

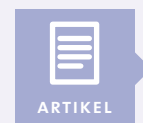
# De zorgstandaard Depressieve stoornissen

J. SPIJKER, J.A.C. MEEUWISSEN, S. AALBERS, M. VAN AVENDONK, M. VAN BON, A. HUSON, J. VAN DER LANDE, M. OUDIJK, C. BOCKTING, H.G. RUHÉ<sup>1</sup>

- ACHTERGROND** De zorgstandaard Depressieve stoornissen beschrijft het gehele zorgtraject voor patiënten vanaf de leeftijd van 8 jaar met depressieve klachten en stoornissen.
- DOEL** Beschrijven van de belangrijkste aanbevelingen opgenomen in de zorgstandaard Depressieve stoornissen
- METHODE** De zorgstandaard is een vertaalslag van bestaande richtlijnen voor depressie aangevuld met praktijkkennis van de professional en ervaringskennis van patiënten.
- RESULTATEN** Kernelementen in de zorg voor depressie zijn het aanbieden van gepaste zorg en aandacht voor terugvalpreventie. Bij de persisterende depressie is een combinatie van psychotherapie en farmacotherapie geïndiceerd waarbij meer sessies psychotherapie nodig kunnen zijn. Repeterende transcranieële magnetische stimulatie heeft een plaats bij de therapieresistente depressie.
- CONCLUSIES** De zorgstandaard is een belangrijk instrument om de bestaande zorg voor depressie in een instelling of regio te verbeteren.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)2, 112-120

**TREFWOORDEN** depressieve stoornissen, richtlijnen



ARTIKEL



Begin 2018 is de zorgstandaard Depressieve stoornissen goedgekeurd door de betrokken beroepsorganisaties en deze is nu gereed voor implementatie. Deze zorgstandaard is onderdeel van een groter geheel aan kwaliteitsstandaarden (richtlijnen, zorgstandaarden en generieke modules) die betrekking hebben op het gehele zorgproces.

Zorgstandaarden en generieke modules beschrijven wat goede zorg is, vanuit het perspectief van de patiënt. Alle elementen van het zorgproces worden in de zorgstandaard omschreven: de indicatiestelling, de inhoud en de organisatie van de zorg en de gevolgen van de behandeling in het dagelijks leven van de patiënt. Daarnaast zijn preventie en ondersteuning bij zelfmanagement onderdelen van de zorgstandaard. Hierdoor wordt het complete zorgcontinuüm (de *'patient journey'*) beschreven. De zorgstandaard is daarmee richtinggevend voor het maken van keuzes over de in te zetten zorg.

De zorgstandaard Depressieve stoornissen is opgesteld door een werkgroep met vertegenwoordigers van beroepsverenigingen en patiënten- en familieorganisaties die bij de zorg voor mensen met een depressie betrokken zijn. De zorgstandaard is gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van depressie (MDR Depressie; Spijker e.a. 2013), de addenda voor jeugd (Buitelaar e.a. 2009) en ouderen (Landelijke Stuurgroep 2008) (zie <https://www.ggzrichtlijnen.nl>), de NHG-standaard Depressie (van Weel-Baumgarten e.a. 2012), de richtlijn Stemningsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming (Meeuwissen e.a. 2015) en de JGZ-richtlijn Depressie (Oud e.a. 2016). Deze evidence-based richtlijnen zijn vertaald naar de modulair opgebouwde zorgstandaard, aangevuld met praktijkkennis van professionals en ervaringskennis van patiënten. De zorgstandaard is daarmee complementair met de evidence-based richtlijnen.

Voor de zorgstandaard zijn enkele herzieningen van de MDR Depressie doorgevoerd wat betreft de wetenschappelijke evidentie voor de persisterende depressie en de rol van voeding en voedingssupplementen bij depressie. Tevens is een aanvullend onderzoek verricht naar vaktherapeutische interventies. In dit artikel verwijzen we alleen naar de literatuur die voortkomt uit de herzieningen.

Voor alle partijen in de zorg (patiënten en naasten, zorgverleners, zorgbestuurders, beleidsmakers en toezichhouders) maakt de zorgstandaard inzichtelijk wat zij kunnen en mogen verwachten bij de zorg rond depressie. In dit artikel beschrijven we de hoofdlijnen van de zorg voor patiënten met depressieve klachten en stoornissen, zoals in de zorgstandaard opgenomen (de volledige tekst is te vinden op: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/depressieve-stoornissen>)

## Doelgroep

De zorgstandaard heeft betrekking op zowel de (unipolaire) depressieve stoornissen (inclusief de persisterende depressie) als de depressieve klachten (ook wel genoemd ‘*minor depression*’) waarbij geen sprake is van een depressieve stoornis die voldoet aan de criteria volgens DSM-5 (APA 2013). Onder persisterende depressieve stoornissen verstaan we zowel chronische depressie als dysthymie, conform de DSM-5. De zorgstandaard is bedoeld voor de leeftijdsgroepen kinderen en jeugdigen (vanaf 8 jaar), volwassenen en ouderen.

## Kernelementen in de zorg

Goede zorg voor depressie gaat uit van een aantal kernelementen, waarvan de belangrijkste zijn:

*Gepaste zorg.* In de depressiezorg wordt gepaste zorg ingezet: laagdrempelige, generalistische zorg als het kan en gespecialiseerde, intensieve zorg als het nodig is. Matching aan specifieke interventies of een type hulpverlener vindt plaats wanneer dit mogelijk is. Daarbij houdt men rekening met het patiëntperspectief en met aard, ernst en beloop van de klachten. Men moet het beloop van de klachten volgen en de ernst van de depressie regelmatig meten, zodat men tijdig kan overgaan naar een intensievere dan wel minder intensieve behandeling. Op deze wijze kan men zowel overbehandeling als onderbehandeling voorkómen.

De meeste patiënten met een (persisterende) depressie kunnen worden behandeld in de huisartsenzorg (incl. POH-GGZ), de generalistische basis-ggz of gespecialiseerde ggz. Een klein deel van de patiënten is gebaat bij een verdere intensivering van de behandeling in een hoogspecialistische setting (top-ggz-afdeling of universitaire kliniek/

## AUTEURS

**JAN SPIJKER**, psychiater, Expertisecentrum Depressie, Pro Persona en bijzonder hoogleraar Chronische depressie, Radbouduniversiteit, Nijmegen.

**JOLANDA MEEUWISSEN**, wetenschappelijk onderzoeker, Trimbos-instituut, Utrecht.

**SONJA AALBERS**, promovenda Open Universiteit, Heerlen en docent Opleiding Vaktherapie, NHL Stenden Hogeschool, Leeuwarden.

**MARIËLLE VAN AVENDONK**, senior wetenschappelijk medewerker Richtlijnontwikkeling & Wetenschap, en beleidsadviseur, Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht.

**MARJA VAN BON**, senior wetenschappelijk medewerkster, Trimbos-instituut, Utrecht.

**ANNEKE HUSON**, vertegenwoordiger Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid/Depressievereniging.

**HENRIËTTE VAN DER LANDE**, verpleegkundig specialist i.o. GGZ inGeest.

**MARLIES OUDIJK**, vertegenwoordiger Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid/Depressievereniging.

**CLAUDI BOCKTING**, klinisch psycholoog, hoogleraar Klinische psychologie, UvA, Amsterdam.

**ERIC RUHÉ**, psychiater, afd. Psychiatrie, Radboudumc, Nijmegen.

## CORRESPONDENTIEADRES

Prof.dr. J. Spijker, Expertisecentrum Depressie, Pro Persona, Reinier Postlaan 6, 6525 GC Nijmegen.

Strijdige belangen en financiële ondersteuning: alle auteurs hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van de zorgstandaard Depressieve stoornissen; prof. dr. Spijker was voorzitter van de werkgroep die de zorgstandaard voorbereidde, dr. Ruhé meldde grants van Lundbeck BV voor door hemzelf geïnitieerd onderzoek en sprekershonoraria; dr. Van Bon en dr. Meeuwissen meldden ondersteuning van de projectgroep en de werkgroep door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, dr. Van Avendonk meldde ondersteuning door het ministerie van VWS en door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 22-8-2018.

behandelprogramma). Daarvoor zijn de overwegingen:

- dat de zorgvraag bijzonder complex is, zoals door ernstige symptomen en/of psychische en/of lichamelijke comorbiditeit en/of complicaties);
- of dat er twee of meerdere behandelingen in de gespecialiseerde ggz onvoldoende (blijvend) resultaat hebben opgeleverd.

*Beperkt voorschrijven van antidepressiva.* Voorafgaand aan het voorschrijven van antidepressiva moeten behandelaar en patiënt samen expliciet overwegen of niet-medicamenteuze behandeling kan worden ingezet, gevolgd door het monitoren van de uitkomsten en, indien nodig of wenselijk, bijstellen van het behandelbeleid. Antidepressiva hebben een beperkte effectiviteit ten opzichte van placebo bij niet-ernstige depressie en de effecten houden niet aan wanneer men met medicamenteuze behandeling stopt, in tegenstelling tot psychotherapie (Bockting e.a. 2013; 2018; Cuijpers e.a. 2013; Guidi e.a. 2016). Daarnaast kunnen antidepressiva bijwerkingen geven en bij het afbouwen ervan kunnen onttrekkingsverschijnselen optreden.

*Behandeling bij psychische comorbiditeit.* De kans op volledige remissie van de symptomen van depressie neemt in het algemeen af bij comorbide psychische aandoeningen, met daarbij een toegenomen kans op recidivering. In principe zal de aanwezigheid van een comorbide psychische aandoening (bijvoorbeeld een angststoornis of persoonlijkheidsstoornis) geen invloed hebben op de specifieke keuzes van behandeling van depressie. Bij een depressie met comorbiditeit wordt zowel aandacht besteed aan de symptomen van depressie als aan de comorbide stoornis. De behandeling zal veelal eerst gericht zijn op de depressie, maar de volgorde van behandeling van verschillende aandoeningen kan men ook aanpassen.

*Terugvalpreventie.* Ter voorkoming van terugval of een chronisch beloop van depressie overweegt men na herstel altijd specifieke preventie-interventies die de kans op terugval of herhaling verkleinen. Bij recidiverende depressie gebeurt dit door middel van specifieke terugvalpreventieprogramma's. Patiënten die een depressie of dysthymie hebben (gehad), vinden het belangrijk dat de toegankelijkheid van de zorg vergroot wordt om een dreigende terugval te voorkomen. Dat kan door het standaard opstellen van een terugvalpreventieplan, met daarin afspraken over contactmogelijkheden bij een dreigende terugval.

### Onderkenning en behandeling depressieve klachten

Vroege herkenning en een tijdige adequate aanpak van depressieve klachten kunnen bijdragen aan het voorkomen van verergering van de problematiek, het ontstaan van een depressie of dysthymie of het optreden van een recidief. Vroege onderkenning vraagt een alerte houding van hulpverleners en goed dóórvragen naar klachten, bijvoorbeeld bij ouders of school in geval van depressieve klachten bij jeugdigen. De symptomen van depressie verschillen per leeftijdsfase: hoe jonger een jeugdige is, hoe aspectieker de symptomen kunnen zijn. Vroege onder-

kenning van symptomen van depressie is mogelijk door incidentele en gerichte screening bij mensen met een verhoogd risico op depressie. Dit vindt veelal plaats in de huisartsenzorg. Risicofactoren betreffen o.a.:

- (chronische) lichamelijke ziekte die beperkingen in het functioneren veroorzaakt;
  - sociale problematiek (op school, op het werk of in relaties);
  - eerdere of andere psychische aandoeningen (zoals angstproblematiek of verslaving);
  - meegemaakt hebben van een ernstige levensgebeurtenis.
- Preventieve interventies hebben als doel de invloed van risicofactoren en in stand houdende factoren te beperken (stress en kwetsbaarheid) en de invloed van beschermende factoren te versterken (kracht en sociale steun). Zelfhulp en zelfmanagement zijn belangrijke elementen. Bij depressieve klachten kunnen de volgende interventies worden ingezet:
- psycho-educatie;
  - leefstijladvisering;
  - gestandaardiseerde (groeps)cursussen (inclusief e-healthinterventies).

### Diagnostiek van depressieve stoornissen

Het diagnostische proces betreft taxatie van de klachten, ernstbeoordeling, differentiaaldiagnostiek, classificatie, risicotaxatie van suïcidaliteit, heteroanamnese, sociale anamnese en het betrekken van naasten. Classificatie vindt plaats volgens de DSM-5 of de International Classification of Primary Care (ICPC) op basis van klinisch oordeel en het uitvragen van de symptomen. (De ICPC is de standaard voor coderen en classificeren van klachten, symptomen en aandoeningen in de huisartspraktijk. DSM-classificatie is in de huisartsenzorg pas relevant bij verwijzing naar de ggz.)

Voor deze classificatie zijn diverse instrumenten beschikbaar, o.a. *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)*, *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN 2.1)* en *Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)*. De *Calgary Depression Scale (CDS)* is geschikt voor het meten van depressie bij patiënten met schizofrenie.

Standaard wordt gevraagd naar suïcidaliteit. Bepalen van de ernst van de depressie en onderkennen van een psychotische depressie zijn van groot belang voor het te volgen behandelbeleid. Het goed uitvragen met gebruik van ogenschijnlijk synonieme termen ('neerslachtig', 'in de put', 'somber' of 'depressief') wordt aanbevolen, zeker bij ouderen. Bij kinderen en jeugdigen is de diagnostiek tijdsintensiever; meer of langere sessies kunnen nodig zijn, evenals het bevragen van meer partijen (ouders, gezinsleden of docenten).

## Behandeling van depressieve stoornissen

Na het vaststellen van een (persisterende) depressieve stoornis maakt de hulpverlener een inschatting van de ernst en van het te verwachten beloop van de symptomen. Door het beloop goed te volgen hebben patiënt en hulpverlener inzicht in de voortgang van de behandeling. Bij alle patiënten in behandeling vindt monitoring van de behandeluitkomsten plaats. Als men niet meteen tot interventies overgaat, volgt men het beloop van symptomen en klachten. In de behandeling maakt de standaard onderscheid naar duur, ernst en recidivering van depressie. Er kunnen op deze wijze vijf behandelalgoritmen onderscheiden worden (zie ook MDR Depressie; Spijker e.a. 2013).

- eerste lichte depressie korter dan 3 maanden;
- lichte eerste depressie langer dan 3 maanden of terugkerende lichte depressie;
- eerste matig ernstige of ernstige depressie;
- recidiverende matig ernstige of ernstige depressieve stoornis;
- persisterende depressie.

De volgende interventies vormen de kern van het behandelplan voor depressie:

- basisinterventies;
- eerstestapinterventies;
- psychotherapie;
- farmacotherapie.

Aanbevolen wordt elke behandelstap minimaal elke vier maanden te evalueren en indien nodig het behandelplan op basis van de evaluatie aan te passen. Intensivering van de behandeling is altijd mogelijk als het klinische beeld dat noodzakelijk maakt. Zo wordt bij een eerste, ernstige depressie met psychotische kenmerken of suïcidaliteit de behandeling hierop afgestemd en kan crisisinterventie of intensievere begeleiding (bijvoorbeeld door een opname) geïndiceerd zijn. Naast psychotherapie en medicamenteuze behandeling kan men andere vormen van biologische behandeling, vaktherapieën en complementaire en alternatieve behandelwijzen als aanvullende behandeling toevoegen, of kan men deze op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt als monotherapie aanbieden.

### BASISINTERVENTIES EN EERSTESTAPINTERVENTIES

Bij alle patiënten met een depressie worden drie basisinterventies ingezet: psycho-educatie; activering en dagstructurering, en actief volgen. Als klachten persisteren na het inzetten van basisinterventies, kunnen eerstestapinterventies worden ingezet, zoals:

- bibliotheerapie;
- zelfmanagementstrategieën met begeleiding;
- e-interventies;
- steunend-structurerende begeleiding;
- activerende begeleiding;

- fysieke inspanning, runningtherapie, psychomotore therapie;
- psychosociale behandeling.

De beste keuzes voor psychotherapie zijn:

- cognitieve gedragstherapie (CGT);
- gedragstherapie (GT);
- interpersoonlijke therapie (IPT);
- kortdurende psychodynamische psychotherapie (kortdurende PDT).

*Eerste lichte depressie korter dan 3 maanden.* Als de duur van de episode korter is dan 3 maanden worden eerstestapinterventies voorgesteld. Als de episode langer dan 3 maanden duurt, wordt deze behandeld volgens de stappen zoals beschreven bij terugkerende lichte depressie.

*Lichte eerste depressie langer dan 3 maanden of terugkerende lichte depressie.* Wanneer eerstestapinterventies onvoldoende verbetering opleveren, wordt *problem solving treatment* (PST) of kortdurende behandeling (KDB), gebaseerd op het KOP-model (klachten-omgeving-persoon), ingezet, waarbij men bij onvoldoende effect, de andere vorm van behandeling kan gebruiken. Mocht ook dit onvoldoende effect opleveren, dan is achtereenvolgens psychotherapie en daarna een tweede psychotherapie of farmacotherapie te overwegen. Mocht ook dat onvoldoende effect opleveren, dan is een combinatiebehandeling of intensivering van de behandeling (eventueel na een second opinion) te overwegen.

*Eerste matig ernstige of ernstige depressieve stoornis.* Psychotherapie of farmacotherapie wordt ingezet. Bij onvoldoende effect is achtereenvolgens een wisseling tussen deze twee, of een gecombineerde behandeling of (bij ernstige depressies) een intensivering van de behandeling te overwegen. Dit kan men herhalen als de gekozen behandeling niet tot effect leidt.

*Recidiverende matig ernstige of ernstige depressieve stoornis.* Psychotherapie al dan niet in combinatie met farmacotherapie wordt ingezet. Bij onvoldoende effect is achtereenvolgens een wisseling naar een andere vorm van psychotherapie of een (andere) gecombineerde behandeling of een intensivering van de behandeling te overwegen. Ook dit kan men herhalen als de gekozen behandeling niet tot effect leidt.

*Persisterende depressieve stoornis (dysthymie en chronische depressie).* Er wordt in principe een traject gevolgd zoals bij de matig ernstige/ernstige depressie (eenmalig of recidiverend). Als er sprake is van eerdere, goed uitgevoerde

behandelingen is een combinatiebehandeling aangewezen en zal deze voldoende lang aangeboden moeten worden. Het is dan ook te overwegen de behandeling te intensiveren. Er zijn aanwijzingen dat bij persisterende depressie langere psychotherapieën (met meer sessies) zinvol zijn. Men kan overwegen een specifiek voor persisterende depressie ontwikkelde vorm van psychotherapie aan te bieden.

*Complexe depressieve stoornis.* Bij complexe depressies zijn de volgende kenmerken aanwezig: mate van ernst van belemmering in algemeen sociaal en beroepsmatig functioneren; psychische en somatische comorbiditeit; mate en aantal van ernstige problemen op meerdere levensgebieden; aantal recidieven of chroniciteit; onvoldoende respons op adequate behandeling. Er zijn aanwijzingen dat bij complexiteit langere psychotherapieën (met meer sessies) zinvol zijn. Ook zal er aandacht moeten zijn voor andere probleemgebieden en het systeem.

#### STAPPENVOLGORDE IN DE FARMACOTHERAPIE BIJ DEPRESSIE BIJ VOLWASSENEN

Op basis van effectiviteit en verdraagbaarheid wordt de volgende stappenvolgorde aanbevolen in de farmacotherapeutische behandeling van depressie (zie ook MDR Depressie; Spijker e.a. 2013):

*Stap 1. SSRI, TCA, SNRI, mirtazapine of bupropion.* Als eerste stap worden selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) of tricyclische antidepressiva (TCA's) aanbevolen. De keuze is afhankelijk van de aanwezigheid van (relatieve) contra-indicaties (zoals somatische comorbiditeit of mogelijke interacties met andere medicamenten), comorbiditeit, potentiële bijwerkingen, eerdere ervaringen, prijs en voorkeuren van de patiënt. Daarnaast worden in de generalistische basis-ggz en de gespecialiseerde ggz ook selectieve serotonine-noradrenalineheropnameremmers (SNRI's) en mirtazapine en bupropion als eerste stap gebruikt. In het geval van aanzienlijke bijwerkingen bij eerdere behandeling kunnen SSRI's, SNRI's, mirtazapine en bupropion enig voordeel hebben boven de TCA's. Bij opgenomen patiënten met een depressieve stoornis worden TCA's of SNRI's als eerste keus gegeven. Bij de meest gebruikte TCA's (nortriptyline, clomipramine en imipramine) moeten plasmaspiegels gecontroleerd worden.

*Stap 2. Switchen naar een ander antidepressivum.* Als het eerste antidepressivum (bij een adequate dosering) na 4 weken onvoldoende effect heeft, dient als vervolgstap te worden gewisseld naar een ander antidepressivum. Verlenging van de behandeling is te overwegen bij enige respons (beperkte afname in ernst) op het antide-

pressivum tot 6 (en maximaal 10) weken. Bij onvoldoende verbetering met een SSRI kan men overschakelen naar een tweede SSRI of naar een ander antidepressivum zoals genoemd in stap 1. Bij onvoldoende verbetering met een TCA kan men overschakelen op een SSRI of een SNRI, mirtazapine of bupropion. Bij een depressie met atypische kenmerken is als tweede stap na een modern antidepressivum zoals een SSRI, een klassieke monoamineoxidase(MAO-)remmer een reële optie.

De volgende stappen zijn vervolgstappen die in de gespecialiseerde ggz thuishoren.

*Stap 3. Additiestrategieën.* Additie van lithium heeft de voorkeur (vooral bij TCA's, maar dit is ook werkzaam bij andere antidepressiva). Alternatieven voor lithiumadditie zijn een atypisch antipsychoticum (let op de doseringen voor additie), mirtazapine of mianserine (bij SSRI's/SNRI's).

*Stap 4. MAO-remmer, met name tranylcypromine.* Het veilig instellen, de periodieke controle en de onderhoudsbehandeling van additiestrategieën (in stap 3) en irreversibele MAO-remmers (tranylcypromine en fenelzine) (in stap 4) vereist vanwege de grotere risico's voor patiënten, de mogelijk ernstige bijwerkingen en mogelijke interacties (ook met voeding), specifieke kennis en ervaring van behandelaars die bekwaam zijn in het gebruik van deze middelen.

*Stap 5. ECT.* Elektroconvulsie therapie (ECT) moet altijd worden overwogen als stap 1-4 onvoldoende resultaat hebben opgeleverd of niet goed uitvoerbaar bleken (zie ook richtlijn ECT; van den Broek e.a. 2010).

#### FARMACOTHERAPIE BIJ SPECIFIEKE DOELGROEPEN

*Psychotische depressie.* De farmacologische behandeling van een psychotische depressie begint met een TCA of SNRI in combinatie met een antipsychoticum. De behandeling moet door een psychiater uitgevoerd worden.

*Kinderen en jeugdigen.* Bij (matig) ernstige depressies waar bij geen effect van adequate psychologische behandeling wordt gezien of verwacht, kan men een SSRI voorschrijven (fluoxetine) (Cipriani e.a. 2016). Deze behandeling moet door een kinder- en jeugdpsychiater worden gestart, waarbij scherpe controle op toename van suïcidale gedachten en gedragingen moet plaatsvinden. Bij onvoldoende resultaat kan men wisselen naar een tweede SSRI (off-label) en vervolgens het behandelalgoritme voor volwassenen (off-label) volgen. Antidepressiva bij kinderen en jeugdigen dient men zo mogelijk te combineren met CGT (Kennard e.a. 2008).

*Ouderen.* Het middel van eerste keuze is een SSRI met dezelfde startdosis als bij volwassenen. Alleen bij patiënten van zeer hoge leeftijd, ernstige somatische comorbiditeit en bij patiënten met dementie valt een lagere startdosis te overwegen, die dan zo snel mogelijk wordt verhoogd naar de standaarddosering. Voor het starten van een SSRI wordt bij ouderen aanbevolen de serumconcentratie natrium te bepalen, als er andere risicofactoren zijn, zoals het gebruik van diuretica. Bij enig vermoeden van hyponatriëmie dient men de bepaling te herhalen. Bij een psychotische depressie start men behandeling met nortriptyline met een antipsychoticum, en zet men bij de tweede stap ECT in of overweegt men deze ten minste.

### TERUGVAL- EN RECIDIEFPREVENTIE EN AFBOUWEN VAN MEDICATIE

Een terugvalpreventieprogramma zoals preventieve cognitieve therapie (PCT) of op mindfulness gebaseerde cognitieve gedragstherapie (MBCT) vermindert de kans op terugval en is zeker geïndiceerd als er meer dan twee eerdere episodes zijn geweest.

Het afbouwen van medicatie is aan de orde wanneer de patiënt geruime tijd volledig hersteld is van diens klachten, of wanneer een patiënt aangeeft dat bijwerkingen van de medicatie niet (meer) opwegen tegen de werking, of vanwege het overstappen op een ander middel of andere behandelvorm.

Men moet zich realiseren dat het staken van medicatie waarop een verbetering van de depressie plaatsvond, het risico op een terugval/recidief doet toenemen, en dit goed bespreken met de patiënt. Mede daarom is zorgvuldige begeleiding bij het afbouwen en staken van de medicamenteuze behandeling tijdens en na het afbouwen noodzakelijk. Hierbij besteedt men aandacht aan de onttrekkingsverschijnselen, die kunnen lijken op symptomen van terugval, maar hiervan onderscheiden moeten te worden.

Om terugval te voorkomen of tijdig te herkennen dient men bij het afbouwen van de medicatie de dosering geleidelijk te verlagen. Hiervoor neemt men ruim de tijd, ten minste twee maanden tot een half jaar. Het afbouwen kan (veel) sneller plaatsvinden als de afbouw gericht is op het overstappen naar een ander antidepressivum. Voor dosisreductie en het secuur afbouwen van de medicatie dienen behandelaar en patiënt een afbouwschema te volgen dat past bij het geneesmiddel en bij de (eerdere ervaringen van de) patiënt. Het doel hiervan is het risico op onttrekkingsverschijnselen (die afhankelijk van het gebruikte middel weinig of frequenter voorkomen) en terugval, of de ernst ervan, zo veel mogelijk te beperken. Voor tapering (het geleidelijk, in kleine stappen afbouwen van medicatie) kan het nodig zijn af te wijken van de standaarddoseringen,

bijvoorbeeld door dosering in druppelvorm aan te bieden of tabletten in lagere doseringssterktes dan geleverd door de fabrikant te gebruiken.

### OVERIGE BIOLOGISCHE INTERVENTIES

*Sint-janskruid.* De effectiviteit, adequate dosering en adequate duur van het gebruik van sint-janskruid zijn niet duidelijk. Sint-janskruid heeft een aanzienlijk risico op interacties met o.a. orale anticonceptie, digoxine en simvastatine, waardoor de effectiviteit en bijwerkingen van deze middelen verlaagd en/of verhoogd kunnen worden. In verband met het monitoren van dergelijke interacties moet het gebruik van sint-janskruid ontraden worden als dit gelijktijdig met andere medicatie plaatsvindt. Bij kinderen en adolescenten wordt het gebruik van sint-janskruid afgeraden.

*Omega-3-vetzuren.* De werking van omega-3-vetzuren tijdens de behandeling van depressie bij volwassenen is aangetoond (Lin e.a. 2007; Grosso e.a. 2014; Mockting e.a. 2016). Het effect is groter bij een hogere dosering eicosapentaenzuur en bij het gebruik van een antidepressivum. Er zijn aanwijzingen voor een behandelingseffect van omega-3-vetzuren bij kinderen van 6 tot 12 jaar (Nemets e.a. 2016). Men kan ze als alternatief of als toevoeging bij psychologische interventies overwegen bij kinderen met een lichte depressie.

*Lichttherapie.* Lichttherapie kan onderdeel zijn van een depressiebehandeling voor alle vormen van depressie waarbij de biologische klok is verstoord. Lichttherapie wordt vooral ingezet bij een depressie met seizoensgebonden patroon (winterdepressie). Ook bij een depressie waarbij slaapproblematiek vermoed wordt als oorzakelijke of in stand houdende factor kan lichttherapie een waardevolle interventie zijn (Seelen e.a. 2012).

*Elektroconvulsiotherapie.* ECT wordt toegepast als verschillende medicamenteuze behandelingen onvoldoende effect hebben. Bij zeer ernstige, levensbedreigende depressies (vooral bij ernstige zelfverwaarlozing, weigering van voedsel en/of vochtinname of somatische complicaties) kan men ECT eerder overwegen. Ook bij patiënten met een psychotische depressie kan men eerder voor ECT kiezen als alternatief voor medicamenteuze behandeling (zie ook richtlijn ECT; van den Broek e.a. 2010).

ECT is in uitzonderlijke, levensbedreigende situaties geïndiceerd bij kinderen en adolescenten met een ernstige depressie die niet reageerden op adequate farmacotherapeutische behandeling gecombineerd met CGT, nadat is overgestapt op de aanbevelingen conform de multidisciplinaire richtlijn voor Depressie bij volwassenen (Puffer



e.a. 2016). ECT dient bij ouderen eerder te worden overwogen dan bij volwassenen, in het bijzonder als er sprake is van een psychotische depressie en/of somatische complicaties.

*Repetitieve transcraniële magnetische stimulatie.* Repetitieve transcraniële magnetische stimulatie (rTMS) is een behandelmethodede die waarschijnlijk effectief is, hoewel nog onvoldoende vergelijkingen zijn gedaan met medicamenteuze behandelingen. De toepassing van rTMS is beperkt; men kan deze overwegen bij volwassenen met een therapieresistente depressie, na uitblijven van verbetering met andere behandelvormen.

### VAKTHERAPIEËN

Onder vaktherapieën vallen: beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotorische therapie (PMT, waaronder runningtherapie) en speltherapie. Vaktherapieën worden ingezet als aanvulling op de genoemde evidence-based behandelingen bij depressieve klachten of een depressie, ook bij comorbide psychische en/of somatische aandoeningen. De indicatie wordt gesteld op basis van gedeelde besluitvorming en in aansluiting op de behandeldoelen. De voorkeur van de patiënt dient men hierbij mee te wegen. Meer onderzoek is nodig naar de vraag of vaktherapie effectief is bij lichte depressies.

### ADDITIONELE BEHANDELWIJZEN OP INITIATIEF VAN DE PATIËNT

Veel mensen maken gebruik van complementaire en/of alternatieve behandelwijzen, zoals voedingssupplementen, homeopathie, natuurgeneeswijzen, antroposofische geneeswijzen, acupunctuur, manuele geneeskunde, meditatie en yoga (Hoenders 2014). Complementaire en alternatieve behandelingen kunnen niet in de plaats komen van de reguliere behandeling. Wel kunnen ze voor de patiënt van toegevoegde waarde zijn vanwege een gunstig effect op de fysieke en mentale gezondheid of het verminderen van stress. Patiënt en behandelaar moeten hierover open kunnen spreken en samen nagaan wat de mogelijke voor- en nadelen of risico's kunnen zijn. Het eventuele gebrek aan wetenschappelijke evidentie voor het effect van alternatieve geneeswijzen ten opzichte van evidence-based behandelingen moet men meewegen.

### Herstel

Herstel, participatie en re-integratie zijn aandachtspunten vanaf de start van de behandeling van een depressie. Aspecten zoals persoonlijk welzijn, leren leven met depressie en kwaliteit van leven staan centraal. Empowerment, eigen regie en zelfmanagement zijn kernelementen in het herstel. Voor persoonlijk herstel zijn sociale steun, praktische steun en vooral (weer) actief worden door

maatschappelijke participatie in werk/opleiding/school en vrije tijd belangrijk. De hulpverlener kan informatie geven over de mogelijkheden van contact met lotgenoten en/of ervaringsdeskundigen om het herstel te bevorderen. Soms heeft een patiënt na behandeling nog functionele beperkingen in het dagelijks functioneren op het gebied van zelfverzorging en zorg voor anderen, huishouden, vrijetijdsbesteding en maatschappelijke participatie (werk, opleiding en school). Het afstemmen van belasting en belastbaarheid en begeleiding in een dag- en weekstructuur zijn voor het dagelijks handelen van belang. Passende interventies, ondersteuning van het netwerk en revalidatiemethoden kan men hiervoor in aanvulling op de behandeling inzetten. Voor re-integratie kan men ergotherapie, werken op arbeidstherapeutische basis, en (andere) arbeids- of schoolverzuimgerichte begeleiding inzetten.

*Lotgenotencontact.* Informatie over het belang voor het herstel en de mogelijkheden van contact met lotgenoten en/of ervaringsdeskundigen is belangrijk. De lotgenotengroepen van de Depressie Vereniging kunnen een belangrijke stap zijn in het herstelproces en kunnen bijdragen aan het voorkomen van terugval. De lotgenotengroepen vinden plaats met gespreksbegeleiding aan de hand van een gedegen handleiding, met een themalijsst en protocol voor het starten van een lotgenotengroep.

### DISCUSSIE

De zorgstandaard Depressieve stoornissen geeft een beschrijving van het gehele zorgproces voor patiënten met depressieve klachten en stoornissen vanaf de leeftijd van 8 jaar. In de zorgstandaard zijn, meer dan in richtlijnen, aspecten van goede zorg omschreven vanuit het perspectief van de patiënt. Daarbij dient men zich ook te realiseren dat uiteindelijk in het overleg tussen patiënt en zorgverleners bepaald moet worden of het aanbod passend is. De zorgstandaard biedt ruimte om op individueel niveau af te wijken, mits goed beargumenteerd.

De zorgstandaard vormt een goede basis om reeds bestaande zorgprogramma's voor depressie verder te verbeteren. Ook is de zorgstandaard bij uitstek geschikt om een regionaal zorgprogramma te ontwikkelen waarin men het gehele zorgtraject van de patiënt beschrijft en organiseert. Het opnemen van depressieve klachten in de zorgstandaard draagt ertoe bij dat preventieve stappen goed beschreven zijn en daarmee ook onderdeel kunnen worden van het regionale aanbod.

### Kracht en beperkingen standaard

Een belangrijke kracht van de zorgstandaard Depressieve stoornissen is dat deze grotendeels gebaseerd is op bestaande richtlijnen. Deze richtlijnen dienen echter

regelmatig geactualiseerd te worden. Een beperking van de zorgstandaard is dan ook dat we evidentie die beschikbaar is gekomen na het verschijnen van de richtlijnen en andere kwaliteitsinstrumenten waarop de zorgstandaard is gebaseerd, niet konden beoordelen voordat we deze zorgstandaard opstelden. Dit geldt in het bijzonder voor evidentie op het gebied van depressie bij jeugdigen en ouderen en het geldt voor alle leeftijden voor evidentie op het gebied van farmacotherapie, psychotherapie en vaktherapie. In het onderhoudsplan voor de zorgstandaard kregen deze onderwerpen dan ook prioriteit.

## Implementatie

De invoering van de zorgstandaard is nu onderwerp van gesprek bij de beroepsorganisaties die deze geautoriseerd hebben. De grote uitdaging is dat er veel zorgstandaarden en generieke modules ontwikkeld zijn en worden, die allemaal op hun beurt in de praktijk ingevoerd moeten worden. Het lijkt logisch hiervoor een stappenplan op te

zetten. Vanwege de hoge prevalentie van depressie in alle echelons van de gezondheidszorg moet de zorgstandaard Depressieve stoornissen naar onze mening als een van de eerste geïmplementeerd worden. Regionale zorgprogramma's voor depressie die gebaseerd zijn op de deze zorgstandaard kunnen hoogstwaarschijnlijk een zeer grote impact hebben op de kwaliteit van zorg die aan patiënten wordt geboden. Zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties zouden in dit implementatieproces een grote rol kunnen spelen en kunnen ervoor zorgen dat zorgaanbieders betere samenwerking gaan zoeken om tot die goede kwalitatieve (keten)zorg voor depressie te komen.

## NOOT

<sup>1</sup>Namens de werkgroep Zorgstandaard Depressieve Stoornissen.

De volledige tekst van de zorgstandaard vindt u op: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/depressieve-stoornissen>

## LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5. Washington: APA; 2013.
- Buitelaar JK, van Keulen M, Nauta MH, Stikkelbroek YAJ, Ruiters M, van Duin D. De multidisciplinaire richtlijn GGZ: Addendum Depressie bij Jeugd. Utrecht: CBO/Trimbos-instituut; 2009.
- Bockting CL, Hollon SD, Jarrett RB, Kuyken W, Dobson K. A lifetime approach to major depressive disorder: The contributions of psychological interventions in preventing relapse and recurrence. *Clin Psychol Rev* 2015; 41: 16-26.
- Bockting CLH, Klein NS, Elgersma HJ, van Rijsbergen GD, Slofstra C, Ormel J, e.a. Effectiveness of preventive cognitive therapy while tapering antidepressants versus maintenance antidepressant treatment versus their combination in prevention of depressive relapse or recurrence (DRD study): a three-group, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* 2018; 5: 401-10.
- Broek WW van der, Birkenhäger TK, de Boer D, Burggraaf JP, van Gemert B, Groenland THN, e.a. Richtlijn elektroconvulsieve therapie, 2e herz. versie. Utrecht: de Tijdstroom; 2010.
- Cipriani A, Zhou X, Giovane C del, Hetrick SE, Qin B, Whittington C, e.a. Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: A network meta-analysis. *Lancet* 2016; 388: 881-90.
- Cuijpers P, Hollon SD, Straten A van, Bockting C, Berking M, Andersson G. Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. *BMJ Open* 2013; 3: 4-14.
- Grosso G, Pajak A, Marventano S, Castellano S, Galvano F, Bucolo C, e.a. Role of omega-3 fatty acids in the treatment of depressive disorders: A comprehensive meta-analysis of randomized clinical trials. *PLoS One* 2014; 9: 5-13.
- Guidi J, Tomba E, Fava GA. The sequential integration of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of major depressive disorder: A meta-analysis of the sequential model and a critical review of the literature. *Am J Psychiatry* 2016; 173: 128-37.
- Hoenders HJR, Integrative psychiatry: conceptual foundation, implementation and effectiveness. Groningen: 2014.
- Kennard BD, Emslie GJ, Mayes TL, Nightingale-Teresi J, Nakonezny PA, Hughes JL, e.a. Cognitive behavioral therapy to prevent relapse in pediatric responders to pharmacotherapy for major depressive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychol* 2008; 47: 1395-404.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Addendum Ouderen bij de Multidisciplinaire richtlijn Depressie Utrecht: Trimbos-instituut; 2008.
- Lin PY, Su KP. A meta-analytic review of double-blind, placebo-controlled trials of antidepressant efficacy of omega-3 fatty acids. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 1056-61.
- Meeuwissen JAC, Speetjens P, Meije D, Oud M, Konijn C, Besselse M, e.a. Richtlijn Stemningsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut; 2014.
- Mocking RJT, Harmsen I, Assies J, Koeter MWJ, Ruhé HG, Schene AH. Meta-analysis and meta-regression of omega-3 polyunsaturated fatty acid supplementation for major depressive disorder. *Transl Psychiatry* 2016; 6: e756. doi:10.1038/tp.2016.29



- Nemets H, Nemets B, Apter A, Bracha Z, Belmaker RH. Omega-3 treatment of childhood depression: A controlled, double-blind pilot study. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1098-100.
- Oud M, van der Zanden R, Cronenberg I, Sinnema H. JGZ-richtlijn Depressie. Utrecht: NCI; 2016.
- Puffer CC, Wall CA, Huxsahl JE, Frye MA. A 20 year practice review of electroconvulsive therapy for adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2016; 26: 632-6.
- Seelen ML, Meijel B van, Haffmans PMJ. Lichttherapie als behandeling bij depressies. *Nurse Academy GGZ* 2012; 1: 53-8.
- Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Hermens MLM, e.a., Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie. Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis. Utrecht: Trimbos-instituut 2013.
- Weel-Baumgarten EM van, van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, Licht-Strunk E, van Marwijk HWJ, van Rijswijk HCAM, e.a. NHG-standaard Depressie (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2015; 55: 252-9.
- Zorgstandaard depressieve stoornissen. Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ. Utrecht 2018.

## SUMMARY

# The care standard 'Depressive disorders'

J. SPIJKER, J.A.C. MEEUWISSEN, S. AALBERS, M. VAN AVENDONK, M. VAN BON, A. HUSON, J. VAN DER LANDE, M. OUDIIK, C. BOCKTING, H.G. RUHÉ<sup>1</sup>

**BACKGROUND** The care standard 'Depressive disorders' describes the complete patient journey for patients with depressive symptoms and disorders from the age of 8 years onwards.

**AIM** To describe the most important recommendations in this care standard.

**METHOD** The care standard is an adaptation of the existing guidelines for depression, supplemented with practical knowledge from professionals and patients' values and preferences.

**RESULTS** Core elements in the care for depression are an appropriate use of care and a focus on relapse prevention. A combination of psychotherapy and medication is indicated for persistent depression and more sessions of psychotherapy might be required. There is some evidence for the use of repetitive transcranial magnetic stimulation in treatment-resistant depression.

**CONCLUSION** The care standard is an important instrument to improve the quality of care for depression at both the organisational and the regional level.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)2, 112-120

**KEY WORDS** depressive disorders, guidelines