indien vermoed kan worden dat de relatie de problematiek onderhoudt, of indien verwacht

⁶⁶ Declercq T, Rogiers R, Habraken H, et al. DomusMedica-rcithlijn slapeloosheid. In: Heyrman, editor Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn. Antwerpen: WVVH; 2005.

kan worden dat het betrekken van de partner therapeutische winst kan opleveren), problem-solvingtherapie of kortdurende psychodynamische therapie. Wat de niet-medicamenteuze aanpak betreft, verwijzen we voor meer informatie naar klinische vraag 7 en 8.

Volgende websites kunnen helpen bij de zoektocht naar een therapeut:

- www.geestelijkgezondvlaanderen.be: op zoek naar een therapeut
- www.vvgt.be: op zoek naar een gedragstherapeut

Het is van belang om het behandelplan samen met de patiënt op te stellen. Patiënten laten participeren in de beslissing van therapiekeuze blijkt immers de compliance te verhogen een gunstiger therapeutische resultaat te geven.

Naast verwijzing voor psychotherapie start de huisarts ook een antidepressivum en volgt op. Voor verdere toelichting i.v.m. medicamenteuze therapie verwijzen we naar klinische vraag 9.

4: Het is belangrijk om een opvolgfrequentie met de patiënt af te spreken. Deze frequentie is individueel te bepalen, en onder meer afhankelijk van de leeftijd van de patiënt en het suïciderisico. Patiënten die antidepressiva innemen en geen verhoogd risico hebben, zie je best om de twee à vier weken gedurende de eerste drie maanden. Bij goede respons zijn langere intervallen mogelijk. Bij jonge personen (<30 jaar) en bij een verhoogd suïciderisico is een wekelijkse controle aangewezen tot het suïciderisico geweken is.

5: Mobiele crisisteam (MCT), al dan niet georganiseerd binnen lokale artikel 107-projecten, kunnen in verschillende regio's ingeschakeld worden bij de zorg voor ernstig depressieve patiënten met een belangrijk risico op suïcide. Bij een acute, soms levensbedreigende, situatie waarbij een patiënt met ernstige depressie in crisis verkeert, kan de huisarts beroep doen op een lokaal georganiseerd acuut mobiel crisisteam. Dit team, bestaande uit een psychiater, psychiatrisch verpleegkundige en andere in de geestelijke gezondheidszorg gespecialiseerde hulpverleners, bieden de huisarts de mogelijkheid om binnen afzienbare termijn (bijvoorbeeld binnen 48 uur) ter plekke, d.w.z. via huisbezoek, de ernst van de situatie in te schatten en (eerste) hulp te bieden. Het is de taak van deze teams om het risico te monitoren op een manier dat het dagelijks leven zo weinig mogelijk verstoord wordt (zie ook klinische vraag 10).

Daar waar de hulpverlening van een mobiel crisisteam per definitie beperkt is in de tijd en zich op hulpverlening in acute (crisis)situaties richt, biedt het chronische mobiele behandelteam ondersteuning aan bij langdurige zorg in de thuissituatie. Bij het ontslag van een ernstig depressieve patiënt na opname in een psychiatrisch ziekenhuis kan het chronisch mobiele team, bijvoorbeeld naast het dag-hospitaal, een opstap zijn naar een volledig herstel en opnemen van vroegere taken van en door de patiënt (zie ook klinische vraag 10).

Afhankelijk van de regio kan men voor een concrete verwijzing bij verschillende instanties terecht. De overkoepelende website is: www.psy107.be. Elke regio heeft hiernaast een eigen site.

6: Indicaties voor verwijzing naar een psychiater en toelichting zijn terug te vinden onder klinische vraag 2.

Basis voor aanbeveling

1: De kernboodschap rond voorlichting is gebaseerd op de NICE-richtlijn en conform de NHG-standaard.⁶⁷ NICE geeft geen onderbouwend wetenschappelijk bewijs.⁶⁸ NHG baseert zich op een onderzoek van Prins naar de zorgbehoefte bij patiënten met depressie of een angststoornis in de eerste lijn.⁶⁹ Er bleek behoefte aan informatie over aandoening, behandelmogelijkheden en beschikbare voorzieningen. Voorlichting van de patiënt en het laten participeren in de beslissing van de therapiekeuze blijken de compliance te verhogen en een gunstiger therapeutisch resultaat te geven, blijkt ook uit kwalitatief en observationeel onderzoek.⁷⁰ Een systematisch literatuuroverzicht suggereert dat het type van behandeling minder belangrijk is dan dat de patiënt deelneemt aan een gestructureerd therapeutisch programma.⁷¹

2. Het bespreken van slaaphygiëne is overgenomen uit NICE en NHG en gebaseerd op consensus.⁷² De kernboodschappen rond dagstructurering en activiteitenplanning zijn overgenomen uit de NHG-standaard *Depressie* en respectievelijk gebaseerd op consensus en een meta-analyse van gerandomiseerde effect studies van Cuijpers.⁷³ De

⁶⁷ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90; Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9.

⁶⁸ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90.

⁶⁹ Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9; Prins MA, Verhaak PF, Van der Meer K, et al. Primary care patients with anxiety and depression: need for care from the patient's perspective. J Affect Disord 2009;119:163-71.

⁷⁰ Loh A, Leonhart R, Wills CE. The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. Patient Educ Couns, 2007; Saver B, Van-Nguyen V, Keppel G, Doescher M. A Qualitative study of depression in primary care: missed opportunities for diagnosis and education. J Am Board Fam Med. 2007;20:28-35; Clever S, Ford D, Rubenstein L, et al. Primary care patients' involvement in decision-making is associated with improvement in depression. Medical Care 2006;44:398-405. DOI:10.1097/01.mlr.0000208117.15531.da.

⁷¹ Khan A, Faucett J, Lichtenberg P, et al. A systematic review of comparative efficacy of treatments and controls for depression. PLoS ONE 2012;7. DOI:10.1371/journal.pone.0041778.

⁷² The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90; Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9.

⁷³ Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9; Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P, et al. Interpersonal Psychotherapy for Depression: A Meta-Analysis. Am J Psychiatry 2011;168:581-92. DOI:10.1176/appi.ajp.2010.10101411.

meta-analyse toont een verschil in effect grootte van 0,87 (95% CI: 0,60 – 1,15) welke als groot wordt beschouwd.

3: De kernboodschap rond combinatie medicamenteuze behandeling met psychotherapie is een adaptatie van de richtlijn van NICE.⁷⁴ Het KCE beveelt hetzelfde aan.⁷⁵ NHG daarentegen raadt mensen met een depressie en een ernstig sociaal functioneren aan om te starten met antidepressiva of psychotherapie en pas bij onvoldoende effect over te gaan tot combinatie van beide therapieën.⁷⁶ Het onderliggende wetenschappelijk bewijs van beide richtlijnen geeft tegenstrijdige resultaten. De meeste publicaties waarop NICE zich baseert tonen een voordeel aan van het toevoegen van psychotherapie (cognitieve gedragstherapie (CGT) en interpersoonlijke therapie (IPT)) aan medicamenteuze behandeling.⁷⁷ NICE baseert zich hiervoor onder meer op drie gerandomiseerde trials van hoge kwaliteit.⁷⁸ NHG geeft enkel onderbouwing voor toevoegen van IPT aan medicamenteuze behandeling en baseert zich hiervoor op een meta-analyse van tien RCT's van Cuijpers.⁷⁹ Na het nakijken van het onderliggende wetenschappelijk bewijs van het NHG, KCE en NICE werd beslist om combinatie van antidepressiva én psychotherapie aan te bevelen, en dit conform de vorige Domus Medica aanbeveling depressie en conform de feedback verkregen van de Vlaamse en Franstalige experts (zie ook klinische vraag 12).⁸⁰

4: De kernboodschap rond opvolgfrequentie is gebaseerd op de adviezen van NICE en NHG en louter gebaseerd op consensus.⁸¹

5: Rond het inschakelen van mobiele teams is er momenteel onvoldoende wetenschappelijk bewijs.⁸² De kernboodschap is overgenomen uit de NICE-richtlijn en gebaseerd op consensus.⁸³

⁷⁴ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90.

⁷⁵ Karyotaki E, Smit Y, Cuijpers P, et al. The long-term efficacy of psychotherapy, alone or in combination with antidepressants, in the treatment of adult major depression. Good Clinical Practice (GCP). KCE Reports 230. D/2014/10.273/72. Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre; 2014.

⁷⁶ Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9.

⁷⁷ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90.

⁷⁸ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90.

⁷⁹ Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9; Cuijpers P, Geraedts AS, Van Oppen P, Andersson G, Markowitz JC, Van Straten A. Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. Am J Psychiatry 2011c;168:581-92.

⁸⁰ Declercq T, Rogiers R, Habraken H, et al. DomusMedica-richtlijn slapeloosheid. In: Heyrman, editor Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn. Antwerpen: WVVH; 2005.

⁸¹ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90; Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9.

⁸² Murphy S, Irving CB, Adams CE, Driver R. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012;5. DOI:10.1002/14651858.CD001087.pub4.

6: Indicatie voor verwijzing zijn gebaseerd op consensus (zie klinische vraag 2).

Onder embargo

⁸³ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90.

7. Hoe vul je als huisarts de niet-medicamenteuze aanpak in?

Kernboodschappen

1. Reik binnen een therapeutische arts-patiëntrelatie, met voeling voor de voorgeschiedenis, de context en de klacht van de patiënt, informatie en ondersteuning aan. Streef naar een geïnformeerde toestemming over de behandeling (GRADE 1C).
2. Bij ernstige depressie of bij recidief is eveneens ondersteuning van familie en betrokken zorgverleners aangewezen (GCP).
3. Onderneem bij depressieve klachten en bij alle depressies de volgende maatregelen:
 - Besteed, indien nodig, aandacht aan slaaphygiëne (GCP).
 - Doe aan 'active monitoring': volg de betrokkene, ook indien hij geen formele interventie hoeft of wil, actief op (GCP).
 - Bespreek Dagstructurering (GCP) en activiteitenplanning (GRADE 1C).

Toelichting

1: Informatie, ondersteuning en geïnformeerde toestemming.

▪ Informatie

Geef informatie over de symptomen, de mogelijke oorzaken en de prognose. Leg bij depressieve klachten uit dat zij vaak voorkomen en meestal van voorbijgaande aard zijn. Soms zijn de klachten gerelateerd aan problemen of zorgen op belangrijke levensgebieden (gezin, relatie, werk, gezondheid, etc.) en is het goed om te kijken of die problemen aangepakt kunnen worden. Leg bij een depressie uit dat meerdere factoren (familiale factoren, biologische factoren, sociale problemen, traumatische (verlies)ervaringen, etc.) een rol kunnen spelen bij het ontstaan en recidiveren van een depressie. Geef informatie over het beloop: 60% is na een half jaar hersteld. Maak duidelijk dat de patiënt invloed kan uitoefenen op het herstel; een actieve houding en levenswijze hebben een gunstige uitwerking. Terughoudendheid in het gebruik van alcohol en drugs is belangrijk om het herstel te bevorderen.

Bij patiënten met een migratie-achtergrond kan zich een taalprobleem voordoen en is het gebruik van een professionele tolk, d.i. iemand die niet bekend is met de betrokkene, aangewezen. Deze tolk kan live aanwezig zijn of via een telefonische tolkdienst ingeroepen worden.

De volgende, op het internet beschikbare, folders zijn een uitstekende aanvulling en ondersteuning van uw informatie:

- ✓ VVGG (Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg)

http://issuu.com/ggvlaanderen/docs/vvgg_depressie_2008?e=4887946/2595390

- ✓ Geestelijk Gezond Vlaanderen

<http://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/depressie>

Voor een professionele telefoon-tolk in Vlaanderen, zie Ba-bel, Vlaamse Tolkentelefoon, via: www.vlaamsetolkentelefoon.be

- Ondersteuning

Werk in een vertrouwensrelatie die een niet-moraliserende, hoopvolle en optimistische houding weerspiegelt.

- Geïnformeerde toestemming

Stel de verschillende behandel- en ondersteuningsmogelijkheden voor – zowel wat die inhouden als wat men er van kan verwachten – vooraleer effectief met een behandeling te starten.

2: Voorzie in degelijke, en bij voorkeur geschreven, informatie. In de reeds vermelde folder van de VVGG staan tips voor partner, familie en vrienden:

http://issuu.com/ggvlaanderen/docs/vvgg_depressie_2008?e=4887946/2595390

Bespreek eveneens de draagkracht en de mentale en fysieke gezondheid van de betrokkenen. Geef informatie indien voorhanden (zie bijvoorbeeld: www.similes.be) over plaatselijke ondersteuningsinitiatieven voor families en zorgverleners. Bespreek met de betrokkenen de mate van vertrouwelijkheid bij het delen van informatie.

3: Slaaphygiëne, active monitoring, dagstructurering en activiteitenplanning

- Slaaphygiëne: Voor meer info, zie de Domus Medica-aanbeveling 'Aanpak van slapeloosheid' via volgende link:

<http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/slapeloosheid-horizontaalmenu-392.html>

- Active monitoring: Bespreek de zich stellende problemen, geef informatie en stel een volgende afspraak voor – normaal gezien binnen de twee weken. Contacteer de betrokkene als hij de vervolgsafspraken niet nakomt.
- Dagstructurering en activiteitenplanning: Regelmaat en dagelijkse structuur hebben een positieve invloed op het herstel. Adviseer de patiënt met een depressie of aanhoudende/toenemende depressieve klachten een plan op te stellen voor dagstructurering (min of meer vaste tijden van opstaan, gaan slapen en maaltijden) en bespreek ook een plan voor andere activiteiten, waaronder ook professionele activiteiten. Tenzij het werk een belangrijke oorzaak van de depressie is, kan doorwerken beter zijn dan thuis blijven. Dit is afhankelijk van de ernst van de depressie en de haalbaarheid van de verantwoordelijkheden op het werk. Laat de patiënt eventueel met een dagboek, weekschema of agenda werken.

Belangrijk is dat het dagprogramma haalbaar is en dus 'succeservaringen' kan opleveren. Besteed aandacht aan een goede balans tussen 'taken', 'plezierige

activiteiten' en 'ontspanning'. Deze balans is belangrijk omdat depressieve patiënten doorgaans weinig plezierige activiteiten ondernemen, waardoor een neerwaartse stemmingsspiraal meer kansen krijgt. Begin met het probleem 'te weinig plezierige activiteiten' aan te geven en met het formuleren van een haalbaar doel, bijvoorbeeld (minimaal) één (eventueel voorheen) plezierige activiteit per dag of per week. Stimuleer de patiënt om zelf na te denken over mogelijkheden en de voor hem meest passende oplossing te kiezen. De taak van de huisarts is niet zozeer om het dagprogramma in te vullen, maar om de patiënt te stimuleren zelf zijn/haar activiteiten te bedenken en om de haalbaarheid en de balans te helpen bewaken. Adviseer om dagelijks even buitenshuis te zijn, gezond te eten en sociale contacten te onderhouden. Adviseer fysieke activiteit, omdat dit bijdraagt aan een positief gevoel en een betere conditie. Hou uiteraard rekening met de fysieke gesteldheid maar ook met de belangstelling van de patiënt. Het kan helpend zijn om bij het opstellen van het dagstructureringsprogramma de mantelzorgers van de betrokkene te betrekken.

Vanuit de patiëntenbevraging is tevens de terechte opmerking gekomen om in het kader van het installeren van dagstructurering en activiteitenplanning de nodige vervolgfafspraken te voorzien.

Basis voor aanbeveling

1 en 2: De kernboodschappen rond informatie, ondersteuning en geïnformeerde toestemming zijn gebaseerd op de NICE-richtlijn en conform de NHG-standaard.⁸⁴ NICE geeft geen onderbouwd wetenschappelijk bewijs.⁸⁵ NHG baseert zich op een onderzoek van Prins naar de zorgbehoefte bij patiënten met depressie of een angststoornis in de eerste lijn.⁸⁶ Er bleek behoefte aan informatie over aandoening, behandelmogelijkheden en beschikbare voorzieningen. Voorlichting van de patiënt en het laten participeren in de beslissing van de therapiekeuze blijken de compliance te verhogen en een gunstiger therapeutisch resultaat te geven, blijkt ook uit kwalitatief en observationeel onderzoek.⁸⁷ Een systematisch literatuuroverzicht suggereert dat

⁸⁴ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90; Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9.

⁸⁵ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90.

⁸⁶ Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9; Prins MA, Verhaak PF, Van der Meer K, et al. Primary care patients with anxiety and depression: need for care from the patient's perspective. J Affect Disord 2009;119:163-71.

⁸⁷ Loh A, Leonhart R, Wills CE. The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. Patient Educ Couns, 2007; Saver B, Van-Nguyen V, Keppel G, Doescher M. A Qualitative study of depression in primary care: missed opportunities for diagnosis and education. J Am Board Fam Med. 2007;20:28-35; Clever S, Ford D, Rubenstein L, et al. Primary care patients' involvement in decision-making is associated with improvement in depression. Medical Care 2006;44:398-405. DOI:10.1097/01.mlr.0000208117.15531.da.

het type van behandeling minder belangrijk is dan dat de patiënt deelneemt aan een (gestructureerd) therapeutisch programma.⁸⁸

2: De kernboodschap rond ondersteuning van familie en zorgverleners is gebaseerd op de NICE richtlijn en gebaseerd op consensus.⁸⁹

3: De kernboodschap rond slaaphygiëne en active monitoring is eveneens gebaseerd op de NICE-richtlijnen en is gebaseerd op consensus.⁹⁰ NHG geeft gelijkaardige adviezen.⁹¹

De kernboodschappen rond activiteitenplanning en dagstructurering zijn overgenomen uit de NHG-standaard *Depressie* en respectievelijk gebaseerd op consensus en een meta-analyse van gerandomiseerde effect studies van Cuijpers.⁹² De meta-analyse toont een verschil in effect grootte van 0,87 (95% CI: 0,60 – 1,15) welke als groot wordt beschouwd.

⁸⁸ Khan A, Faucett J, Lichtenberg P, et al. A systematic review of comparative efficacy of treatments and controls for depression. *PLoS ONE* 2012;7. DOI:10.1371/journal.pone.0041778.

⁸⁹ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90.

⁹⁰ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90.

⁹¹ Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2012;55:252-9.

⁹² Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2012;55:252-9; Cuijpers P, Van Straten A, Warmerdam L. Behavioral treatment of depression: a meta-analysis of activity scheduling. *Clinical Psychology* 2007;27:318-26.

8. Wanneer verwijst je voor (welk soort) psychotherapie?

Kernboodschappen

1. Overweeg bij aanhoudende depressieve klachten en bij milde en matige depressie, indien beschikbaar, een verwijzing voor laag-intensieve psychologische interventies, individueel of in groep (GRADE 2B/2C).
2. Overweeg bij aanhoudende depressieve klachten, bij milde en matige depressie die niet voldoende antwoorden op eerder genoemde interventies én bij ernstige depressie, meer intensieve psychologische interventies, met name psychotherapie waarbij cognitieve gedragstherapie (CGT) (GRADE 1A) vanuit wetenschappelijk bewijs-oogpunt als eerste keuze aanbevolen is.
3. Ook relatietherapie (GRADE 2C), problem-solving-therapie (GRADE 2A) en kortdurende psychodynamische therapie (GRADE 2B) behoren tot de mogelijkheden.

Toelichting

Deze benadering is een voorbeeld van een stepped-care benadering, met andere woorden: bij onvoldoende effect wordt overgeschakeld naar een volgende stap. Niet enkel de ernst maar ook de individuele voorkeur van de patiënt en het eventueel eerder succes met een bepaalde therapie bepalen mee de keuze van de aanpak.

1: Bied bij aanhoudende, d.i. langer dan drie maanden bestaande, depressieve klachten en bij een depressie laag-intensieve psychologische behandelingen aan. Deze kunnen mogelijk binnen de huisartsenpraktijk door een daartoe getrainde hulpverlener, veelal een psycholoog, worden gegeven. Doe enkel zelf psychologische en psychosociale interventies als die gebaseerd zijn op relevante handleidingen en als u er beslagen én in opgeleid bent. Bijkomende ondersteuning door supervisie, outcome-metingen en evaluatie van de eigen competenties is hierbij aanbevolen. Verwijs bij specifieke onderliggende (bijvoorbeeld financiële) problemen desgewenst naar een maatschappelijk werker.

Mogelijkheden van laag-intensieve psychosociale en psychotherapeutische interventies zijn:

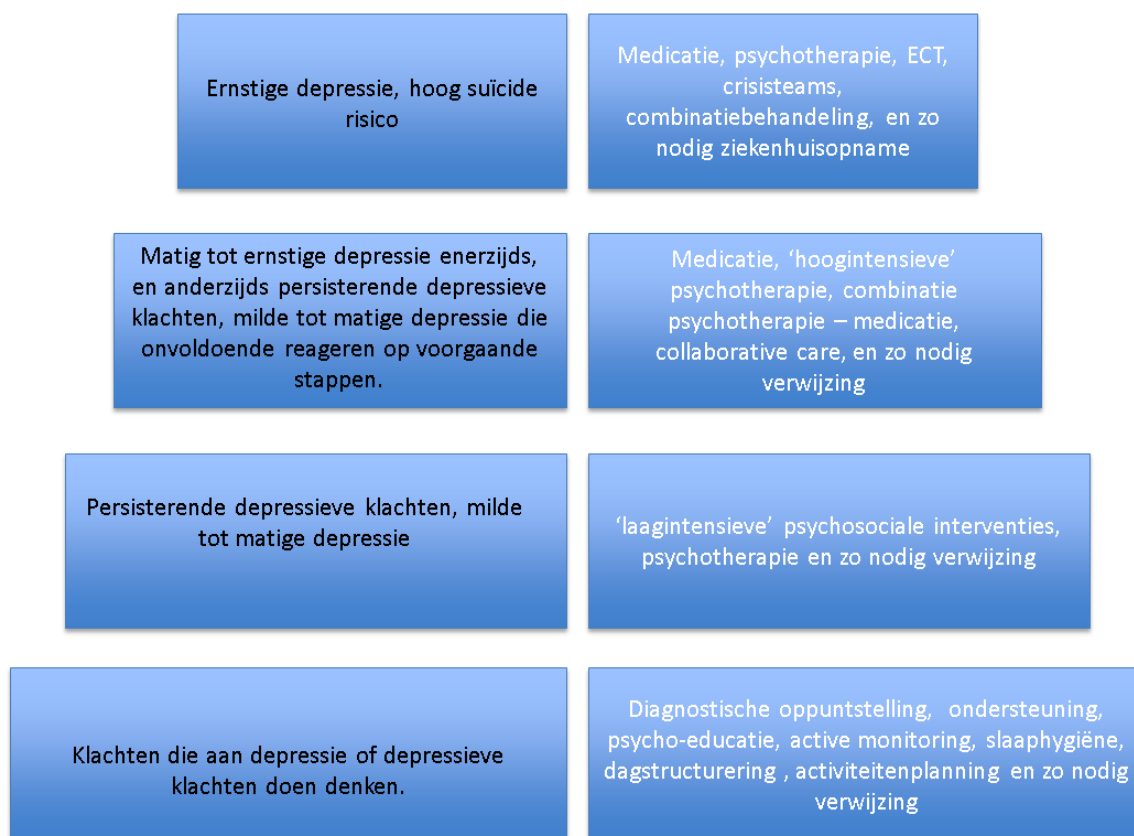
- Gestructureerde zelfhulp op basis van de principes van de cognitieve gedragstherapie, gedragsactivatie en problem solving technieken. Zelfhulpboeken en het internet bieden hierin mogelijkheden. Er zijn ook apps te vinden met stemmingmeters en informatie over hoe negatieve gedachten beïnvloed kunnen worden. Let wel dat niet alle online hulpverlening laag-intensief is en dat er tot nog toe in België geen kwaliteitslabelling door een externe organisatie gebeurt. Om die reden worden hier geen voorbeelden gegeven.

- Verschillende vormen van therapie in groep, zoals psycho-educatieve groepen, cognitieve gedragstherapie in groep en programma's voor bewegen in groep.

Het is van belang dat de huisarts een overzicht heeft van de verschillende mogelijkheden in zijn regio. Er bestaat het meeste wetenschappelijk bewijs voor psychotherapeutisch interventies die gebaseerd zijn op cognitieve gedragstherapie.

2: Intensieve psychologische interventies. Verwijs hiervoor naar een psycholoog of GGZ-instelling (voorbeeld: CAW, CGG, ELP voor het Vlaams landgedeelte, etc). Voorwaarde voor een succesvolle psychotherapeutische behandeling is een goede motivatie van de patiënt. Sluit aan bij individuele voorkeuren van de patiënt: als de patiënt geen psychotherapie wenst, is verwijzing hiervoor niet zinvol. Verwijzing naar een ELP voor intensieve psychologische interventies heeft in ieder geval zijn beperkingen in de tijd (beperkt aantal sessies).

3: Overweeg relatietherapie indien vermoed kan worden dat de relatie de depressieve problematiek onderhoudt, of indien verwacht kan worden dat het betrekken van de partner therapeutische winst kan opleveren.



Figuur gebaseerd op figuur uit NICE guideline: The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90.

Basis voor aanbeveling

1: Kernboodschap 1 is gebaseerd op de richtlijnen van NICE en conform NHG en SIGN.

- Individuele begeleide zelfhulp: Deze kernboodschap is een adaptatie van de NICE-richtlijn die zich baseert op vijf studies die aantonen dat deze zelfhulp met korte frequente 'support' een groot effect heeft op zelf-gerapporteerde depressie symptomen tegenover de controle groep (waitlist control) (SMD -0.98 ; 95% CI $-1.50, -0.47$).⁹³ Deze kernboodschap is ook conform NHG en conform een health technology assessment uit 2010.⁹⁴ Voor andere uitkomstmaten en andere types van zelfhulp is de effectiviteit minder duidelijk. Gezien de 'indirectness' en de heterogeniteit wordt globaal het wetenschappelijk bewijs als matig tot zwak beschouwd.
- Cognitieve gedragstherapie (CGT) via de computer (web based CBT): Ook het deel van de kernboodschap rond zelfhulp via de computer is een adaptatie van de NICE-richtlijn die het volgende besluit uit een meta-analyse: *"de depressiescores op het einde van de therapie tonen een klein tot middelmatig effect ten voordele van cognitieve gedragstherapie via de computer, en dit voor patiënten met verschillende ernst van depressieve symptomen (SMD -0.40 ; 95% CI $-0.58, -0.22$)."* Het wetenschappelijk bewijs is beperkter voor de effectiviteit op langere termijn. Net als bij de hoger genoemde begeleide zelfhulp is hier sprake van heterogeniteit en wordt het wetenschappelijk bewijs als matig tot zwak beschouwd.⁹⁵
- Groepsprogramma fysieke activiteit: Deze kernboodschap is ook een adaptatie van NICE die zich baseert op een moeilijk te analyseren grote dataset met grote variatie in populatie, types fysieke activiteit en comparators.⁹⁶ De data suggereren dat fysieke activiteit effectiever is dan geen fysieke activiteit voor het verminderen van depressieve klachten bij patiënten met milde tot matige depressie (clinician-rated scores: SMD -1.26 ; 95% CI $-2.12, -0.41$; self-reported scores: -0.83 ; 95% CI $-1.31, -0.34$). Dit effect was minder bij follow-up (clinician-rated scores at 24 weeks: SMD 0.15 ; 95% CI $-0.67, 0.97$; and at 34–36 weeks: SMD -0.38 ; 95% CI $-0.75, -0.01$; and for self-rated scores at 4 weeks: SMD -1.58 ; 95% CI $-2.09, -1.08$; at 8 weeks: SMD -1.06 ; 95% CI $-1.53, -0.59$; and at 34 weeks: SMD -0.24 ; 95% CI $-0.67, 0.18$). Ook een Cochrane review van 2013 besluit dat lichaamsbeweging effectiever lijkt dan de controle-interventies voor het verminderen van de symptomen, maar dit effect is

⁹³ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90.

⁹⁴ Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9; Boudreau R, Moulton K, Cunningham J. Self-Directed Cognitive Behavioural Therapy for Adults with Diagnosis of Depression: Systematic Review of Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness, and Guidelines. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2010.

⁹⁵ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90.

⁹⁶ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90.

minder duidelijk als enkel methodologisch robuuste trials geanalyseerd worden.⁹⁷ Het is zinvol om als huisarts een depressieve patiënt in het kader van activering en structurering lichaamsbeweging aan te raden, maar het blijft onduidelijk wat de specifieke impact van bewegen op een depressie is.

- Groepsprogramma cognitieve gedragstherapie: De kernboodschap rond cognitieve gedragstherapie in groep is een adaptatie van de NICE-richtlijn die zich onder meer baseert op vier studies die cognitieve gedragstherapie in groep vergelijken met wachtlijst of 'treatment as usual'.⁹⁸ Er bleek een significant medium effect te zijn op depressiescores op het einde van de therapie (SMD -0,60 95% CI -0,84, -0,35) en na 6 maanden (SMD -0,40 95% CI -0,83, 0,02). Deze vorm van therapie blijkt dus een effectieve behandeling te zijn voor mensen met milde depressie. Gezien de studies hierboven een bepaald therapeutisch 'programma' bestudeerden, en we hier extrapoleren, wordt het wetenschappelijk bewijs als matig beschouwd. Groepsprogramma's zijn 'intensiever' dan begeleide zelfhulp, maar minder intensief dan psychotherapie, en worden hier voor de eenvoud onder de laag-intensieve therapieën ondergebracht, in tegenstelling tot NICE die dit afzonderlijk bespreekt.

2 en 3: Kernboodschappen 2 en 3 zijn een combinatie van informatie uit NICE, NHG en SIGN.⁹⁹ SIGN specificeert de therapievormen die in aanmerking komen.¹⁰⁰ In consensus met de auteursgroep werden deze niet volledig overgenomen omdat sommigen ervan irrelevant bleken in de Belgische context wegens niet aangeboden. De keuze voor een stapsgewijze aanpak sluit aan bij de algemeen geldende vorm van good clinical practice (GCP) waarbij naargelang de ernst van de aandoening en/of het onvoldoende blijken van voorgaande aanpak een volgende, meer intensieve stap overwogen wordt (zie ook KV 10).

⁹⁷ Cooney GM, Dwan K, Greig CA, et al. Exercise for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013;9. DOI: 10.1002/14651858.

⁹⁸ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90.

⁹⁹ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90; Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9; Non-pharmaceutical management of depression in adults. A national clinical guideline. SIGN 2010.

¹⁰⁰ Non-pharmaceutical management of depression in adults. A national clinical guideline. SIGN 2010.

9. Welke is de aanbevolen medicamenteuze behandeling van een depressie?

Kernboodschappen

• ANTIDEPRESSIVA

1. Indicatiestelling voor antidepressiva.

- Schrijf bij milde en matige depressie niet routinematig antidepressiva voor (GRADE 1B).
- Bij milde (en matige) depressies die meer dan 2 jaar duren, de zogenaamde dysthyme of persisterende depressieve stoornis, is een antidepressivum wel aangewezen (GRADE 2A).
- Schrijf bij ernstige depressies ook een antidepressivum voor (GRADE 1A).

2. Keuze van antidepressivum.

- Kies in de eerste lijn voor een SSRI of een TCA (GRADE 1B).
- Laat deze keuze afhangen van de te vermijden ongewenste effecten en de aanwezige comorbiditeit en/of comedicatie (GCP).
- Er is binnen de groep van de SSRI's geen echt voorkeursproduct (GRADE 1B).
- Binnen de groep van de TCA's is amitriptyline een sederend product met sterk anticholinerge werking. Nortriptyline is een eerder activerend product met minst anticholinerge werking (GRADE 1B).

3. Praktische modaliteiten van medicamenteuze aanpak.

3.1 Opstarten van antidepressiva (GCP).

- Bij de start van een SSRI is de startdosis gelijk aan de onderhoudsdosis.
- Bij de start van een TCA wordt gradueel opgebouwd tot onderhoudsdosis. De onderhoudsdosis van een TCA is in de eerste lijn lager dan bij opgenomen patiënten. Bij de opstart van een antidepressivum moet de patiënt uitgebreid voorgelicht worden over de te verwachten gewenste en ongewenste effecten, alsook dient, zeker gedurende de eerste maand een regelmatige opvolging (om de één à twee weken) gepland te worden.
- Bij patiënten jonger dan 30 jaar is bij de opstart van een antidepressivum een verhoogde aandacht voor eventuele toename van suïcidale ideatie gewenst.
- (Partiële) respons op het opgestarte antidepressivum wordt verwacht binnen de 4 à 6 weken.

3.2 Voortzetten van de behandeling met antidepressiva.

Om herval te voorkomen is het aanbevolen de behandeling met antidepressiva tenminste zes maanden voort te zetten na een goede respons op de initiële behandeling en dat aan dezelfde dosis (GCP) (zie ook klinische vraag 12).

3.3 Stoppen van antidepressiva (zie ook klinische vraag 12).

- **BENZODIAZEPINES**

Bij de opstart van een antidepressivum kan er, althans in het begin van de behandeling, in uitzonderlijke gevallen, bijvoorbeeld bij een depressie met comorbide angst of bij een depressie met agitatie, plaats zijn voor een tijdelijk gebruik van een benzodiazepine (GCP).

- **ANTIPSYCHOTICA**

Er is in de eerste lijn omwille van grote vragen wat kosten/baten bilan betreft geen plaats voor het opstarten van een antipsychoticum in de aanpak van depressie (GCP).

Toelichting

- **ANTIDEPRESSIVA**

1: Werkzaamheid en indicatiestelling van antidepressiva.

Uit grote meta-analyses blijken antidepressiva vooral effectief te zijn bij ernstige depressies.¹⁰¹ De enkele studies waarover we beschikken betreft de medicamenteuze aanpak van milde depressies hebben vraagtekens bij de werkzaamheid van deze middelen in die indicatie.¹⁰² De aanpak van dysthyme stoornis wordt onderbouwd door de Cochrane review van Lima uit 2003 (ondertussen van het net gehaald), alsook door een meta-analyse van Cuijpers en één van Levkovitz.¹⁰³

2: Keuze van antidepressivum.

De keuze tussen SSRI en TCA wordt gemaakt op basis van te vermijden ongewenste effecten, mogelijke interacties met andere geneesmiddelen, comorbiditeit, voorgeschiedenis van de patiënt, ervaring van de arts met het gebruikte antidepressivum, eventuele toxiciteit van dit product en de kostprijs ervan. Het verdient de aanbeveling dat huisartsen zich vertrouwd maken met een beperkt aantal antidepressiva om op die manier van elk product de voor- en nadelen te leren kennen.

1. Het profiel van ongewenste effecten is verschillend tussen SSRI's en TCA's.

- TCA's

¹⁰¹ Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, et al. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. PLoS Med 2008;5. DOI: 10.1371/journal.pmed.0050045; Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. JAMA 2010;303:47-53. DOI: 10.1001/jama.2009.1943.

¹⁰² Barbui C, Cipriani A, Patel V, et al. Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry 2011;198:11-6. DOI: 10.1192/bjp.bp.109.076448.

¹⁰³ Lima M, Moncrief J. Drugs versus placebo for dysthymia (Cochrane review). The Cochrane Library 2015;4; Cuijpers P, Van Straten A, Schuurmans J, et al. Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: a meta-analysis. Clin Psychol Rev 2010;30:51-62; Levkovitz Y, Tedeschini E, Papakostas G. Efficacy of antidepressants for dysthymia: A meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. J Clin Psychiatry 2011;72:509-514.

TCA's hebben meer anticholinerge effecten (mond droogte, obstipatie, urineretentie, gezichtsstoornissen, verwardheid en delirium), orthostatische hypotensie en duizeligheid, cardiovasculaire ongewenste effecten (hypotensie, tachycardie, ritmestoornissen), slaperigheid en sufheid (voornamelijk bij amitriptyline), verhoogd risico op osteoporotische fracturen.¹⁰⁴ Net zoals bij de SSRI's worden ook met de TCA's verschillende ongewenste seksuele effecten beschreven. Mond droogte is één van de meest voorkomende ongewenste effecten bij het gebruik van TCA's en wordt als bewijs van compliance beschouwd. TCA's zijn bij overdosis potentieel lethaal wegens onomkeerbare geleidingsstoornissen (AVblok).

- SSRI's

SSRI's geven meer kans op gastro-intestinale ongewenste effecten (nausea, diarree, anorexie), neurologische ongewenste effecten (geeuwen, slapeloosheid, angst), acathisie, agitatie en agressief gedrag, hyponatriëmie, gastro-intestinale bloedingen, vallen, osteoporotische fracturen, tandenknarsen, serotoninesyndroom (vooral in combinatie met andere medicatie zoals Sint-Janskruid).¹⁰⁵ SSRI's hebben net als TCA's een potentieel ongewenst effect op libido, erectiele functie, ejaculatie en orgasme. De gastro-intestinale effecten van SSRI's zijn meestal van voorbijgaande aard. De seksuele ongewenste effecten zijn weliswaar omkeerbaar bij medicatiestop, maar persisteren zolang het antidepressivum doorgegeven wordt. Het verdient de aanbeveling om deze ongewenste effecten actief na te vragen vermits zij mee de oorzaak kunnen zijn van verminderde compliance, temeer omdat deze ongewenste effecten vaak optreden vooraleer de gewenste effecten zich manifesteren.

2. Er zijn mogelijke interacties tussen TCA's en andere geneesmiddelen die tevens via cytochroom P450 gemetaboliseerd worden. Ook met de SSRI's zijn er mogelijke interacties met andere geneesmiddelen die via het cytochroom P450 gemetaboliseerd worden. Die interacties zijn minder frequent met (es)citalopram en sertraline.
3. Besluit: TCA's zijn te verkiezen bij de ziekte van Parkinson, bij gelijktijdige behandeling met NSAID's of anti-aggregantia of bij patiënten met een voorgeschiedenis van gastro-intestinale bloeding. Wanneer er bij voorgeschiedenis van gastro-intestinale bloeding, of concomitant gebruik van anti-aggregantia toch voor een SSRI gekozen wordt, verdient het de voorkeur om het SSRI met een PPI type pantoprazole te associëren. TCA's zijn gecontra-indiceerd bij cardiale pathologie, belangrijk risico op zelfmoord of in situaties waarbij anticholinerge effecten, zoals prostatisme en hypotensie, moeten vermeden worden. SSRI's zijn vaak eerste keuze voor de behandeling van depressie bij patiënten met chronische fysieke aandoeningen.

¹⁰⁴ <http://.farmaka.be/nl/formularium/219#main>.

¹⁰⁵ <http://.farmaka.be/nl/formularium/219#main>.

4. Addendum: andere antidepressiva. Andere antidepressiva, zoals de meer recente SNRI's venlafaxine en duloxetine, hebben geen meerwaarde of vertonen juist meer ongewenste effecten in de eerste lijn.¹⁰⁶ Venlafaxine is mogelijks iets effectiever dan de andere SSRI's, maar het klinisch belang van dit effect is onduidelijk en mogelijks meer van belang bij ernstig zieke patiënten of bij therapieresistente depressies.¹⁰⁷ Van reboxetine is het onduidelijk of dit product ook werkelijk effectief is.¹⁰⁸ Agomelatine wordt actief afgeraden wegens een ongunstige kosten/batenbilan.¹⁰⁹ Mirtazapine zou een vluggere werking hebben, en ook voor dit product is in sommige meta-analyses een weinig verhoogde efficiëntie gesuggereerd, maar omwille van het bijwerkingenprofiel wordt dit product niet als eerste keus geselecteerd.¹¹⁰ Ook het gebruik van Sint-Janskruid (*Hypericum perforatum*) wordt afgeraden wegens onduidelijkheid rond effectiviteit, werkzaam bestanddeel, dosering, ongewenste effecten en interacties met andere geneesmiddelen.¹¹¹ Bupropion is een ouder antidepressivum welke ook gebruikt wordt als ondersteuning bij rookstop. Het is een amfetaminederivaat, doch wordt niet als dusdanig geregistreerd. De plaats van dit product in de aanpak van depressie is onduidelijk. La Revue Prescrire besteedde de voorbije jaren verschillende keren aandacht aan bupropion in het kader van rookstop en wees daarbij vooral op de potentiële bijwerkingen zoals agressie, depressie, suïcidale gedachten, ernstige allergische reacties (zoals angio-oedeem en Steven-Johnson syndroom) en afhankelijkheid.¹¹² Om al die redenen raden we het gebruik van bupropion in de eerste lijn niet aan. De oudere MAOI zijn geen eerste keus in de eerste lijn wegens hun potentiële toxiciteit en kans op ernstige interacties met andere medicaties, alsook met

¹⁰⁶ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90; Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012; M aund E, Tendal B, Hróbjartsson A, et al. Benefits and harms in clinical trials of duloxetine for treatment of major depressive disorder: comparison of clinical study reports, trial registries, and publications. *BMJ* 2014;34. DOI: 10.1136/bmj.g3510; Schueler YB, Koesters M, Wieseler B, et al. A systematic review of duloxetine and venlafaxine in major depression, including unpublished data. *Acta Psychiatr Scand* 2011;123:247-65. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2010.01599.x;

¹⁰⁷ Cipriani A, Koesters M, Furukawa TA, et al. Duloxetine versus other anti-depressive agents for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;10.

¹⁰⁸ Eyding D, Lelgemann M, Grouven U, et al. Reboxetine for acute treatment of major depression: systematic review and meta-analysis of published and unpublished placebo and selective serotonin reuptake inhibitor controlled trials. *BMJ* 2010;341. DOI: 10.1136/bmj.c4737.

¹⁰⁹ Guaiana G, Gupta S, Chiodo D, et al. Agomelatine versus other antidepressive agents for major depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;12. DOI: 10.1002/14651858; Agomelatine: bilan des effets indésirables. *Rev Prescrire* 2013;33:26-8; http://.arznei-telegramm.de/html/2013_11/1311104_01.html; Bijl D. Agomelatine. Krachtig antidepressivum, dure placebo of sterke nocebo? *GeBu* 2010;6:73-4.

¹¹⁰ Cipriani A, Koesters M, Furukawa TA, et al. Duloxetine versus other anti-depressive agents for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;10; Watanabe N, Omori IM, Nakagawa A, et al. Mirtazapine versus other antidepressive agents for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;12. DOI: 10.1002/14651858.CD006528.pub2; <http://.farmaka.be/nl/formularium/219#main>.

¹¹¹ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90; Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012.

¹¹² Agomelatine: bilan des effets indésirables. *Rev Prescrire* 2013;33:26-8.

tyramine-houdende voedingsproducten (zoals kaas en wijn). Van het tussenproduct trazodone is de werking dermate sederend, dat dit product in werkzame dosis ongeschikt is als antidepressivum.

Binnen de groep van de SSRI's is er onvoldoende wetenschappelijk bewijs om op basis van effectiviteit een product als voorkeur te kiezen, ook al zijn er enkele studies die escitalopram en sertraline als mogelijks een weinig meer effectief beoordelen dan andere SSRI's.¹¹³

Binnen de groep van TCA's zijn er eveneens enkele aanwijzingen voor een klein voordeel van amitriptyline en clomipramine ten opzichte van de andere antidepressiva wat effectiviteit betreft. We behouden de stelling dat er ook voor de TCA's in de eerste lijn onvoldoende argumenten zijn om op basis van effectiviteit enige voorkeur te formuleren.

Mogelijks zijn deze (kleine) verschillen wel meer van klinisch belang bij therapieresistente depressies.

Wat de productkeuze op basis van ongewenste effecten/geneesmiddeleninteractie/toxiciteit betreft geldt voor de SSRI's dat fluvoxamine omwille van mogelijks meer ongewenste effecten niet meer als eerste keuze wordt beschouwd.¹¹⁴ Fluoxetine heeft een zeer lange halfwaardetijd en paroxetine een zeer korte, waardoor dit laatste product bij afbouw meer kans geeft op dervingsverschijnselen. Van citalopram en sertraline zijn er minder geneesmiddeleninteracties beschreven. Deze twee producten zijn bij ouderen het best onderzocht. Bij (es)citalopram is er de laatste jaren echter een toenemende bezorgdheid ontstaan in verband met een dosisafhankelijk verhoogd cardiaal risicoprofiel ten gevolge van QT-verlenging en daaruit ontstane ernstige ventriculaire ritmestoornissen zoals torsades de pointe (met plotse dood als gevolg), vooral bij overdosis.¹¹⁵ Deze gegevens hebben La Revue Prescrire doen besluiten om (es)citalopram als antidepressivum te vermijden en binnen de groep van SSRI's voor een andere antidepressivum te kiezen.¹¹⁶ Voorlopig volgen we de stelling van de Folia Farmacotherapeutica waar de dosis van (es)citalopram tot een maximum wordt beperkt, zeker bij ouderen.¹¹⁷

Voor de TCA's geldt dat amitriptyline het meest anticholinerge product is en nortriptyline het minst anticholinerge.

3: Praktische modaliteiten bij opstart van een antidepressivum.

¹¹³ Cipriani A, Koesters M, Furukawa TA, et al. Duloxetine versus other anti-depressive agents for depression. Cochrane Database Syst Rev2012;10.

¹¹⁴ Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012.

¹¹⁵ <https://crediblemeds.org/>.

¹¹⁶ Agomelatine: bilan des effets indésirables. Rev Prescrire2013;33:26-8.

¹¹⁷ <http://bcfi.be/nl/articles/2058?folia=2040&matches=citalopram%7Cescitalopram>.

- Dosis

Dosis TCA's: Er wordt bij consensus voorgesteld om een nieuw opgestart TCA over een periode van bijvoorbeeld één week op te drijven van 25 mg naar 50 mg naar 75 à 100 mg als onderhoudsdosis in de eerste lijn. Wegens sedatief effect wordt amitriptyline 's avonds gegeven, nortriptyline omwille van een activerend effect 's ochtends.

Dosis SSRI's: Om ongewenste effecten te vermijden kan er bij de opstart van een SSRI overwogen worden om bijvoorbeeld gedurende één week met halve dosis te starten en dan naar onderhoudsdosis = gebruikelijke standaarddosis over te gaan. Bij consensus wordt een SSRI 's ochtends gegeven.

- Opvolging van de start van een antidepressivum

De opstart van elk antidepressivum noodzaakt een strikte opvolging zowel wat werking, ongewenste effecten, compliance als mogelijke interactie met andere medicijnen betreft. Deze opvolging zal in het begin wekelijks of tweewekelijks zijn tot er (partiële) respons optreedt – dit is in principe binnen de 4 à 6 weken. Vanaf dan kan er een maandelijkse opvolging gebeuren, naargelang klinische noodzaak (zie ook klinische vraag 12). Gezien het in het begin van de behandeling voor gelijk welk antidepressivum niet uit te sluiten valt dat er een toename van suïcidale ideatie optreedt, is het zeker bij jongere patiënten (d.i. onder de 30 jaar) aangewezen om actief suïcidale ideatie te bevragen tijdens de opstart van de behandeling. Globaal gezien kan men stellen dat antidepressiva tegen suïcide beschermen, maar juist in de jongere leeftijdscategorie (onder de 30 jaar) en zeker bij kinderen en adolescenten (buiten bestek van deze aanbeveling) is er toch een bewezen negatief effect van antidepressiva op suïcidale ideatie waardoor overleg met de (kinder- of jeugd)psychiater geïndiceerd is.

- Behandelingsduur (zie ook klinische vraag 12)

Het 6 maanden lang behandelen van een patiënt met eerste opstoot van ernstige depressie heeft vooral als doel om herval te voorkomen.

- Afbouw (zie klinische vraag 12)

4: Addendum – Therapieresistente depressie.

Wanneer in de eerste lijn de behandeling van een depressie met een lege artis ingesteld antidepressivum binnen de 6 à 8 weken niet aanslaat, spreken we van een therapieresistente depressie (consensus). NICE maakt terecht de opmerking dat er geen echte categorie van therapieresistente – volgens NICE gedefinieerd als niet of onvoldoende reagerend op twee of meer antidepressiva – patiënten bestaat, en spreekt eerder van een probleem van onvoldoende respons.¹¹⁸ De aanpak van therapieresistente depressies is niet eenduidig. Het ophogen van de gebruikelijke onderhoudsdosis van het gestarte SSRI heeft niet bewezen werkzaam te zijn, maar wordt desalniettemin frequent toegepast o.a. omdat er een zeer grote inter-individuele variatie bestaat in plasmaconcentraties en omdat er onzekerheid blijft over

¹¹⁸ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90.

de effectieve dosis in de individuele patiënt. Het ophogen van de in de eerste lijn gebruikte onderhoudsdosis TCA's (75 à 100 mg) dient omwille van te verwachten ongewenste effecten best in samenspraak met de psychiater te gebeuren. Het veranderen van klasse van antidepressiva, bijvoorbeeld van SSRI naar TCA, is een mogelijks werkzame aanpak. Naargelang het gebruikte product kan een (kort) medicamenteus vrij interval in functie van wash-out noodzakelijk zijn. Het combineren van verschillende klassen antidepressiva, bijvoorbeeld een SSRI (bvb. citalopram) samen met een TCA (bvb. nortriptyline), is een andere gebruikte methode. Weliswaar dient in deze situatie met mogelijke medicamenteuze interacties, alsook met een toename van ongewenste effecten rekening gehouden te worden. Ten slotte kan de optie van augmentatiestrategie weerhouden worden: aan het opgestarte antidepressivum wordt respectievelijk een antipsychoticum (bvb. quetiapine aan lage dosis – zie onder antipsychotica), of een stemmingsstabilisator (type lithiumzout, valproïnezuur of lamotrigine) toegevoegd. Omdat er in de literatuur over geen van deze strategieën eenduidigheid bestaat, en omdat sommige van de gebruikte strategieën, zoals de augmentatiestrategie, toch wel bijzondere voorzorgen en bekwaamheden vraagt, is het aangewezen om als huisarts een patiënt met therapieresistente depressie voor medicamenteus advies naar de psychiater door te verwijzen (zie ook klinische vraag 2). Ten slotte kan er bij therapieresistente depressies bij volwassenen (net als bij ouderen) mits goede indicatiestelling een plaats zijn voor verwijzing naar een centrum met expertise in ECT (elektroconvulsie therapie).

- **BENZODIAZEPINES**

Bij langer dan twee weken doorgeven van een benzodiazepine zal dit benzodiazepine moeten afgebouwd worden omwille van risico op dervingsverschijnselen bij plotse stop.

- **ANTIPSYCHOTICA**

Studies tonen een (beperkt) positief effect van toevoegen van antipsychotica bij een antidepressivum, maar wijzen op toegenomen ongewenste effecten zoals gewichtstoename, sedatie en labostoornissen (bijvoorbeeld prolactine verhoging) waardoor meer uitval van patiënten. Om al deze redenen besluit de auteursgroep om zeker in de eerste lijn het gebruik van antipsychotica af te raden.

Basis voor aanbeveling

- **ANTIDEPRESSIVA**

1: Werkzaamheid en indicatiestelling van antidepressiva.

Zowel NICE als NHG volgt in de indicatiestelling van antidepressiva de stelling van de voorbije jaren dat er aandacht moet zijn voor een goed bilan tussen werkzaamheid en

ongewenste effecten.¹¹⁹ Onderstaande studies hebben in de eerste decade van de 21ste eeuw door gebruik te maken van meta-analyse van ook niet-gepubliceerde studies nieuwe inzichten gebracht over de werkzaamheid van antidepressiva.¹²⁰ Op dit moment blijft het, zeker in de eerste lijn, moeilijk om de juiste graad van werkzaamheid te bepalen. Commentatoren gaan in kritische geneesmiddelenpublicaties zoals *La Revue Prescrire*, *Arznei-Telegramm* of *Geneesmiddelenbulletin* uit van een werkzaamheid van minder dan de helft bij de medicamenteuze aanpak van depressies. We sluiten ons in deze update aan bij deze voorzichtige visie op het gebruik van medicatie, zeker als het over de aanpak van niet-ernstige depressies gaat.

Er is een groot placebo-effect bij het gebruik van antidepressiva. Het verschil tussen het antidepressivum en placebo is het grootst bij ernstige depressies.¹²¹ Studies tonen dat het effect van medicatie bij milde en matige depressie klinisch niet relevant is.¹²² Ook Cameron kan in een meer recente meta-analyse de werkzaamheid van antidepressiva bij milde depressies niet aantonen.¹²³ Er is een belangrijke publicatiebias waardoor het effect van antidepressiva overschat wordt.¹²⁴ De meeste studies zijn van korte duur (6-8 weken) zodat de extrapolatie van gebruik van antidepressiva op langere termijn (tot 6 maanden) vooral op klinische basis berust.¹²⁵ Antidepressiva zijn mogelijks ook minder werkzaam op oudere leeftijd (ouder dan 65jaar) (zie ook klinische vraag 11).¹²⁶

Wat de aanpak van dysthyme stoornis of persisterende depressieve stoornis betreft, volgen we de aanpak voorgesteld door NHG en NICE waarbij er een klein effect van

¹¹⁹ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010; Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012.

¹²⁰ Taylor D, Meader N, Bird V, pharmacology subgroup of the National Institute for Health and Clinical Excellence Guideline Development Group for Depression in Chronic Physical Health Problems. Pharmacological interventions for people with depression and chronic physical health problems: systematic review and meta-analyses of safety and efficacy. *J Affect Disord* 2014;166:48-58. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.077610.

¹²¹ Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, et al. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 2008;5. DOI: 10.1371/journal.pmed.0050045; Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA* 2010;303:47-53. DOI: 10.1001/jama.2009.1943.

¹²² Barbui C, Cipriani A, Patel V, et al. Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2011;198:11-6. DOI: 10.1192/bjp.bp.109.076448.

¹²³ Cameron IM, Reid IC, MacGillivray SA. Efficacy and tolerability of antidepressants for sub-threshold depression and for mild major depressive disorder. *Br J Psychiatry* 2011;198:11-6. DOI: 10.1016/j.jad.2014.04.078.

¹²⁴ Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, et al. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med* 2008;358:252-60. DOI: 10.1056/NEJMs065779; Trinquart L, Abbé A, Ravaut P. Impact of reporting bias in network meta-analysis of antidepressant placebo-controlled trials. *PLoS One* 2012;7. DOI:10.1371/journal.pone.0035219.

¹²⁵ Arroll B, Elley CR, Fishman T, et al. Antidepressants versus placebo for depression in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;. DOI: 10.1002/14651858.

¹²⁶ Tedeschi E, Levkovitz Y, Iovieno N, et al. Efficacy of antidepressants for late-life depression: a meta-analysis and meta-regression of placebo-controlled randomized trials. *J Clin Psychiatry* 2011;72:1660-8. DOI: 10.4088/JCP.10r06531; <http://.farmaka.be/nl/formularium/219#main>.

psychotherapie en een groter effect van antidepressiva op de symptomen van dysthymie wordt gezien.¹²⁷ Dit effect van antidepressiva wordt bevestigd door de BAP guideline van 2015 waar o.a. de meta-analyse van Levkovitz mee de werkzaamheid van antidepressiva voor de indicatie van dysthyme stoornis ondersteund.¹²⁸

2: Keuze van antidepressiva.

We sluiten ons in deze kernboodschap aan bij NHG en delen de visie van NICE – geen plaats voor TCA's in de eerste lijn – niet: na bekijken van het in de NICE guideline beschikbare onderliggende wetenschappelijk bewijs blijkt dat er ook in NICE geen verschil in werkzaamheid kan aangetoond worden. Er zijn met andere woorden sedert de publicatie van de eerste editie van de aanbeveling depressie volgens ons geen nieuwe studies opgedoken die de werkzaamheid van TCA's, ook in de eerste lijn, in vraag stellen. Wel blijft de discussie over (licht) verhoogde uitval van patiënten in studies met TCA's (en dan vooral met het sterk anticholinerge product amitriptyline) ten opzichte van SSRI's. In dat opzicht zijn de besluiten van de grote cohortstudie van Coupland et al. uit 2011 waarbij meer dan 60000 ouderen met depressie in de eerste lijn retrospectief werden gevolgd, opzienbarend: oudere producten (waaronder TCA's, met uitzondering van trazodone) scoren wat ongewenste effecten (morbiditeit en mortaliteit) betreft beduidend beter dan de nieuwere.¹²⁹ Wat de SNRI's en andere producten betreft vinden we in nieuwe studies geen bewijs van meerwaarde of zijn er integendeel argumenten voor optreden van meer ongewenste effecten. Over keuzes binnen de klassen van antidepressiva volgen we de stelling van NHG (en NICE) dat de individuele producten weliswaar een ander werkingsprofiel hebben, maar wat effectiviteit betreft alle gelijkwaardig zijn. Wat ongewenste effecten en toxiciteit, bijvoorbeeld bij overdosis, betreft nemen we kennis van de stellingname van La Revue Prescrire om (es)citalopram waar mogelijk als antidepressivum te vermijden.¹³⁰ We volgen hierbij voorlopig de instructies van de Folia Farmacotherapeutica van november 2012 waarbij volgens de richtlijnen van het Europees Geneesmiddelenbureau EMA voor citalopram beslist werd om de maximale dosis te verlagen tot 40 mg per dag bij volwassenen tot 65 jaar, en tot 20 mg per dag bij patiënten ouder dan 65 jaar en voor escitalopram de maximale dosis bij volwassenen tot 65 jaar (20 mg per dag) te behouden, maar de maximale dosis bij volwassenen ouder dan 65 jaar te verlagen tot 10 mg per dag.¹³¹

3: Praktische modaliteiten.

¹²⁷ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90; Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012; Cuijpers P, Van Straten A, Schuurmans J, et al. Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: a meta-analysis. Clin Psychol Rev 2010;30:51-62.

¹²⁸ Levkovitz Y, Tedeschini E, Papakostas G. Efficacy of antidepressants for dysthymia: A meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. J Clin Psychiatry 2011;72:509-514.

¹²⁹ Coupland CA, Dhiman P, Barton G, et al. A study of the safety and harms of antidepressant drugs for older people: a cohort study using a large primary care database. Health Technol Assess 2011;15:1-202. DOI: 10.3310/hta15280.

¹³⁰ Agomelatine: bilan des effets indésirables. Rev Prescrire 2013;33:26-8.

¹³¹ <http://bcfi.be/nl/articles/2058?folia=2040&matches=citalopram%7Cescitalopram>.

In de discussie over dosis en moment van toediening wordt zowel NHG als NICE gevolgd, grotendeels op basis van consensus.¹³² Alle literatuur – met inbegrip van NHG, NICE, maar ook bijvoorbeeld Hickie en WZC Repertorium – onderstreept het belang van betrekken van de patiënt bij therapiekeuze, goede voorlichting van gewenste en ongewenste effecten, als een strikte opvolging van medicatie (zie ook klinische vraag 12).¹³³ Deze voorlichting of psycho-educatie alsook de opvolging bepaalt mee het succes van de behandeling. De duur van medicamenteuze behandeling van een eerste opstoot van ernstige depressie wordt vooral door consensus bepaald (NICE en NHG). Voor verdere onderbouwing van behandelingsduur verwijzen we naar klinische vraag 12.

4: Addendum: Therapieresistente depressie.

Er is ook in de voorbije jaren geen eenduidigheid gekomen rond wat als huisarts te doen wanneer de medicamenteuze aanpak met een TCA of SSRI faalt. Omdat dit toch vermoedelijk rond ongeveer de helft van de behandelde ernstige depressies gaat, is dit een belangrijk item welke tot op heden niet eenduidig in de literatuur beantwoord wordt. We volgen NHG en sluiten aan bij de eerste editie van de Domus Medica-aanbeveling 'Depressie' waarbij we stellen dat wanneer deze aanpak na 6 weken faalt, het aangeraden is om met een collega-psychiater te overleggen, gezien de ernst van de situatie (zie ook klinische vraag 2).¹³⁴

- **BENZODIAZEPINES**

We houden ons aan de kernboodschap uit de eerste editie van de Domus Medica-aanbeveling 'Depressie' en zien, gezien de ongewenste effecten van benzodiazepines en, vooral, het risico op afhankelijkheid, redenen om terughoudend te zijn in de opstart van deze middelen in het begin van een medicamenteuze aanpak.¹³⁵

- **ANTIPSYCHOTICA**

¹³² The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90; Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012.

¹³³ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90; Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012; Hickie IB. Antidepressants in elderly people. Comment on Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. BMJ 2011;343. DOI: 10.1136/bmj.d4660.

¹³⁴ Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012; Heyrman J, Declercq T, Rogiers R, et al. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts. Huisarts Nu 2008;37:284-317.

¹³⁵ Heyrman J, Declercq T, Rogiers R, et al. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts. Huisarts Nu 2008;37:284-317.

Antipsychotica hebben potentieel zeer ernstige ongewenste effecten.¹³⁶ In dat opzicht menen we dat er voor deze krachtige middelen geen plaats is in de eerste lijn wat de medicamenteuze aanpak van depressie betreft.

De kernboodschappen over de benzodiazepines en de antipsychotica werden mee geformuleerd vanuit de bemerkingen van de auteurs-experten en vanuit de bemerkingen verkregen vanuit de LOK's.

Onder embargo

136 Komossa K, Depping AM, Gaudchau A, et al. Second-generation antipsychotics for major depressive disorder and dysthymia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010;12.
DOI:10.1002/14651858.CD008121.pub2.

10. Wanneer, hoe en op wie kan de huisarts – in een getrappt zorgsysteem – een beroep doen voor extra ondersteuning van zijn depressieve patiënt?

Kernboodschappen

1. Werk, in overleg met uw patiënt, zo mogelijk samen met mantelzorgers, met hulpverleners uit de eerste lijn (bijvoorbeeld: eerste lijn-psycholoog, kinesitherapeut en zelfstandig psycholoog), met hulpverleners uit de tweede lijn (bijvoorbeeld: psychiater) of uit de derde lijn (bijvoorbeeld: psychiatrische afdeling verbonden aan een algemeen ziekenhuis of PAAZ en psychiatrische ziekenhuis) (GCP).
2. Volg hierbij de principes van getrapte zorg (stepped care) (GCP). In een Woon- en Zorgcentrum (WZC) blijkt het principe van gestructureerd en multidisciplinair samenwerken, collaborative care genoemd, werkzaam (GRADE 1B).
3. Zorgverstrekking kan individueel gebeuren, maar ook groepsgerichte initiatieven hebben een bewezen werkzaamheid (GCP). Overweeg ten slotte op maat gebruik van online hulpverlening (GCP).

Toelichting

1: De nood aan samenwerking binnen de geestelijke gezondheidszorg is het gevolg van de evidence dat samenwerking tot betere uitkomst leidt, maar ook het gevolg van een dynamiek binnen de geestelijke gezondheidszorg zelf waar het streven naar zorg op maat voor de patiënt of cliënt de nood aan samenwerking tussen verschillende beroepsgroepen, bijvoorbeeld tussen huisarts en eerstelijnspsycholoog in kader van het begeleiden van een patiënt met ernstige depressie, noodzakelijk maakt. Hoe deze zorg op maat aangeboden wordt is nog onderwerp van onderzoek, waarbij bijvoorbeeld het toepassen van het in het buitenland zeer effectief gebleken model van collaborative care (gestructureerd en interdisciplinair samenwerken) in de Vlaamse context van bijvoorbeeld WZC's nog dient getoetst te worden. Het door de WHO gepromoot zorgmodel van stepped-care is wel een model waar al op grote schaal binnen de geestelijke gezondheidszorg mee gewerkt wordt. Zowel vanuit 'evidence' als vanuit 'good clinical practice' is er in de geestelijke gezondheidszorg nood aan interdisciplinair samenwerken.¹³⁷

2a: Nulde lijn.

- Mantelzorg

¹³⁷ <http://geestelijkgezondvlaanderen.be/>; De Maeseneer J, Wittevrongel L, Vincke A, et al. Onderzoeksrapport Eerstelijnspsycholoog 2009.

De depressieve patiënt maakt deel uit van een systeem, bijvoorbeeld een gezin of familie, waarbij er weerslag is van de depressie op het systeem en van het systeem op de depressie. De huisarts zal in de zorg voor zijn depressieve patiënt trachten de sterktes van het systeem waarin de patiënt leeft in diens genezingsproces mee te nemen. Hij zal bijvoorbeeld, als daartoe toestemming wordt gegeven, de partner mee betrekken in het begeleidingsproces. Terzelfdertijd zal de huisarts ook oog hebben voor de invloed die de depressie op het systeem van de patiënt (de partner of de kinderen) heeft om daar waar nodig extra ondersteuning aan te bieden. Ook het inschakelen van (getrainde) vrijwilligers (bijvoorbeeld: lotgenoten of ervaringsdeskundigen gerekruteerd via patiëntenorganisaties) kan een meerwaarde hebben in de aanpak van depressie (non-statutory support).

- Patiëntenorganisaties (bvb. Similes, Werkgroep Verder, etc.)¹³⁸

In de bredere zorg voor patiënten met depressie kan een patiëntenorganisatie meehelpen aan de destigmatisering van de ziekte depressie, kan een patiëntenorganisatie door lotgenotencontact ondersteuning bieden aan de patiënt en zijn omgeving en heeft de organisatie een stem in het beleid en bijvoorbeeld het uitbouwen van betere zorg voor patiënten met depressie.

- Organisaties binnen het sociaal werk

Naast de huisarts, psychiater of psycholoog als traditionele ingangspoort voor de geestelijke gezondheidszorg, kan een patiënt zich met depressieve klachten ook via het sociaal huis of het loket van een OCMW aanmelden. Samenwerking tussen de gezondheidssector (bijvoorbeeld: huisarts) en welzijnssector (bijvoorbeeld: OCMW, Centrum voor Algemeen Welzijnswerk of CAW, VDAB en meer in het bijzonder GTB of gespecialiseerde trajectbegeleiding) geeft als mogelijkheden om gericht te werken rond bijvoorbeeld schuldbemiddeling, werkheroriëntatie e.d., voor zover deze van belang waren bij het tot stand komen en de genezing van de depressie.

2b: Eerste lijn.

- Eerstelijnspsycholoog (ELP)¹³⁹

In de samenwerking rond een patiënt met depressie neemt de eerstelijnspsycholoog (ELP) een bevoorrechte plaats in als ondersteuning van de huisarts. Psychologische hulp aangeboden door de ELP is per definitie laagdrempelig, d.w.z. in tijd (geen of korte wachttijden van bijvoorbeeld maximaal twee weken), in afstand (bijvoorbeeld: consulten in het kabinet van de huisartsenpraktijk, mogelijkheid tot huisbezoek, etc.) en financieel (bij voorkeur ingebed in het systeem van (gedeeltelijke) terugbetaling zoals nu reeds door verschillende mutualiteiten en in de nabije toekomst onder één of andere vorm via RIZIV-bepaling op federaal niveau voorzien). De aangeboden hulp is oplossingsgericht, d.i. op herstel, gericht en kortdurend, d.i. maximaal 10 sessies van telkens één uur. Daar waar op dit moment, hetzij op Vlaams niveau, hetzij met lokale

¹³⁸ <http://nl.similes.be/>; <https://werkgroepverder.be>.

¹³⁹ <http://geestelijkgezondvlaanderen.be/>; De Maeseneer J, Wittevrongel L, Vincke A, et al. Onderzoeksrapport Eerstelijnspsycholoog 2009.

middelen via artikel 107, door OCMW's of binnen bestaande huisartsenorganisaties (bijvoorbeeld: huisartsenpraktijken van Geneeskunde voor het Volk), de samenwerking tussen huisartsen en ELP's slechts incidenteel plaatsvindt, is het de hoop dat de Vlaamse overheid nog tijdens de legislatuur van 2014-2019 een netwerk van ELP's over het ganse Vlaamse land uitrolt.¹⁴⁰ Wegens geografische verschillen wordt het begrip ELP voor de Waalse context vooralsnog door de psycholoog ingevuld en aldus vertaald.

- Gespecialiseerd kinesitherapeut en ergotherapeut¹⁴¹

Naast de ELP kan een in de geestelijke gezondheidszorg geïnteresseerd of eventueel gespecialiseerd kinesitherapeut een bijkomende rol opnemen in de zorg voor de depressieve patiënt, bijvoorbeeld: door het aanbieden van psychomotore therapie of door aanbieden van relaxatie. Ook de geïnteresseerde ergotherapeut kan vanuit expertise een rol spelen in de multidisciplinaire aanpak van depressie in de eerste lijn.

- Apotheek of thuisverpleegkundige (NICE)

Ook al vinden we in de literatuur enkel wetenschappelijk bewijs terug voor de effectiviteit van medicatiebeheer door de betrokken apotheek of thuisverpleegkundige bij een patiënt met depressie in het kader van een meer complexe zorgverstrekking zoals het collaborative care model, toch lijkt het zinvol om in sommige specifieke situaties deze hulpverleners mee te betrekken in het versterken van de zorg (compliance) voor de depressieve patiënt.

- Acut mobiel team of mobiel crisis team (MCT) (NICE).¹⁴² Zie ook klinische vraag 6. Bij een acute, soms levensbedreigende, situatie waarbij een patiënt met ernstige depressie in crisis verkeert, kan de huisarts beroep doen op een lokaal georganiseerd acut mobiel crisisteam. Dit team, bestaande uit een psychiater, psychiatrisch verpleegkundige en andere in de geestelijke gezondheidszorg gespecialiseerde hulpverleners, bieden de huisarts de mogelijkheid om binnen afzienbare termijn (bijvoorbeeld: binnen de 48 uur) ter plekke, d.w.z. via huisbezoek, de ernst van de situatie in te schatten en (eerste) hulp te bieden. De samenwerking met een acut mobiel team wordt ook vanuit de literatuur (sterk) ondersteund.

- Chronisch mobiel behandelteam (psychiatrische zorg in de thuissituatie)¹⁴³

Daar waar de hulpverlening van een acut mobiel team per definitie beperkt is in de tijd en zich op hulpverlening in acute (crisis) situaties richt, biedt het chronische mobiele team ondersteuning bij langdurige zorg in de thuissituatie. Het chronische mobiele team bestaat eveneens uit een aantal psychiatrische verpleegkundigen, beschikt over een psychiater voor advies, verricht huisbezoeken en werkt samen met de huisarts en de patiënt naar herstel, re-integratie, dagbesteding, etc. Bij het

¹⁴⁰ <http://psy107.be/index.php/nl/>.

¹⁴¹ Knapen J, Vancampfort D, Schoubs B. Psychomotorische Therapie voor stemmings- en angststoornissen: update evidence based practice. Leuven: Acco; 2010; <http://geestelijkgezondvlaanderen.be/>.

¹⁴² Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg. Vlaanderen 2010. <file:///C:/Users/UGent/Downloads/Guide%20-%20VLAANDEREN.pdf>.

¹⁴³ Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg. Vlaanderen 2010. <file:///C:/Users/UGent/Downloads/Guide%20-%20VLAANDEREN.pdf>.

ontslag van een ernstig depressieve patiënt na opname in een psychiatrisch ziekenhuis kan het chronisch mobiele team, bijvoorbeeld naast het dag-hospitaal, een opstap zijn naar een volledig herstel en opnemen van vroegere taken van en door de patiënt.

2c: Tweede lijn.

- Psychiater: zie ook klinische vraag 2

De huisarts kan naar de psychiater verwijzen om diagnostische redenen (bijvoorbeeld: vermoeden van bipolaire depressie, psychotische depressie, etc.), om therapeutische redenen (bijvoorbeeld: medicamenteus advies bij een therapieresistente depressie) of als intake ter voorbereiding van een opname (bijvoorbeeld: bij een ernstige depressie met suïcidale ideatie). Een verwijzing kan eenmalig zijn (het eenmalig psychiatrisch consult) of langdurig (bedoeld als overname en begeleiding van een ernstige depressieve patiënt). Als partner in de liaison psychiatrie-huisarts kan een psychiater een meerwaarde betekenen wanneer ingeroepen voor casusbespreking (educational) of bij eenmalig consult (consultation). De meerwaarde van een dergelijk model is in de literatuur echter niet bewezen (NICE), maar dit samenwerkingsmodel draaide wel als proefproject in beide landsdelen tot tevredenheid van alle betrokkenen.

- Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)

In samenwerking met de patiënt of na (eenmalig) diagnostisch advies kan verwijzing naar een centrum voor geestelijke gezondheidszorg voor langdurige behandeling van een depressieve patiënt, bijvoorbeeld: bij depressie met concomitante persoonlijkheidsproblematiek, aan de orde zijn.

2d: Derde lijn.

- Psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis (PAAZ)

Een psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis biedt acute residentiële zorg aan patiënten met een ernstige depressie waarbij de ambulante zorg thuis onvoldoende is of de ernst van de situatie de veerkracht thuis overtreft en opname noodzakelijk is. Bij spoedopname van de ernstig depressieve patiënt met acute suïcidale ideatie wordt bij voorkeur geopteerd voor opname binnenin een gesloten afdeling met voorzieningen voor beveiliging van mensen in acute crisissituaties (bijvoorbeeld: EPSI of UPSIE-afdeling, spoedgevallendienst voor psychiatrie verbonden aan een algemeen of universitair ziekenhuis of eenheid voor psychiatrische spoedinterventie of universitaire psychiatrische spoedinterventie eenheid).

- Psychiatrisch ziekenhuis (PZ)

Binnen de sociale kaart van een regio kunnen psychiatrische ziekenhuizen zich toelagen op de residentiële zorg van patiënten met ernstige of recidiverende depressies.

- Dag-hospitaal

Deelname aan het dag-hospitaal na (langdurige) opname kan voor een patiënt met depressieve stoornis een eerste stap betekenen in het terug opnemen van zijn taken ambulant. Het is vooralsnog uit studies onduidelijk wat de voordelen van dag-opname ten opzichte van bijvoorbeeld verlengde ziekenhuisopname zijn.

3a: Het stepped care-model, zie ook klinische vraag 5 en 6.

Het stepped-care model is een o.a. door de WHO sterk gepromoot model van hulpverlening binnen de geestelijke gezondheidszorg, waarbij volgens de zorgnood van de patiënt, naargelang de ernst, volgens het step-up principe, weinig intensieve tot zeer intensieve zorg aan de patiënt met bijvoorbeeld depressie wordt aangeboden. Ook al is dit model wijd verspreid en toegepast, toch is er vanuit de literatuur weinig wetenschappelijk bewijs terug te vinden voor dit model (NICE). In een RCT toegepast op een specifieke doelgroep van ouderen bleek dit model als middel voor preventie van depressie en angst wel bewezen werkzaam.¹⁴⁴

3b: Het collaborative care-model, zie ook klinische vraag 11.

Het collaborative care model is ontwikkeld voor (specifieke en complexe) zorgverlening aan patiënten met een (chronische) depressie, waarbij patiënten gevolgd worden dooreen zorgmanager en gedurende het opvolgtraject gecoördineerde multi-professionele hulp toegediend krijgen. Dit model is ontwikkeld in de VS en werd o.a. door gerandomiseerd onderzoek nagekeken in het Verenigd Koninkrijk en Nederland, waar het zeer effectief bleek (NNT 6,5 tot 2-3!).¹⁴⁵ Het is onduidelijk of een dergelijk (hyper)gestructureerde multidisciplinaire aanpak met centrale rol voor een case-manager ook toepasbaar is in de huidige (complexe en soms chaotische) context van de Belgische gezondheidszorg. Gezien de grote effectiviteit in het buitenland dringt een goed opgezette studie zich ook in onze contreien op. Het formularium ouderenzorg geeft in een vijf-stappenplan een eerste aanzet voor een dergelijke interventie bij ouderen in woonzorg centra.¹⁴⁶

3c: Zorgverstrekking in groep.

Wegens de beperkte capaciteit van individuele zorg, alsook vragen rond financiële haalbaarheid, maar ook wenselijkheid van individuele face-to-face therapie, worden ook toenemend groepsgerichte initiatieven van zorg voor patiënten met depressie aangeboden. Dit gaat zowel over psycho-educatieve sessies in groep (aansluitend bij bestaande bibliotherapie bedoeld als eerste stap in de zorg voor de patiënt met milde tot matige depressie), als over nazorg die bijvoorbeeld onder vorm van mindfulness based cognitieve therapie in groepssessies aan patiënten met recidiverende depressies

¹⁴⁴ van't Veer-Tazelaar PJ, van Marwijk HW, van Oppen P, et al. Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life. A randomized controlled trial. Arch Gen Psychiatry 2009;66:297-304.

¹⁴⁵ Richards DA, Hill JJ, Gask L, et al. Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): cluster randomised controlled trial. BMJ 2013;347:f4913. DOI: 10.1136/bmj.f4913.

¹⁴⁶ Leontjevas R, Gerritsen DL, Smalbrugge M, et al. A structural multidisciplinary approach to depression management in nursing-home residents: a multicentre, stepped-wedge cluster-randomised trial. Lancet 2013;381:2255-64. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60590-5; <http://farmaka.be/nl/formularium/219#main>.

worden aangeboden. Voor sommige van deze in groep aangeboden behandelingen bestaat ook het noodzakelijke wetenschappelijk bewijs.

3d: Internet-based zorgaanbod.

Er is een toenemend aanbod van effectief bevonden online zorgverstrekking in het domein van de geestelijke gezondheidszorg. Meer bepaald wordt voor patiënten met depressie de internationale tool "I fight depression" ook in Vlaanderen onderzocht en als bijkomende digitale tool voor de door de huisarts verstrekte reguliere zorg verwacht.¹⁴⁷

Basis voor aanbeveling

Over samenwerking geeft NICE een kort overzicht van de verschillende modellen van zorgaanbod, alsook een (onvolledig) overzicht van met wie samen te werken. NHG geeft in een tabel volgens het principe van stepped-care enkel kort aan wanneer te verwijzen, bijvoorbeeld voor psychotherapie. We kozen ervoor om aan de hand van de beschikbare literatuur samenwerkingsmodaliteiten (stepped-care, collaborative care, groepsgerichte initiatieven, online therapie) op te lijsten.

Ook al is het stepped-care model wijd verspreid en toegepast, toch is er vanuit de literatuur weinig wetenschappelijk bewijs terug te vinden voor dit model (NICE). Wat het collaborative care model betreft, is in meerdere goed opgezette studies gebleken dat deze vorm van zorgverstrekking zeer effectief is.¹⁴⁸ Het model van gestructureerd en interdisciplinair samenwerken (collaborative care) rond depressie is ontwikkeld in de VS en bleek in gerandomiseerd onderzoek ook zeer effectief in het Verenigd Koninkrijk en Nederland (NNT 6,5 tot 2-3!).¹⁴⁹

Daarnaast hebben we, vanuit de specifieke Vlaamse (Belgische) context een overzicht opgesteld over met wie samen te werken. Dit overzicht is grotendeels vanuit ervaring tot stand gekomen, getoetst aan de huidige maatschappelijke evoluties hier in Vlaanderen (België) op vlak van geestelijke gezondheidszorg en werd, waar mogelijk, onderbouwd met studies, zoals o.m. door NICE aangeboden.

¹⁴⁷ <https://ifightdepression.com/en/>.

¹⁴⁸ Huijbregts K, de Jong F, Van Marwijk H, et al. Collaborative care voor depressieve patiënten. Huisarts Wet 2013;56:210-3; Thota A, Sipe T, Byard G, et al. Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. Am J Prev Med 2012;42:525-38. DOI: 10.1016/j.amepre.2012.01.019; Woltmann E, Grogan-Kaylor A, Perron B, et al. Comparative effectiveness of collaborative chronic care models for mental health conditions across primary, specialty, and behavioral health care settings: systematic review and meta-analysis. Am J Psychiatry 2012;169:790-804. DOI: 10.1176/appi.ajp.2012.11111616.

¹⁴⁹ Richards DA, Hill JJ, Gask L, et al. Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): cluster randomised controlled trial. BMJ 2013;347:f4913. DOI: 10.1136/bmj.f4913.

11. Welke zijn bij de behandeling van depressie de aandachtspunten bij ouderen?

Kernboodschappen

- Medicamenteuze aanpak

• **ANTIDEPRESSIVA**

1. Indicatiestelling voor antidepressiva (zie klinische vraag 9, gelijklopend). Schrijf ook bij ouderen bij een ernstige depressie antidepressiva voor (GRADE 1A).
2. Keuze van antidepressiva (zie klinische vraag 9, gelijklopend).
 - Kies bij ouderen eerder voor een SSRI (lichte voorkeur) (GRADE 2B).
 - Laat u bij ouderen, zoals bij niet-ouderen, in de uiteindelijke keuze tussen een SSRI en een TCA leiden door comorbiditeit en verwachte ongewenste effecten (GCP).
3. Praktische modaliteiten bij het voorschrijven van een antidepressivum (GCP).
 - Start bij tachtigplussers en bij ouderen met ernstige comorbiditeit bij voorkeur met een verlaagde dosis (bijvoorbeeld: halve dosis).
 - Wacht bij ouderen minimaal 6 tot 8 weken vooraleer het effect van een antidepressivum kan beoordeeld worden. Het kan soms tot 12 weken duren vooraleer er respons gezien wordt.
 - Kijk ondertussen potentiële ongewenste effecten actief na; monitor concreet wekelijks gedurende de eerste 4 weken.
 - Behandel ouderen minimaal 6 maanden tot 12 maanden (na remissie).

• **ANDERE MEDICATIE (BENZODIAZEPINES en ANTIPSYCHOTICA, zie ook KV 9)**

Zowel het gebruik van benzodiazepines als dat van antipsychotica wordt bij ouderen omwille van de potentieel ernstige ongewenste effecten afgeraden (GCP).

- Niet-medicamenteuze aanpak (zie klinische vragen 5, 6, 7 en 8)

1. Algemene principes van niet-medicamenteuze aanpak (GCP).

De aanbevolen niet-medicamenteuze aanpak van depressie bij ouderen is grotendeels dezelfde als bij niet-oudere volwassenen:

- Concretiseer en benoem de depressie.
- Laat de oudere meekiezen in de behandelingsvorm. Dit vergroot het succes van de behandeling aanzienlijk.
- Activeer door middel van dag-structurering en activiteitenplanning.
- Bied plezierige of betekenisvolle activiteiten aan.

2. Specifieke vormen van psychotherapie.

Bied in een WZC specifieke vormen van psychotherapie best aan binnen een gestructureerde en multidisciplinaire aanpak, d.i. volgens de principes van collaborative care (GRADE 1B).

Toelichting

- Medicamenteuze aanpak

• ANTIDEPRESSIVA

1: Indicatiestelling voor antidepressiva.

Ook bij ouderen bepaalt de ernst van de depressie het al dan niet geïndiceerd zijn van een medicamenteuze aanpak. Net zoals bij volwassenen geldt bovendien dat bij falen van de niet-medicamenteuze aanpak, wanneer de patiënt wenst om medicamenteus behandeld te worden of bij recidief depressie die voorheen succesvol behandeld werd met een antidepressivum, het opstarten van een antidepressivum geïndiceerd is. De huisarts zal telkens samen met de patiënt een (moeilijke) individuele afweging maken tussen de ernst van de depressie, de te verwachten baten van de opstart van een antidepressivum en de mogelijke ongewenste effecten van het antidepressivum.

2: Keuze van een antidepressivum.

Bij de TCA's zijn meer cardiale en anticholinerge ongewenste effecten beschreven. TCA's zijn derhalve gecontra-indiceerd bij voorgeschiedenis van cardiale problemen (zoals AMI en hartritmestoornissen), bij aanwezigheid van prostatisme of bij (gesloten hoek) glaucoom.¹⁵⁰ TCA's zijn te verkiezen boven SSRI's bij ouderen met de ziekte van Parkinson, concomitant gebruik van NSAID's of aspirine en voorgeschiedenis van gastro-intestinale bloeding.¹⁵¹

Het voorkeursproduct onder de TCA's bij ouderen is nortriptyline wegens minst anticholinerge ongewenste effecten en minder kans op orthostatische hypotensie. Amitriptyline wordt bij ouderen niet weerhouden gezien zijn sterk anticholinerg en sedatief effect.¹⁵²

Bij de SSRI's zijn voornamelijk gastro-intestinale problemen (zoals misselijkheid of diarree), neurologische problemen (zoals geeuwen, slaapproblemen, hoofdpijn of angst) alsook verhoogde kans op hyponatriëmie (met verwardheid en verhoogd risico op overlijden als gevolg) alsook hoog- en laag gastro-intestinale bloedingen beschreven, vooral bij gelijktijdige behandeling van NSAID's of anti-aggregantia. Het concomitant voorschrijven van PPI's kan in deze situatie de kans op gastro-intestinale bloedingen doen afnemen. In combinatie met andere serotoninerge medicijnen kan

¹⁵⁰ <http://farmaka.be/nl/formularium/219#main>.

¹⁵¹ <http://farmaka.be/nl/formularium/219#main>.

¹⁵² <http://farmaka.be/nl/formularium/219#main>; Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9.

een serotoninesyndroom optreden. Er is met alle antidepressiva een verhoogd risico opvallen en een verhoogd risico op optreden van niet-vertebrale osteoporotische fracturen. Acathisie, agitatie en agressief gedrag kan voorkomen tijdens opstarten, bij dosisverandering of in de periode na stoppen van de behandeling.¹⁵³

Het voorkeursproduct onder de SSRI's bij ouderen is sertraline wegens minder kans op interacties met andere medicijnen. (Es)citalopram is een goed alternatief, maar wegens verhoogde kans op QT-verlengingen is het oppassen geblazen bij concomitant gebruik van andere QT-verlengende medicijnen en is de maximum-dosis bij ouderen beperkt tot 20 mg daags (BCFI).¹⁵⁴

3: Praktische modaliteiten bij opstart van een antidepressivum.

Een SSRI wordt aan een halve dosis opgestart en vervolgens opgedreven naar onderhoudsdosis van één comprimé per dag (1dd1). Nortriptyline wordt gestart aan 10 mg 's ochtends en opgedreven tot 25 à maximaal 50 mg 's ochtends. Het actief monitoren van ongewenste effecten houdt onder meer in: meten van de natriëmie binnen de week na start van een SSRI, afnemen van een basis ECG bij de start van een TCA.

4: Addendum: Beleid bij therapieresistente depressie bij ouderen.

Bij therapieresistente depressies bij ouderen is er alleen van augmentatie door middel van lithium een bewezen meerwaarde beschreven.¹⁵⁵ Vermits de verhoogde gevoeligheid van ouderen voor antipsychotica wordt er een grote terughoudendheid voorgesteld voor het gebruik van deze middelen als augmentatie-strategie. Het gebruik van ECT is een bewezen effectieve strategie bij ernstige depressies bij ouderen.¹⁵⁶ De huisarts zal in samenspraak met een psychiater de oudere patiënt met resistente depressie naar een daarvoor gespecialiseerd centrum verwijzen.

- **Niet-medicamenteuze aanpak**

1: Algemene principes van niet-medicamenteuze aanpak.

Bied activatie onder vorm van oefeningen aan, maar weet dat er weinig wetenschappelijk bewijs is dat oefeningen op zichzelf een effectieve behandeling vormen voor depressie.¹⁵⁷ Hetzelfde geldt voor relaxatie (zie ook klinische vraag 5 en 7).

2: Psychotherapie (zie ook klinische vraag 8)

¹⁵³ <http://farmaka.be/nl/formularium/219#main>.

¹⁵⁴ <http://farmaka.be/nl/formularium/219#main>;

<http://bcfi.be/nl/articles/2058?folia=2040&matches=citalopram%7Cescitalopram>.

¹⁵⁵ Cooper C, Katona C, Lyketsos K, et al. A systematic review of treatments for refractory depression in older people. *Am J Psychiatry* 2011;168:681-8. DOI: 10.1176/appi.ajp.2011.10081165.

¹⁵⁶ Birkenhäger T, Pluijms E, Ju M, et al. Influence of age on the efficacy of electroconvulsive therapy in major depression: A retrospective study. *J Affect Disord* 2010;126:257-61.

¹⁵⁷ <http://farmaka.be/nl/formularium/219#main>.

Bied individuele psychotherapie aan, maar weet dat deze bij ouderen minder onderbouwd is dan bij jongere volwassenen. Psychotherapie kan gericht zijn op de depressieve symptomen zelf, maar ook op eventuele onderliggende problematieken. Het opstellen van een levensverhaal kaderend in life-review therapie is één van de bewezen effectieve interventies.¹⁵⁸

Bij verwijzing voor specifieke psychotherapie zijn meerdere drempels (beschikbaarheid, betaalbaarheid, etc.) aanwezig. Wanneer geen (individuele) psychotherapie mogelijk is, ondersteunt een psycholoog het personeel bij het omgaan met de patiënt.¹⁵⁹ Ook bij ouderen met beginnende symptomen van depressie zou een gestructureerde en multidisciplinaire aanpak met psychotherapie binnenin een stapsgewijs interventiemodel, bijvoorbeeld volgens het principe van collaborative care, werkzaam zijn (zie ook klinische vraag 10).

Basis voor aanbeveling

Zowel de summiere kernboodschappen over medicamenteuze aanpak van depressie bij ouderengeformuleerd door NICE als de boodschappen in voetnoot bij NHG werden geadapteerd aan nieuw verschenen systematische reviews, de clinical review van Rodda en literatuur verkregen uit de database van Farmaka. Het Formularium van de Woonzorg Centra is hier een bijzonder goede hulp gebleken omdat hierin reeds een samenvatting van de voornaamste ontwikkelingen in de voorbije jaren is gemaakt. Hieronder volgt de onderbouwing voor de individuele kernboodschappen.¹⁶⁰

- **Medicamenteuze aanpak**

• **ANTIDEPRESSIVA**

1: Indicatiestelling voor een antidepressivum.

Er zijn vragen over de effectiviteit van antidepressiva bij de zeer ernstige depressies omdat daar weinig of geen gegevens over zijn.¹⁶¹ Naast de ernst bepalen vermoedelijk ook de setting (bvb. geïnstitutionaliseerde ouderen in een WZC), de comorbiditeit (bvb. ouderen met Alzheimer dementie) en de leeftijd (bvb. tachtigplussers) mee de effectiviteit van de antidepressiva.¹⁶² In het onderzoek van Banerjee blijkt bijvoorbeeld

¹⁵⁸ Korte J, Bohlmeijer E, Cappeliez P, et al. Life review therapy for older adults with moderate depressive symptomatology: a pragmatic randomized controlled trial. *Psychol Med.* 2012;42:1163-73. DOI: 10.1017/S0033291711002042.

¹⁵⁹ Leontjevas R, Gerritsen DL, Smalbrugge M, et al. A structural multidisciplinary approach to depression management in nursing-home residents: a multicentre, stepped-wedge cluster-randomised trial. *Lancet* 2013;381:2255-64. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60590-5.

¹⁶⁰ <http://farmaka.be/nl/formularium/219#main>.

¹⁶¹ Kok RM, Nolen WA, Heeren TJ. Efficacy of treatment in older depressed patients: a systematic review and meta-analysis of double-blind randomized controlled trials with antidepressants. *J Affect Disord* 2012;141:103-15. DOI: 10.1016/j.jad.2012.02.036.

¹⁶² Banerjee S, Hellier J, Dewey M, et al. Sertraline or mirtazapine for depression in dementia (HTA-SADD): a randomised, multicentre, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2011;378:403-11. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60830-1; Tedeschini E, Levkovitz Y, Iovieno N, et al. Efficacy of antidepressants for late-life depression:

dat bij ouderen met Alzheimer-dementie sertraline en mirtazapine niet meer effectief zijn dan placebo.¹⁶³ Samenvattend stelt Frank dat antidepressiva over het algemeen ook bij ouderen met depressie effectief zijn en dat keuze van een antidepressivum, titreren van de antidepressieve medicatie, monitoren van de ongewenste effecten en voldoende lang behandelen van de depressie mee de uitkomst van de behandeling zal bepalen (zie ook hieronder).¹⁶⁴

2: Keuze van een antidepressivum.

Er is geen verschil in effectiviteit tussen de TCA's en de SSRI's. Er is een vermoeden van meer ongewenste effecten bij de TCA's ten opzichte van de SSRI's. Ook omwille van grotere comorbiditeit is er bij ouderen een (lichte) voorkeur voor het gebruik van een SSRI.¹⁶⁵ NICE geeft weinig tot geen informatie over de keuze van antidepressiva bij ouderen.¹⁶⁶ Het Formularium Ouderenzorg selecteert binnen de TCA's nortriptyline als voorkeursproduct en binnen de SSRI's sertraline als voorkeursproduct.¹⁶⁷

In discussie over keuze tussen SSRI's of TCA's toont een grote cohort-analyse onverwacht meer ongewenste effecten bij ouderen die niet-TCA's gebruiken (met uitzondering van trazodone).¹⁶⁸

3: Praktische modaliteiten bij opstart van een antidepressivum.

Het is onduidelijk of een langduriger behandeling enig voordeel ten opzichte van recidive te bieden heeft.¹⁶⁹

- **Niet-medicamenteuze aanpak**

1: Algemene principes.

Oefentherapie lijkt depressieve symptomen te verbeteren, maar wanneer alleen methodologisch robuuste trials worden beschouwd dan is het effect slechts matig en

a meta-analysis and meta-regression of placebo-controlled randomized trials. *J Clin Psychiatry* 2011;72:1660-8. DOI: 10.4088/JCP.10r06531; Nelson JC, Devanand DP. A systematic review and meta-analysis of placebo-controlled antidepressant studies in people with depression and dementia. *J Am Geriatr Soc* 2011;59:577-85. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2011.03355.x; Boyce RD, Hanlon JT, Karp JF, et al. A review of the effectiveness of antidepressant medications for depressed nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc* 2012;13:326-31. DOI: 10.1016/j.jamda.2011.08.009.

¹⁶³ Banerjee S, Hellier J, Dewey M, et al. Sertraline or mirtazapine for depression in dementia (HTA-SADD): a randomised, multicentre, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2011;378:403-11. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60830-1.

¹⁶⁴ Frank C. Pharmacologic treatment of depression in the elderly. *Can Fam Physician* 2014;60:121-6.

¹⁶⁵ Mottram P, Wilson K. Antidepressants for depressed elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; MacGillivray S, Arroll B, Hatcher S, et al. Efficacy and tolerability of selective serotonin reuptake inhibitors compared with tricyclic antidepressants in depression treated in primary care: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003;326:1014; Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2012;55:252-9.

¹⁶⁶ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. Updated Edition. *National Clinical Practice Guideline* 2010;90.

¹⁶⁷ <http://farmaka.be/nl/formularium/219#main>.

¹⁶⁸ Hickie IB. Antidepressants in elderly people. *BMJ* 2011;343. DOI: 10.1136/bmj.d4660.

¹⁶⁹ Wilkinson P, Izmeth Z. Continuation and maintenance treatments for depression in older people. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;11. DOI: 10.1002/14651858.CD006727.pub2.

statistisch niet significant.¹⁷⁰ In combinatie met andere effectieve behandelingen is oefentherapie wel zinvol.¹⁷¹ Ook bij ouderen met dementie is de invloed van fysieke activiteit op depressieve symptomen niet bewezen.¹⁷² Relaxatie wordt als effectief beoordeeld door de patiënten, maar blijkt objectief toch minder werkzaam dan psychotherapie en dan vooral cognitieve gedragstherapie.¹⁷³

2: Psychotherapie.

Daar waar psychotherapie bij niet-oudere volwassenen vrij goed is onderbouwd, is dit minder het geval bij ouderen.¹⁷⁴ Cognitieve gedragstherapie was effectiever dan op een wachtlijst staan of therapie 'as usual', maar niet effectiever dan een actieve controlegroep (ondersteunende therapie, psycho-educatie, discussiegroep of bibliotherapie).¹⁷⁵ Life-review therapie (het ophalen van positieve herinneringen) wordt specifiek bij ouderen beschreven en effectief bevonden.¹⁷⁶ Ook Problem Solving Therapy (PST) wordt bij ambulante oudere patiënten als onderdeel van een multidisciplinaire aanpak aangeboden.¹⁷⁷ Over de manier waarop psychotherapie wordt aangeboden, namelijk in groep of via internet bestaat niet zoveel wetenschappelijk

¹⁷⁰ Mead GE, Morley W, Campbell P, et al. Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2009. DOI: 10.1002/14651858.CD004366.pub4; Rimer J, Dwan K, Lawlor DA, et al. Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;7. DOI: 10.1002/14651858.CD004366.pub5;

¹⁷¹ Cipriani A, Barbui C, Butler R, et al. Depression in adults: drug and physical treatments. *BMJ Clin Evid* 2011; Chalder M, Wiles NJ, Campbell J, et al. A pragmatic randomised controlled trial to evaluate the cost-effectiveness of a physical activity intervention as a treatment for depression: the treating depression with physical activity (TREAD) trial. *Health Technology Assessment* 2012;16. DOI: 10.3310/hta16100.

¹⁷² <http://farmaka.be/nl/formularium/219#main>; Krogh J, Nordentoft M, Sterne JA, et al. The effect of exercise in clinically depressed adults: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Clin Psychiatry* 2011;72:529-38. DOI: 10.4088/JCP.08r04913blu; Potter R, Ellard D, Rees K, et al. A systematic review of the effects of physical activity on physical functioning, quality of life and depression in older people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011;26:1000-11. DOI: 10.1002/gps.2641.

¹⁷³ Jorm AF, Morgan AJ, Hetrick SE. Relaxation for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2008. DOI: 10.1002/14651858.CD007142.pub2.

¹⁷⁴ Wilson KC, Mottram PG, Vassilas CA. Psychotherapeutic treatments for older depressed people. *Cochrane Database Syst Rev* 2008. DOI: 10.1002/14651858.CD004853.pub2.

¹⁷⁵ Gould RL, Coulson MC, Howard RJ. Cognitive behavioral therapy for depression in older people: a meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc* 2012;60:1817-30. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2012.04166.x; Non-pharmaceutical management of depression in adults. A national clinical guideline. *SIGN* 2010.

¹⁷⁶ Leontjevas R, Gerritsen DL, Smalbrugge M, et al. A structural multidisciplinary approach to depression management in nursing-home residents: a multicentre, stepped-wedge cluster-randomised trial. *Lancet* 2013;381:2255-64. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60590-5; Dozeman E, van Marwijk HW, van Schaik DJ, et al. Contradictory effects for prevention of depression and anxiety in residents in homes for the elderly: a pragmatic randomized controlled trial. *Int Psychogeriatr* 2012;24:1242-51. DOI: 10.1017/S1041610212000178; Korte J, Bohlmeijer E, Cappeliez P, et al. Life review therapy for older adults with moderate depressive symptomatology: a pragmatic randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2012;42:1163-73. DOI: 10.1017/S0033291711002042.

¹⁷⁷ Hunkeler EM, Katon W, Tang L, et al. Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *BMJ* 2006;332:259-63; de Jong FJ, van Steenberghe-Weijnenburg KM, Huijbregts KM. The Depression Initiative. Description of a collaborative care model for depression and of the factors influencing its implementation in the primary care setting in the Netherlands. *Int J Integr Care* 2009;9; Archer J, Bower P, Gilbody S. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;10.

bewijs.¹⁷⁸ Vermoedelijk bepaalt net zoals bij medicatie ook bij het aanbieden van psychotherapie naast de ernst van de depressie (bvb. majeure depressie) ook de setting, namelijk ambulante (preventief opzet) versus residentiële alsook de comorbiditeit mee de uitkomst van de depressie.¹⁷⁹ Een combinatie van antidepressiva met interpersoonlijke therapie is te overwegen bij ouderen met recidiverende depressie wanneer deze reeds succesvol gebleken is in de acute fase.¹⁸⁰

¹⁷⁸ Krishna M, Honagodu A, Rajendra R, et al. A systematic review and meta-analysis of group psychotherapy for sub-clinical depression in older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013;28:881-8. DOI: 10.1002/gps.3905; Choi M, Kong S, Jung D. Computer and internet interventions for loneliness and depression in older adults: a meta-analysis. *Healthc Inform Res* 2012;18:191-8. DOI: 10.4258/hir.2012.18.3.191.

¹⁷⁹ Kiosses D, Leon A, Areán P. Psychosocial interventions for late-life major depression: evidence-based treatments, predictors of treatment outcomes, and moderators of treatment effects. *Psychiatr Clin North Am* 2011;34:377-401. DOI: 10.1016/j.psc.2011.03.001; Lee S, Franchetti M, Imanbayev A, et al. Non-pharmacological prevention of major depression among community-dwelling older adults: a systematic review of the efficacy of psychotherapy interventions. *Arch Gerontol Geriatr* 2012;55:522-9. DOI: 10.1016/j.archger.2012.03.003; Orgeta V, Qazi A, Spector AE, et al. Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;1. DOI: 10.1002/14651858.CD009125.pub2; Cody R, Drysdale K. The effects of psychotherapy on reducing depression in residential aged care: A meta-analytic review. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health* 2013;36:46-69.

¹⁸⁰ Reynolds C, Frank E, Perel J, et al. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression. *JAMA* 1999;281:39-45.

12. Wat is het opvolgbeleid na een depressie?

Kernboodschappen

1. Duur behandeling

- Bij een goede respons op de initiële behandeling is het aanbevolen de behandeling met antidepressiva nog tenminste zes maanden verder te zetten (zie ook klinische vraag 9) (GCP).
- Bespreek met de patiënt na zes maanden of het wenselijk is om de medicatie verder te zetten (GCP).
- Bij patiënten met een verhoogd risico op herval is het aan te bevelen de behandeling ten minste twee jaar verder te zetten aan dezelfde dosis (GCP).
- Bespreek met de patiënt na twee jaar opnieuw of het aangeraden is om de medicatie verder te zetten (GCP).

2. Afbouwen.

- Adviseer de patiënt om het antidepressivum geleidelijk te stoppen onder controle van de klachten (GCP).
- Adviseer de patiënt dat hij u moet contacteren voor advies wanneer hij ontwenningsverschijnselen ervaart (GCP).

3. Antidepressiva en/of psychotherapie

- Als een patiënt met matige tot ernstige depressie bereid is om de onderhoudsbehandeling met antidepressiva te combineren met psychotherapie, heeft een gecombineerde aanpak de voorkeur, vooral bij restsymptomen of recidiverende depressie (GRADE 1B).
- Laat de keuze voor antidepressiva dan wel psychotherapie over aan de patiënt (GRADE 1A). Indien mogelijk wordt gekozen voor een therapeut met een specialisatie in de cognitieve gedragstherapie (GRADE 1C).

4. Geef de instructie om vroegtijdig contact op te nemen bij recidief van de depressieve klachten (GCP).

5. Voor patiënten die minstens drie depressie-episodes hebben doorgemaakt, is het zinvol om door te verwijzen naar mindfulness based cognitieve therapie (GRADE 1A). Overweeg bij patiënten die minstens vijf depressie-episodes hebben doorgemaakt behandeling met kortdurende cognitieve gedragstherapie (GRADE 2B).

6. Ouderen: zie klinische vraag 11

Toelichting

Deze klinische vraag behandelt het beleid na een depressie-episode. De kernboodschappen gaan niet uitsluitend over patiënten in remissie en hebben zowel betrekking op continuation als op maintenance treatment. De beschikbare

wetenschappelijk bewijs laat immers niet toe de adviezen omtrent opvolgbeleid op te splitsen in een voortgezette en onderhoudsbehandeling.

1: Duur behandeling.

Leg aan de patiënt uit dat het verderzetten van de behandeling de kans op herval vermindert en dat antidepressiva niet verslavend zijn. Spreek een opvolgfrequentie af. Deze frequentie hangt af van de leeftijd van de patiënt en het suïciderisico. Patiënten die antidepressiva innemen en geen verhoogd risico hebben, zie je best om de 2 à 4 weken gedurende de eerste 3 maanden, en bij goede respons zijn langere intervallen mogelijk. Bij jonge personen (<30 jaar) en bij een verhoogd suïciderisico is een wekelijkse controle aangewezen tot het suïciderisico geweken is.

Volgende patiënten hebben een verhoogd risico op herval:

- Patiënten met recidiverende depressie in het recent verleden, waarbij ze aanzienlijke problemen ondervonden om te functioneren.
- Patiënten met restsymptomen of een voorgeschiedenis van ernstige of langdurige depressie-episodes.
- Patiënten bij wie herval ernstige consequenties zou hebben (bv. suïcidepoging, functieverlies, onmogelijkheid om te werken, etc.)

Patiënten die op een langdurige onderhoudsbehandeling staan moeten op regelmatige basis opnieuw geëvalueerd worden. De frequentie van contact kan bepaald worden op basis van comorbiditeit, risicofactoren voor herval en de ernst en frequentie van de depressie-episodes.

Het achtereenvolgens aanbieden van antidepressiva in de acute fase en psychotherapie in de onderhoudsfase is een valabel alternatief gebleken voor de voortzetting van de medicatie. De arts moet hierbij wel rekening houden met de volgende mogelijke hindernissen: de patiënt moet gemotiveerd worden om over te stappen op een kortdurende psychotherapie op het moment dat hij zich beter voelt en de arts moet doorverwijzen naar een therapeut terwijl hij de behandeling in eigen beheer kan verder zetten als hij antidepressiva blijft doorgeven.¹⁸¹

2: Afbouwen.

Aanbevolen wordt om bij een gebruiksduur van meer dan vijf weken langzaam af te bouwen over een periode van ten minste vier weken (bij middelen met een lange halfwaardetijd zoals fluoxetine in ten minste één tot twee weken), hoewel bij sommige patiënten een langere afbouwperiode nodig kan zijn, in het bijzonder bij producten met een korte halfwaardetijd zoals paroxetine en venlafaxine.

Volg de patiënt op en stel hem gerust als de ontwenningssymptomen mild zijn.

¹⁸¹ Guidi J, Fava GA, Fava M, et al. Efficacy of the sequential integration of psychotherapy and pharmacotherapy in major depressive disorder: a preliminary meta-analysis. *PsycholMed* 2011;41:321-31. DOI: 10.1017/S0033291710000826.

Overweeg het opnieuw opstarten van het antidepressivum in de dosis die werkzaam was (of een ander antidepressivum met een langer half-leven van dezelfde klasse) als de symptomen ernstig zijn en verminder de dosis geleidelijk met monitoring van de symptomen.

3: Antidepressiva en/of psychotherapie.

- Mogelijke hulpmiddelen voor verwijzing naar psychotherapie
 - Website www.geestelijkgezondvlaanderen.be, waar de arts op zoek kan gaan naar een therapeut.
 - Website van de vereniging voor Gedragstherapeuten www.vvgt.be, met een overzicht/kaart van alle therapeuten die lid zijn en volgens de principes van cognitieve gedragstherapie werken in een bepaalde regio.
 - Veel mutualiteiten bieden lijsten aan van psychologen en therapeuten waar zij naar doorverwijzen. Voor sommige patiëntgroepen bieden de mutualiteiten ook een financiële tussenkomst voor therapie bij deze hulpverleners. Een overzicht hiervan is te vinden via volgende link: users.myonline.be/allemeesch/KlinPsy/Terugbetaling.htm#overzicht

- Cognitieve (gedrags)therapie bij depressie

Depressieve patiënten hebben vaak negatieve gedachten over zichzelf en wat zij in het dagelijks leven meemaken ('het wordt nooit wat met mij', 'alles wat ik aanpak gaat fout', 'iedereen is tegen mij', etc.). Ze hebben een laag gevoel van eigenwaarde dat hun gedachten negatief kleurt en zij houden met deze gedachten onbewust en ongewild hun depressie in stand. Tijdens de behandeling leert de patiënt deze gedachten herkennen, uit te dagen en te vervangen door meer reële gedachten. Deze techniek wordt vaak gecombineerd met gedragstherapie. Hierin wordt door het geven van concrete opdrachten de patiënt gestimuleerd om activiteiten te ondernemen. In de eerste lijn wordt bij depressie uitgegaan van een behandeling van ongeveer 12 tot 16 gesprekken van ongeveer een uur.¹⁸²

- Mindfulness

Mindfulness is de belangrijkste component van MBCT (aandachtsgerichte cognitieve therapie). Mindfulness heeft twee componenten. De eerste betreft zelfregulatie van de aandacht. De aandacht is gericht op de onmiddellijke ervaringen en het herkennen van mentale gebeurtenissen in het huidige moment. De tweede component is de nieuwsgierige en accepterende houding tegenover dat wat ervaren wordt. Elke gedachte, elk gevoel en elke lichamelijke gewaarwording wordt toegelaten zonder er onmiddellijk een waardeoordeel over uit te spreken en zonder er iets aan te willen veranderen.¹⁸³ Verwijzing voor mindfulness:

¹⁸² Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9.

¹⁸³ Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9.

- Verschillende mutualiteiten bieden cursussen aan of geven een tegemoetkoming als je een cursus volgt.
- Er is geen overkoepelende Vlaamse vereniging van mindfulness trainers.

Basis voor aanbeveling

- Duur onderhoudsbehandeling met antidepressiva

Zowel NICE als NHG gebruiken een algemene formulering om te beslissen bij welke patiënten de behandeling met antidepressiva dient verder gezet te worden. Het gaat dus niet uitsluitend over patiënten in remissie (NICE: “a person who has benefited from taking an antidepressant” en NHG: “bij een goede respons”).¹⁸⁴ Het doel van het verderzetten van de behandeling is het voorkomen van herval. De minimale behandelingsduur van zes maanden berust op consensus, want er zijn geen studies die verschillende periodes van onderhoudsbehandeling onderling vergelijken. NHG stelt dat de behandeling “bij voorkeur zes maanden” verder gezet wordt.¹⁸⁵ In NICE wordt “tenminste zes maanden” als richtlijn gegeven omdat het wetenschappelijk bewijs ook studies bevat die herval aantonen bij het stopzetten van een behandeling langer dan zes maanden.¹⁸⁶ Gezien het arbitraire van de cutoff van zes maanden verdient de formulering van NICE de voorkeur. Hoewel de meeste studies plaatsvonden bij patiënten met meerdere depressie-episodes, wordt in een subgroep-analyse van NICE geen ander resultaat vastgesteld bij patiënten met een eerste depressie-episode (2 studies bij ouderen).¹⁸⁷ Bijgevolg wordt de formulering algemeen gehouden. Er zijn geen ‘evidence tables’ beschikbaar over de studies die farmacotherapie onderzochten als onderhoudsbehandeling in de NHG- of NICE-richtlijn. Een probleem is dat dergelijke studies vaak veel uitval vertonen, een mogelijke bron van vertekening die ook in de GRADE-procedure beoordeeld wordt, maar hierover wordt niets gezegd in de richtlijnen. Wat de beste strategie is na twee jaar behandeling is niet onderzocht. Deze kernboodschappen gebaseerd op NICE zijn bijgevolg consensus. Vanuit de patiëntenbevraging werden er vragen gesteld rond wenselijkheid van levenslange behandeling, maar was er terzelfdertijd vrees voor herval bij (te) vroegtijdig stoppen van antidepressiva.

- Regelmatige controle

¹⁸⁴ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. Updated Edition. National Clinical Practice Guideline 2010;90; Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9.

¹⁸⁵ Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9.

¹⁸⁶ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. Updated Edition. National Clinical Practice Guideline 2010;90.

¹⁸⁷ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. Updated Edition. National Clinical Practice Guideline 2010;90.

De kernboodschap rond opvolgfrequentie is gebaseerd op de adviezen van NICE en NHG en louter gebaseerd op consensus.¹⁸⁸

- Geleidelijk stoppen

De boodschap en toelichting over geleidelijk stoppen is een combinatie van de aanbevelingen uit NHG en NICE, omdat die laatste meer details geeft over hoe omgaan met ontwenningverschijnselen.¹⁸⁹ Bij het advies in NHG om geleidelijk te stoppen wordt de volgende toelichting gegeven: acuut stoppen met een antidepressivum wordt afgeraden vanwege het risico op onthoudingsverschijnselen (slaapklachten, agitatie, angst, etc.). Deze verschijnselen treden meestal binnen enkele dagen op en kunnen tot drie weken aanhouden. Het risico op onthoudingsverschijnselen is hoger bij een hogere dosering en langere gebruiksduur. Hier wordt geen wetenschappelijk bewijs bij vermeld. In NICE wordt wel wetenschappelijk bewijs vermeld over afbouw van antidepressiva, o.a. over het hoger risico bij langere gebruiksduur en over het belang van de halfwaardetijd.¹⁹⁰ Er worden enkele referenties vermeld zonder kwaliteitsbeoordeling of details. De uitspraak over het belang van de halfwaardetijd is gebaseerd op slechts één kleine RCT (Tint 2008, n=28) en er is geen informatie over de kwaliteit van deze studie. Omdat NHG de uitspraak over de dosis niet onderbouwt en NICE deze niet als een risicofactor voor ontwenningverschijnselen vermeldt, is de opmerking over de dosis niet behouden in de kernboodschap.¹⁹¹ Ten slotte wordt in één studie als rationale van een geleidelijke afbouw ook het uitstellen van herval vermeld, terwijl de dosis en de gebruiksduur geen invloed hebben op herval.¹⁹² De adviezen rond de aanpak van ontwenningverschijnselen, afkomstig uit NICE, zijn te beschouwen als 'good clinical practice' (GCP) omdat wetenschappelijk bewijs ontbreekt.

- Onderhoudsbehandeling met antidepressiva en/of psychotherapie

De kernboodschappen zijn geformuleerd adhv de conclusies over maintenance treatment voor vraag 2 (psychotherapie vs. antidepressiva) en vraag 3 (combinatietherapie vs. monotherapie) van het KCE-rapport.¹⁹³ We geven de voorkeur aan het KCE-rapport boven NICE omdat het wetenschappelijk bewijs beter

¹⁸⁸ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. Updated Edition. National Clinical Practice Guideline 2010;90; Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9.

¹⁸⁹ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. Updated Edition. National Clinical Practice Guideline 2010;90; Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9.

¹⁹⁰ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. Updated Edition. National Clinical Practice Guideline 2010;90.

¹⁹¹ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. Updated Edition. National Clinical Practice Guideline 2010;90; Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9.

¹⁹² Baldessarini M. Illness risk following rapid versus gradual discontinuation of antidepressants. Am J Psychiatry 2010;167:934-41.

¹⁹³ Karyotaki ES, Cuijpers P, Debauche M, et al. The long-term efficacy of psychotherapy, alone or in combination with antidepressants, in the treatment of adult major depression. Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE);2014.

gestructureerd en duidelijker gepresenteerd is, de consistentie is beter te beoordelen en het rapport is van recentere datum.¹⁹⁴ De conclusie in het KCE-rapport dat maintenance treatment met psychotherapie en maintenance treatment met antidepressiva een even goed resultaat geven op langere termijn (8 maanden of meer na de start van de behandeling) voor de uitkomst “sustained response” (patiënt blijvend in remissie of vrij van herval), is gebaseerd op wetenschappelijk bewijs van een hoog niveau. De keuze voor psychotherapie dan wel antidepressiva kan dus aan de patiënt overgelaten worden. De conclusie in het KCE-rapport dat het combineren van antidepressiva met psychotherapie tijdens maintenance treatment een beter resultaat geeft op langere termijn (1 jaar of meer) dan monotherapie voor de uitkomst “sustained response” (patiënt blijvend in remissie of vrij van herval), is gebaseerd op wetenschappelijk bewijs van een matig niveau. Daarom gaat de voorkeur uit naar combinatietherapie indien de patiënt hiertoe te motiveren is. Er zijn geen studies gekend bij patiënten met een eerste episode van depressie. Alle studies die opgenomen zijn in het KCE-rapport zijn uitgevoerd bij restsymptomen of recidiverende depressie. Om die reden wordt in de kernboodschap toegevoegd dat combinatietherapie vooral bij deze patiënten aan te bevelen is.

Er wordt uitdrukkelijk gekozen voor cognitieve gedragstherapie als de aangewezen behandelingsmethode, omdat in de grote meerderheid van de studies die combinatietherapie als onderhoudsbehandeling onderzochten, deze therapievorm toegepast werd. Omdat het KCE geen opsplitsing gemaakt heeft volgens type psychotherapie in de meta-analyse, werd het wetenschappelijk bewijs onderhoudsbehandeling met interpersoonlijke therapie (IPT) opgezocht in het NICE-rapport.¹⁹⁵ Daarin worden alleen twee studies vermeld die een lager risico van herval vinden bij de combinatie van IPT met antidepressiva dan met IPT + placebo (Frank 1990 en Reynolds 1999b). Interpersoonlijke therapie is onvoldoende onderbouwd als onderhoudsbehandeling in monotherapie (weinig studies met een hoog risico van bias en brede betrouwbaarheidsintervallen).¹⁹⁶

- Mindfulness based cognitieve therapie

Mindfulness based cognitieve therapie is bewezen effectief voor hervalpreventie bij patiënten met recidiverende depressie. Het wetenschappelijk bewijs is van een hoog niveau (RCT's van hoge kwaliteit, geen aanwijzingen voor publicatiebias, bevindingen consistent en toepasbaar op de doelgroep).¹⁹⁷ Literatuur aangaande werd, mede op

¹⁹⁴ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. Updated Edition. National Clinical Practice Guideline 2010;90.

¹⁹⁵ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. Updated Edition. National Clinical Practice Guideline 2010;90.

¹⁹⁶ Cuijpers P, Donker T, Weissman MM, et al. Interpersonal Psychotherapy for Mental Health Problems: A Comprehensive Meta-Analysis. *Am J Psychiatry* 2016. DOI: 10.1176/appi.ajp.2015.15091141.

¹⁹⁷ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. Updated Edition. National Clinical Practice Guideline 2010;90; Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2012;55:252-9; Non-pharmaceutical management of depression in adults. A national clinical guideline. *SIGN* 2010; Bockting C, Schene A, Spinhoven P, et al.

uitdrukkelijke vraag van de Franstalige collega's, hieronder mee opgenomen. De formulering in NHG "voor patiënten die meer dan drie episodes van een depressie hebben doorgemaakt" werd aangepast conform wat effectief aangetoond is in de literatuur, met name patiënten met drie of meer episodes van depressie.¹⁹⁸ Bij patiënten met één of twee episodes kon geen significant effect in het kader van herhalpreventie aangetoond worden.¹⁹⁹ Over mindfulness based cognitieve therapie heeft een grote studie van goede kwaliteit aangetoond dat zowel deze vorm van therapie als antidepressiva een te overwegen aanpak is voor herhalpreventie.²⁰⁰

Voor kortdurende cognitieve gedragstherapie is er eveneens wetenschappelijk bewijs voor een preventief effect, maar deze is beperkter dan voor mindfulness based cognitieve therapie.²⁰¹ Bovendien is kortdurende cognitieve gedragstherapie niet algemeen beschikbaar in België. Op basis van expertcommentaar, en na nakijken van de door deze expert aangeleverde onderbouwende literatuur, werd beslist om deze laatste kernboodschap toe te voegen.

Ouderen, zie klinische vraag 11.

Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005;73:647-57.

¹⁹⁸ Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2012;55:252-9.

¹⁹⁹ Non-pharmaceutical management of depression in adults. A national clinical guideline. SIGN 2010; Piet JH, E. The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2011;31:1032-40.

²⁰⁰ Kuyken W, Hayes R, Barrett B, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *Lancet* 2015;386:63-73. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)62222-4.

²⁰¹ Bockting C, Schene A, Spinhoven P, et al. Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005;73:647-57; Fava G, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Belluardo P. Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: Preliminary findings. *Archives of General Psychiatry* 1998;55:816-20.

Kernboodschappen

DIAGNOSTIEK

1. De diagnostiek van depressie verloopt in de eerste lijn in meerdere stappen:

Stap 1:

Wees alert voor depressie en voor depressieve klachten bij uw patiënt (GRADE 1C).

Stap 2:

Stel bij vermoeden van depressie twee oriënterende vragen en exploreer verder bij positief antwoord op één van beide (GRADE 1B):

1. Ben je de laatste maand in je dagelijks leven frequent gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid?
2. Ben je de voorbije maand frequent gehinderd geweest door weinig interesse of weinig plezier in de dingen die je deed?

Stap 3:

Stel een diagnostisch landschap op en verzamel argumenten voor en tegen de diagnose depressie.

Stap 4:

Exploreer de ICE (ideas, concerns, expectations) en copingmechanismen, en bevraag het suïciderisico (GCP).

Stap 5:

Stel op basis van de voorgaande vier stappen de diagnose depressie en toets zo nodig aan de DSM-5 criteria.

Stap 6:

Schat de ernst van de depressie in (GCP). Beoordeel daarvoor:

- de lijdensdruk die de patiënt ervaart;
- de invloed die de depressie op het dagelijks leven/functioneren van de patiënt heeft;

Samen vormen zij de intrinsieke ernst van de depressie. Beoordeel hiernaast de weerbaarheid, voortbeschikkende factoren en het al dan niet aanwezig zijn van steunfiguren.

2. De huisarts kan zich in het diagnostisch proces door andere hulpverleners (eerstelijnspsycholoog, psychiater, ...) laten bijstaan (GCP).

SUÏCIDERISICO

1. Vraag expliciet naar concrete suïcideplannen en de inhoud ervan. Hoe nauwkeuriger en specifiek het plan, hoe groter het risico op daadwerkelijke uitvoering ervan (GCP).
2. Houd voor het inschatten van het suïciderisico onder meer rekening met een persoonlijke voorgeschiedenis van suïcidepoging (GRADE 1B) en een familiale voorgeschiedenis van suïcide (Grade 1C). Ook wanneer er meerdere signalen een langere tijd aanwezig zijn, is het suïciderisico groter (GCP).

VERWIJZING

Indicaties voor verwijzing naar (of overleg met) een psychiater voor diagnostisch of therapeutisch advies:

- Depressie met psychotische kenmerken (GCP).
- Bipolaire stoornis (GCP).
- Suïciderisico (GCP).
- Onvoldoende verbetering of non-respons op de ingestelde behandeling (GCP).
- Onzekerheid over: de ingestelde behandeling, bijwerkingen van de medicatie, het overschakelen van het ene op het andere antidepressivum of het gebruik van combinaties van medicatie (GCP).
- Recidief depressie met ernstig sociaal disfunctioneren, grote lijdensdruk of ernstige psychiatrische comorbiditeit (GCP).

BELEID (algemeen, niet-medicamenteus, medicamenteus)

A. ALGEMEEN

Stapsgewijs zorg- en therapieplan bij een milde (tot matige) depressie:

1. Geef informatie over diagnose en verwacht verloop, bied ondersteuning en streef naar een geïnformeerde toestemming over de behandeling (GRADE 1C).
2. Onderneem de volgende algemene maatregelen:
 - Besteed, indien nodig, aandacht aan slaaphygiëne (GCP).
 - Doe aan 'active monitoring': volg de betrokkene actief op en geef een vervolgspraak na een tweetal weken. Contacteer de betrokkene als hij de vervolgspraken niet nakomt (GCP).
3. Overweeg om – in overleg met de patiënt – één van de volgende specifieke niet-medicamenteuze behandelingen op te starten:

- Dagstructurering (GCP) en activiteitenplanning (GRADE 1C).
 - Laag-intensieve psychologische interventies, zoals begeleide zelfhulp (GRADE 2C), groepsprogramma's voor fysieke activiteit (GRADE 2C) en cognitieve gedragstherapie in groep (GRADE 2B).
4. Schrijf niet routinematig antidepressiva voor bij patiënten met een milde en matige depressie (Grade 1B).

Stapsgewijs zorg- en therapieplan bij matige en ernstige depressie:

1. Geef informatie over diagnose en verwacht verloop, bied ondersteuning en streef naar een geïnformeerde toestemming over de behandeling (GRADE 1C).
2. Bespreek dagstructurering (GCP), activiteitenplanning (GRADE 1C) en slaaphygiëne (GCP).
3. Start een behandeling met een antidepressivum én verwijst de patiënt naar een psycholoog voor psychotherapie, bij voorkeur cognitieve gedragstherapie (GRADE 1C). Alternatieven zijn relatietherapie, problem solving therapie en kortdurende psychodynamische therapie.
4. Spreek een opvolgfrequentie af. Deze frequentie hangt af van de leeftijd van de patiënt en het suïciderisico (GCP).
5. Schakel een acuut mobiel team of mobiel crisisteam (MCT) in bij de zorg voor ernstig depressieve patiënten in crisis met een belangrijk risico op suïcide. Een dringende verwijzing naar een psychiater voor advies en eventueel ziekenhuisopname kan een alternatief zijn (GCP).
6. Verwijs naar een psychiater bij vermoeden van een bipolaire stoornis, depressie met psychotische kenmerken of onvoldoende effect van de ingestelde behandeling (GCP).

B. NIET-MEDICAMENTEUS

Niet-medicamenteuze aanpak door de huisarts.

1. Reik binnen een therapeutische arts-patiëntrelatie, met voeling voor de voorgeschiedenis, de context en de klacht van de patiënt, informatie en ondersteuning aan. Streef naar een geïnformeerde toestemming over de behandeling (GRADE 1C).

2. Bij ernstige depressie of bij recidief is eveneens ondersteuning van familie en betrokken zorgverleners aangewezen (GCP).
3. Onderneem bij depressieve klachten en bij alle depressies de volgende maatregelen:
 - Besteed, indien nodig, aandacht aan slaaphygiëne (GCP).
 - Doe aan 'active monitoring': volg de betrokkene, ook indien hij geen formele interventie hoeft of wil, actief op (GCP).
 - Bespreek dagstructurering (GCP) en activiteitenplanning (GRADE 1C).

Psychotherapie

1. Overweeg bij aanhoudende depressieve klachten en bij milde en matige depressie, indien beschikbaar, een verwijzing voor laag-intensieve psychologische interventies, individueel of in groep (GRADE 2B/2C).
2. Overweeg bij aanhoudende depressieve klachten, bij milde en matige depressie die niet voldoende antwoorde op eerder genoemde interventies én bij ernstige depressie, meer intensieve psychologische interventies, met name psychotherapie waarbij cognitieve gedragstherapie (GRADE 1A) vanuit wetenschappelijk bewijs-oogpunt als eerste keuze aanbevolen is. Ook relatietherapie (GRADE 2C), problem-solving-therapie (GRADE 2A) en kortdurende psychodynamische therapie (Grade 2B) behoren tot de mogelijkheden.

C. MEDICAMENTEUS

1. Schrijf bij milde en matige depressie niet routinematig antidepressiva voor (GRADE 1B).
2. Bij milde (en matige) depressies die meer dan 2 jaar duren, de zogenaamde dysthyme of persisterende depressieve stoornis, is een antidepressivum wel aangewezen (GRADE 2A).
3. Schrijf bij ernstige depressies wel een antidepressivum voor (GRADE1A).
4. Kies in de eerste lijn voor een SSRI of een TCA (GRADE 1B).
5. Laat deze keuze afhangen van de te vermijden ongewenste effecten en de aanwezigheid comorbiditeit en/of comedicatie (GCP).
6. Er is binnen de groep van de SSRI's geen echt voorkeursproduct (GRADE 1B).

7. Binnen de groep van de TCA's is amitriptyline een sederend product met sterk anticholinerge werking. Nortriptyline is een eerder activerend product met minst anticholinerge werking (GRADE 1B).
8. Opstarten van antidepressiva praktisch (GCP).
- Bij de start van een SSRI is de startdosis gelijk aan de onderhoudsdosis.
 - Bij de start van een TCA wordt gradueel opgebouwd tot onderhoudsdosis. De onderhoudsdosis van een TCA is in de eerste lijn lager dan bij opgenomen patiënten. Bij de opstart van een antidepressivum moet de patiënt uitgebreid voorgelicht worden over de te verwachten gewenste en ongewenste effecten, alsook dient, zeker gedurende de eerste maand een regelmatige opvolging (om de één à twee weken) gepland te worden.
 - Bij patiënten jonger dan 30 jaar is bij de opstart van een antidepressivum een verhoogde aandacht voor eventuele toename van suïcidale ideatie gewenst.
 - (Partiële) respons op het opgestarte antidepressivum wordt verwacht binnen de 4 à 6 weken.
9. Om herval te voorkomen is het aanbevolen de behandeling met antidepressiva tenminste zes maanden voort te zetten na een goede respons op de initiële behandeling en dat aan dezelfde dosis (GCP).
10. Bij de opstart van een antidepressivum kan er, althans in het begin van de behandeling, in uitzonderlijke gevallen, bijvoorbeeld bij een depressie met comorbide angst of bij een depressie met agitatie, plaats zijn voor een tijdelijk gebruik van een benzodiazepine (GCP).
11. Er is in de eerste lijn omwille van grote vragen wat kosten/baten bilan betreft geen plaats voor het opstarten van een antipsychoticum in de aanpak van depressie (GCP).

OPVOLGING

Duur behandeling

1. Bij een goede respons op de initiële behandeling is het aanbevolen de behandeling met antidepressiva nog tenminste zes maanden verder te zetten (zie ook klinische vraag 9) (GCP). Bespreek met de patiënt na zes maanden of het wenselijk is om de medicatie verder te zetten (GCP).
2. Bij patiënten met een verhoogd risico op herval is het aan te bevelen de behandeling ten minste twee jaar verder te zetten aan dezelfde dosis (GCP).-

Bespreek met de patiënt na twee jaar opnieuw of het aangeraden is om de medicatie verder te zetten (GCP).

Afbouwen.

1. Adviseer de patiënt om het antidepressivum geleidelijk te stoppen onder controle van de klachten (GCP).
2. Adviseer de patiënt dat hij u moet contacteren voor advies wanneer hij ontwenningverschijnselen ervaart (GCP).

Antidepressiva en/of psychotherapie

1. Als een patiënt met matige tot ernstige depressie bereid is om de onderhoudsbehandeling met antidepressiva te combineren met psychotherapie, heeft een gecombineerde aanpak de voorkeur, vooral bij restsymptomen of recidiverende depressie (GRADE 1B).
2. Laat de keuze voor antidepressiva dan wel psychotherapie over aan de patiënt (GRADE 1A). Indien mogelijk wordt gekozen voor een therapeut met een specialisatie in de cognitieve gedragstherapie (GRADE 1C).
3. Geef de instructie om vroegtijdig contact op te nemen bij recidief van de depressieve klachten (GCP).
4. Voor patiënten die minstens drie depressie-episodes hebben doorgemaakt, is het zinvol om door te verwijzen naar mindfulness based cognitieve therapie (GRADE 1A).
5. Overweeg bij patiënten die minstens vijf depressie-episodes hebben doorgemaakt behandeling met kortdurende cognitieve gedragstherapie (GRADE 2B).

SAMENWERKING

1. Werk, in overleg met uw patiënt, zo mogelijk samen met mantelzorgers, met hulpverleners uit de eerste lijn (bijvoorbeeld: eerste lijn-psycholoog, kinesitherapeut en zelfstandig psycholoog), met hulpverleners uit de tweede lijn (bijvoorbeeld: psychiater) of uit de derde lijn (bijvoorbeeld: psychiatrische afdeling verbonden aan een algemeen ziekenhuis of PAAZ en psychiatrische ziekenhuis) (GCP).
2. Volg hierbij de principes van getrapte zorg (stepped care) (GCP). In een Woon- en Zorgcentrum (WZC) blijkt het principe van gestructureerd en

multidisciplinair samenwerken, collaborative care genoemd, werkzaam (GRADE 1B).

3. Zorgverstrekking kan individueel gebeuren, maar ook groepsgerichte initiatieven hebben een bewezen werkzaamheid (GCP).
4. Overweeg ten slotte op maat gebruik van online hulpverlening (GCP).

OUDEREN

1. Hou er rekening mee dat depressie op oudere leeftijd een ernstige diagnose is (GRADE 1C):
 - Er is een verhoogde kans op sterfte en invaliditeit, er zijn meer functionele beperkingen en er is meer angst.
 - Er is meer kans op suïcidale ideaties en ook meer (geslaagde) suïcide.
 - Er is meer cognitief verval en een verhoogd risico op dementie.
2. Hou er rekening mee dat depressie op oudere leeftijd een moeilijke diagnose is: weehoud in de differentiaaldiagnose ook somatische ziektebeelden, normale problemen van oudere leeftijd en dementie (GCP).
3. Neem bij een vermoeden van depressie een klassieke depressie-anamnese af. Bevraag hierbij ook ernst, duur en weerslag van de depressie op het functioneren van de oudere en op zijn cognitie (GCP).
4. Schrijf ook bij ouderen bij een ernstige depressie antidepressiva voor (GRADE 1A).
5. Kies bij ouderen eerder voor een SSRI (lichte voorkeur) (GRADE 2B). Laat u bij ouderen, zoals bij niet-ouderen, in de uiteindelijke keuze tussen een SSRI en een TCA leiden door comorbiditeit en verwachte ongewenste effecten (GCP).
6. Praktische modaliteiten bij het voorschrijven van een antidepressivum (GCP).
 - a. Start bij tachtigplussers en bij ouderen met ernstige comorbiditeit bij voorkeur met een verlaagde dosis (bijvoorbeeld: halve dosis).
 - b. Wacht bij ouderen minimaal 6 tot 8 weken vooraleer het effect van een antidepressivum kan beoordeeld worden. Het kan soms tot 12 weken duren vooraleer er respons gezien wordt.
 - c. Kijk ondertussen potentiële ongewenste effecten actief na; monitor concreet wekelijks gedurende de eerste 4 weken.
 - d. Behandel ouderen minimaal 6 maanden tot 12 maanden (na remissie).

7. Zowel het gebruik van benzodiazepines als dat van antipsychotica wordt bij ouderen omwille van de potentieel ernstige ongewenste effecten afgeraden (GCP).
8. De aanbevolen niet-medicamenteuze aanpak van depressie bij ouderen is grotendeels dezelfde als bij niet-oudere volwassenen.
9. Bied in een WZC specifieke vormen van psychotherapie best aan binnen een gestructureerde en multidisciplinaire aanpak, d.i. volgens de principes van collaborative care (GRADE 1B).

Randvoorwaarden

Randvoorwaarden voor samenwerking met psycholoog zijn *toegankelijkheid* en *betalbaarheid van psychologische hulp voor iedereen*, d.w.z. voldoende psychologen in alle regio's en voldoende CGG's (tweede lijn) voorzien van een (gedeeltelijke) terugbetaling van de eerstelijnspsycholoog (eerste lijn). Een deel van deze randvoorwaarden (o.a. inzetten van ELP) valt onder Vlaamse bevoegdheid, een ander deel (o.a. terugbetaling) valt onder federale bevoegdheid (RIZIV). Op het moment van totstandkoming van deze aanbeveling wordt aan deze randvoorwaarden gewerkt, maar is de praktische uitwerking ervan nog niet helemaal duidelijk (zie KCE rapport 265A).²⁰² Vermoed wordt dat naargelang de regio (Vlaams dan wel Waals) dit rapport ook anders zal vertaald worden. Voorlopig wordt, althans voor Vlaanderen, de druk op de overheden voor het invoeren van de eerste lijns psychologische functie hoog gehouden en is de hoop dat op zijn minst een deel van deze functie nog in de legislatuur van 2014-2019 zal ingevuld worden.

Randvoorwaarden voor samenwerking met psychiater zijn *voldoende beschikbaarheid van psychiaters met mogelijkheid tot snel psychiatrisch advies*, bijvoorbeeld na telefonisch contact door de huisarts (het zogenaamde eenmalig psychiatrisch consult). Concreet kan hieraan gewerkt worden door het continueren en bestendigen van de projecten binnen artikel 107. De collega's uit Antwerpen deden op vraag van de FOD Volksgezondheid bevraging onder huisartsen en psychiaters rond de verschillende verwachtingen en modaliteiten van beide beroepsgroepen in verband met samenwerking rond een ernstig depressieve patiënt. Uit deze bevraging bleek onder meer dan beide beroepsgroepen vragende partij zijn om mekaar en mekaars werk beter te leren kennen.²⁰³ De projecten onder artikel 107 dienen voldoende betoelaagd te worden en de noodzakelijke continuïteit in de tijd te kennen, wat helaas nu niet

²⁰² https://kce.fgov.be/nl/publication/report/organisatie-en-financieringsmodel-voor-de-psychologische-zorg#.V_Sz-fmLSM8.

²⁰³ Van den Broeck K, Destoop, M, Remmen R, et al. Het ontwikkelen van multidisciplinaire samenwerkingsafspraken tussen zorgniveaus voor de aanpak en opvolging van patiënten met een majeure depressie. Niet-gepubliceerd onderzoeksrapport van een studie in opdracht van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu. Antwerpen: Universiteit Antwerpen; 2006.

altijd het geval is. Op te merken valt dat voor de meeste art. 107 projecten er geen robuuste evaluatie van hun werkzaamheid en veiligheid heeft plaatsgevonden.

Randvoorwaarde voor begeleide zelfhulp is *'labelling' van zelfhulpboeken en online tools*. Er bestaan een aantal zelfhulpboeken en online tools voor zelfhulp, maar door het ontbreken van *'labelling'* bevelen we in deze richtlijn geen boeken of tools aan. Er is nood aan een *'label'* of *'keurmerk'* zodat huisartsen gegarandeerd kwaliteitsvolle boeken en tools kunnen gebruiken en aanbevelen aan patiënten.

Ten slotte is er zowel voor patiënten, in kader van de gegarandeerde directe toegang tot de psycholoog, als voor de huisarts nood aan duidelijkheid rond erkenning van de in de streek gevestigde therapeuten, duidelijkheid rond soort psychotherapie welke aangeboden wordt, alsook verder uitklaren van welke soort psychotherapie voor welke aandoening geïndiceerd is.

Na het bijzonder lange traject dat deze aanbeveling gekend heeft, zou het bijzonder jammer zijn mochten er geen mensen of middelen meer uitgetrokken worden ter implementatie van deze aanbeveling. We herinneren de overheid eraan dat deze tekst o.a. tot stand is gekomen als aanzet voor bijvoorbeeld het trainen van huisartsen in de toepassing van niet-medicamenteuze aanpak. Deze opmerking werd tevens geformuleerd tijdens de patiëntenbevraging (zie hieronder).

Toetselementen

Onderstaande elementen kunnen onder meer worden gebruikt om te beoordelen of deze richtlijn wordt gevolgd in de praktijk:

- % patiënten van 18 jaar of ouder in de praktijkpopulatie met de diagnose depressie gedurende de afgelopen 12 maanden.
- % patiënten van 18 jaar of ouder met een depressieve stoornis of depressieve gevoelens waarbij antidepressiva zijn voorgeschreven.

Researchagenda

Er is onder meer nog onderzoek nodig naar:

- niet-medicamenteuze aanpak van depressie bij ouderen, bijvoorbeeld naar de implementatie van collaborative care in WZC in Vlaanderen.
- laag-intensieve vormen van psychotherapeutische interventies zoals webbased begeleide zelfhulp in België.
- preventie van depressie in de algemene bevolking (zie ook economische overwegingen)

Economische overwegingen

Het blijft een enorme uitdaging om voor alle patiënten met depressie de gepaste hulp te voorzien en uit studies vermoeden we dat inzetten op preventie een

kosteneffectievere strategie zou kunnen zijn.²⁰⁴ De overheid heeft (al te) lang gearzeld om psychologische hulp voor de bevolking (deels) terug te betalen. De implementatie van de KCE aanbeveling zou een enorme stap vooruit kunnen zijn en, mogelijks, kunnen leiden tot een meer onder controle krijgen van de enorme kosten die o.a. het stijgend antidepressiva gebruik in de voorbije jaren met zich mee heeft gebracht.

ICPC 2 codes

Depressive disorder P76

Feeling depressed P03

Totstandkoming

- Auteurs

De auteursgroep kent de volgende samenstelling (in alfabetische volgorde): Jan Callens (psycholoog), dr. Hanne Cloetens (huisarts), dr. Tom Declercq (huisarts, praktijkassistent verbonden aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg UGent), prof. dr. Jan De Lepeleire (huisarts, professor Huisartsgeneeskunde KUL), Hilde Habraken (wetenschappelijk medewerkster FARMAKA) en dr. Hans Van den Aemele (psychiater). De groep kwam meermaals samen vanaf januari 2014 tot en met december 2015.

- Methodologie en literatuuronderzoek

Deze richtlijn is een herziening van de Domus Medica aanbeveling 'Depressie bij volwassenen' gepubliceerd in 2008.²⁰⁵ Deze herziening gebeurde volgens de ADAPTE-procedure.²⁰⁶ Dit is een internationale procedure voor het adapteren van richtlijnen naar de lokale context. Deze procedure werd uitgewerkt door de ADAPTE Working Group. Adaptatie omvat een aantal specifieke stappen: zoeken naar richtlijnen en de methodologische kwaliteit ervan beoordelen, nagaan of de inhoud (kernboodschappen) overeenstemt met de gestelde klinische vragen, nagaan of het wetenschappelijk bewijs up-to-date is, nagaan of er voldoende methodologische en klinische consistentie is tussen het onderbouwende wetenschappelijk bewijs en de kernboodschappen, nagaan of de kernboodschappen naar de Belgische setting toe aanvaardbaar en toepasbaar zijn en ten slotte selectief adapteren van relevante kernboodschappen. Andere stappen (klinische vragen selecteren, de literatuur updaten, richtlijn toetsen bij experts en gebruikers (huisartsen) in LOKs en richtlijn implementeren) verlopen overeenkomstig de procedure voor ontwikkeling van de novo richtlijnen, zoals vastgelegd in het stramien voor de ontwikkeling van richtlijnen, dat in

²⁰⁴ Cuijpers P, Beekman A, Reynolds C. Preventing depression: a global priority. JAMA 2012;307:1033-34.

²⁰⁵ Heyrman J, Declercq T, Rogiers R, et al. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts. Huisarts Nu 2008;37:284-317.

²⁰⁶ The ADAPTE Collaboration. The ADAPTE process: resource toolkit for guideline adaptation. 2nd ed. GIN; 2009.

2007 met de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, de Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) en het Centre of EvidenceBased Medicine (Cebam) werd overeengekomen en schriftelijk vastgelegd.

De auteursgroep formuleerde 12 klinische vragen op basis van de vorige richtlijn, eigen ervaring en een bevraging door studenten huisartsgeneeskunde.²⁰⁷ Op 3 maart 2014 werd in de richtlijndatabase van GIN naar relevante richtlijnen gezocht. Deze zoektocht resulteerde in 108 richtlijnen waarvan na een ruwe screening (taal, publicatiedatum, onderwerp) 43 richtlijnen werden behouden als potentieel relevante bronrichtlijnen. Richtlijnen over preventie van depressie en richtlijnen over depressie bij kinderen, adolescenten en zwangere vrouwen werden geëxcludeerd. Drie auteurs hebben in een tweede screeningsfase deze 43 richtlijnen herleid tot een kleiner pakket, op basis van relevantie voor de update. De vier geselecteerde richtlijnen werden vervolgens beoordeeld aan de hand van de criteria van het AGREE-instrument.²⁰⁸ Voor iedere richtlijn werd door twee auteurs afzonderlijk een beoordeling gemaakt, en nadien in consensus een besluit geformuleerd. De richtlijnen van NICE en SIGN werden weerhouden met een hoge AGREE score.²⁰⁹ De NHG standaard werd uiteindelijk ook weerhouden gezien de gelijkaardige context, recente publicatiedatum en heldere formulering.²¹⁰ Ook de oorspronkelijke eerste versie van de Domus Medica-aanbeveling Depressie werd als bron gebruikt. Voor de beoordeling van de inhoud van de geselecteerde richtlijnen werd een tabel opgesteld met de klinische vragen. Uit alle geselecteerde richtlijnen werden, indien beschikbaar, per klinische vraag sleutelboodschappen geëxtraheerd en in de tabel gezet. Voor elk van de kernboodschappen werd nagegaan of:

- de vereiste deskundigheid aanwezig of bereikbaar is om ze in de Vlaamse (Belgische) huisartsenpraktijk uit te voeren;
- de nodige organisatorische randvoorwaarden (o.a. praktijkvoering) aanwezig zijn om ze in de Vlaamse (Belgische) huisartsenpraktijk toe te passen.
- de economische of financiële randvoorwaarden aanwezig zijn om ze in de Vlaamse (Belgische) huisartsenpraktijk toe te passen;
- de kernboodschap extrapol eerbaar is naar Vlaamse (Belgische) patiëntendoelgroep.

Op basis van deze gegevens beslisten de auteurs welke kernboodschappen (al dan niet aangepast aan de Belgische context) ze zouden overnemen.

²⁰⁷ Kritische kijk op de huidige Belgische aanbeveling: Depressie bij volwassenen. 4de master geneeskunde KU Leuven, academiejaar 2013-2014.

²⁰⁸ Brouwers M, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. Canadian Medical Association Journal 2010;182:E839-42.

²⁰⁹ The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. Updated Edition. National Clinical Practice Guideline 2010;90; Non-pharmaceutical management of depression in adults. A national clinical guideline. SIGN 2010; Brouwers M, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. Canadian Medical Association Journal 2010;182:E839-42.

²¹⁰ Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9.

- Aanvullende literatuursearch

Om de 'currency' na te gaan (stap 12 ADAPTE-procedure) werd nagegaan of meer recente publicaties de oorspronkelijke aanbevelingen wijzigden. Hiervoor werd de database van FARMAKA geraadpleegd en werd een search naar systematische reviews uitgevoerd in de TRIP-database. Meer gedetailleerde informatie over de gevolgde methodologie van de aanvullende literatuursearches is op vraag verkrijgbaar.

- Toekennen van Grade

Aan elke kernboodschap werd een niveau van bewijskracht (kwaliteit van bewijs) en een graad van aanbeveling toegekend volgens het GRADE-systeem.²¹¹ Aanvullend werden kernboodschappen die volledig op consensus berusten met 'GCP' (good clinical practice) gegradeerd. Het toekennen van het niveau van bewijskracht is een proces waarbij uitgegaan wordt van de kwaliteit van het onderbouwende wetenschappelijk bewijs - de graad van aanbeveling geeft de mate aan waarin een kernboodschap aanbevolen wordt. Op deze manier wordt de waarde van een aanbeveling meer genuanceerd. Concreet bestaat de code uit een letter waarbij A het sterkste niveau van bewijskracht (hoge kwaliteit van bewijs) en C het laagste niveau van bewijskracht (lage kwaliteit van bewijs) betekent en een cijfer waarbij 1 betekent dat de aanbeveling ook sterk aanbevolen wordt en 2 dat het onzeker is of de aanbeveling meer voordelen dan nadelen oplevert en dus minder sterk aanbevolen wordt.

Graad van aanbeveling		Voordelen vs nadelen
1A	Sterke aanbeveling Hoge kwaliteit van bewijs	Voordelen overtreffen duidelijk nadelen of risico's
1B	Sterke aanbeveling Matige kwaliteit van bewijs	
1C	Sterke aanbeveling Lage kwaliteit van bewijs	
2A	Zwakke aanbeveling Hoge kwaliteit van bewijs	Evenwicht tussen voor-en nadelen
2B	Zwakke aanbeveling Matige kwaliteit van bewijs	
2C	Zwakke aanbeveling Lage kwaliteit van	Evenwicht of onzekerheid over voor-en nadelen

²¹¹ Naar: Van Royen P. Grade, een systeem om niveau van bewijskracht en graad van aanbeveling aan te geven. Huisarts Nu 2008;38:505-9.

	bewijs	
GPP of GCP	Good Practice Point of Good Clinical Practice = Consensusaanbeveling	

- Experts

De conceptringrichtlijn werd door de Commissie Richtlijnen van Domus Medica én externe experts uit meerdere disciplines nagelezen. De externe experts waren: dr. Lieve Lemey (psychiater, AZ Sint-Jan Brugge), dr. Lieve Callewaert (huisarts, Brugge), Els Heene (psycholoog), prof. dr. Mirko Petrovic (geriater, UZ Gent), prof. dr. Filip Raes (psycholoog, KU Leuven). Aan deze experts werd gevraagd door wetenschappelijke literatuur onderbouwde opmerkingen te geven op de ontwerprichtlijn. De auteursgroep besprak alle commentaren systematisch en bij consensus werd een antwoord geformuleerd en werd de richtlijntekst waar nodig aangepast. Vermelding als expert betekent niet dat iedere expert de richtlijn op elk detail onderschrijft. Na deze toetsing ging er nog een expertenronde door in Brussel waar een afvaardiging van de auteursgroep (dr. Tom Declercq en prof.dr. Jan De Lepeleire) in discussie is gegaan met enkele experten (huisartsen en psychiater) uit het Franstalig landsgedeelte, afgevaardigd door de Franstalige wetenschappelijke vereniging van huisartsen (de SSMG), namelijk Thomas Orban (huisarts en voorzitter SSMG), Philippe Vansteenkiste (psychiater), Christine Vanoverbeke (huisarts), Patricia Eeckeleers (huisarts) en Michel Vanhalewyn (huisarts, verontschuldigd op de samenkomst, maar als expert betrokken bij de vooraf ingezonden commentaren). Voorafgaande commentaren werden door de auteurs schriftelijk beantwoord en voor de vergadering via e-mail aan de Franstalige experten bezorgd. Op het moment van de vergadering werden onduidelijkheden alsook noodzakelijke aanpassingen aan de Waalse context besproken en in de tekst mee opgenomen. Een deel van deze aanpassingen (bijvoorbeeld de opmerkingen over (es)citalopram geformuleerd in La Revue Prescrire) is terug te vinden in de Nederlandstalige en Franstalige tekst, een ander deel, bijvoorbeeld de verwijzing naar sommige internetadressen, is omwille van de specifieke regionale context ofwel in de Nederlandstalige ofwel in de Franstalige versie opgenomen.

- Veldtoetsing

Omdat toetsing van de concepttekst door de doelgroep heel belangrijk is in de ADAPTE-procedure, werd hier veel aandacht aan besteed.²¹² De richtlijn werd getoetst op praktische haalbaarheid en toepasbaarheid in vier Vlaamse Lok-groepen (Lauwe, Brugge, Deinze en Sint-Niklaas). De belangrijkste toetsitems waren de haalbaarheid en toepasbaarheid van: adviezen rond diagnostiek en behandeling bij ouderen met depressie, niet-medicamenteuze behandeling van depressie als huisarts en

²¹² The ADAPTE Collaboration. The ADAPTE process: resource toolkit for guideline adaptation. 2nd ed. GIN; 2009.

samenwerking met psycholoog, de indicaties voor doorverwijzing naar psychiater en samenwerking met een psychiater. Om de toetsing voldoende te laten aansluiten bij de werkgewoonten in de verschillende Lok-groepen werd op voorhand een toetsingsprocedure afgesproken. De resultaten van de toetsing bij huisartsen werden samengevat en de auteurs bepaalden nadien in consensus waar de ontwerprichtlijn moest worden aangepast.

- Patiëntenbetrokkenheid

De kernboodschappen werden voorgelegd aan de patiëntengroep VKK (Volwassenen Kortverblijf) in het centrum voor Psychiatrie en Psychotherapie Sint Jozef te Pittem. De groep bestond uit 8 personen, opgenomen in het ziekenhuis voor een periode van maximum 8 weken. Allen gaven aan dat de reden van hun opname met depressieve klachten te maken had én dat ze voor opname gedurende langere tijd ervaring hadden met de huisarts omwille van deze problematiek. De verschillende kernboodschappen werden in een bijeenkomst van anderhalf uur overlopen, becommentarieerd en besproken. Omwille van de tijd en de mindere relevantie voor deze groep (+/-25-50j) werden de kernboodschappen rond ouderen niet besproken.

Na de voorstelling van de kernboodschappen was iedereen er van overtuigd dat men “met graagte en vertrouwen naar een huisarts zou stappen die de richtlijnen hanteert zoals ze voorgesteld worden”. Er werd waardering geuit voor de zorgvuldige opbouw van de diagnostiek, het stepped-care idee en voor de combinatie van niet-medicamenteuze en medicamenteuze interventies. Het is allicht niet voldoende om huisartsen die tekst voor te schotelen, maar een opleiding hierin is mogelijk ook aangewezen (zie randvoorwaarden). Er werden een aantal suggesties aangebracht voor de tekst, die resulteerden in volgende wijzigingen:

- Problem-solving therapie is weinig voorkomend of bekend. Jammer genoeg is ‘oplossingsgericht therapie’, een vorm die beter bekend is, niet hetzelfde. Deze suggestie werd in de tekst opgenomen.
- Bij dagstructurering en activiteitenplanning de nadruk leggen op opvolging en dus op vervolgafspraken. Deze suggestie werd eveneens in de tekst opgenomen.
- Bij opvolgbeleid minder insinueren dat de medicatie na twee jaar kan gestopt worden, maar zoiets als: ‘of het niet wenselijk is’ ipv ‘of het wenselijk is’. Een aangepaste formulering is niet in de kernboodschap, maar wel in de achtergrond van de kernboodschap opgenomen.

- Validatie

De tekst werd op 22/01/2016 een laatste maal aangeboden aan de Commissie Richtlijnen. De ontwerpaanbeveling werd op 25/03/2016 ingediend bij het Centre of Evidence Based Medicine (Cebam) ter validatie. De aanbeveling werd door Cebam gevalideerd op 17/05/2016, op voorwaarde dat aan een aantal opmerkingen werd tegemoetgekomen. Na het herwerken van de opmerkingen gebeurde nog een finale lezing door de voorzitter van de validatiecommissie waarna op 17/10/2016 validatie volgde.

- Financiering

De auteursgroep kon in alle onafhankelijkheid haar werk doen. Deze richtlijn is niet beïnvloed door opvattingen of belangen van de financierende instantie: de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Bij aanvang vulden de auteurs en de experts een gedetailleerde belangenverklaring in. De auteurs en de geraadpleegde experts hebben geen banden met de farmaceutische industrie of andere belangengroepen.

- Update

Om de twee jaar zullen enkele auteurs de recente literatuur nakijken en nagaan in welke mate de kernboodschappen van de richtlijn geldig blijven. Dit gebeurt op basis van een systematisch literatuuronderzoek van de afgelopen twee jaar (guidelines, Cochrane, meta-analyses en zo nodig aanvullende RCT's en diagnostische onderzoeksresultaten) voor alle kernboodschappen. De opvolgrapporten worden op de website van Domus Medica geplaatst. Na vijf jaar wordt de richtlijn volledig herzien.

Onder embargo