

GGZ Standaarden

Deze pdf is gepubliceerd op 04-11-2024 om 16:12. Bekijk de meest actuele versie op
<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/depressieve-stoornissen>

Autorisatiedatum 15-03-2018 Beoordelingsdatum 17-06-2022

Zorgstandaard

Depressieve stoornissen

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Introductie	8
1.1 Introductie	8
1.2 Leeswijzer	8
1.2.1 Klacht - stoornis - aandoening	9
1.2.2 Kind, jongere en jongvolwassene	9
1.2.3 Ouderen	10
1.2.4 Gebruik van termen: patiënt, naaste, hulpverlener	10
2. Over depressieve stoornissen	11
2.1 Verschillende vormen van depressie	11
2.2 Oorzaken en beloop	11
2.2.1 Oorzaken	11
2.2.2 Vóórkomen	12
2.2.3 Beloop van een depressie	12
2.3 Gevolgen van een depressie	13
2.3.1 Persoonlijke gevolgen	13
2.3.2 Gevolgen voor naasten	13
2.3.3 Maatschappelijke gevolgen	14
2.4 Leeswijzer	14
2.4.1 Klacht - stoornis - aandoening	14
2.4.2 Kind, jongere en jongvolwassene	14
2.4.3 Ouderen	15
2.4.4 Gebruik van termen: patiënt, naaste, hulpverlener	15
3. Vroege onderkenning en preventie	16
3.1 Vroege onderkenning en screening	16
3.1.1 Risicofactoren en aangrijpingspunten voor interventie	17
3.1.2 Hoog-risicogroepen en screeningsinstrumenten	19
3.1.3 Onderscheiden van depressieve klachten	21
3.2 Probleemanalyse voor bepalen vervolgstappen	22
3.3 Preventie	22
4. Diagnostiek en monitoring	24
4.1 Het diagnostische proces	24
4.1.1 Specifieke aandachtspunten bij kinderen, jongeren en jongvolwassenen	25
4.1.2 Onderscheid naar ernst, duur en beloop	26
4.2 Inschatting ernst en suïcidaliteit	27
4.2.1 Risicotaxatie suïcidaliteit	28

4.3 Hetero- en sociale anamnese	29
4.3.1 Heteroanamnese	29
4.3.2 Sociale anamnese	29
4.4 Differentiaaldiagnostiek	29
4.4.1 Specifieke aandachtspunten bij kinderen, jongeren en jongvolwassenen	32
4.4.2 Specifieke aandachtspunten bij ouderen	32
4.5 Behandeling bij comorbiditeit	33
4.6 Monitoring	34
5. Behandeling en begeleiding	36
5.1 Basale uitgangspunten bij de behandeling	36
5.1.1 Patiëntenvoorkeur en gezamenlijke besluitvorming	36
5.1.2 Gepaste zorg	37
5.1.3 Beperkt voorschrijven van antidepressiva	37
5.1.4 Comorbiditeit	38
5.1.5 Terugvalpreventie	38
5.1.6 Autonomie van de patiënt	38
5.1.7 Professionele verantwoordelijkheid	39
5.1.8 Diversiteit	39
5.1.9 Ethisch gevoelige situaties	40
5.1.10 Kwaliteit van leven	40
5.2 Opstellen van het zorgplan	40
5.3 Zelfmanagement	41
5.4 Behandelbeleid en basisinterventies	42
5.4.1 Psycho-educatie	43
5.4.2 Basis interventies	43
5.5 Eerste stap interventies	44
5.5.1 Psychosociale behandeling	45
5.6 Tweede stap: psychologische en psychotherapeutische behandelingen	46
5.6.1 Psychotherapie	47
5.6.2 Psychotherapie bij kinderen en jongeren	48
5.6.3 Psychotherapie bij ouderen	50
5.7 Tweede stap: medicamenteuze behandeling	50
5.7.1 Medicamenteuze behandeling bij volwassenen	51
5.7.2 Geneesmiddelengroepen	53
5.7.3 Stappenvolgorde in de farmacotherapie bij depressie bij volwassenen	54
5.7.4 Overige aandachtspunten bij farmacotherapie	55
5.7.5 Medicamenteuze behandeling bij kinderen en jongeren (vanaf 8 jaar)	56
5.7.6 Medicamenteuze behandeling bij comorbide psychische stoornissen	57
5.7.7 Algemene principes bij het opbouwen van medicatie	58
5.7.8 Monitoren medicatietrouw	59

5.7.9 Voortgezette behandeling en continuering van de medicatie	59
5.7.10 Afbouwen van medicatie	60
5.7.11 Combinatiebehandeling	61
5.8 Biologische behandeling	61
5.9 Vaktherapie	64
5.10 Complementaire en alternatieve behandelwijzen	65
5.11 Behandeling van persisterende depressie (chronische depressie en dysthymie)	66
5.11.1 Psychotherapeutische behandeling van persisterende depressie (chronische depressie en dysthymie)	67
5.11.2 Medicamenteuze behandeling van persisterende depressie (chronische depressie en dysthymie)	67
5.11.3 Behandelevaluatie en vervolg bij persisterende depressie	67
5.12 Terugvalpreventie	68
5.13 Begeleiding van naasten	70
5.13.1 Kinderen van een ouder met een depressie	70
5.13.2 Oudere naasten	71
6. Herstel, participatie en re-integratie	72
6.1 Herstel	72
6.1.1 Persoonlijk herstel	72
6.1.2 Contact met lotgenoten en/of ervaringsdeskundigen	73
6.2 Participatie	73
6.2.1 Interventies gericht op dagelijks functioneren en maatschappelijke participatie	73
6.2.2 Ondersteuning van het netwerk	74
6.2.3 Rehabilitatie	74
6.3 Re-integratie	75
6.3.1 Werken op arbeidstherapeutische basis	75
6.3.2 Ergotherapie	75
6.3.3 Specifieke aandachtspunten bij kinderen en jongeren	76
6.3.4 Specifieke aandachtspunten bij ouderen	77
7. Samenhang met andere standaarden	78
7.1 Zorgstandaarden	78
7.1.1 Samenhang met andere zorgstandaarden	78
8. Organisatie van zorg	80
8.1 Inleiding	80
8.2 Zorgstandaard onafhankelijke aspecten	80
8.2.1 Echelonering en gepast gebruik	80
8.2.2 De regiebehandelaar	81
8.2.3 Overdracht en consultatie	82
8.2.4 Informatie-uitwisseling	82
8.2.5 Toegankelijkheid	83
8.2.6 Keuzevrijheid	83

8.2.7 Onafhankelijke patiëntenondersteuning	84
8.2.8 Privacy	84
8.3 Zorgstandaard afhankelijke aspecten	85
8.3.1 Huisartsenzorg	85
8.3.2 Jeugdgezondheidszorg en (sociale) wijkteams	85
8.3.3 Speciale aandachtspunten vanaf 18 jaar	85
8.3.4 Speciale aandachtspunten ouderen	86
8.3.5 Samenwerken met de patiënt	86
8.3.6 Samenwerken met familie en andere naasten	86
8.3.7 Ketenzorg in de ggz	87
8.3.8 Samenwerking buiten de ggz	88
8.3.9 Betrokken disciplines in de ggz	89
8.4 Kwaliteitsbeleid	89
8.4.1 Registratie van uitkomsten	89
8.4.2 Kwaliteitsstatuut	90
8.4.3 Deskundigheidsbevordering	90
8.5 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg	90
8.5.1 Terugvalpreventie (vervolg- en onderhoudsfase van de behandeling)	91
8.5.2 Behandeling met farmacotherapie t.b.v. symptoomreductie (acute fase van de behandeling)	91
8.5.3 Behandeling met psychotherapie	91
8.5.4 Behandeling met combinatietherapie	92
8.6 Financiering	92
8.6.1 Algemeen	92
8.6.2 Specifiek	92
9. Kwaliteitsindicatoren	93
9.1 Inleiding	93
9.2 Uitkomstindicatoren	93
9.2.1 Inleiding	93
9.2.2 Veelgebruikte meetinstrumenten voor de monitoring van uitkomstindicatoren	94
9.2.3 Specifieke instrumenten	95
9.2.4 Generieke instrumenten	97
9.3 Procesindicatoren	97
9.4 Structuurindicatoren	98
10. Achtergronddocumenten	99
10.1 Referenties	99
10.2 Kenmerken van de doelgroep	102
10.3 Quickscan jeugd	105
10.4 Samenvatting literatuurverkenning naar rol voeding in de behandeling van depressie	111
10.5 Resultaten desksearch vaktherapieën	115

10.6 Omschrijving depressie module DepMod	128
10.7 Resultaten simulaties	139
10.8 Risicofactoren voor het ontwikkelen en in stand houden van een depressie	142
10.9 Het gebruik van lithium in de huisartsenpraktijk	144
10.10 Verdieping	145
10.10.1 Voórkomen van depressie (prevalentie en incidentie)	145
10.10.2 Gezamenlijke besluitvorming	146
10.10.3 Psycho-educatie (als preventieve interventie)	147
10.10.4 Leefstijladvisering	147
10.10.5 Gestandaardiseerde (groeps)cursussen (incl. eHealth interventies)	148
10.10.6 Zelfmanagementstrategieën voor het voorkómen van terugval en recidivering	149
10.10.7 Psycho-educatie (als basisinterventie)	149
10.10.8 Activering en dagstructurering	150
10.10.9 Actief volgen	151
10.10.10 Bibliotheapie	151
10.10.11 E-interventies	151
10.10.12 Steunend-structurerende begeleiding	152
10.10.13 Activerende begeleiding	152
10.10.14 Fysieke inspanning/running therapy	152
10.10.15 Psychosociale behandeling	153
10.10.16 Problem Solving Treatment	153
10.10.17 Kortdurende behandeling, gebaseerd op het KOP-model	154
10.10.18 Psychotherapie	154
10.10.19 Vaktherapieën	156
10.10.20 Lichttherapie	158
10.10.21 Electroconvulsieve therapie (ECT)	159
10.10.22 Repetitieve transcraniële magnetische stimulatie (rTMS)	159
10.10.23 Preventieve cognitieve therapie (PCT)	159
10.10.24 Mindfulness based cognitieve therapie (MBCT)	159
10.10.25 Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)	160
10.10.26 Complementaire en alternatieve behandelwijzen	160
10.10.27 Huisartsenzorg (huisarts en POH-GGZ)	163
10.10.28 Generalistische basis-ggz	163
10.10.29 Gespecialiseerde ggz	163
10.10.30 Verpleegkundige zorg	164
10.10.31 Preventieve interventies en eerste-stap interventies bij kinderen en jongeren	165
10.10.32 Betrokken hulpverleners in de ggz	166
10.10.33 Ergotherapie	168
10.10.34 Toegankelijkheid van de zorg	168
10.10.35 Richtlijnen	169
10.10.36 Richtlijnen	169
10.10.37 Richtlijnen	169

10.10.38 Richtlijnen	169
10.10.39 Richtlijnen	169
10.10.40 Richtlijnen	169
10.11 Afkortingen	169

1. Introductie

Autorisatiedatum 02-04-2020 Beoordelingsdatum 02-04-2020

1.1 Introductie

Deze zorgstandaard Depressieve stoornissen wordt herzien. De herziening start eind 2024. Op 23 mei 2024 is de multidisciplinaire richtlijn (MDR) Depressie uit 2013, herzien en gepubliceerd ([klik hier voor de nieuwe MDR](#)). De nieuwe inzichten uit deze MDR zullen in de nieuwe zorgstandaard Depressie worden verwerkt. Let op: In de huidige zorgstandaard wordt nog verwezen naar de verouderde MDR Depressie en EBRO modules.

De zorgstandaard Depressieve stoornissen is een algemeen raamwerk op hoofdlijnen voor de vroege onderkenning en preventie, diagnostiek en monitoring, behandeling en herstel, participatie en re-integratie van mensen met unipolaire depressieve stoornissen. Het beschrijft de norm waaraan goede zorg moet voldoen. De zorgstandaard is vastgesteld in 2018.

vastgesteld in 2018.: In 2022 beoordeelt Akwa GGZ of de standaard aan herziening toe is, tenzij daar eerder aanleiding toe is. Organisaties die aangesloten zijn bij Akwa GGZ kunnen daarvoor een verzoek indienen.

- Lees hier de [samenvatting van de standaard](#) voor de beschrijving van alle fasen van het zorgproces.
- Aan de zorgstandaard ligt de algemene [visie op zorg](#) ten grondslag.
- De zorgstandaard is gemaakt door een werkgroep van zorgverleners, patiënten en hun naasten. In het document [Totstandkoming en methoden](#) vind je het overzicht van de werkgroep, de doelstelling van de standaard.
- De standaard is [goedgekeurd door](#) beroepsorganisaties en organisaties voor patiënten en hun naasten.
- Op Thuisarts vind je de [patiënteninformatie over depressie](#), afgestemd op deze zorgstandaard.
- Op het tabblad [Hulpmiddelen](#) vind je nog meer hulpmiddelen voor gebruik van de standaard.
- Met een [TeamTalk over Depressie](#) kan je gratis deskundigheidsbevordering door een expert aanvragen. De expert komt bij jouw team langs, of verzorgt een online sessie. Akwa GGZ organiseert het voor je.

1.2 Leeswijzer

1.2.1 Klacht - stoornis - aandoening

In deze zorgstandaardtekst maken we veelal een onderscheid tussen depressieve klachten en een (persisterende) depressieve stoornis. Met depressiesymptomen bedoelen we klachten die kunnen optreden als voorloper van een depressieve stoornis. Met depressieve klachten bedoelen we een 'minor depression', waarbij geen sprake is van een depressieve stoornis die voldoet aan de criteria volgens de DSM-5.

Wanneer we uitsluitend depressieve klachten of depressiesymptomen bedoelen noemen we dit expliciet. Als we spreken van een 'depressie' wordt een unipolaire depressieve stoornis bedoeld, al dan niet persisterend en inclusief chronische depressie en dysthymie. Om hierop voldoende alert te zijn spreken we veelal expliciet van dysthymie, waarmee de (persisterende) depressieve stoornis wordt bedoeld.

Behalve de benaming '(psychische) stoornis' spreken we in deze zorgstandaardtekst, rechtdoende aan het patiëntperspectief, veelal ook van 'aandoening'. Het gebruik van de term 'ouderen' wordt bedoeld zonder negatieve connotatie.

1.2.2 Kind, jongere en jongvolwassene

Met betrekking tot minderjarigen en jongvolwassenen worden op basis van het Addendum Jeugd, de desktopsearch en het advies van experts (Kinder- en Jeugdpsychiaters) bij een aantal onderwerpen specifieke aanbevelingen gedaan voor deze groep patiënten. Het is niet mogelijk om op alle andere punten te veronderstellen dat de aanbevelingen direct toepasbaar zijn op minderjarigen en jongvolwassenen (zie ook de aanbevelingen in het onderhoudsplan).

Leeftijdsspecifieke aandachtspunten die worden aangegeven voor kinderen en jongeren kunnen ook van toepassing zijn bij jongvolwassenen, bijvoorbeeld met betrekking tot vroegherkenning of medicamenteuze behandeling.

Bij patiënten jonger dan 16 jaar wordt met patiënt bedoeld patiënt en/of zijn of haar ouders of verzorgers. Waar we in deze zorgstandaard spreken over 'ouders', kunnen dit de biologische ouders zijn, maar ook de verzorgers, waarmee we bedoelen de pleeg-, adoptie of stiefouders of andere volwassenen die de ouderrol vervullen. Waar 'ouders' staat kan ook 'een ouder' worden gelezen.

Of kinderen zelf mogen beslissen over de behandeling hangt af van hun leeftijd:

- Jonger dan 12

Kinderen jonger dan 12 jaar mogen niet voor zichzelf beslissen over medisch onderzoek of behandeling. Dat doen hun ouders of verzorgers. De arts moet jonge kinderen op hun eigen niveau vertellen wat er met hen gaat gebeuren.

- Tussen de 12 en de 16

Jongeren tussen 12 en 16 jaar beslissen samen met hun ouders over een onderzoek of een behandeling. Op deze leeftijd kunnen kinderen hun situatie meestal goed overzien. Daarom gaat hun mening vaak boven de mening van de ouders.

- 16 jaar en ouder

Jongeren vanaf 16 jaar mogen zelf beslissen over onderzoeken of medische behandelingen die zij moeten ondergaan.

1.2.3 Ouderen

Met betrekking tot ouderen kunnen leeftijdsspecifieke biologische, psychologische en sociale veranderingen een rol spelen. Dit betreft het vaker voorkomen van comorbiditeiten en polyfarmacie, het vaker voorkomen van dementie en andere cognitieve stoornissen, veranderingen in farmacologische reacties bij het ouder worden, Verminderde klaring van medicatie door verminderde nierfuncties en leverfuncties, mobiliteit en het kleiner worden van het sociale netwerk. Leeftijdsspecifieke aandachtspunten die worden aangegeven voor ouderen kunnen ook van toepassing zijn bij jeugdigen en volwassenen van middelbare leeftijd, met name bij somatische comorbiditeit.

1.2.4 Gebruik van termen: patiënt, naaste, hulpverlener

In de ggz wordt wisselend gebruik gemaakt van de term cliënt of patiënt. In deze zorgstandaard is voor de benaming patiënt gekozen.

Met naasten worden de naastbetrokkenen van de patiënt bedoeld. Dit kan de familie, partner, ouders of kinderen of andere naasten betreffen.

Met 'hulpverleners' bedoelen we alle disciplines of professionals die betrokken zijn bij de zorg voor mensen met een depressie en hun naasten, zoals beschreven in deze zorgstandaard. Waar het expliciet de behandeling betreft, spreken we veelal van 'behandelaar'. Waar geen onduidelijkheid bestaat over of het de persoon danwel de organisatie die zorg verleent betreft, spreken we soms van zorgverlener.

2. Over depressieve stoornissen

Autorisatiedatum 15-03-2018 Beoordelingsdatum 15-03-2018

2.1 Verschillende vormen van depressie

Deze zorgstandaard Depressieve stoornissen wordt herzien. De herziening start eind 2024. Op 23 mei 2024 is de multidisciplinaire richtlijn (MDR) Depressie uit 2013, herzien en gepubliceerd ([klik hier voor de nieuwe MDR](#)). De nieuwe inzichten uit deze MDR zullen in de nieuwe zorgstandaard Depressie worden verwerkt. Let op: In de huidige zorgstandaard wordt nog verwezen naar de verouderde MDR Depressie en EBRO modules.

Depressie (depressieve stoornis) kent verschillende vormen, waarbij de mate van ernst kan variëren van een lichte, tot een matige-ernstige of ernstige depressie en ook het beloop kan variëren (zie [Diagnostiek en monitoring](#) en achtergronddocument [Kenmerken van de doelgroep](#)).

De zorgstandaard maakt een onderscheid tussen:

- preventieve interventies bij depressieve klachten (ook wel 'minor depression' genoemd)
- behandeling van mensen met een diagnose in de categorie depressieve stoornissen volgens DSM-5.

Wat is een dysthymie?

Dysthymie is volgens de DSM-IV een depressieve stoornis met een chronische aard. In de DSM-5 zijn de chronische depressieve stoornis en de dysthyme stoornis samengevoegd in de classificatie persisterende depressieve stoornis. Dysthymie in deze zorgstandaard verwijst naar een specificatie van de persisterende depressieve stoornis zoals beschreven in DSM-5 (d.w.z. persisterende depressieve stoornis met zuiver dysthym syndroom). De gevolgen van een depressieve stoornis kunnen groot zijn, ook bij een lichte of matig-ernstige depressie of dysthymie.

Over [verschillende soorten depressie](#) staat meer op Thuisarts.nl.

2.2 Oorzaken en beloop

2.2.1 Oorzaken

De oorzaak of aanleiding voor het ontstaan van een depressie is niet altijd aanwijsbaar. Oorzaken zijn niet altijd bekend en kunnen ook niet altijd gericht behandeld worden. Meestal speelt een combinatie van biologische, sociale en psychologische factoren tegelijkertijd een rol (zie ook achtergronddocument [Risicofactoren voor het ontwikkelen en in stand houden van een depressie](#)),

zoals genetische achtergrond, bepaalde gebeurtenissen in het leven (negatieve (jeugd)ervaringen, overlijden of gemis van een dierbare, verlies van werk of status, verhuizing, etc.), alcoholgebruik, persoonlijke kenmerken (de manier van omgaan met emoties, emotieregulatie) en cognitieve stijl (negatieve informatieverwerking van gedachten en overtuigingen). Ook kunnen er lichamelijke oorzaken zijn, zoals hypothyroïdie, dementie, de ziekte van Parkinson, een doorgemaakt hartinfarct, somatisch onverklaarde klachten of chronische pijnklachten. Vaak spelen meerdere uitlokkende factoren of omstandigheden tegelijkertijd een rol (zie ook achtergronddocument [Risicofactoren voor het ontwikkelen en in stand houden van een depressie](#)). Transdiagnostische kernmerken zoals persoonlijke kenmerken (de manier waarop je met situaties en emoties omgaat, emotieregulatie) en informatieverwerking (in de vorm van negatieve gedachten en overtuigingen) spelen een rol. Deze stressoren zijn veelal levensfase-gebonden.

De behandeling zet meestal in op de klachten passend bij de depressie en gaandeweg de behandeling kunnen een of meerdere oorzakelijke factoren duidelijk worden. Het is vanaf de start van de behandeling van belang de behandeling goed te laten aansluiten op het persoonlijke verhaal. Als er duidelijke stressverhogende psychosociale factoren meespelen wordt soms bijvoorbeeld een psychosociale behandeling meteen ingezet ten behoeve van het voorkomen of draaglijk maken van aan depressie bijdragende factoren (zie [Psychosociale behandeling](#)).

Op huisarts.nl staat meer informatie over de [oorzaken van depressie](#).

2.2.2 Voórkomen

Depressie komt vaak voor, vooral onder adolescenten en (jong)volwassenen (zie ook [Voorkomen van depressie](#)). Bij naar schatting ruim 20% van de mensen met een depressie bestaat de depressieve stoornis langer dan 2 jaar (1 jaar bij kinderen en jongeren) en is er sprake van een persisterende depressieve stoornis (chronische depressie of dysthymie). Inclusief jongeren vanaf 13 jaar en ouderen, hebben naar schatting jaarlijks 797.000 mensen een depressie. Van de kinderen met een depressieve ouder ontwikkelt 40% zelf een depressie voor het 18e jaar.

Bron: Conijn B & Ruiter M, 2011

2.2.3 Beloop van een depressie

Bij naar schatting de helft van alle mensen met een depressieve episode gaat deze binnen 3 maanden spontaan over. Bij wie een depressie langer duurt treedt verbetering na gemiddeld 6 maanden op. Dit kan komen door spontaan herstel of door behandeling. Maar het herstel kan ook meer tijd of zorg nodig hebben (zie [Organisatie van de zorg](#)). Bijkomende psychische of lichamelijke aandoeningen (comobiditeiten) kunnen van invloed zijn op het beloop van de depressie en, andersom, kan de depressie invloed hebben op het beloop van deze aandoeningen.

Depressie kan een eenmalige episode betreffen, maar is veelal een recidiverende aandoening (zie [Voorkomen van depressie](#)). Bij ongeveer de helft van de mensen met een eerste depressieve episode komt de aandoening terug nadat de patiënt is hersteld (recidief). Het risico op een volgende

depressie is groter bij een hoger aantal eerdere depressieve episoden en indien er geen volledig herstel heeft plaatsgevonden in de tussenliggende periode. Een mogelijke verklaring voor deze kwetsbaarheid voor terugval is dat een depressieve periode kan leiden tot biologische en psychologische veranderingen, waarna minder krachtige psychosociale factoren nodig zijn om een terugval te luxeren (kindling-effect). De episodes van somberheid kunnen elkaar afwisselen met langerdurende periodes waarin mensen minder of helemaal niet depressief zijn. Bij terugkerende depressieve episodes bestaat er steeds een kans dat de depressie uiteindelijk een chronische vorm aanneemt.

2.3 Gevolgen van een depressie

2.3.1 Persoonlijke gevolgen

De persoonlijke gevolgen van depressie of dysthymie kunnen ingrijpend zijn. De aandoening heeft impact op de kwaliteit van leven en het maatschappelijk en persoonlijk functioneren. De aandoening leidt vaak tot ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid en kan grote gevolgen hebben voor het gezinsleven en het sociaal functioneren. Ernstige depressie heeft vaak ook een grote impact op de lichamelijke gezondheid en beperkt de levensverwachting. Depressie is daarnaast een belangrijke oorzaak voor suïcidegedachten, -pogingen en suïcide. De aandoening leidt er meestal toe dat een patiënt zichzelf steeds meer als waardeloos gaat zien. De gevolgen van dysthymie zijn vaak minder zichtbaar en leiden minder snel tot uitval van werk, opleiding of school, maar het chronische karakter kan zeer belastend zijn. Wie een depressie of dysthymie heeft, krijgt vaak te kampen met onbegrip en met gevoelens van schaamte en falen als mogelijke negatieve consequentie. Een 'vroeg' depressie kan iemands schoolprestaties en de reguliere ontwikkeling in de levensloop verstoren. Bij ouderen zijn de gevolgen vaak ernstig en de symptomen lang aanwezig.

2.3.2 Gevolgen voor naasten

Niet alleen degene die een depressie heeft lijdt daaronder, maar ook diens eventuele partner en gezinsleden of andere naasten. Omdat een depressie grote gevolgen kan hebben voor diverse naasten is het belangrijk dat zorgverleners aandacht besteden aan het familiesysteem of andere naasten. Partners kunnen overbelast worden en de relatie met de partner of de kinderen raakt mogelijk verstoord. Eventuele broers of zussen van een kind of jongere met een depressie, kunnen in hun ontwikkeling beperkt worden. Ook kan de depressie of dysthymie in het gezin leiden tot isolement van de partner of gezinsleden. Baby's met een depressieve moeder kunnen ernstig in hun ontwikkeling worden verstoord. Kinderen van een ouder met een depressie of dysthymie hebben verhoogd risico zelf een depressie of andere psychische problematiek te ontwikkelen

een depressie of andere psychische problematiek te ontwikkelen: Module KOPP/KVO
(in ontwikkeling, informatie op te vragen bij het Trimbos-instituut).

2.3.3 Maatschappelijke gevolgen

Maatschappelijk gezien zijn de gevolgen van een depressie groot door ziekteverzuim of schoolverzuim, verlies van werk of (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid met bijkomende financiële gevolgen of schooluitval. Depressie verklaart 8,2% van de verzuimdagen van de werkende bevolking en is daarmee de grootste oorzaak van ziekteverzuim. De zorgconsumptie is hoog.

2.4 Leeswijzer

2.4.1 Klacht - stoornis - aandoening

In deze zorgstandaardtekst maken we veelal een onderscheid tussen depressieve klachten en een (persisterende) depressieve stoornis. Met depressiesymptomen bedoelen we klachten die kunnen optreden als voorloper van een depressieve stoornis. Met depressieve klachten bedoelen we een 'minor depression', waarbij geen sprake is van een depressieve stoornis die voldoet aan de criteria volgens de DSM-5.

Wanneer we uitsluitend depressieve klachten of depressiesymptomen bedoelen noemen we dit expliciet. Als we spreken van een 'depressie' wordt een unipolaire depressieve stoornis bedoeld, al dan niet persisterend en inclusief chronische depressie en dysthymie. Om hierop voldoende alert te zijn spreken we veelal expliciet van dysthymie, waarmee de (persisterende) depressieve stoornis wordt bedoeld.

Behalve de benaming '(psychische) stoornis' spreken we in deze zorgstandaardtekst, rechtdoende aan het patiëntperspectief, veelal ook van 'aandoening'. Het gebruik van de term 'ouderen' wordt bedoeld zonder negatieve connotatie.

2.4.2 Kind, jongere en jongvolwassene

Met betrekking tot minderjarigen en jongvolwassenen worden op basis van het Addendum Jeugd, de desktopsearch en het advies van experts (Kinder- en Jeugdpsychiaters) bij een aantal onderwerpen specifieke aanbevelingen gedaan voor deze groep patiënten. Het is niet mogelijk om op alle andere punten te veronderstellen dat de aanbevelingen direct toepasbaar zijn op minderjarigen en jongvolwassenen (zie ook de aanbevelingen in het onderhoudsplan).

Leeftijdsspecifieke aandachtspunten die worden aangegeven voor kinderen en jongeren kunnen ook van toepassing zijn bij jongvolwassenen, bijvoorbeeld met betrekking tot vroegherkenning of medicamenteuze behandeling.

Bij patiënten jonger dan 16 jaar wordt met patiënt bedoeld patiënt en/of zijn of haar ouders of verzorgers. Waar we in deze zorgstandaard spreken over 'ouders', kunnen dit de biologische ouders zijn, maar ook de verzorgers, waarmee we bedoelen de pleeg-, adoptie of stiefouders of andere volwassenen die de ouderrol vervullen. Waar 'ouders' staat kan ook 'een ouder' worden gelezen.

Of kinderen zelf mogen beslissen over de behandeling hangt af van hun leeftijd:

- Jonger dan 12

Kinderen jonger dan 12 jaar mogen niet voor zichzelf beslissen over medisch onderzoek of behandeling. Dat doen hun ouders of verzorgers. De arts moet jonge kinderen op hun eigen niveau vertellen wat er met hen gaat gebeuren.

- Tussen de 12 en de 16

Jongeren tussen 12 en 16 jaar beslissen samen met hun ouders over een onderzoek of een behandeling. Op deze leeftijd kunnen kinderen hun situatie meestal goed overzien. Daarom gaat hun mening vaak boven de mening van de ouders.

- 16 jaar en ouder

Jongeren vanaf 16 jaar mogen zelf beslissen over onderzoeken of medische behandelingen die zij moeten ondergaan.

2.4.3 Ouderen

Met betrekking tot ouderen kunnen leeftijdsspecifieke biologische, psychologische en sociale veranderingen een rol spelen. Dit betreft het vaker voorkomen van comorbiditeiten en polyfarmacie, het vaker voorkomen van dementie en andere cognitieve stoornissen, veranderingen in farmacologische reacties bij het ouder worden, Verminderde klaring van medicatie door verminderde nierfuncties en leverfuncties, mobiliteit en het kleiner worden van het sociale netwerk.

Leeftijdsspecifieke aandachtspunten die worden aangegeven voor ouderen kunnen ook van toepassing zijn bij jeugdigen en volwassenen van middelbare leeftijd, met name bij somatische comorbiditeit.

2.4.4 Gebruik van termen: patiënt, naaste, hulpverlener

In de ggz wordt wisselend gebruik gemaakt van de term cliënt of patiënt. In deze zorgstandaard is voor de benaming patiënt gekozen.

Met naasten worden de naastbetrokkenen van de patiënt bedoeld. Dit kan de familie, partner, ouders of kinderen of andere naasten betreffen.

Met 'hulpverleners' bedoelen we alle disciplines of professionals die betrokken zijn bij de zorg voor mensen met een depressie en hun naasten, zoals beschreven in deze zorgstandaard. Waar het expliciet de behandeling betreft, spreken we veelal van 'behandelaar'. Waar geen onduidelijkheid bestaat over of het de persoon danwel de organisatie die zorg verleent betreft, spreken we soms van zorgverlener.

3. Vroege onderkenning en preventie

Autorisatiedatum 15-03-2018 Beoordelingsdatum 15-03-2018

3.1 Vroege onderkenning en screening

Deze zorgstandaard Depressieve stoornissen wordt herzien. De herziening start eind 2024. Op 23 mei 2024 is de multidisciplinaire richtlijn (MDR) Depressie uit 2013, herzien en gepubliceerd ([klik hier voor de nieuwe MDR](#)). De nieuwe inzichten uit deze MDR zullen in de nieuwe zorgstandaard Depressie worden verwerkt. Let op: In de huidige zorgstandaard wordt nog verwezen naar de verouderde MDR Depressie en EBRO modules.

Vroege herkenning en een tijdige adequate aanpak van depressieve klachten en symptomen van depressie kan bijdragen aan het voorkomen van verergering van de problematiek, het ontstaan van een depressie of dysthymie of het optreden van een terugval (recidief). Vroege onderkenning vraagt een alerte houding van hulpverleners en dóórvragen, ook bijvoorbeeld bij ouders of school. Al naar gelang de functie van de hulpverlener kan deze zelf met de patiënt in gesprek gaan, vinger aan de pols houden, of de patiënt verwijzen naar passende hulp. Zie hiervoor ook de zorgstandaard [Psychische klachten in de huisartsenpraktijk](#) en Diagnostiek en behandeling generalistische basis ggz. Voor het voorkomen van een recidief-episode: zie Terugvalpreventie.

Depressieve klachten of symptomen van depressie zijn soms moeilijk te herkennen doordat sombere gevoelens ook als normale emotionele reactie optreden bij een negatieve levensgebeurtenis. Een depressie, of de voorbode daarvan, kan zich op verschillende wijzen manifesteren. Dit geldt zowel voor een eerste episode als een recidief-episode. Dysthymie, of de voorbode daarvan, is vaak minder zichtbaar en leidt minder snel tot uitval. Het is van belang om tijdig alert te zijn op depressieve klachten om (het ontwikkelen van) een depressie of dysthymie tijdig te onderkennen. Doordat er op een depressie of dysthymie vaak een taboe rust, ervaren mensen veelal een drempel bij het zoeken naar hulp. Het vergroten van kennis over depressie en dysthymie bij leerkrachten, verzorgend personeel, etc. is van belang voor vroege herkenning en preventie.

Signalen van (een voorbode van) depressie of dysthymie kunnen zijn:

- aanhoudende moeheid of klachten zonder lichamelijke oorzaak;
- aanhoudende of terugkerende zorgen, somberheid of verdriet;
- chronische pijn; nervositeit of slapeloosheid;
- vermindering van de zelfzorg;
- gewichtsvermeerdering of vermindering;
- verandering van activiteitenpatroon en sociale contacten (inclusief verandering van de beleving ervan);

- suïcidaliteit.

Specifieke aandachtspunten bij kinderen en jongeren De symptomen van depressie verschillen per leeftijdsfase: hoe jonger een jeugdige is, hoe specifieker de symptomen kunnen zijn (bijvoorbeeld: regressie naar een eerder niveau van functioneren of lichamelijke klachten). De stemming is meestal nog meer reactief, dat wil zeggen dat bij afleiding een tijdelijke opleving plaats kan vinden hetgeen een wisselend beeld geeft. Ook is er bij jeugdigen niet zelden sprake van toegenomen slaapbehoefte of eetlust.

De DSM-5 criteria voor een depressie zijn gelijk voor kinderen, jongeren en volwassenen, met toevoeging van prikkelbaarheid en niet aankomen in gewicht voor kinderen en jongeren (zie achtergronddocument Kenmerken van de doelgroep). Bij kinderen en jongeren staat een geprikkelde stemming vaak meer op de voorgrond in plaats van somberheid of het niet meer ervaren van vreugde (ook wel anhedonie genoemd). Zo kan het meer op een gedragsprobleem dan op een stemmingsprobleem lijken.

Speciale aandacht verdient tijdige herkenning van dysthymie. Veel mensen met dysthymie hebben namelijk de ervaring dat zij al klachten hadden vanaf hun jeugd, maar dat de stoornis bij hen pas in de late volwassenheid is vastgesteld. Bij kinderen, jongeren en adolescenten is er sprake van een persisterende depressieve stoornis bij een duur van minimaal 1 jaar (bij volwassenen bij een duur van minimaal 2 jaar).

Specifieke aandachtspunten bij ouderen Bij ouderen met beperkter cognitief functioneren of met andere psychische problematiek kan het lastiger zijn een depressie te herkennen. De thuiszorg en sociale wijkteams kunnen een belangrijke rol spelen in de vroege herkenning van depressieve klachten en symptomen van depressie.

3.1.1 Risicofactoren en aangrijpingspunten voor interventie

Het is belangrijk om risicofactoren voor het ontwikkelen of in stand houden van een depressie of dysthymie te inventariseren. Naast kunnen hierin een belangrijke rol vervullen. Lees hier meer over [risicofactoren voor het ontwikkelen en in stand houden van een depressie](#). Vraag gericht door als deze factoren niet direct zichtbaar zijn, en geef de patiënt inzicht in deze risicofactoren.

De risico-, instandhoudende en ook beschermende factoren waarop invloed uitgeoefend kan worden, vormen aangrijpingspunten voor tijdige ondersteuning om een (nieuwe episode van) depressie te voorkomen, dan wel verergering tegen te gaan. Het gaat, volgens het kwetsbaarheid-stressmodel, om een verhouding tussen enerzijds factoren die het ontstaan en aanhouden van een stemmingsstoornis bevorderen (stress en kwetsbaarheid) en anderzijds factoren die een stemmingsstoornis tegengaan of voorkomen (kracht en sociale steun).

Bron: Ingram & Luxton, 2005

Bekend is dat het risico op een stemmingsstoornis voornamelijk wordt gevormd door een interactie van erfelijke en omgevingsfactoren (zoals psychosociale omstandigheden of levensgebeurtenissen), maar dat dit interactie-effect door beschermende factoren kan worden afgezwakt.

Het is belangrijk de levensfase-specifieke stressoren te herkennen, zoals bij overgangen van levensfase. Levensgebeurtenissen, zoals het verlies van een ouder of ander familielid, echtscheiding (van de ouders), verhuizing of wisseling van school, ernstige of chronische ziekte en mishandeling of seksueel misbruik, vervallen in schulden zijn belangrijke ontwrichtende factoren. Meestal zijn er 2 of 3 psychosociale risicofactoren gelijktijdig aanwezig als er een eerste depressieve episode ontstaat. Ook slaapproblematiek kan een ontwrichtende factor zijn.

Beschermende factoren kunnen de invloed van risicofactoren beperken. Interventies hebben als doel de invloed van risico- en in stand houdende factoren te beperken en de invloed van beschermende factoren te versterken.

Specifieke aandachtspunten bij jeugdigen

Is er sprake van een (vermoedelijke) situatie waarbij hulp voor de jeugdige noodzakelijk is (zoals verwaarlozing, lichamelijke, psychologische of seksuele mishandeling, huiselijk geweld, problematische hechting), dan volgt de hulpverlener verplicht de meldcode

de meldcode: Zie de website van de Rijksoverheid: Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling.

[Meer informatie](#)

Specifieke aandachtspunten bij ouderen

Bij ouderen zijn grofweg dezelfde risicofactoren van belang die ook bij volwassenen een rol spelen. Wel kan de verhouding tussen de verschillende risicofactoren met de leeftijd veranderen, waarbij afnemende vitaliteit, rolverandering (door pensionering) verlies van naasten, eenzaamheid en functionele beperkingen meer op de voorgrond staan. Voor ouderen zijn in het bijzonder de gevolgen van eenzaamheid en lichamelijke ziekten van belang. Factoren als pijn, slechte mobiliteit, achteruitgang met betrekking tot de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL; functionele beperkingen), verlies van controle over het bestaan en rolverandering komen naar voren als belangrijke variabelen. Aan deze factoren is vaak wat te doen waardoor de kans op een depressie verminderd kan worden.

De gevolgen van lichamelijke ziekte en het gebruik van depressogene (zelf)medicatie (systemische corticosteroïden, niet-selectieve bètablokkers, H2-receptorantagonisten, NSAID (non-steroidal anti-inflammatory drugs), calciumantagonisten en alcohol) verdienen bij ouderen met een depressie specifieke aandacht, aangezien deze een rol kunnen hebben in het ontstaan of in stand houden van depressieve klachten of een depressieve stoornis. Zie ook de [zorgstandaard Ouderen met psychische aandoeningen](#).

Depressieve-stemmingsstoornis door een somatische aandoening

Depressies beïnvloeden het beloop van veel somatische aandoeningen in negatieve zin. Andersom kunnen depressies het directe gevolg zijn van een somatische aandoening. De hulpverlener moet in de behandeling daarom alert zijn op deze somatische comorbiditeit en causaliteit. Met name bij ouderen vragen cognitieve stoornissen, polyfarmacie en het gebruik van depressogene medicatie specifieke aandacht.

Ten aanzien van de behandeling is het enerzijds van belang om rekening te houden met de interactie tussen de verschillende aandoeningen en zijn er specifieke aandachtspunten in de medicamenteuze behandeling.

Zwangerschap en postpartum-periode

Een depressie kan optreden rondom de zwangerschap en kindervens. Tijdige onderkenning van een depressie bij de (aanstaande) moeder door de huisarts, verloskundige of gynaecoloog is van belang indien depressieve klachten of symptomen van depressie niet kunnen worden toegeschreven aan (hormonale) veranderingen rondom zwangerschap en bevalling. Van belang zijn een goede samenwerking en verwijzing voor vrouwen en partners voor advies en consultatie over zwangerschap bij vrouwen met een psychische aandoening, bijvoorbeeld in een POP (zwangerschap en psychische begeleiding)-kliniek. Bij zwangerschap of kindervens gaat de voorkeur uit naar psychotherapeutische behandeling, in plaats van medicamenteuze behandeling. Vrouwen die een eerdere depressie hebben ondergaan (al dan niet tijdens een eerdere zwangerschap of postpartum-periode) een angst- of depressieve stoornis hebben gehad, lopen een grote kans op herhaling danwel voortzetting van de klachten bij een volgende zwangerschap. Zwangerschapsverlies is een risicofactor voor het ontwikkelen van een depressie.

Op [Thuisarts.nl](https://thuisarts.nl) staat meer uitleg over [zwangerschap en depressie](#).

3.1.2 Hoog-risicogroepen en screeningsinstrumenten

Vroege onderkenning van depressieve symptomen vindt plaats door incidentele en gerichte screening bij mensen bij wie een depressie wordt vermoed vanwege de aanwezigheid van een groot aantal risicofactoren. Dit vindt veelal plaats in de huisartsenzorg (zie zorgstandaarden [Psychische klachten in de huisartsenpraktijk](#) en [Generalistische diagnostiek en behandeling in de GB GGZ](#)).

Hoog-risicogroepen betreffen: mensen waarbij een groot aantal risicofactoren aanwezig is, mensen met een (chronische) lichamelijke ziekte die beperkingen in het functioneren veroorzaakt, sociale problematiek (met betrekking tot school/werk of relaties), na ernstige levensgebeurtenissen of als er sprake is van vroegere of andere psychische aandoeningen (zoals angstproblematiek of verslaving).

Bij een hoog risico op depressie kan in de huisartsenzorg als aanvulling op de anamnese en heteroanamnese de 4DKL (Vier Dimensionele KlachtenLijst)

Bron: Terluin, 1996, 2007, 2008

worden gehanteerd. Bijvoorbeeld als er behoefte is aan meer informatie of als opening voor een gesprek, of als er na een tweede of volgend gesprek nog onduidelijkheid is of er sprake is van een depressie. De 4DKL is een gevalideerd screeningsinstrument (zelfinvulvragenlijst) die distress, symptomen van depressie, angst en somatisatie meet en monitort hoe deze klachten zich over de tijd ontwikkelen. Als er naast symptomen van depressie risicofactoren aanwezig zijn zal dit de huisarts eerder doen besluiten om diagnostiek naar psychische klachten te doen.

Gevalideerde interview- en observatieschalen zijn: Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS), Bech Rafaelsen Melancholia Rating Scale (BRMS) en Inventory for Depressive Symptomatology (IDS-C). Geschikte zelfinvullijsten zijn: Self-Rating Depression Scale (SDS), Beck Depression Inventory (BDI), Inventory for Depressive Symptomatology (IDS-SR).

Het gebruik van een screeningsinstrument helpt de hulpverlener om een indicatie te hebben voor de kans dat er sprake is van een depressieve stoornis. Gevalideerde screeningsinstrumenten geven bij een niet-positieve uitslag een betrouwbare uitspraak over de afwezigheid van depressie. Een positieve uitslag biedt de betrokkene en hulpverlener een handvat om verder te onderzoeken of er sprake is van een depressie en/of een ander probleem. Als direct bij het eerste gesprek duidelijk is dat iemand een depressie heeft is een screeningsinstrument niet nodig en kan worden overgegaan tot het inventariseren van de symptomen en de diagnostiek.

Specifieke aandachtspunten bij kinderen, jongeren en jongvolwassenen

Screening en periodiek onderzoek bij kinderen en jongeren vindt plaats door de jeugdgezondheidszorg in samenwerking met scholen en (sociale) wijkteams.

Geschikte depressie-specifieke screeningsinstrumenten zijn de Child Depression Inventory-2 (CDI-2)

Bron: Bodden et al, 2016; Kovacs, 1992; Timbremont & Braet, 2005; Timbremont & Braet, 2002

of de Center for Epidemiological Studies – Depression Scale (CES-D).

Bron: Radloff, 1977; Bouma, Ranchor, Sanderman, & van Sonderen, 1995

Bij screening op depressie dienen ook altijd een of meer items over suïcide meegenomen te worden. De Child Depression Inventory-2 (CDI-2), de CBCL/YSR/TRF (Child Behavior Checklist (CBCL; 1,5 tot 18 jaar), Teacher Report Form (TRF) en Youth Self Report (YRS; 11-18 jaar),

Bron: Achenbach, 1991; Achenach & Riffle, 2000

S-PSY (dit is de SDQ met toegevoegde items onder andere op het gebied van zelfdestructief gedrag zoals automutilatie en suïcidaal gedrag; Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; 3-16 jaar)

Bron: Goodman, 1999; Van Widenfelt, Goedhart, Treffers & Goodman, 2003

geven deze mogelijkheid. Wanneer er positief wordt gescoord op 1 of meerdere items die betrekking hebben op suïcide, dan wordt hier altijd op doorgevraagd.

Specifieke aandachtspunten bij ouderen

Ouderen met invaliderende lichamelijke aandoeningen (bijvoorbeeld CVA, ziekte van Parkinson, reuma), lichamelijk onverklaarde klachten of chronische pijn, alcoholmisbruik en klachten over slaap, angst of vergeetachtigheid en recent verweduwd in de huisartsenpraktijk hebben een verhoogd risico op de een depressie. De huisarts en POH-somatiek zijn hierop alert. De POH-Somatiek kan bij de controles eventueel de volgende vragen stellen: 'Piekert u veel?', 'Voelt u zich somber?', 'Voelt u zich angstig?'.

Voor het screenen in risicopopulaties is de Geriatric Depression Scale (GDS) een geschikt instrument, mits er geen sprake is van ernstige cognitieve stoornissen.

Bron: Kok, R.M., Heeren, T.J., van Hemert, A.M., 1993

Bij patiënten met matige tot ernstige cognitieve stoornissen is het gebruik van een zelfinvulvragenlijst minder of niet betrouwbaar. De Cornell Scale for Depression in Dementia is in specifieke settingen voor deze doelgroep een alternatief. Acuut of ernstig zieke ouderen of ouderen met ernstige cognitieve stoornissen worden bij verdenking op depressie gezien door een specifiek deskundige hulpverlener.

3.1.3 Onderscheiden van depressieve klachten

Depressieve klachten worden onderscheiden van andere klachten die passen bij:

- rouwreactie of andere reactie op een aanzienlijk verlies: hoewel de symptomen begrijpelijk kunnen zijn of passend bij het verlies, dient de aanwezigheid van een depressieve episode, ook bij rouw, zorgvuldig te worden overwogen;
- aanpassingsproblemen naar aanleiding van een herkenbare stress veroorzakende gebeurtenis, korter dan 3 maanden na het begin van deze gebeurtenis (waarbij de stoornis niet voldoet aan

- de criteria van een andere psychische stoornis);
- stressorgerelateerde stoornissen (met klachten als concentratieproblemen, vermijding, fysiologische reacties en spanningsklachten).

Op [Thuisarts.nl](https://thuisarts.nl) staat informatie v [oor patiënten over depressie](#).

3.2 Probleemanalyse voor bepalen vervolgstappen

Om de aanwezigheid van een depressie in te schatten en de behandelstappen die hierop volgen te bepalen, vindt na een geïndividualiseerde probleeminventarisatie een probleemanalyse plaats op basis waarvan de vervolgstappen worden ingezet. De inschatting van de hulpverlener is, eventueel aangevuld met (hetero) anamnestiche gegevens, gebaseerd op:

- de klachtenpresentatie van de patiënt;
- eventueel aangevuld met de resultaten van een screeningsinstrument;
- omstandigheden, gedrags- of persoonskenmerken die een rol spelen.

De gezamenlijke besluitvorming door hulpverlener en patiënt kan worden vormgegeven aan de hand van viermaal 2 vragen:

- Diagnose: Wat is je probleem en hoe is het gekomen?
- Indicatie: Wat wil je bereiken en wat pakken we aan?
- Interventie: Wat voeren we uit en wat is het resultaat?
- Evaluatie: Wat is ons oordeel en hoe gaan we verder?

De hulpverlener benadrukt dat de beleving en aanpak van depressieve klachten of een depressieve stoornis per persoon erg kunnen verschillen.

Als het waarschijnlijk om een depressie gaat, zal de hulpverlener dit met de patiënt bespreken, systematische diagnostiek (zie [Het diagnostische proces](#)) voorstellen om de aard en ernst van de depressie vast te stellen en onderzoeken of er behoefte en bereidheid is om een behandeling aan te gaan (zie [Individueel zorgplan en behandeling](#)). Als er geen sprake is van een (vermoedelijke) depressieve stoornis, maar wel van depressieve klachten en er een verhoogd risico is op de ontwikkeling van een depressie zal de hulpverlener geïndiceerde preventie aanbieden.

Specifieke aandachtspunten bij kinderen en jongeren

In het kader van de probleeminventarisatie worden altijd zowel het kind als de ouders bevraagd, en eventueel ook school of andere relevante informatiebronnen wanneer patiënt en/of ouders, afhankelijk van de leeftijd van de patiënt, daar toestemming voor geven.

3.3 Preventie

Aanbevolen bij:

- Depressieve klachten

Geïndiceerde preventie omvat alle interventies die voorkómen dat problemen verergeren bij mensen met depressieve klachten. Zelfhulp en zelfmanagement zijn hierin belangrijke elementen. Vaak

worden interventies ingezet gericht op het voorkomen van een depressie en het versterken van beschermende factoren met betrekking tot vaardigheden, zingeving, eigenwaarde, zelfredzaamheid en sociale netwerken. Preventieve interventies zijn geschikt bij depressieve klachten die een hulpvraag hebben. Er is dan nog geen sprake van een depressieve stoornis. Het doel is om zowel te werken aan het vergroten van de draagkracht, als aan het verminderen of hanteerbaar maken van de draaglast vanuit omgevingsfactoren.

Het betreft een of meerdere van de volgende interventies:

- [Psycho-educatie](#)
- [Leefstijladvisering](#)
- [Gestandaardiseerde \(groeps\)cursussen \(incl. eHealth interventies\)](#)

Indien er gekozen wordt om zelfhulpinterventies in te zetten, dan is het van belang dat de patiënt in contact blijft met de hulpverlener om het effect van de interventie te evalueren en te bespreken of andere interventies nodig zijn.

Als het sociaal disfunctioneren of de lijdensdruk verergeren of als na een af te spreken periode van ongeveer 4 weken de klachten niet over zijn na preventieve interventies en/of zelfhulpinterventies, volgt ook uitleg over dagstructurering en activiteitenplanning (zie [Psycho-educatie](#)).

Als de depressieve klachten niet over gaan wordt vervolgens overgegaan op diagnostiek en behandeling zoals beschreven vanaf [Diagnostiek en monitoring](#).

Specifieke aandachtspunten bij kinderen en jongeren

Voor kinderen en jongeren met depressieve klachten of een verhoogd risico op een depressieve stoornis zijn diverse (eHealth) interventies beschikbaar (zie ook Gestandaardiseerde groepscursussen).

4. Diagnostiek en monitoring

Autorisatiedatum 04-02-2022 Beoordelingsdatum 04-02-2022

4.1 Het diagnostische proces

Deze zorgstandaard Depressieve stoornissen wordt herzien. De herziening start eind 2024. Op 23 mei 2024 is de multidisciplinaire richtlijn (MDR) Depressie uit 2013, herzien en gepubliceerd ([klik hier voor de nieuwe MDR](#)). De nieuwe inzichten uit deze MDR zullen in de nieuwe zorgstandaard Depressie worden verwerkt. Let op: In de huidige zorgstandaard wordt nog verwezen naar de verouderde MDR Depressie en EBRO modules.

Wanneer op basis van screening of klinisch oordeel sprake is van een vermoedelijke depressie, chronische depressie of dysthymie, dan vraagt de huisarts (eventueel in teamverband met de praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz (POH-GGZ)) de klachten verder uit (zie ook [Kenmerken van de doelgroep](#)) of verwijst deze hiertoe naar de generalistische basis ggz (GB GGZ), gespecialiseerde ggz (S GGZ) of hoogspecialistische ggz (HS GGZ).

Het diagnostische proces betreft [Ernstbeoordeling](#), [Risicotaxatie van suïcidaliteit](#), [Heteroanamnese](#), [Differentiaaldiagnostiek](#), [Sociale anamnese](#) en het betrekken van Naasten.

Classificatie vindt plaats volgens de DSM-5 of ICPC

DSM-5 of ICPC: In 2017 is de DSM-5 in Nederland ingevoerd als handboek voor de classificatie van psychische stoornissen. Hierin staat gedetailleerd beschreven welke verschijnselen/symptomen vereist zijn voor de classificatie van de verschillende psychische aandoeningen, waaronder depressieve-stemmingsstoornissen. De voorloper is de DSM-IV-TR. Verschillen met de DSM-IV-TR betreffen de naamgeving van chronische depressie in persisterende depressieve stoornis en het hernoemen van dysthymie als persisterende depressieve stoornis. Bekendheid met de DSM is onontbeerlijk in de ggz en scholing in de DSM maakt standaard deel uit van de opleidingen tot ggz-zorgverlener. De ICPC (International Classification of Primary Care) is 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.

op basis van klinisch oordeel en het zorgvuldig uitvragen van de symptomen. Hiertoe zijn diverse instrumenten beschikbaar.

diverse instrumenten beschikbaar.: De volgende instrumenten zijn beschikbaar: de Structured Clinical Interview voor de DSM-IV (SCID), Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN 2.1), Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) en Calgary Depression Scale (CDS) voor het meten van depressie bij patiënten met schizofrenie.

Standaard wordt gevraagd naar suïcidaliteit (zie [Risicotaxatie suïcidaliteit](#)). Ook wordt standaard gevraagd naar geheugen- en oriëntatieklachten (zie [Differentiaaldiagnostiek](#)). Het goed uitvragen met gebruik van ogenschijnlijk synonieme termen (neerslachtig, in de put, somber, depressief) wordt aanbevolen, zeker bij ouderen. De mate van disfunctioneren en lijden zijn bepalend bij de classificatie.

Openheid over de diagnostiek en het samen duiden van symptomen zijn van belang. Het benoemen van de problematiek en het expliciet bespreken van de betekenis hiervan met de patiënt en naasten is een belangrijke stap in het opbouwen van een goede werkrelatie, het verlichten van de lasten en het bevorderen van het acceptatieproces en herstelproces. De werkrelatie speelt een essentiële rol in het effect van de latere behandeling. Het kan voor patiënten (en naasten) teleurstellend zijn als steeds (ook na lange tijd) een andere classificatie wordt gegeven en dient worden geprobeerd te voorkomen.

Bij twijfel wordt consultatie of advies ingeroepen van een collega of expert of kan een second opinion overwogen worden:

- Bij complexe diagnostische vragen.
- Bij complexe somatische en/of psychische comorbiditeit die van invloed is op de behandeling.
- Bij twijfels over diagnostiek en behandeling van zeldzame aandoeningen (hetzij gediagnostiseerd in de huisartsenpraktijk, hetzij in de GB GGZ of S GGZ). Te denken valt aan aandoeningen die complex van aard zijn en waar expertise in Nederland geconcentreerd is.
- Bij een adviesbehoefte over de aanpak van de behandeling in de (gespecialiseerde) ggz.
- Bij een adviesbehoefte over de aanpak van de behandeling bij onverwachte terugval.
- Bij een adviesbehoefte over omgang met de patiënt of diens naaste(n).

Voor diagnostiek en behandeling bij patiënten met een (vermoeden van) laag IQ zie [Psychische stoornissen en ZB/LVB](#)

4.1.1 Specifieke aandachtspunten bij kinderen, jongeren en jongvolwassenen

Bij kinderen en jongeren vindt de basisdiagnostiek uitgebreider plaats dan bij volwassenen, aangezien hierbij meerdere bronnen geraadpleegd worden.

- De diagnostiek is tijdsintensiever, vraagt meer of langere sessies en meer partijen worden bevraagd (ouders, gezinsleden, school).
- De diagnostiek wordt uitgevoerd door een hiertoe gekwalificeerde jeugdprofessional, eventueel door verwijzing naar de GB GGZ, S GGZ of HS GGZ.
- Vooral bij jonge kinderen is het belangrijk om af te stemmen met een kinderarts, aangezien een

kind nog volop in ontwikkeling is en er geen somatische aspecten gemist mogen worden.

Na het vaststellen van een depressieve diagnose en eventueel een comorbide diagnose kan een behandeling geïndiceerd worden en starten. Aanvullende diagnostiek kan soms tegelijkertijd met de behandeling uitgevoerd worden, waarna kan blijken dat t aanvullende behandeling geïndiceerd is (bijvoorbeeld gezinstherapie).

Kind en ouders dienen los van elkaar onderzocht en bevraagd te worden. Kinderen worden onderzocht middels diagnostisch onderzoek dat bij jonge kinderen meer uit spel en gedragsobservaties zal bestaan en bij kinderen vanaf circa 8 jaar meer in gespreksvorm plaatsvindt. Daarnaast dienen de ouders te worden bevraagd. Vervolgens is het raadzaam om beide resultaten te combineren:

- Als alleen ouders worden bevraagd, is de kans groot dat een stemmingsprobleem wordt gemist.
- Wordt alleen de jeugdige bevraagd, dan worden de stemmingsproblemen vaker overschat.
- Vanaf 8 jaar kunnen kinderen zelf een vragenlijst over hun stemmingsproblemen invullen. Ook kan bij hen een diagnostisch interview worden afgenomen.

Voor de classificatie en ernstbeoordeling kan gebruikgemaakt worden van de CDI-2 (Child Depression Inventory-2; zelfrapportage). De interpretatie vindt plaats door een daartoe bevoegde hulpverlener.

Bij het signaleren en vaststellen van stemmingsproblemen wordt rekening gehouden met de fase van ontwikkeling waarin de jeugdige zich bevindt. Symptomen van de jeugdige worden afgezet tegen wat als normaal gedrag wordt gezien op die leeftijd en rekening wordt gehouden met het karakter van de jeugdige. De mate van disfunctioneren en lijden door het kind of de jeugdige zelf, zijn bepalend bij het vaststellen van een diagnose.

Nadere informatie voor [jongeren en depressie](#) staat op [Thuisarts.nl](#).

4.1.2 Onderscheid naar ernst, duur en beloop

Een depressieve stoornis kan een eenmalige episode betreffen dan wel recidiverend zijn, waarbij er een nieuwe depressieve episode is opgetreden nadat de patiënt volledig is hersteld. Van terugval is sprake bij een terugkeer of verergering van klachten voordat herstel optreedt of binnen een periode van 4 tot 6 maanden na het bereiken van herstel. Het beloop kan zijn:

- gedeeltelijk in remissie, zonder volledig herstel in de tussenliggende periode;
- volledig in remissie, met volledig herstel in de tussenliggende periode.

Een depressieve episode kan ingedeeld worden op basis van ernst (zie Ernstbepaling voor de ernstbepaling) en duur in verschillende typen, met een onderscheid naar eerste episode dan wel recidivering. Op basis van deze indeling volgt indicering voor de behandelstappen ([Individueel zorgplan en behandeling](#)). Keuzes in het behandelbeleid worden altijd samen met de patiënt genomen en kunnen medebepaald worden door: patiëntenvoorkeur, eerder behaalde behandelresultaten en behandelgeschiedenis, andere beoogde effecten (bijv. op het slaappatroon), (verwachte) bijwerkingen of interacties.

4.2 Inschatting ernst en suïcidaliteit

Deze zorgstandaard Depressieve stoornissen wordt herzien. De herziening start eind 2024. Op 23 mei 2024 is de multidisciplinaire richtlijn (MDR) Depressie uit 2013, herzien en gepubliceerd ([klik hier voor de nieuwe MDR](#)). De nieuwe inzichten uit deze MDR zullen in de nieuwe zorgstandaard Depressie worden verwerkt. Let op: In de huidige zorgstandaard wordt nog verwezen naar de verouderde MDR Depressie en EBRO modules.

Na het vaststellen van een (persisterende) depressieve stoornis maakt de hulpverlener in de huisartsenzorg, generalistische basis ggz (GB GGZ), gespecialiseerde ggz (S GGZ) of hoogspecialistische ggz (HS GGZ), een ernstinschatting en een inschatting van het te verwachten beloop van de symptomen. Ook dient het risico op suïcidaliteit te worden ingeschat (zie [Risicotaxatie suïcidaliteit](#)).

Bij het beoordelen van de ernst van een depressie spelen diverse factoren een rol:

aantasting van het algemeen sociaal en maatschappelijk functioneren en beperkingen daarin;

- de mate waarin symptomen in significante mate (subjectief) lijden veroorzaken;
- de hoeveelheid symptomen;
- de aard van de symptomen, in het bijzonder suïcidaliteit;
- beloopkenmerken: duur van de depressieve episode, al dan niet optreden van stagnatie in het herstel, recidive;
- co-morbiditeit met andere psychische of met somatische aandoeningen.

Een depressieve stoornis wordt als ernstiger omschreven als deze met meer en met ernstiger symptomen gepaard gaat, langer duurt, vaker recidiveert, meer aantasting geeft van het algemeen functioneren (werk/opleiding/school, thuis, hobby's, sociale relaties/relaties met leeftijdsgenoten) en tussen de episoden door niet volledig herstelt.

Lichte depressie

Bij een lichte depressie kunnen veel mensen de gewone dagelijkse activiteiten wel doen. Vaak lukt echter een aantal activiteiten niet meer zoals, contact zoeken met vrienden en familie.

Matig ernstige of ernstige depressie

Een matig ernstige of ernstige depressie beperkt het leiden van het normale leven. Kenmerken kunnen zijn dat het niet lukt om zichzelf en anderen te verzorgen, boodschappen te doen, om te werken, een opleiding te volgen, of naar school te gaan. Soms staan doodsgedachten voorop, nemen de gedachten waanachtige vormen aan of zien, horen of proeven patiënten dingen die andere mensen niet waarnemen (psychotische kenmerken). Voor de patiënt zelf en diens naasten is dit erg zwaar.

Depressie met psychotische kenmerken

Bij een depressie met psychotische kenmerken is adequaat handelen of doorverwijzen naar de S

GGZ urgent, vanwege consequenties voor het te volgen farmacotherapeutische beleid en het samenhangen met een verder verhoogd suïciderisico. Met name stemmingscongruente psychotische verschijnselen worden vaak gemist en deze leiden wel vaak tot suïcide, bijvoorbeeld als iemand de overtuiging heeft niet meer beter te worden of iedereen tot last te zijn.

Maak eventueel gebruik van instrumenten zoals een interviewschaal of zelfinvullijst

De ernst van de depressie wordt gezamenlijk beoordeeld door de hulpverlener en patiënt (en naasten), die hierbij eventueel gebruik kan maken van een gevalideerde interview- en observatieschaal of een geschikte zelfinvullijst. Geschikte interview- en observatieschalen en zelfinvulvragenlijsten die kunnen worden ingezet bij de ernstbeoordeling vind je in [Hoog-risicogroepen en screeningsinstrumenten](#).

Bij de keuze tussen het gebruik van zelfinvullijsten en een interview- en observatieschaal dient rekening te worden gehouden met de neiging van ernstig depressieve patiënten om de ernst van de symptomen te verkleinen, terwijl patiënten met lichtere symptomen deze neigen uit te vergroten.

Bij ernstige depressie hebben interview- en observatieschalen de voorkeur.

4.2.1 Risicotaxatie suïcidaliteit

Voor elke patiënt met depressieve klachten of een (persisterende) depressieve stoornis dient een risicotaxatie van suïcidaliteit plaats te vinden. Het is belangrijk om het gesprek over suïcidaliteit aan te gaan en risicofactoren in kaart te brengen. De alertheid op suïcidedgedachten en suïcidaal gedrag blijft ook bij vervolgesprekken van belang. Zie hiervoor de [zorgstandaard Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag](#).

Suïcidaliteit kan variëren van het hebben van vage gedachten tot een vastomlijnd plan tot het plegen van suïcide. Een vertrouwensrelatie is de basis voor een gesprek hierover. Als het gesprek over suïcidaliteit op een neutrale, niet-veroordelende manier wordt gevoerd, is de kans het grootste dat hierover een zinvol contact ontstaat. Ook naasten kunnen een belangrijke rol hebben in het herkennen van suïcidaal gedrag. Voor hen is de impact van suïcidaal gedrag of suïcide-ideatie groot. Gezinsleden, familieleden of andere naasten kunnen een belangrijke schakel zijn in beschermingsfactoren of juist de kwetsbaarheidsfactoren. Het betrekken van naasten kan in de vorm van psycho-educatie of het geven van adviezen over hoe om te gaan met dreigende situaties. Zie hiervoor de [zorgstandaard Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag](#).

Op Thuisarts.nl staat [zelfmoord uitgelegd voor patiënten](#).

Specifieke aandachtspunten bij kinderen, jongeren en jongvolwassenen

Gezien de verhoogde risico's op suïcidaliteit bij kinderen, jongeren en jongvolwassenen, dient gedurende de medicamenteuze behandeling zorgvuldige monitoring plaats te vinden, met expliciete aandacht voor het risico op suïcidaliteit (zie Monitoring). Daarbij wordt specifiek gelet op een mogelijke plotselinge toename van suïcidaliteit na starten met de medicatie (zie de [zorgstandaard Bijwerkingen](#)).

Specifieke aandachtspunten bij ouderen

Suïcidaliteit, levensmoeheid of een doodswens bij ouderen is een reden om het gesprek aan te gaan over depressie en over de hulpvraag, eventueel derden te consulteren, en (op geleide van gesprekken) aanvullende diagnostiek te doen met betrekking tot somatische, cognitieve en psychologische aspecten.

4.3 Hetero- en sociale anamnese

Deze zorgstandaard Depressieve stoornissen wordt herzien. De herziening start eind 2024. Op 23 mei 2024 is de multidisciplinaire richtlijn (MDR) Depressie uit 2013, herzien en gepubliceerd ([klik hier voor de nieuwe MDR](#)). De nieuwe inzichten uit deze MDR zullen in de nieuwe zorgstandaard Depressie worden verwerkt. Let op: In de huidige zorgstandaard wordt nog verwezen naar de verouderde MDR Depressie en EBRO modules.

4.3.1 Heteroanamnese

Waar mogelijk worden gezins- of familieleden of andere belangrijke personen bij de diagnostiek betrokken om heteroanamnestische gegevens te verkrijgen, en daarbij cognitieve stoornissen niet over het hoofd te zien.

Specifieke aandachtspunten bij kinderen en jongeren

Bij kinderen en jongeren vindt altijd een heteroanamnese plaats, waarbij ook school of andere belangrijke informatiebronnen kunnen worden betrokken wanneer ouders en, boven de 12 jaar, ouders en kind daarvoor toestemming geven.

Specifieke aandachtspunten bij ouderen

Bij ouderen vindt altijd een heteroanamnese plaats, met onder andere aandacht voor cognitieve stoornissen en comorbiditeit.

4.3.2 Sociale anamnese

In de diagnostiek en behandeling wordt rekening gehouden met persoonlijke ontwikkeling, sociale en culturele achtergrond, etniciteit, gender, seksuele oriëntatie, familie- of gezinsstructuur, religie en spiritualiteit, opleiding, werk en inkomen en met de fysieke en sociale omgeving, (kalender)leeftijd en de biologische/psychologische/sociale leeftijd, voor zover dit als relevant wordt beoordeeld.

Bij de sociale diagnostiek is aandacht voor de belasting van de gezinsleden, partner of verzorgenden. Bij ouderen worden het verdere sociale netwerk, de bezigheden en de levensloop in kaart gebracht.

4.4 Differentiaaldiagnostiek

Deze zorgstandaard Depressieve stoornissen wordt herzien. De herziening start eind 2024. Op 23 mei 2024 is de multidisciplinaire richtlijn (MDR) Depressie uit 2013, herzien en gepubliceerd ([klik hier voor de nieuwe MDR](#)). De nieuwe inzichten uit deze MDR zullen in de nieuwe zorgstandaard Depressie worden verwerkt. Let op: In de huidige zorgstandaard wordt nog verwezen naar de verouderde MDR Depressie en EBRO modules.

Differentiaaldiagnostiek is een onderdeel van de diagnostiek, zowel in de huisartsenzorg (incl. de praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz (POH-GGZ)) als in de generalistische basis ggz (GB GGZ), gespecialiseerde ggz (S GGZ) of hoogspecialistische ggz (HS GGZ). Zie ook de [Richtlijn Psychiatrische diagnostiek](#).

Algemene overwegingen

Depressieve klachten worden onderscheiden van andere klachten die passen bij:

- rouwreactie of andere reactie op een aanzienlijk verlies: hoewel de symptomen begrijpelijk kunnen zijn of passend bij het verlies, dient de aanwezigheid van een depressieve episode, ook bij rouw, zorgvuldig te worden overwogen;
- aanpassingsproblemen naar aanleiding van een herkenbare stress veroorzakende gebeurtenis, korter dan 3 maanden na het begin van deze gebeurtenis (waarbij de stoornis niet voldoet aan de criteria van een andere psychische stoornis);
- stressorgerelateerde stoornissen (met klachten als concentratieproblemen, vermijding, fysiologische reacties en spanningsklachten).

Onderscheiden van bipolaire stoornis

Bij het beoordelen van een depressie is het belangrijk dat er altijd gedacht wordt aan een bipolaire stoornis:

- Bij een bipolaire stoornis gaan in bijna alle gevallen symptomen van depressie en 1 of meer depressieve episode vooraf aan de eerste (hypo)manische episoden.
- Juist de hypomanische episoden worden vaak niet onderkend omdat deze niet tot klachten of een hulpvraag leiden.
- Een manische of hypomanische episode wordt uitgesloten voordat een (unipolaire) depressieve stoornis wordt vastgesteld.

Het is dan ook belangrijk altijd te bespreken of er in het verleden sprake is geweest van een ontreemde periode met een verhoogde, eufore stemming, prikkelbaarheid, agitatie en een overmaat aan (plezierige) activiteiten:

- Het is zinvol hier ook bij naasten naar te vragen.
- Ook wordt gevraagd of er familieleden met depressies of bipolaire stoornissen voorkomen in de familiegeschiedenis.
- Het vragen naar eerdere (hypo)manische episoden vindt niet eenmalig plaats, maar wordt herhaald aangezien het na de eerste depressie jaren kan duren voordat de eerste (hypo)manische episode ontstaat.

Om te screenen op het mogelijk bestaan van een bipolaire stoornis is de Nederlandse versie van de Mood Disorders Questionnaire (MDQ-NL) een geschikt instrument.

Bron: Postma, & Schulte, 2008

Bij twijfel over de diagnose vindt consultatie met of verwijzing naar een psychiater plaats. Indien de diagnose bipolaire stoornis is bevestigd, wordt voor het instellen van de behandeling verwezen naar de S GGZ en is de zorgstandaard Bipolaire stoornissen van toepassing.

Onderscheiden van een angststoornis

Vanwege de betekenis voor de prognose van de depressie of dysthymie worden ook angstsymptomen uitgevraagd. Deze kunnen een comorbide angststoornis betreffen of het kan gaan om een depressie met angstige kenmerken.

Onderscheiden van verslaving

Verslavingsproblematiek of middelenmisbruik kan zowel een oorzaak als een gevolg van depressie zijn. Patiënten praten niet gemakkelijk over dit onderwerp, de hulpverlener zal de patiënt moeten motiveren hierover informatie te geven.

Bij het gebruik van alcohol en/of drugs moeten worden gekeken hoe deze middelen de stemming beïnvloeden en hoe het gebruik ervan samenhangt met het ontstaan van de depressie. Vaak zal worden geprobeerd eerst het gebruik van alcohol/drugs te verminderen of te stoppen (zie zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving en zorgstandaard Opiaatverslaving). Voor mensen met een depressie met een verslaving aan cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines; zie de [Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines](#)

Bij twijfel over psychische comorbiditeit vindt consultatie van een ggz-professional (GZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, psychiater) plaats.

Eventuele relatie met lichamelijke aandoeningen

Depressieve klachten en symptomen van depressie kunnen gerelateerd zijn aan lichamelijke aandoeningen. Gedacht moet worden (de opsomming is niet volledig) aan:

- type-2 diabetes mellitus, metabool syndroom;
- schildklieraandoeningen;
- (bij)nieraandoeningen;
- hart- en vaatziekten;
- beroerte;
- dementie, ziekte van Parkinson, ALS en MS;
- elektrolytstoornissen;
- maligniteiten;
- infectieziekten (bijv. HIV/aids en ziekte van Lyme);
- ziekte van Crohn, colitus ulcerosa;

- chronisch-vermoeidheidssyndroom, fibromyalgie;
- andere (auto-immuun)ziekten;
- chronische pijn.

Om deze uit te sluiten kan een somatische anamnese aangevuld worden met lichamelijk onderzoek aangevuld. Of er is een laboratoriumonderzoek nodig, zoals bij schildklieraandoeningen of zoals bij vermoeidheid door vitamine D of B12-tekort, door chronische infecties met verhoogde bezinking of door hartfalen.

Bij twijfel over de somatische diagnostiek of (mogelijke) comorbiditeit vindt consultatie dan wel een second opinion van een huisarts of medisch specialist plaats. De beoordeling van de samenhang met een somatische aandoening wordt gedaan door een medicus.

4.4.1 Specifieke aandachtspunten bij kinderen, jongeren en jongvolwassenen

Ook bij kinderen en adolescenten kan het lastig zijn om een unipolaire depressieve stoornis te differentiëren van een bipolaire stoornis. Men dient zorgvuldig na te gaan of er aanwijzingen zijn voor eventueel subtiele of korte hypomane perioden. Andere mogelijke indicatoren voor bipolaire stoornis zijn een familie-anamnese die positief is voor bipolaire stoornis, voor psychose, of voor farmacologisch geïnduceerde manie of hypomanie.

Depressie en dysthymie gaan bij kinderen, jongeren en jongvolwassenen vaak samen met gedragsstoornissen en angststoornissen en kunnen de ontwikkeling van de persoonlijkheid bedreigen. Sommige gedragsstoornissen gaan over na behandeling van de depressie. Depressie en dysthymie kunnen middels een gestandaardiseerd meetinstrument (zie Het diagnostisch proces) worden onderscheiden van andere stoornissen.

4.4.2 Specifieke aandachtspunten bij ouderen

Bij ouderen dienen een somatische anamnese, aanvullend lichamelijk en laboratoriumonderzoek standaard plaats te vinden. Vasculaire risicofactoren dienen te worden geïnterpreteerd, met name bij depressie die voor het eerst op latere leeftijd ontstaat (late-onset) en indien niet zozeer stemmingsproblemen maar eerder remming (apathie, traagheid) en cognitieve problemen op de voorgrond staan. Voor het vaststellen van depressie bij alzheimerpatiënten wordt geadviseerd van de geldende consensuscriteria gebruik te maken.

Bron: Olin, Schneider, Katz, 2002.

In de differentiaaldiagnostiek bij ouderen wordt middelenafhankelijkheid (drugs, alcohol maar vooral ook benzodiazepineafhankelijkheid) niet te worden vergeten of te worden onderschat.

- Een specifiek aandachtspunt bij ouderen is dat bij de aanwezigheid van symptomen van depressie naast een depressieve stoornis ook gedacht wordt aan depressieve klachten ('minor depression') of beginnende dementie.
- Bij ouderen wordt gescreend op cognitieve achteruitgang met de gestandaardiseerde MMSE

(S-MMSE Mini Mental State Examination).

- Vanwege de differentiële diagnostiek met dementie dienen standaard bij iedere oudere met verdenking op depressie expliciet en gericht enkele vragen naar oriëntatie in tijd en plaats en naar geheugenfuncties (zoals inprenting) te worden gesteld.
- Bij twijfel dient er een goede hetero-anamnese ten aanzien van de cognitie te worden verricht (zie Heteroanamnese) die aangevuld kan worden middels neuropsychologisch en/ of beeldvormend onderzoek.
- Ook is het belangrijk om de depressieve klachten te onderscheiden van gerelateerde problemen zoals eenzaamheid of onverwerkte rouw.
- Bij ouderen moet ook gedacht worden aan een delier. Somatische oorzaken worden uitgesloten indien een oudere patiënt plotseling depressief of angstig wordt met cognitieve stoornissen. Cognitieve functiestoornissen kunnen passen bij een depressie en hoeven geen voorteken te zijn van een zich ontwikkelende dementie.

4.5 Behandeling bij comorbiditeit

Deze zorgstandaard Depressieve stoornissen wordt herzien. De herziening start eind 2024. Op 23 mei 2024 is de multidisciplinaire richtlijn (MDR) Depressie uit 2013, herzien en gepubliceerd ([klik hier voor de nieuwe MDR](#)). De nieuwe inzichten uit deze MDR zullen in de nieuwe zorgstandaard Depressie worden verwerkt. Let op: In de huidige zorgstandaard wordt nog verwezen naar de verouderde MDR Depressie en EBRO modules.

Indien de depressie comorbide is bij andere psychische of somatische aandoeningen wordt hiermee in de diagnostiek, de basisinterventies en de behandeling rekening gehouden. Zie hiervoor ook de [zorgstandaard Comorbiditeit](#).

Behandeling bij een depressieve-stemmingsstoornis door een somatische aandoening

Bij een somatische aandoening die oorzakelijk is voor of optreedt in wisselwerking met de psychische symptomen en klachten zal de behandeling zich in hoofdzaak op deze aandoening richten.

Als is uitgesloten dat een somatische aandoening onderliggend is aan de depressie of depressieve klachten, is behandeling van zowel de depressie als de somatische aandoening noodzakelijk. Daarbij wordt de depressiebehandeling aangepast aan de somatische behandeling en vice versa.

Met medicamenteuze behandeling zal men meer last kunnen hebben van bijwerkingen, die ook moeilijker zijn te onderscheiden van lichamelijke symptomen. Met name bij ouderen is dit een aandachtspunt. Daarbij kan depressie de therapietrouw beïnvloeden. Bij gebruik van meerdere soorten medicatie is er een grotere kans op (ongewenste) interacties. Zie ook de [zorgstandaard Ouderen met psychische aandoeningen](#).

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 stoornis (bijvoorbeeld een angststoornis of persoonlijkheidsstoornis) geen invloed hebben op de specifieke keuzes van behandeling van depressie zoals beschreven in deze zorgstandaard, tenzij expliciet aangegeven. Mogelijk zal wel vaker gekozen worden voor combinatiebehandeling.

Bij een (recidiverende) 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 stoornissen kan ook anders worden overeengekomen.

Bij verslavingsproblematiek, wordt een abstinentie gedurende 4-6 weken beoogd alvorens een depressie te behandelen. Op het moment dat volledige abstinentie niet haalbaar blijkt doordat de verslaving in stand wordt gehouden door de depressie, kan ervoor gekozen worden om te starten met de behandeling van de depressie om zo ook de verslaving aan te pakken.

Zie ook de [zorgstandaard Ouderen met psychische aandoeningen](#).

4.6 Monitoring

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 niet meteen tot interventies wordt overgegaan wordt het beloop van symptomen en klachten gevolgd (in de huisartsenzorg). Indien gewenst door de patiënt worden diens naasten hierin betrokken.

Vaststellen van voldoende dan wel onvoldoende herstel vindt plaats na een in overleg met de patiënt afgesproken behandelduur of eerder op initiatief van de patiënt of hulpverlener indien deze dit passend acht (zie [behandeling en begeleiding](#)). Bij geen of partieel herstel op de behandeling, ondanks een adequate duur en intensiteit van de behandeling, wordt de behandeling bijgesteld.

Verder kijkt de hulpverlener samen met de patiënt naar vorderingen met zelfmanagementstrategieën en behandeldoelen op domeinen die van belang zijn voor het herstelgedrag, coping en motivatie. Monitoren van de behandelresultaten vindt plaats aan de hand van een gesprek of op basis van de anamnese en tevens op basis van door de patiënt geformuleerde klachten, wensen en behoeften. Eventueel worden hierbij vragenlijsten ingezet. Zie onder [basis interventies](#): actief volgen. Periodiek wordt het behandelplan geëvalueerd en zo nodig bijgesteld op basis van gewijzigde probleemdefinitie en doelstelling(en) van de patiënt.

Geschikte zelfinvulvragenlijsten die kunnen worden ingezet voor monitoring zijn genoemd in Hoog-risicogroepen en screening.

- Bij jeugdigen is de CDI (Children's Depression Inventory) geschikt.
- Bij ouderen zijn de MADRS en HRSD het meest geschikt en is de Geriatric Depression Scale GDS of de Cornell Scale for Depression in Dementia

Cornell Scale for Depression in Dementia: Bij patiënten met matige tot ernstige cognitieve stoornissen is het gebruik van een zelfinvulvragenlijst minder of niet betrouwbaar. De Cornell Scale for Depression in Dementia is in deze doelgroep een alternatief.

een alternatief.

Wanneer consultatie of second opinion?

Consultatie dan wel second opinion in de gespecialiseerde ggz (S GGZ) vindt plaats:

- bij twijfel over de diagnose gaandeweg de behandeling;
- bij (vermoeden van) optredende comorbiditeit;
- of wanneer opeenvolgende behandelstappen niet tot het gewenste behandelresultaat geleid hebben.

Dit kan eventueel via de consultatieregeling van de huisartsenzorg.

Indien ook hierna de opeenvolgende behandelstappen niet tot herstel hebben geleid, wordt het behandelbeleid gericht op het voorkómen van verslechtering of van bijkomende problematiek en voorkómen van complicaties in sociaal en maatschappelijk functioneren. In overleg met de patiënt wordt dit behandelbeleid heroverwogen.

Frequentie van monitoring en betrekken van naasten

De hulpverlener monitort het dagelijks functioneren, minimaal eens in de 6 weken. In overleg met de patiënt worden hierbij naast de patiënt, ook partner, familieleden, vrienden en collega's betrokken. Zij signaleren eventuele verergering van de depressie meestal eerder dan de patiënt zelf. Bij oudere of vereenzaamde patiënten worden ook de lichamelijke conditie, de woonsituatie en de sociale omstandigheden gemonitord.

Ook monitort de hulpverlener de werkrelatie. Hiervoor zijn eveneens instrumenten beschikbaar.

instrumenten beschikbaar.: Bijvoorbeeld de Session Rating Scale (SRS), eventueel in combinatie met de Outcome Rating Scale (ORS) om het beloop van de behandeling te volgen volgens de Client Directed Outcome Informed (CDOI) Routine Outcome Monitoring (ROM) method.

Maak gebruik van Routine Outcome Monitoring

Met het monitoren en evalueren, en zo nodig aanpassen, van het behandelbeleid wordt gerapporteerd over behaalde en aangepaste doelen. Hierbij dient zoveel mogelijk gebruik gemaakt te worden van instrumenten voor evaluatie en effectmetingen (Routine Outcome Monitoring) (zie [Organisatie van de zorg](#) voor informatie over Routine Outcome Monitoring en [Kwaliteitsindicatoren](#) voor te gebruiken indicatoren).

5. Behandeling en begeleiding

Autorisatiedatum 15-03-2018 Beoordelingsdatum 15-03-2018

5.1 Basale uitgangspunten bij de behandeling

Deze zorgstandaard Depressieve stoornissen wordt herzien. De herziening start eind 2024. Op 23 mei 2024 is de multidisciplinaire richtlijn (MDR) Depressie uit 2013, herzien en gepubliceerd ([klik hier voor de nieuwe MDR](#)). De nieuwe inzichten uit deze MDR zullen in de nieuwe zorgstandaard Depressie worden verwerkt. Let op: In de huidige zorgstandaard wordt nog verwezen naar de verouderde MDR Depressie en EBRO modules.

5.1.1 Patiëntenvoorkeur en gezamenlijke besluitvorming

Beslissingen over het behandelbeleid nemen hulpverlener en patiënt (en eventueel naasten

eventueel naasten: Bij kinderen tot 12 jaar ligt de beslissingsbevoegdheid bij de ouders. Bij jongeren van 12 jaar of ouder, maar nog geen 16 jaar, is naast toestemming van de jongere ook toestemming nodig van de ouders.

) gezamenlijk. Hiertoe worden patiënten, en hun naasten, goed geïnformeerd aan de hand van (zo nodig herhaalde) psycho-educatie en andere patiënteninformatie.

Gezamenlijke besluitvorming gaat over het delen van informatie met de patiënt over de diagnostiek en behandelmogelijkheden, zodat patiënt en hulpverlener gezamenlijk de informatie kunnen wegen en de patiënt goedgeïnformeerd en weloverwogen kan beslissen. Persoonlijke geschiedenis, leeftijd, situatie, behoefte aan ondersteuning en voorkeur van de patiënt spelen een belangrijke rol in de gezamenlijke besluitvorming. Gezamenlijke besluitvorming vraagt om een goed geïnformeerde patiënt die in staat is keuzes te maken na een weging van voordelen en nadelen van alternatieven. De volgende punten moeten aan de orde komen:

1. Wat zijn de opties?
2. Wat zijn de voor- en nadelen?
3. Wat betekent dit voor de situatie van de patiënt?

Hulpverlener en patiënt bespreken dit samen en komen samen tot een keuze in het behandelbeleid. De verantwoordelijkheid bij het nemen van een beslissing ligt bij beide partijen. De hulpverlener en de patiënt worden gezien als gelijkwaardige experts op verschillende gronden en zijn gelijkwaardige

partners. Gezamenlijke besluitvorming in de ggz heeft over het algemeen een positief effect: patiënten zijn meer tevreden over de behandeling en kunnen effectiever met hun stoornis omgaan. Het is toepasbaar bij de meeste patiënten en vergt niet meer tijd van de hulpverlener dan een eenzijdige wijze van besluitvorming.

Het kan zinvol of nodig zijn om in het kader van de behandeling ook contact te hebben met de naaste(n) van de patiënt. Zij kunnen een belangrijke rol spelen op het gebied van signalering, ondersteuning en probleem oplossen. Wanneer een patiënt tijdelijk niet zelf het contact kan onderhouden of de regie kan voeren, wordt een patiëntvertegenwoordiger en/of het patiëntsysteem betrokken bij de gezamenlijke besluitvorming. Na gezamenlijke besluitvorming worden keuzes geëxpliciteerd in het dossier en in het behandelplan en wordt beschreven hoe en wanneer het effect van de betreffende behandeling wordt geëvalueerd.

5.1.2 Gepaste zorg

In de depressiezorg wordt gepaste zorg ingezet. Gepaste zorg betekent in dit verband 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. Gepaste zorg houdt ook in dat een patiënt de zorg krijgt die past bij de aard en mate van ernst van de klachten, terwijl die zorg zo min mogelijk inbreuk maakt op diens leven en dat van gezinsleden en het minst beslag legt op beschikbare middelen. Mensen met lichte klachten beginnen indien mogelijk met een weinig intensieve aanpak, mensen met ernstige of langdurige klachten stappen in op een meer intensief niveau van behandeling. Als er sprake is van een recidief kan er op grond van de eerdere ervaringen met behandeling ook bij lichte klachten voor een andere aanpak dan een weinig intensieve gekozen worden. Tijdens de behandeling wordt het beloop van de klachten gevolgd en wordt de ernst regelmatig gemeten, zodat er tijdig kan worden overgegaan naar een intensievere dan wel minder intensieve behandeling. Op deze wijze worden zowel overbehandeling als onderbehandeling voorkomen.

In de voorkeursvolgorde is het patiëntperspectief meegewogen. De hulpverlener houdt rekening met aard, ernst en beloop van de problematiek bij beslissingen over het individuele behandelbeleid. De keuze voor een interventie wordt mede bepaald door bijkomende lichamelijke, interpersoonlijke of psychosociale problematiek, patiëntenvoorkeur ten aanzien van de behandelalternatieven, de ervaringen met of uitkomsten van eerdere behandelingen, behaalde behandelresultaten bij een eerstegraads familielid, andere beoogde effecten (bijv. op het slaappatroon), optredende of te verwachten bijwerkingen, interacties, of pragmatische overwegingen, zoals wachttijden of nabijheid. Om zo tijdig mogelijk gezondheidswinst te bereiken en verergering van de problematiek te voorkomen, overweegt de hulpverlener met de patiënt in eerste instantie de lichtste, eenvoudigste behandeling waarvan (op basis van wetenschappelijk bewijs) bekend is dat er resultaat mee kan worden bereikt. Bij onvoldoende herstel wordt overgestapt op intensievere interventies, in navolging van de richtlijnaanbevelingen.

Uitleg over het [kiezen voor een behandeling voor de patient](#) staat op Thuisarts.nl.

5.1.3 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 (zie [Medicamenteuze behandeling](#)). De behandelaar heeft hierin een actieve rol. Antidepressiva hebben een beperkte effectiviteit ten opzichte van placebo bij niet-ernstige depressie en de effecten houden niet aan wanneer met medicamenteuze behandeling wordt gestopt.

Bron: Cuijpers et al, 2013; Guidi et al, 2016; Bockting e.a., 2015

Antidepressiva kunnen bijwerkingen geven (zie ook [Medicamenteuze behandeling](#)) en bij het afbouwen ervan kunnen onttrekkingsverschijnselen optreden.

5.1.4 Comorbiditeit

Indien er naast de depressie een andere (comorbide) psychische of somatische aandoeningen aanwezig is, wordt hiermee in de diagnostiek, de basisinterventies en behandeling rekening gehouden. Zie hiervoor Differentiaaldiagnostiek en [Behandeling bij comorbiditeit](#). Ook worden de betreffende zorgstandaarden geraadpleegd.

Bij twijfel over de diagnostiek of (mogelijke) comorbiditeit vindt consultatie dan wel second opinion van een specialist (psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog) plaats.

5.1.5 Terugvalpreventie

Overweeg na herstel altijd specifieke terugvalpreventies, waarmee terugval en een chronisch beloop van de depressie kan worden voorkomen. Terugvalpreventie heeft een belangrijke plaats in de behandeling van en zorg voor mensen met een depressie of dysthymie. Mensen die een depressie of dysthymie hebben (gehad), vinden het belangrijk dat de toegankelijkheid van de zorg om een dreigende terugval te voorkomen, vergroot wordt. Tijdens de behandeling kan dit door regelmatige monitoring (ook gedurende meerdere jaren), door het standaard opstellen van een signaleringsplan en door het maken van afspraken over contactmogelijkheden bij een dreigende terugval. Daarnaast zijn er gerichte terugvalpreventie-interventies nodig bij mensen die al meerdere depressies hebben ondergaan. Ze kunnen na herstel gestart worden en zijn kortdurend (zie Terugvalpreventie). Veel mensen vinden eigen manieren om een terugval te voorkomen. Het is belangrijk dat een hulpverlener hier tijdens de behandeling ook expliciet aandacht aan besteedt en de patiënt het vertrouwen en de aanmoediging geeft dat benodigd is bij zelfmanagement. Zie Terugvalpreventie.

5.1.6 Autonomie van de patiënt

Verschillen van inzicht tussen hulpverleners zijn dikwijls terug te voeren op onuitgesproken oordelen over de autonomie van een patiënt en de mate waarin de patiënt voor diens belang kan opkomen. Hulpverleners behoren patiënten bij hun keuzen te faciliteren, door duidelijke en begrijpelijke informatieverstrekking, advies en meedenken, en het gezamenlijk afspreken en monitoren van behandeldoelen, zodat hun patiënten niet alleen tot vrije maar ook tot weloverwogen keuzes kunnen komen. De kwaliteit van de zorg is gebaat bij dialoog tussen hulpverlener, patiënt en eventueel diens

naasten, en tussen hulpverleners onderling. Gezichtspunten kunnen worden getoetst wanneer alle betrokkenen zonder terughoudendheid met hun eigen overwegingen naar voren treden. Overleg gaat, zo bezien, niet ten koste van vrije en autonome keuzen maar zijn daaraan, als het goed is, dienstbaar.

Bij kinderen en jongeren tot 16 jaar hebben ook de ouders een rol

ook de ouders een rol: Bij kinderen tot 12 jaar ligt de beslissingsbevoegdheid bij de ouders. Bij jongeren van 12 jaar of ouder, maar nog geen 16 jaar, is naast toestemming van de jongere ook toestemming nodig van de ouders.

in het besluitvormingsproces. Bij ouderen adviseert de zorgverlener de patiënt op basis van de medische voorgeschiedenis en somatische co-morbiditeit goed en gericht ten aanzien van medicamenteuze behandeling. Bij wilsonbekwame patiënten vertegenwoordigen wettelijke vertegenwoordigers, mentoren of curatoren de belangen van de patiënt.

5.1.7 Professionele verantwoordelijkheid

De erkenning van autonomie bij de patiënt impliceert dat deze eigen verantwoordelijkheid heeft. Bepaalde zaken, zoals de verantwoordelijkheid voor de gezondheid, het melden van (bij)werkingen en behandelvoorkeuren, het meewerken aan diagnose en behandeling (zoals op basis van gedeelde besluitvorming overeen te komen), en therapietrouw, kan een hulpverlener nooit overnemen. Hetzelfde geldt voor werken aan maatschappelijke participatie. Volgens sommige hulpverleners ontbreekt het bij depressie, inherent aan het ziektebeeld, juist vaak aan verantwoordelijkheid bij de patiënt en is het aan de hulpverlener om daarmee prudent om te gaan.

Het is een valkuil om te denken dat, gegeven de autonomie en het zelfmanagement van de patiënt, de hulpverlener een afwachterende houding kan aannemen en het initiatief om te komen tot herstel en participatie alleen van de patiënt mag verwachten. De hulpverlener heeft een eigen verantwoordelijkheid; de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt komt daarop niet in mindering. Waar het initiatief van de patiënt uitblijft, heeft een hulpverlener een professionele verantwoordelijkheid om zelf het initiatief te nemen indien de hulpverlener dit nodig acht. Bijvoorbeeld door contact op te nemen, of een voorstel voor overleg te doen.

Het is belangrijk de zorgstandaard als kwaliteitsinstrument te zien en niet als dwingend voorschrift. Steeds beoordeelt de professional mede op basis van kennis en ervaring, de unieke situatie en overleg met de patiënt wat voor een patiënt de aangewezen behandeling is en welke stap genomen moet worden.

5.1.8 Diversiteit

Hulpverleners houden in de werkrelatie rekening met diversiteit in aspecten zoals leeftijd, gender, opleidingsniveau, cognitieve en verstandelijke beperkingen, sociaal-culturele en etnische achtergrond. Deze factoren kunnen een rol spelen bij de beleving van depressie, de uitingsvorm en

klachtenpresentatie en symptoomherkenning. Zie ook de [zorgstandaard Diversiteit](#). Dit betekent dat de zorg zoals beschreven in deze zorgstandaard waar dit nodig en mogelijk is, wordt aangepast om de toepasbaarheid te vergroten en daarmee behandeluitval te voorkomen.

Voorbeelden zijn het gebruik van professionele tolken, psycho-educatie op maat voor specifieke doelgroepen, inzet van ervaringsdeskundigen, gebruik van diagnostische instrumenten met cross-culturele validiteit (CES-D en CIDI), specifieke eHealth ondersteuning, cultuursensitieve aanpassingen van behandelprotocollen voor psychologische en psychotherapeutische interventies en eventuele aanpassingen van farmacotherapeutische behandeling op basis van bloedspiegelbepalingen en met betrekking tot dosering- en opbouwschema's.

5.1.9 Ethisch gevoelige situaties

In ethisch gevoelige situaties zijn, naast feitelijke overwegingen, ethische overwegingen beslissend. Hulpverleners dienen zich bewust te zijn van dergelijke situaties en belangen van derden die hier een rol kunnen spelen. Zorgvuldige afweging van morele noties, zoals het belang van de patiënt, wils(on)bekwaamheid, respect, integriteit, mogelijke schadelijke gevolgen, welzijnsaspecten, eerlijkheid, gelijkheid, rechtvaardigheid en dergelijke, is onontbeerlijk, evenals het helder onder woorden brengen van deze afwegingen. Dit kan aan de orde wanneer wettelijke vertegenwoordigers, mentoren of curatoren de belangen van wilsonbekwame patiënten vertegenwoordigen. Met name ook bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en artsen werkzaam bij arbodiensten, UWV, CIZ, e.d. bevinden zich hier op kruispunten van wegen, waarin collectieve belangen (goede en gelijke toegankelijkheid van de zorg voor iedereen, de kwaliteit ervan, doelmatigheid) met individuele belangen kunnen botsen. Het criterium van al-partijdigheid, waarbij met de belangen en waarden van alle betrokkenen op gerechtvaardigde wijze rekening gehouden wordt, dient hierbij voorop te staan.

5.1.10 Kwaliteit van leven

Goede zorg is dienstbaar aan de kwaliteit van leven. Waarden die voor patiënten van belang zijn kunnen bijvoorbeeld ook maatschappelijke participatie en sociale zekerheid betreffen. Daarbij zijn andere afwegingen aan de orde dan binnen het louter medisch handelen worden gemaakt (zie Visie op zorg: gezondheid als perspectief).

5.2 Opstellen van het zorgplan

Deze zorgstandaard Depressieve stoornissen wordt herzien. De herziening start eind 2024. Op 23 mei 2024 is de multidisciplinaire richtlijn (MDR) Depressie uit 2013, herzien en gepubliceerd ([klik hier voor de nieuwe MDR](#)). De nieuwe inzichten uit deze MDR zullen in de nieuwe zorgstandaard Depressie worden verwerkt. Let op: In de huidige zorgstandaard wordt nog verwezen naar de verouderde MDR Depressie en EBRO modules.

Na vaststelling van de diagnose bespreken de hulpverlener en de patiënt, en desgewenst een naaste, op basis van gezamenlijke besluitvorming (zie ook [Gezamenlijke besluitvorming](#)) welke doelen worden beoogd met de behandeling of begeleiding en welke interventies hiertoe worden ingezet. Keuzes in het behandelbeleid worden ook bepaald door: patiëntenvoorkeur, eerder behaalde behandelresultaten en behandelgeschiedenis, andere beoogde effecten (bijv. op het slaappatroon),

(verwachte) bijwerkingen, interacties, of pragmatische overwegingen (zoals wachttijden).

Het individuele zorgplan dat op basis hiervan gezamenlijk wordt opgesteld en overeengekomen bevat de verantwoordelijkheden en mogelijkheden van de betrokken hulpverleners, de sociale omgeving en de patiënt zelf. Bij afwijking van de geldende richtlijnen bespreekt de hulpverlener dit met de patiënt en rapporteert de hulpverlener dit in het zorgplan

zorgplan: Het individuele zorgplan wordt soms door hulpverleners aangeduid als behandelplan. Het individuele zorgplan kan behalve afspraken over de behandeling ook bredere aspecten van zorg betreffen, inclusief herstelondersteunende zorg. Bij jeugdigen wordt ook gesproken van een groepsplan of familieplan, waarbij er per gezin één plan is en één zorgregisseur.

en in het medisch dossier.

Het individuele zorgplan is kort, overzichtelijk, praktisch toepasbaar en toegespitst op de persoon. In het zorgplan worden alle onderdelen die van belang zijn in de behandeling van de patiënt vastgelegd. Het gaat hierbij om:

- individuele, concrete doelstellingen en behoeften van de patiënt (in de woorden van de patiënt en desgewenst niet beperkt tot gezondheidsklachten);
- wat te doen bij (eventuele) suïcidaliteit en crisisplanning;
- een leidraad voor een plan van aanpak voor de patiënt en de hulpverlener(s) om samen de doelen van de behandeling te bereiken;
- regelmatige evaluatie van het behandelplan, eventueel aangevuld met afspraken over monitoring;
- het hanteren van risico's voor de behandeling, zoals alcohol- en drugsgebruik en andere belemmerende factoren;
- tijdsperiode en frequentie van de contacten;
- terugvalpreventieplan;
- bij kinderen en jongeren: rol van ouders, school, ketenpartners;
- bij ouderen: rol van betrokken mantelzorgers en eventueel thuiszorg of (sociale) wijkteams.

5.3 Zelfmanagement

Zelfmanagement is een aandachtspunt van de hulpverlener vanaf de start van de behandeling of begeleiding van depressie. In het kader van zelfmanagement wordt afgesproken wat de patiënt en eventueel diens omgeving zelf kan doen op het gebied van bijvoorbeeld:

- leefstijl (gezonde voeding, meer bewegen, het vinden van een goede dagstructuur, leefritme en balans in activiteiten/ontspanning, mindfulness-technieken) en dagelijks functioneren;
- op het gebied van werk, opleiding of school;
- het onderhouden van sociale contacten.

Patiënten geven aan hierbij baat te hebben en het is belangrijk dat een behandelaar hieraan in alle

fasen van de behandeling aandacht besteedt. Zelfmanagement kan ook worden ingezet als eerste-stap interventie (zie Eerste-stap interventies).

De hulpverlener kan zelfmanagement begeleiden door zelfmanagementstrategieën aan te reiken, gericht stap voor stap te begeleiden en te helpen bij het opbouwen van zelfvertrouwen in het uitvoeren van zelfmanagementstrategieën. In de behandel-evaluatie worden zelfmanagementstrategieën geëvalueerd en besproken wordt of andere interventies nodig zijn (zie Monitoring).

Zelfregie versterkt de autonomie van patiënten, en verlegt focus naar aandacht voor het leven dat geleefd kan worden ondanks klachten. Ook in het kader van terugvalpreventie is zelfmanagement van belang, waarbij het leven zo wordt ingericht dat het risico op terugval vermindert. Veel kortdurende psychologische terugvalpreventie-interventies richten zich op het vergroten van zelfmanagement (zie Terugvalpreventie).

Zie ook de [zorgstandaard Zelfmanagement](#).

Op Thuisarts.nl staat beschreven wat de [patiënt zelf kan doen om depressie te voorkomen](#).

5.4 Behandelbeleid en basisinterventies

Deze zorgstandaard Depressieve stoornissen wordt herzien. De herziening start eind 2024. Op 23 mei 2024 is de multidisciplinaire richtlijn (MDR) Depressie uit 2013, herzien en gepubliceerd ([klik hier voor de nieuwe MDR](#)). De nieuwe inzichten uit deze MDR zullen in de nieuwe zorgstandaard Depressie worden verwerkt. Let op: In de huidige zorgstandaard wordt nog verwezen naar de verouderde MDR Depressie en EBRO modules.

Het behandelbeleid houdt rekening met de voorkeuren van de patiënt en eventuele beperkingen, bijvoorbeeld op het gebied van taal en cognitie. Het behandelbeleid komt tot stand op basis van gezamenlijke besluitvorming (zie [Zorg rondom depressieve stoornissen](#)).

De hulpverlener houdt rekening met aard, ernst en beloop van de problematiek bij gezamenlijke beslissingen over het individuele behandelbeleid, bijkomende problematiek, en met de persoonlijke geschiedenis, persoonlijke situatie en andere kenmerken van de patiënt. Bijvoorbeeld, bij een eerste, ernstige depressie met angstige spanning, psychotische kenmerken en suïcidaliteit wordt de behandeling hierop afgestemd en kan crisisinterventie of meer intensieve begeleiding geïndiceerd zijn.

Hierbij wordt uitgegaan van de volgende indeling:

- *Depressieve klachten:*
 - aanhoudende depressieve klachten na geïndiceerde preventie.
- *Lichte depressieve stoornis:*
 - eerste lichte depressie korter dan 3 maanden;

- lichte eerste depressie langer dan 3 maanden of terugkerende lichte depressie.
- *Matig-ernstige of ernstige depressieve stoornis:*
 - eerste matig-ernstige of ernstige depressie;
 - terugkerende matig-ernstige of ernstige depressie.
- *Persisterende depressieve stoornis:*
 - persisterende depressieve stoornis (dysthymie en chronische depressie).

Om zo tijdig mogelijk gezondheidswinst te bereiken en verergering van de problematiek te voorkomen kiezen hulpverlener en patiënt samen, op basis van gedeelde besluitvorming, voor gepaste zorg.

5.4.1 Psycho-educatie

Psycho-educatie betreft het verstrekken van informatie aan de patiënt en naasten over de aandoening, de prognose en de verschillende behandelmogelijkheden. Bij kinderen en jongeren geeft de hulpverlener altijd ook de ouders, overige gezinsleden en school goede uitleg over alle aspecten van depressie, inclusief signalen die kunnen wijzen op verslechtering of complicaties (met name suïcidaliteit, psychose, zelfverwaarlozing, zelfbeschadiging). Ook adviseert de hulpverlener de ouders hoe hun kind het beste te ondersteunen in de behandeling.

5.4.2 Basis interventies

Aanbevolen bij:

- Depressieve klachten:
 - aanhoudende depressieve klachten na geïndiceerde preventie.
- Lichte depressieve stoornis:
 - eerste lichte depressie korter dan 3 maanden;
 - lichte eerste depressie langer dan 3 maanden of terugkerende lichte depressie.
- Matig-ernstige of ernstige depressieve stoornis:
 - eerste matige-ernstige of ernstige depressie;
 - terugkerende matig-ernstige of ernstige depressie.
- Persisterende depressieve stoornis:
 - persisterende depressieve stoornis (dysthymie en chronische depressie).

Binnen 2 weken nadat er depressieve klachten, een depressieve stoornis, chronische depressie of dysthymie is vastgesteld, wordt altijd gestart met de basisinterventies, zowel in de huisartsenzorg (incl. de praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz (POH-GGZ)) en de generalistische basis ggz (GB GGZ) als in de gespecialiseerde ggz (S GGZ). De basisinterventies worden voortgezet gedurende de behandeling.

De basisinterventies voor mensen met een depressie zijn:

- [Psycho-educatie](#)
- Activering en dagstructurering
- Actief volgen

Dagstructurering en activiteitenplanning betreft adviezen om actief te blijven en om de dag te structureren. Dit kan ook leefstijladviezen betreffen en het functioneren in werk, opleiding, school of sociale situaties. In geval van angstsymptomen worden de adviezen aangevuld met adviezen om zo min mogelijk toe te geven aan de neiging om angstige situaties te vermijden.

Actief volgen betreft het monitoren van het beloop van symptomen en klachten van de patiënt en het vinger aan de pols houden (watchful waiting), ook bij patiënten die geen behandeling willen.

Eventueel zet de hulpverlener steunende en structurerende begeleiding in om de patiënt te motiveren voor psychotherapie of een andere behandelvorm.

5.5 Eerste stap interventies

Deze zorgstandaard Depressieve stoornissen wordt herzien. De herziening start eind 2024. Op 23 mei 2024 is de multidisciplinaire richtlijn (MDR) Depressie uit 2013, herzien en gepubliceerd ([klik hier voor de nieuwe MDR](#)). De nieuwe inzichten uit deze MDR zullen in de nieuwe zorgstandaard Depressie worden verwerkt. Let op: In de huidige zorgstandaard wordt nog verwezen naar de verouderde MDR Depressie en EBRO modules.

Aanbevolen bij:

- Lichte depressieve stoornis:
 - eerste lichte depressie korter dan 3 maanden;
 - lichte eerste depressie langer dan 3 maanden of terugkerende lichte depressie.

Een behandeloptie bij:

- Matig-ernstige of ernstige depressieve stoornis:
 - eerste matig-ernstige of ernstige depressie;
 - terugkerende matig-ernstige of ernstige depressie.
- Persisterende depressieve stoornis:
 - persisterende depressieve stoornis (dysthymie en chronische depressie).

Toevoegen van eerste-stap interventies aan de basisinterventies vindt plaats in overleg met de patiënt op basis van gezamenlijke besluitvorming. In de keuze van eerste-stap interventies wordt rekening gehouden met de aard en ernst van de depressieve stoornis en patiëntenvoorkeur. Eerste-stap interventies zijn ook geschikt ter ondersteuning van psychotherapeutische en farmacotherapeutische behandelinterventies.

Eerste-stap interventies zijn:

- [Bibliotherapie](#)
- [Zelfmanagementstrategieën met begeleiding](#)
- E-interventies (zie ook [Preventie](#))

- [Steunend structurerende begeleiding](#)
- [Activerende begeleiding](#)
- [Fysieke inspanning, running-therapie](#) en (Psycho Motorische Therapie PMT; zie ook [Vaktherapieën](#))
- [Psychosociale behandeling](#)
- [Behandelevaluatie en vervolg](#)

Na 3 maanden vindt behandelevaluatie plaats, op basis van monitoring van de behandelresultaten (zie Monitoring).

- Bij voldoende herstel volgt terugvalpreventie (zie [Terugvalpreventie](#));
- bij onvoldoende herstel volgt behandeling voor patiënten met een lichte depressie, langer dan 3 maanden bestaand (zie [Tweede-stap interventies](#));
- eerste-stap interventies kunnen worden gecontinueerd bij vervolgstappen in de behandeling.

Specifieke aandachtspunten bij kinderen en jongeren

Als eerste-stap interventie zijn verschillende interventies beschikbaar waaruit een keuze gemaakt kan worden, zie Preventieve en 1e stap interventies bij kinderen en jeugdigen. Voor e-interventies en andere preventieve interventies bij kinderen en jeugdigen, zie ook Vroege onderkenning en preventie.

5.5.1 Psychosociale behandeling

Psychosociale behandeling kan als eerste-stapinterventie worden ingezet bij patiënten met een lichte depressie of dysthymie, met psychosociale klachten. Te denken valt aan eenzaamheid of recente conflicten binnen het steunsysteem of op het werk. Interventies richten zich op sociale relaties of situaties waarbij zowel psychische als sociale aspecten een rol spelen.

Het behandeldoel is gelegen in het voorkomen of herstellen van depressie, het draaglijk maken van levensproblemen, ingrijpende gebeurtenissen of (het voorkómen van) moeilijke omstandigheden. Het kan bijvoorbeeld gaan om het aanleren van praktische of probleemoplossende vaardigheden voor het psychisch functioneren, opvoedingsvaardigheden of begeleiding bij werkhervatting of het voeren van de eigen huishouding.

Psychosociale behandeling wordt doorgaans gegeven in de huisartsenzorg en/of maatschappelijke zorg/wijkzorg in het sociaal domein. In de gespecialiseerde ggz (S GGZ) wordt dit vaak als aanvulling op psycho- en/of farmacotherapeutische behandeling gegeven door verpleegkundigen of SPV-en. Psychosociale behandeling kan worden gegeven door de huisarts, praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz (POH-GGZ), (wijk)verpleegkundige, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, maatschappelijk werker, psycholoog, bedrijfsarts of jeugdhulpverlener. Indien de regiebehandelaar verwijst voor psychosociale behandeling worden rondom verwijzing en terugverwijzing multidisciplinaire afspraken gemaakt over afstemming van de zorg, zie ook [de Regiebehandelaar](#).

Behandelevaluatie en vervolg

Na 3 maanden vindt behandelevaluatie plaats, op basis van monitoring van de behandelresultaten (zie [Diagnostiek en monitoring](#)).

- bij voldoende herstel (d.w.z. in de beleving van de patiënt) volgt terugvalpreventie ([Terugvalpreventie](#));
- bij onvoldoende herstel (d.w.z. in de beleving van de patiënt) volgt behandeling voor patiënten met een lichte depressie, langer dan 3 maanden bestaand (zie Psychologische en psychotherapeutische behandeling: Tweede-stap interventies);
- psychosociale behandeling kan worden gecontinueerd bij vervolgstappen in de behandeling.

5.6 Tweede stap: psychologische en psychotherapeutische behandelingen

Deze zorgstandaard Depressieve stoornissen wordt herzien. De herziening start eind 2024. Op 23 mei 2024 is de multidisciplinaire richtlijn (MDR) Depressie uit 2013, herzien en gepubliceerd ([klik hier voor de nieuwe MDR](#)). De nieuwe inzichten uit deze MDR zullen in de nieuwe zorgstandaard Depressie worden verwerkt. Let op: In de huidige zorgstandaard wordt nog verwezen naar de verouderde MDR Depressie en EBRO modules.

Behandeloptie bij:

- *Lichte depressieve stoornis:*
 - lichte eerste depressie langer dan 3 maanden of terugkerende lichte depressie

Tweede-stap interventies worden overwogen bij een lichte depressie die langer dan 3 maanden bestaat of een recidief betreft, waarbij eerste-stap interventies niet zijn ingezet of niet tot voldoende behandelresultaat hebben geleid.

De keuze voor tweede-stap interventies vindt plaats op basis van patiëntenvoorkeur en persoonlijke factoren als behandelgeschiedenis, leeftijd, situatie en behoefte aan ondersteuning. In de keuze voor tweede-stap interventies wordt rekening gehouden met de aard en ernst van de depressieve stoornis.

Tweede-stap interventies zijn:

- [Problem Solving Treatment \(PST\)](#)
- [Kortdurende behandeling \(KDB\), gebaseerd op het KOP-model](#)

Behandelevaluatie en vervolg

Het beloop wordt gemonitord en na 6 weken vindt een behandelevaluatie plaats, op basis van monitoring van de behandelresultaten (zie [Diagnostiek en monitoring](#)):

- bij voldoende behandelresultaat volgt voortzetting van de tweede-stap interventie, opnieuw na 6 weken gevolgd door behandelevaluatie;
- indien zo voldoende behandelresultaat is bereikt volgt terugvalpreventie (zie [Terugvalpreventie](#));

- indien uit de behandelbeoordeling na 6-12 weken blijkt dat onvoldoende behandelresultaat is bereikt, wordt op basis van gezamenlijke besluitvorming met de patiënt (en naasten) overgestapt op het inzetten van psychotherapie (zie [Psychotherapie](#)).

5.6.1 Psychotherapie

Behandeloptie bij:

- *Lichte depressieve stoornis:*
 - lichte eerste depressie langer dan 3 maanden of terugkerende lichte depressie
- *Matig-ernstige of ernstige depressieve stoornis:*
 - eerste matig-ernstige of ernstige depressie
 - terugkerende matig-ernstige of ernstige depressie
- *Persisterende depressieve stoornis:*
 - persisterende depressieve stoornis (dysthymie en chronische depressie)

Psychotherapie wordt overwogen in de behandeling van depressie bij een:

- lichte eerste episode langer dan 3 maanden bestaand, na (het overwegen van) tweede-stap interventies;
- lichte eerste episode die optreedt als recidief, na (het overwegen van) tweede-stap interventies;
- eerste episode van matig-ernstige depressie:
 - als eerste keuze;
 - na uitblijven van herstel bij farmacotherapie;
 - met partieel herstel na 4 maanden farmacotherapie (CGT);
 - in combinatiebehandeling na onvoldoende herstel na farmacotherapie (8 maanden monotherapie);
- recidief-episode van ernstige depressie, als behandeling van eerste keuze, al dan niet in combinatiebehandeling.

De therapiekeuze en het behandelbeleid worden bepaald op basis van gezamenlijke besluitvorming door patiënt en hulpverlener, uitgaande van de algoritmes in de [Multidisciplinaire richtlijn Depressie](#) die zijn opgesteld op basis van effectiviteit en verdraagbaarheid. In de behandelkeuze wordt voorts rekening gehouden met therapeutvariabelen ten aanzien van het tot stand brengen en onderhouden van een goede therapeutische werkwijze en diversiteit.

Psychotherapie (voor meer informatie [zie Psychotherapie](#)) is een verzameling van methodieken en behandelvormen. Psychotherapie wordt gegeven in de vorm van therapeutische gesprekken en soms ook in de vorm van (of blended met) ondersteunende internettherapie. Het kan individuele behandeling, relatietherapie, gezinstherapie of groepstherapie betreffen. Het inventariseren en bespreken van de geschiedenis van klachten, aanleren van adequate coping (omgaan met stress) en bespreken van de persoonlijkheid en interpersoonlijke aspecten is gemeengoed, evenals het bewust maken van patronen. Gevoelens, denkpatronen en gedragingen komen in elke psychotherapie aan bod, evenals terugvalpreventie. Zie ook de [zorgstandaard Psychotherapie](#).

De volgende psychotherapeutische interventies zijn bij depressieve stoornissen een behandeloptie met als doel het bereiken van symptoomvermindering en volledig herstel. Hierbij dient op basis van

gedeelde besluitvorming door hulpverlener en patiënt een keuze gemaakt te worden.

Psychotherapie van eerste keuze bij volwassenen:

- Cognitieve gedragstherapie (CGT);
- Gedragstherapie (GT);
- Interpersoonlijke therapie (IPT);
- Kortdurende psychodynamische psychotherapie (kortdurende PDT).

(kortdurende PDT): In de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (2013) afgekort als KDP.

Indien er naast de depressieve stoornis ook relatieproblemen zijn wordt (partner)relatietherapie overwogen.

In geval van CGT lijkt individuele CGT effectiever dan groeps-CGT bij matig-ernstige en ernstige depressie.

Bij complexe depressie (zie Onderscheid naar mate van complexiteit) bieden de richtlijnen onvoldoende concrete aanbevelingen. Er zijn aanwijzingen dat specifieke langere psychotherapieën (met meer sessies) zinvol zijn bij complexiteit. Dat geldt voor cognitieve gedragstherapie, gedragstherapie, interpersoonlijke therapie, psychodynamische psychotherapie en mogelijk psychoanalytische psychotherapie. Ook zal er aandacht moeten zijn voor andere probleemgebieden en het systeem.

Behandelevaluatie en vervolg

Het beloop wordt gemonitord en na uiterlijk 4 maanden vindt behandelevaluatie plaats, op basis van monitoring van de behandelresultaten (zie [Diagnostiek en monitoring](#)):

- indien voldoende behandelresultaat is bereikt na uiterlijk 4 maanden volgt terugvalpreventie (zie Terugvalpreventie);
- bij onvoldoende herstel na 4 maanden volgt in overleg met de patiënt een keuze uit een andere vorm van psychotherapie danwel farmacotherapie (zie [Medicamenteuze behandeling](#)). Het beloop wordt gemonitord en na uiterlijk 4 maanden vindt opnieuw behandelevaluatie plaats:
 - indien hiermee voldoende behandelresultaat is bereikt volgt terugvalpreventie (zie Terugvalpreventie);
 - indien hiermee onvoldoende behandelresultaat is bereikt, volgt in overleg met de patiënt intensivering van de behandeling door (andere) combinatiebehandeling van psychotherapie en farmacotherapie (zie [Combinatiebehandeling](#));
- blijft er na verschillende psychotherapeutische interventies en combinatiebehandeling sprake van onvoldoende respons, dan kunnen behandelaar en patiënt besluiten de behandeling voort te zetten zoals voor persisterende depressie (zie Behandeling van persisterende depressie).

5.6.2 Psychotherapie bij kinderen en jongeren

Alle vormen van psychotherapie die bij volwassenen effectief zijn gebleken, zijn dat in aangepaste vorm ook voor kinderen en jeugdigen. Best onderzocht is CGT (inclusief behavioral activation) en IPT en meer recent ook vormen van psychodynamische therapie. Het verdient de voorkeur dat behandelaren in overleg met het kind of de jeugdige en hun ouders, in het kader van 'samen beslissen', gezamenlijk tot een passende behandeling komen die aansluit bij klachtbeleving, motivatie en culturele achtergrond en behandelvoorgeschiedenis.

Individuele psychotherapie wordt overwogen in de behandeling van depressie bij een:

- lichte eerste episode langer dan 3 maanden bestaand, na (het overwegen van) eerste-stap interventies;
- lichte eerste episode die optreedt als recidief, na (het overwegen van) eerste-stap interventies;
- eerste episode van matige-ernstige depressie:
 - als eerste keuze;
- eerste episode van ernstige depressie:
 - als eerste keuze;
 - in combinatiebehandeling met medicamenteuze behandeling (met in eerste instantie fluoxetine); de psychotherapeutische behandeling kan bij ernstige depressie beperkt zijn tot gedragsactivatie;
- recidief-episode van ernstige depressie, als behandeling van eerste keuze, al dan niet in combinatiebehandeling.

In IPT vinden er ook sessies met de ouders plaats aan het begin, in het midden en aan het eind van de behandeling. De sessies zijn gericht op psycho-educatie, communicatieve vaardigheden, probleemoplossende vaardigheden en terugvalpreventie.

In de behandeling van kinderen en jongeren worden ouders betrokken in de vorm van ouderbegeleiding.

Op basis van het klinisch oordeel is gezinstherapie geïndiceerd.

Op basis van het klinisch oordeel is gezinstherapie geïndiceerd.: Binnen gezinstherapie worden ouders intensief bij de behandeling betrokken, gericht op eerder genoemde determinanten en ander gezinsfactoren die een rol kunnen spelen. Echter, de effectiviteit van gezinstherapie is onvoldoende aangetoond en lijkt vooralsnog minder effectief dan cognitieve gedragstherapie.

Systematische gedragsgezinstherapie, gecombineerde kinder- en ouderinterventies op basis van CGT en gezinstherapie gebaseerd op gehechtheid zijn effectieve interventies. Systeem Geïntegreerde Gezinstherapie (SGG) lijkt ook effectief te zijn ten aanzien van remissie van depressie, maar is niet vergeleken met een niet-actieve controle-conditie of met CGT of IPT, en is daarom moeilijk te vergelijken met andere vormen van psychotherapie.

Bron: Addendum Jeugd bij de Multidisciplinaire richtlijn Depressie, 2009

In de behandeling van kinderen en jongeren is er altijd aandacht voor de schoolomgeving. Stressoren worden geïdentificeerd en bewerkt, beschermende factoren worden versterkt en kwetsbaarheden worden waar mogelijk beïnvloed.

5.6.3 Psychotherapie bij ouderen

Bij het toepassen van psychotherapie bij ouderen zijn aanpassingen wenselijk ten opzichte van de praktijk bij volwassenen. Dit betreft onder meer de duur en de frequentie van de zittingen en het rekening houden met zintuiglijke beperkingen, geheugenproblemen, opleidingsniveau en specifieke (tegen)overdrachtsfenomenen (zoals met betrekking tot leervermogen van ouderen of leeftijd van de behandelaar).

Bij depressie bij dementiepatiënten hebben niet-medicamenteuze behandelvormen de voorkeur boven antidepressiva.

Bij ouderen is het advies als eerste keuze cognitieve gedragstherapie te overwegen. De voorkeur voor een vorm van psychotherapie is afhankelijk van wensen van de oudere, waarbij psychotherapie een rol kan spelen bij een proces van betekenisverlening en acceptatie in latere fasen van het leven en ook rekening houdt met een veranderd levensperspectief, met zingeving en betrokkenheid, met van betekenis zijn en de context van de oudere.

Interpersoonlijke psychotherapie kan overwogen worden in combinatie met een antidepressivum in de acute fase; in de onderhoudsbehandeling is interpersoonlijke psychotherapie een goede optie indien gecombineerd met medicatie, en kan zij ook overwogen worden bij ouderen die geen onderhoudsmedicatie willen of verdragen.

Psychodynamische psychotherapie kan worden overwogen bij ouderen, in het bijzonder als probleemgerichte therapie, cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke psychotherapie niet effectief zijn gebleken of niet geïndiceerd zijn.

Life-review en reminiscentie zijn goede behandelmethodieken bij ouderen met een depressie.

Bij oudere patiënten met een depressie kunnen meerdere psychotherapievormen in groepsvorm worden overwogen.

5.7 Tweede stap: medicamenteuze behandeling

Deze zorgstandaard Depressieve stoornissen wordt herzien. De herziening start eind 2024. Op 23 mei 2024 is de multidisciplinaire richtlijn (MDR) Depressie uit 2013, herzien en gepubliceerd ([klik hier voor de nieuwe MDR](#)). De nieuwe inzichten uit deze MDR zullen in de nieuwe zorgstandaard Depressie worden verwerkt. Let op: In de huidige zorgstandaard wordt

nog verwezen naar de verouderde MDR Depressie en EBRO modules.

5.7.1 Medicamenteuze behandeling bij volwassenen

Behandeloptie bij:

- *Matig-ernstige of ernstige depressieve stoornis:*
 - eerste matige-ernstige of ernstige depressie
 - terugkerende matig-ernstige of ernstige depressie: in combinatie met psychotherapie
- *Persisterende depressieve stoornis:*
 - persisterende depressieve stoornis (dysthymie en chronische depressie)
- *Lichte depressieve stoornis:*
 - lichte eerste depressie langer dan 3 maanden of terugkerende lichte depressie: na onvoldoende herstel met psychotherapie

Over de plaats van farmacotherapie in de behandeling bij volwassenen met een depressie is de huidige opvatting dat niet te snel gestart moet worden met antidepressiva en dat altijd alternatieven overwogen moeten worden. De werkzaamheid van antidepressiva en het gemiddelde verschil ten opzichte van placebo is duidelijker naarmate depressie ernstiger is.

De therapiekeuze en het behandelbeleid worden bepaald op basis van gezamenlijke besluitvorming door patiënt en hulpverlener, uitgaande van de algoritmes in de [Multidisciplinaire richtlijn Depressie](#) die zijn opgesteld op basis van effectiviteit en verdraagbaarheid. In de behandelkeuze wordt voorts rekening wordt gehouden met therapeutvariabelen ten aanzien van het tot stand brengen en onderhouden van een goede therapeutische werkwetrelatie en diversiteit.

Conform de [Multidisciplinaire richtlijn Depressie](#) wordt bij een lichte depressie farmacotherapie pas ingezet na onvoldoende herstel met psychotherapie en wordt bij een ernstige, terugkerende depressie farmacotherapie overwogen uitsluitend in combinatie met psychotherapie. Bij een comorbide angststoornis en bulimia nervosa is er in de keuze van het antidepressivum een voorkeur voor een serotonerg-werkend antidepressivum.

Adequate toepassing van medicamenteuze behandeling (farmacotherapie) is afhankelijk van de aard en ernst van de depressie en van het geneesmiddel. De keuze voor een bepaald middel wordt gebaseerd op het soort klachten (bijv. bijkomende angstklachten of psychotische klachten) waarop de medicamenteuze behandeling (tevens) gericht is, zoals verder is uitgewerkt in de [Multidisciplinaire richtlijn Depressie](#) en [NHG-Standaard Depressie](#) (zie [Geneesmiddelengroepen](#) en [Stappenvolgorde in de farmacotherapie bij depressie bij volwassenen](#)). De (eerdere) ervaring bij de patiënt met het middel, te verwachten bijwerkingen, co-morbiditeit, co-medicatie en risico's bij overdosering zijn belangrijke aspecten in de overwegingen bij medicamenteuze behandeling. Er dient bij de keuze voor een antidepressivum ook rekening te worden gehouden met de verschillen in (on)gemak waarmee verschillende antidepressiva uiteindelijk kunnen worden afgebouwd. Rekening wordt gehouden met de risico's voor een eventuele zwangerschap en het ongeboren kind. Zie ook de [zorgstandaard Bijwerkingen](#).

Voor een optimaal resultaat van de behandeling met medicatie zijn goede farmaceutische zorg

(volgens de Nederlandse Apotheek Norm), zorgvuldige gegevensoverdracht en afspraken tussen betrokken hulpverleners noodzakelijk. De patiënt krijgt de begeleiding die nodig is om de medicatie zorgvuldig te gebruiken en mogelijkheden om in gesprek te treden met de behandelaars over de behandeling.

Voor persisterende depressie (chronische depressie en dysthymie), zie Behandeling van persisterende depressie.

Behandelevaluatie en vervolg

De kans op een goede respons (remissie van de klachten) ligt tussen de 30 en 50% bij het eerst gestarte antidepressivum. Als een depressie is hersteld tijdens behandeling met een antidepressivum, dan vermindert voortzetten van de behandeling met hetzelfde antidepressivum de kans op een terugval en recidief met zo'n 50%, echter na het stoppen van de medicamenteuze behandeling blijft het effect niet behouden. Het beloop wordt gemonitord en minimaal elke 4 maanden, maar bij voorkeur iedere 6-8 weken, vindt behandelevaluatie plaats, op basis van monitoring van de behandelresultaten (zie [Diagnostiek en monitoring](#)).

- bij voldoende herstel na uiterlijk 4 maanden wordt het behandelbeleid gecontinueerd totdat stabiele remissie is bereikt. Het beloop wordt gemonitord en na opnieuw 4 maanden vindt behandelevaluatie plaats:
 - bij volledig herstel vindt terugvalpreventie plaats
 - bij onvolledig herstel wordt het behandelbeleid gecontinueerd totdat stabiele remissie is bereikt of wordt het behandelbeleid heroverwogen
- bij onvoldoende herstel na uiterlijk 4 maanden wordt het behandelbeleid als volgt heroverwogen:
 - andere psychotherapie/psychotherapeutische technieken
 - andere (dosis) farmacotherapie
 - andere combinatiebehandeling

Na elk van deze stappen:

- het beloop wordt opnieuw gemonitord en na uiterlijk 4 maanden vindt behandelevaluatie plaats:
 - bij voldoende herstel na uiterlijk 4 maanden vindt terugvalpreventie plaats
 - bij onvoldoende herstel wordt het behandelbeleid gecontinueerd totdat een stabiele toestand is bereikt of wordt het behandelbeleid heroverwogen.
- bij heroverwogen van het behandelbeleid wordt in overleg met de patiënt een keuze gemaakt tussen:
 - intensivering van de behandeling
 - elektroconvulsietherapie (ECT)
 - handicapmodel

Na elk van deze stappen:

- het beloop wordt opnieuw gemonitord en na uiterlijk 4 maanden vindt behandelevaluatie plaats:
 - bij voldoende herstel na uiterlijk 4 maanden vindt terugvalpreventie plaats
 - bij onvoldoende herstel wordt het behandelbeleid gecontinueerd totdat een stabiele toestand is bereikt of wordt het behandelbeleid heroverwogen.

5.7.2 Geneesmiddelengroepen

In de behandeling van een depressie bij volwassenen zijn verschillende groepen geneesmiddelen

geneesmiddelen: Benzodiazepinen (tranquillizers) hebben uitsluitend een plaats als kortdurende, ondersteunende behandeling in geval van spanning, angst en/of slaapproblemen. Het gebruik van sederende antidepressiva of atypische antipsychotica alleen om angst of slaapproblemen te verminderen wordt ontraden in verband met het blijven bestaan van sufheid op langere termijn en/of het bijwerkingenprofiel van deze middelen.

effectief:

- antidepressiva, onderverdeeld in verschillende groepen/klassen*:

Bron: Multidisciplinaire Richtlijn Depressie, derde revisie, 2013; NHG-Standaard Depressie, tweede herziening, 2012

- SSRI's (selectieve serotonine heropnameremmers): citalopram, escitalopram, fluvoxamine, fluoxetine, paroxetine en sertraline
 - TCA's (tricyclische antidepressiva): amitriptyline, clomipramine, imipramine, of nortriptyline
 - SNRI's (selectieve serotonine en noradrenaline heropnameremmers): venlafaxine en duloxetine*
 - Overige 2e en 3e generatie antidepressiva: bupropion, mirtazapine*
 - MAO-remmers (mono-amine oxidase remmers): tranylcypromine (evt. fenelzine)*
- Additiestrategieën:

Bron: Multidisciplinaire Richtlijn Depressie, derde revisie, 2013

- lithium*
- atypische antipsychotica*
- mianserine, mirtazapine*
- trijoodthyronine (T3) komt pas in aanmerking als andere meer reële opties (lithiumadditie en een klassieke MAO-remmer) niet (meer) in aanmerking komen*

In het algemeen wordt aanbevolen met een beperkt aantal middelen ervaring op te doen.

* Deze behandelstappen worden in de regel niet gestart in de huisartsenpraktijk en worden meestal toegepast door artsen met meer ervaring/specialisatie in de farmacologische behandeling van

depressie.

5.7.3 Stappenvolgorde in de farmacotherapie bij depressie bij volwassenen

Op basis van effectiviteit en verdraagbaarheid is de volgende stappenvolgorde aanbevolen in de farmacotherapeutische behandeling van depressie:

Stap 1: SSRI, TCA, SNRI, mirtazapine of bupropion

Als eerste stap worden selectieve serotonine heropnameremmers (SSRI's) of tricyclische antidepressiva (TCA's) aanbevolen. De keuze is afhankelijk van de aanwezigheid van (relatieve) contra-indicaties en comorbiditeit, potentiële bijwerkingen, eerdere ervaringen, prijs en voorkeuren van de patiënt. Daarnaast worden in de generalistische basis ggz (GB GGZ) en de gespecialiseerde ggz (S GGZ) SNRI's, mirtazapine en bupropion ook 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 een aantal TCA's moeten plasmaspiegels gecontroleerd worden.

Bij opgenomen patiënten met een depressieve stoornis worden TCA's vaak als eerste keus aangegeven. SNRI's zijn bij opgenomen patiënten een goed alternatief voor een TCA's.

Stap 2: switchen naar een ander antidepressivum

Als het eerste antidepressivum (bij een adequate dosering) na 4 weken onvoldoende effect heeft, dient met als vervolgstap over te stappen naar een ander antidepressivum. Verlenging van de behandeling is te overwegen bij enige respons op het AD tot 6 (max. 10) weken. Schakel bij onvoldoende verbetering met een SSRI over naar een ander SSRI of naar een ander antidepressivum zoals genoemd in stap 1 (een TCA, SNRI, mirtazapine of bupropion). Schakel bij onvoldoende verbetering met een TCA over op een SSRI of een ander antidepressivum zoals genoemd in stap 1 (een SSRI, SNRI, mirtazapine of bupropion).

Bij een depressie met atypische kenmerken geldt dat na een modern antidepressivum zoals een SSRI, een klassieke MAO-remmer, en met name fenezine, als een reële optie wordt beschouwd.

Vervolgstappen in de S GGZ

Stap 3: additiestrategieën

Additie van lithium (m.n. bij TCA's, ook werkzaam bij andere antidepressiva). Alternatieven voor lithium zijn atypisch antipsychoticum, mirtazapine, 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 hiertoe bevoegd én bekwaam zijn.

Stap 5: ECT

Zie Biologische behandelingen: Elektroconvulsietherapie.

De stappen 4 en 5 kunnen ook omgedraaid worden.

5.7.4 Overige aandachtspunten bij farmacotherapie

Bij alle stappen kan bij partiële respons of onvoldoende herstel (toevoegen van) psychotherapie en/of dagbehandeling worden overwogen, afhankelijk van de ernst van de symptomen van depressie.

Start- en streefdoseringen, mogelijke bloedspiegelcontroles en evaluatiemomenten voor de genoemde antidepressieve middelen worden gehanteerd zoals beschreven in de [Multidisciplinaire richtlijn Depressie](#) en de [NHG-Standaard Depressie](#).

Patiënten die stabiel zijn ingesteld op lithium kunnen medicatiebegeleiding, herhaalrecepten en de benodigde periodieke controles ontvangen van de huisarts indien de huisarts zich hiertoe bekwaam voelt en in een overdrachtsbrief een goede instructie van de psychiater ontvangt. In deze instructie moet kennis worden overgebracht over de bijwerkingen/complicaties, interacties en noodzakelijke controles bij deze geneesmiddelen. Voor irreversibele MAO remmers geldt dat het voorschrijven en de medicatiebegeleiding bij voorkeur niet door de huisarts dient plaats te vinden.

Specifieke aandachtspunten bij ouderen

Antidepressiva zijn geïndiceerd bij ouderen met een ernstige depressie, vooral indien sprake is van vitale/melancholische of psychotische kenmerken. Bij een ernstige of een psychotische depressie is het aan te bevelen te starten met een antidepressivum. Depressies dienen in de aanwezigheid van somatische comorbiditeit of van dementie onverminderd behandeld te worden.

Middel van eerste keuze is een SSRI met dezelfde startdosis als bij volwassenen. Alleen bij hoogbejaarden, ernstige somatische comorbiditeit en bij patiënten met dementie valt een lagere startdosis te overwegen.

Bij ernstige of psychotische depressies, bij in de ggz opgenomen ouderen met een depressie, en bij non-respons op een middel van eerste keuze is nortriptyline geïndiceerd, waarbij met een lagere dosering als bij volwassenen wordt gestart maar wel snel wordt opgehoogd. Een plasmaspiegelbepaling zou standaard moeten plaatsvinden bij de subgroepen waar een TCA is geïndiceerd en zeker bij non-respons.

Voor het starten van een SSRI wordt bij ouderen aanbevolen het serumnatriumgehalte te bepalen als er andere risicofactoren zijn, zoals het gebruik van diuretica. Bij enige verdenking op een hyponatriëmie dient de bepaling te worden herhaald.

Bij non-responders op een SSRI of een andere niet-TCA zijn vele opties te overwegen, zoals overschakeling op een ander antidepressivum, al of niet van een andere groep, en het toevoegen van lithium. Bij non-responders op een TCA wordt lithiumadditie aanbevolen, bij opnieuw non-respons gevolgd door elektroconvulsieve therapie. Bij ernstige (psychotische) depressie met levensbedreigende somatische complicaties als gevolg van de depressie is het geïndiceerd om meteen te starten met elektroconvulsieve therapie.

Bij een psychotische depressie is het advies om met nortriptyline te beginnen, evt. in combinatie met

een antipsychoticum. Bij ernstige psychotische verschijnselen en bij onvoldoende effect na 4-6 weken met een TCA wordt (direct respectievelijk alsnog) toevoegen van een antipsychoticum aanbevolen.

5.7.5 Medicamenteuze behandeling bij kinderen en jongeren (vanaf 8 jaar)

Conform het [Addendum Jeugd bij de Multidisciplinaire richtlijn Depressie](#) dient medicatie overwogen te worden bij een (matig) ernstige depressie als na 4 à 6 sessies van een psychologische behandeling geen verbetering optreedt, of direct bij een ernstige depressie wanneer (op korte termijn) onvoldoende verbetering van psychotherapeutische interventies verwacht kan worden. Herstel bij een (matig) ernstige depressie verloopt sneller als aan de psychologische behandeling medicatie wordt toegevoegd.

Bron: Kennard, 2009

Wanneer het eerste antidepressivum niet werkt is de kans op respons 50% bij een tweede antidepressivum. Die kans wordt vergroot tot 60% wanneer CBT aan het antidepressivum wordt toegevoegd.

Bron: Brent D, 2008

Gestreefd wordt naar volledig herstel.

Voortgezette (medicamenteuze) behandeling na herstel gedurende minimaal 6 à 9 maanden tot een jaar lijkt de kans op terugval te verminderen.

Bron: Cheung A, 2008

Om terugval te voorkomen wordt de medicamenteuze behandeling voortgezet gedurende een jaar na herstel.

Aanwijzingen voor toegenomen risico op suïcidaliteit bij SSRI gebruik onder de 18 jaar blijven aanwezig. Jeugdigen en jongvolwassenen die worden behandeld met een SSRI, waarbij fluoxetine de eerste keuze is, dienen de eerste maand tenminste wekelijks zeer nauwkeurig gevolgd te worden, waarbij goed gelet wordt op suïcidale gedachten en gedragingen (zie [Risicotaxatie suïcidaliteit](#) en de [zorgstandaard Bijwerkingen](#)). Dit is ook een van de redenen waarom antidepressiva onder de 18 jaar voor de indicatie depressieve-stemmingsstoornis alleen door kinder- en jeugdpsychiaters kunnen worden voorgeschreven.

Van de SSRI's is alleen fluoxetine geregistreerd voor de behandeling van depressieve stemmingsstoornissen onder de 18 jaar. Fluoxetine is dus altijd eerste keus als SSRI's geïndiceerd zijn. Conform het [Addendum Jeugd](#) kan als tweede stap gekozen worden uit 2 andere SSRI's: sertraline en citalopram. Sinds het verschijnen van het [Addendum Jeugd](#) in 2009 zijn er nauwelijks nieuwe onderzoeksdata over het effect van medicatie bij depressieve jeugdigen gepubliceerd. Echter, een recente meta-analyse waarbij ook niet gepubliceerde onderzoeksresultaten meegenomen werden laat zien dat de effectiviteit van SSRI's lager is dan waarop de aanbevelingen van het [Addendum Jeugd](#) gebaseerd zijn.

Bron: Cipriani A, e.a., 2016

De publicatiebias heeft mogelijk geleid tot een te positieve inschatting van de effectiviteit van SSRI's.

Als noch fluoxetine, noch een tweede SSRI effect heeft, dient te worden overgegaan op de behandelalgoritmes voor depressie bij volwassenen in de [Multidisciplinaire richtlijn Depressie](#).

5.7.6 Medicamenteuze behandeling bij comorbide psychische stoornissen

Behandeling van borderlinepersoonlijkeitsstoornis

Behandeling voor depressie of affectieve componenten is vaak onderdeel van de hulpvraag bij patiënten borderlinepersoonlijkeitsstoornis. Het is af te raden om tricyclische antidepressiva (TCA's) voor te schrijven aan patiënten met een borderlinepersoonlijkeitsstoornis, ambulant of klinisch. Het is aannemelijk dat het tricyclische antidepressivum amitriptyline bij patiënten met een borderlinepersoonlijkeitsstoornis een (paradoxe) toename kan geven van suïcidaal gedrag, paranoïde ideatie en claimend of vijandig gedrag.

Bron: Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkeitsstoornissen, 2008

In geval van een depressieve stoornis bij een borderline persoonlijkheidsstoornis is dit een relatieve contra-indicatie voor het gebruik van TCA's (zie de [Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkeitsstoornissen](#)).

Behandeling van psychotische depressie

Een patiënt met een psychotische depressie moet altijd door een psychiater behandeld worden; indien de toestand van de patiënt dit vereist met klinische behandeling. Bij de psychotische depressie is starten met alleen een TCA (op geleide van de bloedspiegel) een verantwoorde eerste stap. Na 4 weken kan dan bij onvoldoende resultaat met alleen een TCA als volgende stap een antipsychoticum worden toegevoegd. Als alternatief kan echter ook meteen gestart worden gestart met de combinatie van een TCA en een antipsychoticum. Zie ook de [zorgstandaard Acute psychiatrie](#) en de [zorgstandaard Ernstige psychische aandoeningen](#).

Na onvoldoende resultaat met de combinatie van een TCA én een antipsychoticum wordt elektroconvulsietherapie (ECT) overwogen (zie [Voortgezette behandeling en continuering van de medicatie](#) en [Elektroconvulsietherapie](#)).

5.7.7 Algemene principes bij het opbouwen van medicatie

Kort voorafgaand aan het voorschrijven en instellen van medicatie dient een somatische oorzaak van de psychische klachten te zijn uitgesloten, zo nodig door hiernaar opnieuw onderzoek te doen. Denk hierbij o.a. aan schildklieraandoeningen, waarbij de schildklierwaarden sterk kunnen fluctueren in enkele maanden. De medicamenteuze behandeling van eventuele somatische aandoeningen dient bij voorkeur goed te zijn ingesteld als met medicatie voor depressie wordt gestart. Ook dient een mogelijk verhoogd risico op suïcidaliteit onder controle gehouden te worden bij het opbouwen van medicatie.

De behandelaar dient uit te gaan van de start- en streefdoseringen zoals beschreven in de [Multidisciplinaire richtlijn Depressie](#) en [NHG Standaard Depressie](#) en geeft goede uitleg over de dosering en het belang van therapietrouw bij het opvolgen van de medicatie-adviezen.

De behandelaar geeft uitgebreide voorlichting over de werking en de verwachte bijwerkingen van de medicamenteuze behandeling en bespreekt ook de zorg van veel patiënten met betrekking tot het ontstaan van afhankelijkheid. Vooral in de eerste weken na de start met medicatie, maar ook daarna, kunnen belastende bijwerkingen optreden die van invloed kunnen zijn op het lichamelijke en cognitieve functioneren in het dagelijkse leven, zoals in het functioneren op school, in opleiding of in het werk, of bij deelname aan het verkeer. Indien het gebruik van medicatie de veiligheid van de patiënt zelf of van derden in gevaar kan brengen (bijv. slaperigheid bij bepaalde antidepressiva) dienen hieraan restricties te worden verbonden. Zie voor aanbevelingen over preventie, monitoring en behandeling van bijwerkingen de [zorgstandaard Bijwerkingen](#).

Het is belangrijk voor de medicatieveiligheid en de therapietrouw dat de behandelaar de verwachtingen over de werking, de bijwerkingen die worden ervaren en leefstijladviezen die passend zijn, ook na de start van de medicatie regelmatig bespreekt met de patiënt. Als de voorschrijver een ander is dan de behandelaar dan dienen vooraf afspraken gemaakt te worden tussen beiden.

Specifieke aandachtspunten bij ouderen

Het optreden van lichamelijke klachten tijdens een behandeling met antidepressiva moet bij ouderen niet te snel als bijwerking worden geïnterpreteerd. Voor het starten van een antidepressivum wordt een checklist afgenomen met de voor dat antidepressivum meest voorkomende bijwerkingen.

Specifieke aandachtspunten farmacotherapie bij etnische diversiteit

Vanwege het hogere risico op snellere of tragere metabolisering van een aantal antidepressiva, worden (indien van toepassing bij het geneesmiddel) bij patiënten met een niet-westerse achtergrond vaker bloedspiegelbepalingen uitgevoerd dan bij autochtone patiënten, ter vaststelling of uitsluiting van dit effect.

Bij Aziatische patiënten is het medicatiebeleid voorzichtiger: de dosering is lager en wordt langzamer opgebouwd, op geleide van het klinisch beeld en de bijwerkingen.

Bij patiënten van Afrikaanse en Aziatische afkomst is de dosering van lithium lager om rekening te houden met de hogere intracellulaire lithiumconcentraties bij gelijke plasmaspiegels.

5.7.8 Monitoren medicatietrouw

Om een goede medicatietrouw te bevorderen is het van belang de patiënt gaandeweg de behandeling adviezen te geven voor zelfmanagement en het volhouden van de behandeling. Het is belangrijk om eventuele zorgen en angsten met betrekking tot het (langdurig) gebruik van medicatie op een open manier te bespreken met de patiënt ook om te voorkómen dat de patiënt zonder overleg stopt met medicatie of de medicatie onregelmatig gaat gebruiken. Patiënten willen de bijwerkingen die ze ervaren snel kunnen bespreken met hun zorgverlener; de zorgverlener helpt hen door hiertoe aan te sporen. Op langere termijn kunnen het aanhouden van de initiële bijwerkingen en het optreden van andere bijwerkingen belastend zijn en de therapietrouw verminderen of voor patiënten een reden zijn om te stoppen met medicatie. Voor zorgvuldig en doeltreffend gebruik is herhaalde voorlichting en bespreking van de werking van het geneesmiddel, de bijwerkingen en hoe hiermee om te gaan, waaronder leefstijladviezen, van groot belang (zie [zorgstandaard Bijwerkingen](#)). Medicatieveiligheid en therapietrouw blijven belangrijke aandachtspunten bij vervolgafspraken.

Bij elke verstrekking moet medicatiebewaking plaatsvinden. Bij TCA's en lithium vindt bloedspiegelcontrole plaats volgens de daarvoor geldende aanbevelingen ten aanzien van bloedspiegelcontrole, laboratoriumcontrole, stabiliteit van eerdere bloedspiegels, verandering van doseringen en het starten/staken van andere medicatie (bijv. als interacties verwacht worden).

Bij het gebruik van antidepressiva in een voortgezette/onderhoudsbehandeling of wanneer de patiënt langdurig met medicatie wordt behandeld, evalueert de behandelaar samen met de patiënt regelmatig de werking en bijwerkingen. De behandelaar bespreekt het voortzetten of stoppen van de behandeling met medicatie tenminste jaarlijks (zie ook de [zorgstandaard Bijwerkingen](#)).

Patiënten gaan in het algemeen bewust en serieus om met de medicatie en hebben daar allerlei hulpmiddelen voor. Zelfmanagement wordt ondersteund door kleine hulpmiddelen, zoals een pillendoosje met een alarm, dat afgaat op het tijdstip dat de medicatie moet worden ingenomen, een inname-schema, een weekdoos of weekafleveringen. In geval van slikproblemen kan een andere toedieningsvorm een oplossing zijn.

5.7.9 Voortgezette behandeling en continuering van de medicatie

Nadat voldoende herstel is bereikt, waarbij niet langer wordt voldaan aan de criteria van een depressieve stoornis, is het zaak om terugval te voorkomen. Als een depressie hersteld is tijdens behandeling met een antidepressivum, vermindert voortzetten van de behandeling met hetzelfde antidepressivum de kans op een terugval en recidief met zo'n 50%.

Bij volwassen patiënten die 2 of meer episoden hebben gehad is de kans op recidivering groter en is daarom de duur van de onderhoudsbehandeling ook langer. Opnieuw is de optimale duur niet goed vast te stellen. Voorspellende factoren voor een recidief zijn het aantal eerdere recidieven en het houden van restsymptomen van een depressieve episode.

De bij volwassenen lang gehanteerde norm van 6 maanden voortzetten van behandeling bij een

eerste depressieve episode en een jaar (of langer) bij recidief episoden is hierbij een leidraad voor de behandelpraktijk. Daarbij evalueren patiënt en behandelaar samen of zij de medicatie willen afbouwen en indien hier niet toe wordt besloten, wordt een nieuwe evaluatietermijn vastgesteld. Indien de huisarts de medicamenteuze behandeling ingezet vanuit de generalistische basis ggz (GB GGZ) of gespecialiseerde ggz (S GGZ) voortzet, worden afspraken gemaakt over consultatie.

Gedurende vervolcontacten wordt met de patiënt besproken of hij de medicatie wil blijven gebruiken terwijl er geen klachten zijn. Monitoring van medicatiegebruik (en zo nodig -spiegels), bijwerkingen en/of monitoring van het leefpatroon is dan noodzakelijk. Indien na gezamenlijke besluitvorming besloten wordt te stoppen met medicatie dient het medicatiegebruik zorgvuldig te worden afgebouwd, rekening houdend met het soort antidepressiva. Altijd worden vervolcontacten aangeboden en wordt erop gecontroleerd dat geen terugval plaatsvindt.

Specifieke aandachtspunten bij ouderen

Voortzetten van de behandeling na herstel van een eerste depressieve episode is bij ouderen geïndiceerd gedurende minimaal 1 jaar.

Bij ouderen met een recidiverende depressie is jarenlange, mogelijk levenslange onderhoudsbehandeling geïndiceerd, afhankelijk van vele factoren zoals ernst, duur, bijwerkingen en wens van de patiënt.

5.7.10 Afbouwen van medicatie

Het afbouwen van medicatie is aan de orde wanneer de patiënt geruime tijd volledig hersteld is van diens klachten, 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. Overwogen kan worden een terugvalpreventieprogramma aan te bieden te weten ([Preventieve cognitieve therapie \(PCT\)](#) en [Mindfulnessbased cognitieve therapie \(MBCT: aandachtgerichte cognitieve therapie\)](#) (zie [Terugvalpreventie](#)).

Zorgvuldige begeleiding zowel bij het afbouwen en (bij staken van de medicamenteuze behandeling) enige tijd na het afbouwen is noodzakelijk, waarbij aandacht wordt besteed aan de onttrekkingsverschijnselen, die kunnen lijken op symptomen van terugval en hiervan onderscheiden dienen te worden. Een mogelijk verhoogd risico op suïcidaliteit dient hierbij onder controle gehouden te worden.

Om terugval te voorkomen of tijdig te herkennen dient bij het afbouwen van de medicatie de dosering geleidelijk te worden verlaagd. Hiervoor wordt ruim de tijd genomen, tenminste een tweetal 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 de medicatie en bij de (eerdere ervaringen van de) patiënt.

Het doel hiervan is het risico op onttrekkingsverschijnselen en terugval, of de ernst ervan, zoveel mogelijk te verminderen. Sommige antidepressiva zijn in druppelvorm beschikbaar, waarmee met kleine stappen kan worden afgebouwd. Van een aantal antidepressiva zijn druppels of speciale

taperingstrips beschikbaar om heel geleidelijk te kunnen afbouwen.

Onttrekingsverschijnselen kunnen heftig zijn en variëren per middel en per patiënt in de mate van ernst of last die wordt ervaren. Het kan erop lijken dat de oorspronkelijke klachten terugkomen, hetgeen vooraf niet altijd goed is in te schatten en per situatie door patiënt en arts met elkaar moet worden besproken. Bij onthoudingsverschijnselen kan het geven van uitleg geruststellend zijn, al dan niet in combinatie met antidepressiva in druppelvorm of taperingsstrips en een terugvalpreventieprogramma (zie Terugvalpreventie).

Bij een recidief van de depressie bij afbouwen is het beleid om langer door te behandelen met het antidepressivum in die dosering waarbij er geen verschijnselen waren.

Op [Thuisarts.nl](https://thuisarts.nl) staat meer informatie voor de [patiënt die wil stoppen met medicatie bij depressie](#).

5.7.11 Combinatiebehandeling

Combinatiebehandeling betreft de combinatie van psychotherapie en farmacotherapie.

Combinatiebehandeling bij volwassenen

Behandeloptie bij:

- Matig-ernstige of ernstige depressieve stoornis
 - eerste matig-ernstige of ernstige depressie
 - terugkerende matig-ernstige of ernstige depressie
- Persisterende depressieve stoornis:
 - persisterende depressieve stoornis (dysthymie en chronische depressie)

Combinatiebehandeling van psychotherapie en farmacotherapie wordt overwogen:

- als vervolgbehandeling bij patiënten met een eerste episode van (matig) ernstige depressie, nadat met psychotherapie dan wel farmacotherapie gedurende 8 maanden onvoldoende herstel is bereikt;
- als eerste stap bij patiënten met een ernstige depressieve stoornis of een chronische depressie.

Ter voorkoming van recidivering heeft combinatiebehandeling van farmacotherapie en CGT de voorkeur boven uitsluitend farmacotherapie.

Combinatiebehandeling bij kinderen, jongeren en jongvolwassenen.

Bij kinderen en jongeren wordt farmacotherapie in principe altijd gecombineerd met psychotherapie of psychologische begeleiding. Toevoegen van CGT aan fluoxetine zou kunnen leiden tot vermindering van suïcidale ideaties. Toevoegen van fluoxetine aan CGT leidt tot een sneller behandel-effect.

5.8 Biologische behandeling

Deze zorgstandaard Depressieve stoornissen wordt herzien. De herziening start eind 2024. Op 23 mei 2024 is de multidisciplinaire richtlijn (MDR) Depressie uit 2013, herzien en gepubliceerd ([klik hier voor de nieuwe MDR](#)). De nieuwe inzichten uit deze MDR zullen in de nieuwe zorgstandaard Depressie worden verwerkt. Let op: In de huidige zorgstandaard wordt nog verwezen naar de verouderde MDR Depressie en EBRO modules.

Behandeloptie bij:

- Specifieke indicaties

Sint-Janskruid

De effectiviteit, adequate dosering en adequate duur van het gebruik van Sint-Janskruid zijn niet duidelijk. In verband met het monitoren van eventuele interacties (zoals bij orale anticonceptie, digoxine en simvastatine) met farmacotherapie, die de effectiviteit van deze middelen verhogen of verlagen en de kans op bijwerkingen kunnen verhogen, dient het gebruik van Sint-Janskruid besproken en ontraden te worden gelijktijdig met het starten met andere medicatie.

Specifieke aandachtspunten bij kinderen en jongeren

Bij kinderen en adolescenten wordt het gebruik van Sint-Janskruid afgeraden.

Bron: Addendum Jeugd bij de Multidisciplinaire richtlijn Depressie, 2009.

Omega-3 vetzuren

De werking van OMEGA-3 vetzuren tijdens de behandeling van depressie bij volwassenen is aangetoond.

Bron: Grosso e.a., 2014; Mocking e.a., 2016.

Het effect is groter bij een hogere dosering eicosapentaenoic acid (EPA) en bij het gebruik van een antidepressivum (zie achtergronddocument [Kenmerken van de doelgroep](#)).

Specifieke aandachtspunten bij kinderen en jongeren

Er zijn aanwijzingen voor een behandel effect van omega-3 vetzuren bij kinderen van 6 tot 12

Bron: Nemets e.a., 2006; Osher e.a., 2006; Lin PY & Su KP, 2007

jaar. Omega-3 vetzuren kunnen als alternatief overwogen worden bij kinderen met een lichte depressie, wanneer de ouders terughoudend zijn om te starten met psychologische interventies, of als add-on bij psychologische interventies bij een lichte depressie.

Lichttherapie

[Lichttherapie](#) kan onderdeel zijn van een depressiebehandeling voor alle vormen van depressie waarbij de biologische klok is verstoord.

Bron: Seelen e.a., 2012

Lichttherapie is vooral ingezet bij een depressie met seizoensgebonden patroon (winterdepressie). Ook bij een depressie waarbij slaapproblematiek vermoed wordt als oorzakelijke of in standhoudende factor kan lichttherapie een waardevolle interventie zijn.

Electroconvulsietherapie

[Electroconvulsietherapie \(ECT\)](#) wordt toegepast als verschillende medicamenteuze behandelingen onvoldoende effect hebben. Bij zeer ernstige, levensbedreigende depressies (met name bij ernstige zelfverwaarlozing en somatische complicaties) kan electroconvulsietherapie

electroconvulsietherapie: ECT is retrospectief onderzocht in een groep van 51 adolescenten die resistent waren voor behandeling; 77% verbeterde veel tot zeer veel (Puffer CC, 2016).

eerder worden overwogen.

Bij patiënten met een psychotische depressie kan ECT eerder worden overwogen als alternatief voor medicamenteuze behandeling of combinatiebehandeling.

Specifieke aandachtspunten bij kinderen en jongeren

ECT is in uitzonderlijke gevallen die levensbedreigend zijn (door weigering voedsel en vocht in te nemen, ernstige suïcidaliteit of psychose), 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.

Specifieke aandachtspunten bij ouderen

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 transcraniele en magnetische stimulatie

[Repetitieve transcraniele magnetische stimulatie \(rTMS\)](#) is een behandelmethode die waarschijnlijk effectief is, hoewel nog onvoldoende vergelijkingen zijn gedaan met medicamenteuze behandelingen en met ECT. De toepassing van rTMS is zeer beperkt; deze kan worden overwogen bij volwassenen met een therapieresistente depressie na uitblijven van verbetering met andere behandelvormen.

Diepe hersenstimulatie en Nervus vagus stimulatie

Deze behandelvormen worden momenteel alleen in een onderzoeksverband aangeboden en behoren niet tot de gebruikelijk beschikbare mogelijkheden.

5.9 Vaktherapie

Behandeloptie in aanvulling op best bekende zorg bij:

- *Lichte depressieve stoornis:*
 - eerste lichte depressie korter dan 3 maanden
 - lichte eerste depressie langer dan 3 maanden of terugkerende lichte depressie
- *Matig-ernstige of ernstige depressieve stoornis:*
 - eerste matig-ernstige of ernstige depressie
 - terugkerende matig-ernstige of ernstige depressie
- *Persisterende depressieve stoornis:*
 - persisterende depressieve stoornis (dysthymie en chronische depressie)

Vaktherapieën worden ingezet als aanvulling op de bovengenoemde wetenschappelijk evidente behandelingen bij een depressieve stoornis en persisterende depressieve stoornis, ook bij comorbide psychische en/of somatische problematiek. De voorkeur van de patiënt dient hierbij meegewogen te worden. Meer onderzoek naar de plaatsbepaling van vaktherapie ten opzichte van andere behandelingen is nodig. Vaktherapieën zijn: beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie, psychomotorische therapie (PMT, waaronder running-therapie) en speltherapie (zie [Behandeling en begeleiding](#) en [Vaktherapie](#)).

In de behandeling van de depressieve stoornis leidt vaktherapie het handelen van de patiënt doelgericht naar nieuwe ervaringen die de symptomen en/of de stoornis positief beïnvloeden. Uitgangspunt van vaktherapie is dat de aanwezigheid van deze symptomen of stoornis waarneembaar wordt in het handelen van de patiënt én dat dit handelen, en daarmee ook ervaringen, beïnvloed kunnen worden. Vaktherapieën richten zich bij depressie op het activeren, vergroten van aandacht, zelfwaarneming en bewustwording, vergroten van een aanvaardende en accepterende houding ten opzichte van innerlijke ervaringen (gedachten, emoties, herinneringen, impulsen, lichamelijke waarnemingen), loslaten van vermijding, controle, of willen veranderen van bepaalde innerlijke ervaringen integreren van denken, voelen en handelen en interactie en verminderen van symptomen. Centraal staan stemmingsverbetering, het opdoen van succeservaringen en het verminderen van experiëntiële vermijdings- en controlestrategieën. Zie ook de zorgstandaard [Vaktherapie](#).

Specifieke aandachtspunten bij kinderen, jongeren en jongvolwassenen

Bij kinderen en jongeren kan vaktherapie op dezelfde wijze worden ingezet als bij volwassenen, juist vanwege het ervaringsgerichte karakter. Met name wanneer praten moeizaam gaat, of niet tot het gewenste resultaat leidt, kan vaktherapie een ingang bieden.

Specifieke aandachtspunten bij ouderen

Met name ook ouderen met een depressie dienen gestimuleerd te worden tot deelname aan PMT of andere vormen van lichaamsbeweging. Met name muziektherapie kan worden overwogen bij ouderen.

5.10 Complementaire en alternatieve behandelwijzen

Deze zorgstandaard Depressieve stoornissen wordt herzien. De herziening start eind 2024. Op 23 mei 2024 is de multidisciplinaire richtlijn (MDR) Depressie uit 2013, herzien en gepubliceerd ([klik hier voor de nieuwe MDR](#)). De nieuwe inzichten uit deze MDR zullen in de nieuwe zorgstandaard Depressie worden verwerkt. Let op: In de huidige zorgstandaard wordt nog verwezen naar de verouderde MDR Depressie en EBRO modules.

- Additionele behandelwijze op initiatief van de patiënt.
- Complementaire en alternatieve behandelingen komen niet in plaats van reguliere behandeling.

Veel mensen maken gebruik van complementaire en/of alternatieve behandelwijzen, zoals voedingssupplementen, homeopathie, natuurgeneeswijzen, antroposofische geneeswijzen, acupunctuur, manuele geneeskunde, meditatie en yoga.

[Complementaire en alternatieve behandelingen](#) kunnen niet in de plaats komen van de reguliere behandeling. Wel kunnen zij voor de patiënt van toegevoegde waarde zijn vanwege een gunstig effect op de fysieke en mentale gezondheid of het verminderen van stress.

Hulpverleners moeten openstaan voor de wens van de patiënt naar deze behandelingen. Ook als hun competenties niet op het gebied van de complementaire en alternatieve geneeswijzen liggen. Het is belangrijk dat de behandelaar samen met de patiënt nagaat wat de mogelijke voordelen en nadelen of risico's kunnen zijn waarbij het eventuele gebrek aan wetenschappelijke evidentie voor het effect van alternatieve geneeswijzen ten opzichte van wetenschappelijk evidente behandelingen meegewogen moet worden. Patiënt en hulpverlener moeten hierover open kunnen spreken, informatie uitwisselen en zo nodig afspraken maken.

Als de patiënt zich wendt tot een complementair of alternatief therapeut of arts, wordt aangeraden deze laatste op de hoogte te stellen van de stoornis en de behandeling daarvan. Overleg tussen reguliere en complementaire of alternatieve hulpverleners is dan wenselijk, uiteraard wel met inachtneming van de regels voor het beroepsgeheim.

In verband met eventuele interacties met farmacotherapie dient het gebruik van alternatieve middelen besproken te worden tijdens het starten met medicatie.

5.11 Behandeling van persisterende depressie (chronische depressie en dysthymie)

Deze zorgstandaard Depressieve stoornissen wordt herzien. De herziening start eind 2024. Op 23 mei 2024 is de multidisciplinaire richtlijn (MDR) Depressie uit 2013, herzien en gepubliceerd ([klik hier voor de nieuwe MDR](#)). De nieuwe inzichten uit deze MDR zullen in de nieuwe zorgstandaard Depressie worden verwerkt. Let op: In de huidige zorgstandaard wordt nog verwezen naar de verouderde MDR Depressie en EBRO modules.

Bij de keuze van het type behandeling wordt rekening gehouden met de voorkeur van de patiënt en met kenmerken van de patiënt: vroege of juist late onset, type depressie, aantal terugvallen, trauma in de jeugd, ernst van de symptomen en comorbide persoonlijkheidsstoornis. Ook gaat de hulpverlener na of het een eerder adequaat behandelde persisterende depressie betreft, hetgeen van belang is voor het bepalen van het behandelbeleid:

Voor patiënten met een chronische depressie of dysthymie die nog geen behandeling hebben gehad
Geadviseerd wordt, gezien de lange duur van de klachten, te starten met een van de algoritmes depressieve episode (matig) ernstig (eerste episode of recidief), afhankelijk of er sprake is van een eerste episode of recidief episode, en deze verder te vervolgen.

Voor patiënten met een chronische depressie of dysthymie die inadequate behandeling hebben gehad
Geadviseerd wordt om de behandeling te evalueren en te starten bij die stap van een van de algoritmes depressieve episode (matig) ernstig (eerste episode of recidief) die nog niet of niet adequaat uitgevoerd is en deze verder te vervolgen.

Voor patiënten met een chronische depressie die adequate behandeling hebben gehad (en het vermoeden van therapieresistente depressie bestaat)
Geadviseerd wordt om één van de algoritmes depressieve episode (matig) ernstig (eerste episode of recidief) verder te vervolgen bij combinatiebehandeling van psychotherapie en medicamenteuze therapie en deze voldoende lang aan te bieden.

- Daarbij dient intensivering van de psychotherapie overwogen te worden (bijv. meerdere sessies per week).
- Het stappenplan biologische behandeling van depressie moet dan ook verder gevolgd worden inclusief het overwegen en bespreken van ECT.
- Op basis van gedeelde besluitvorming met patiënt en eventuele betrokkenen, worden ook alternatieven gewogen.

5.11.1 Psychotherapeutische behandeling van persisterende depressie (chronische depressie en dysthymie)

Psychotherapie is ook bij persisterende depressie effectief, zij het mogelijk in mindere mate dan bij niet-persisterende depressie. Veel patiënten met dysthymie hebben voorkeur voor psychotherapie; onderzoek laat geen eenduidige voorkeur qua werkzaamheid zien. Met name het leren accepteren van en omgaan met de psychische klachten worden als helpend ervaren.

Er zijn aanwijzingen dat langere psychotherapieën (met meer sessies dan bij de niet persisterende depressie) zinvol zijn bij persisterende depressie. Dat geldt voor cognitieve gedragstherapie, gedragstherapie, interpersoonlijke therapie, psychodynamische psychotherapie en mogelijk psychoanalytische psychotherapie.

Daarnaast zijn er specifieke behandelingen voor chronische depressie of dysthymie ontwikkeld (zoals [Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, CBASP](#)), al zijn er ook aanwijzingen dat psychotherapieën voor de niet-persisterende variant van depressie eveneens effectief zijn als aanvulling op antidepressiva. Op grond van de huidige beschikbare kennis zijn hierover geen preciezere uitspraken te doen.

Bron: EBRO-module Persisterende depressieve stoornis.

De voorkeursbehandeling voor eerder adequaat behandelde persisterende depressieve stoornis is een combinatiebehandeling van psychotherapeutische behandeling met antidepressieve medicatie. Bij een persisterende depressieve stoornis met zuiver dysthym syndroom is er geen voorkeur voor combinatiebehandeling en kan ook voor psychotherapie dan wel farmacotherapie als monotherapie worden ingezet.

Bron: EBRO-module Persisterende depressieve stoornis.

5.11.2 Medicamenteuze behandeling van persisterende depressie (chronische depressie en dysthymie)

Medicamenteuze behandeling is effectief bij persisterende depressie, zij het mogelijk in mindere mate dan bij niet-persisterende depressie. De hulpverlener gaat na of het al dan niet een adequaat behandelde persisterende depressie betreft, hetgeen van belang is voor het bepalen van het behandelbeleid. De voorkeursbehandeling voor eerder adequaat behandelde chronische depressie is een combinatiebehandeling van psychotherapeutische behandeling en antidepressieve medicatie.

5.11.3 Behandelevaluatie en vervolg bij persisterende depressie

Het beloop wordt gemonitord en na uiterlijk 4 maanden vindt behandelevaluatie plaats, op basis van monitoring van de behandelresultaten (zie Diagnostiek en Monitoring).

Bij uitblijven van voldoende herstel dient onderzocht te worden wat hiervoor de reden kan zijn. De behandelaar gaat samen met de patiënt na of het is gelukt om de ingezette behandelvorm voldoende adherent en getrouw uit te voeren, wat hierbij eventueel belemmerende factoren zijn en hoe deze kunnen worden weggenomen. Vervolgens dient nadere diagnostiek plaats te vinden.

Voor psychotherapeutische behandeling kan bij uitblijven van voldoende herstel, in overleg met de patiënt langer voortzetten en/of intensiveren van de psychotherapie overwogen worden. Aanvullend kunnen activerende (ergotherapeutische) interventies en non-verbale vaktherapeutische interventies desgewenst aan de behandeling worden toegevoegd. Indien dit onvoldoende oplevert kan een second opinion en eventueel behandeling bij een (hoog)gespecialiseerde setting aangevraagd worden. Bij een second opinion is aandacht voor de diagnostiek, comorbiditeit waaronder persoonlijkheidspathologie, en de behandeling daarvan, alsmede therapie-evaluatie belangrijk.

Voor medicamenteuze behandeling dient het voorgestelde stappenplan te worden gevolgd. De evaluatieperiode van het antidepressivum moet bij een chronische depressie echter verlengd worden van de standaard 4 tot 6 weken tot 10 weken. Therapietrouw is noodzakelijk voor een effectieve behandeling. Bij onvoldoende respons op medicamenteuze behandeling wordt andere medicatie aangeboden.

- Bij onvoldoende respons worden andere vormen van psychotherapie aangeboden en/of andere medicatie of combinatiebehandeling. Wanneer bij de evaluatie blijkt dat er enige verbetering is opgetreden is het mogelijk de psychotherapie door te zetten en waar mogelijk te intensiveren. Echter, dan kan ook gedacht worden aan een overstap naar een andere (intensievere) vorm van psychotherapie;
- Naast het toepassen van een adequate behandeling wordt in de behandeling van persisterende depressie aandacht besteed aan verandering van leefstijl, rehabilitatie, herstelondersteunende zorg en praktische hulp in de diverse leefgebieden. Het accent in de begeleiding verschuift van de behandeling van de aandoening naar bevorderen van de gezonde aspecten. Daarbij is samenwerking tussen huisartsenzorg (incl. de praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz (POH-GGZ)), generalistische basis ggz (GB GGZ) en gespecialiseerde ggz (S GGZ) in de behandeling en begeleiding van de patiënt wenselijk.

Een deel van de patiënten met een persisterende depressie zal ook na meerdere behandelingen geen verbetering laten zien, maar dit geldt zeker niet voor alle patiënten. Bij onvoldoende respons worden de volgende opties overwogen en besproken met de patiënt en diens naasten:

- Verwijzing voor nadere diagnostiek (bijv. persoonlijkheidsproblematiek), medicatieadvies, of second opinion bij een in depressie gespecialiseerde topklinische instelling;
- Intensivering van de behandeling met een specifiek op depressie gerichte dagbehandeling of klinische opname wordt overwogen als er meer dan 2 maal 4 maanden behandeld is;
- Electroconvulsietherapie (ECT) wordt meestal pas overwogen na meerdere medicamenteuze behandelstappen.

5.12 Terugvalpreventie

Aanbevolen bij:

- *Depressieve klachten:*
 - aanhoudende depressieve klachten na geïndiceerde preventie
- *Lichte depressieve stoornis:*
 - eerste lichte depressie korter dan 3 maanden
 - lichte eerste depressie langer dan 3 maanden of terugkerende lichte depressie
- *Matig-ernstige of ernstige depressieve stoornis:*
 - eerste matig-ernstige of ernstige depressie
 - terugkerende matig-ernstige of ernstige depressie
- *Persisterende depressieve stoornis:*
 - persisterende depressieve stoornis (dysthymie en chronische depressie)

Om van herstel (remissie) te spreken moeten de symptomen van depressie over een periode van tenminste 4-8 weken grotendeels verdwenen zijn. Het afnemen van een meetinstrument is hierbij behulpzaam. Het voorkomen van een terugval is dan daarna het belangrijkste doel. Nadat (voldoende) herstel is bereikt, waarbij niet langer voldaan wordt aan de criteria van een depressieve stoornis, is het belangrijk om terugval te voorkomen. Na elke eerdere depressieve periode neemt de kans op terugval toe.

Terugvalpreventie neemt een belangrijke plaats in bij de behandeling van en zorg voor kinderen, jongeren, jongvolwassenen, volwassenen en ouderen met een depressie. Terugvalpreventie kan bestaan uit het bevorderen van zelfmanagement, regelmatige monitoring gedurende meerdere jaren, door het standaard opstellen van een terugvalpreventieplan, het aanbieden van specifieke terugvalpreventieprogramma's en contactinformatie bij een dreigende terugval of recidivering zodat indien dit optreedt een nieuwe behandeling snel kan worden ingezet.

Verder wordt de patiënt geïnformeerd over lotgenotengroepen van de Depressie Vereniging. Deze kunnen een belangrijke stap zijn in het herstelproces en kunnen bijdragen aan het voorkomen van terugval (zie [Herstel, participatie en re-integratie](#)). Zie ook Terugvalpreventie. Indien een nieuwe depressieve episode optreedt kunnen mensen baat hebben bij maatregelen die zij eerder succesvol hebben genomen, zoals rustiger aan doen of sporten. Hierop wordt voortgebouwd in een eventuele nieuwe behandeling.

Terugvalpreventieplan

Met de patiënt stelt de zorgverlener een terugvalpreventieplan (of signaleringsplan) op, waarbij partner, ouders, kinderen of andere naasten een rol spelen bij het signaleren van terugval. Hierin staan de individuele signalen en triggers waarop de patiënt en zijn omgeving alert moeten zijn om vroegtijdig een nieuwe depressieve episode te herkennen en [bijvoorbeeld behandelingen en zelfmanagementstrategieën](#) die de patiënt eerder goed geholpen hebben.

Zelfmanagement

Zelfmanagementstrategieën zijn beproefde manieren om terugval of recidivering te voorkomen (zie [Zelfmanagementstrategieën](#)). Ook als een nieuwe depressieve episode optreedt kunnen mensen baat hebben bij maatregelen die zij eerder succesvol hebben genomen, zoals rustiger aan doen of sporten. Dit dient te worden besproken in de behandeling. Zie ook [Zelfmanagement](#).

Op [Thuisarts.nl](#) staat beschreven wat de [patiënt zelf kan doen om terugval te voorkomen](#).

Monitoring

Mensen die een depressie of dysthymie hebben gehad worden nog een aantal jaren gevolgd om een mogelijke terugval of recidivering tijdig op te sporen. De zorgverlener en patiënt maken voor het afsluiten van de behandeling afspraken over hoe hieraan invulling wordt gegeven.

Terugvalpreventieprogramma's

Na een matig-ernstige of ernstige depressieve episode of dysthymie kunnen de volgende specifieke terugvalpreventieprogramma's worden overwogen. Deze zijn kortdurend en richten zich ook op zelfmanagement.

- [Preventie cognitieve therapie \(PCT\)](#)
- [Mindfulnessbased cognitieve therapie \(MBCT; aandachtgerichte cognitieve therapie\)](#)

Contact na terugval of recidivering

Na afsluiting van het behandelcontact zorgt de hulpverlener voor contactinformatie bij terugval of recidivering, zodat de patiënt wanneer dit optreedt snel contact op kan nemen met de hulpverlener en de zorg snel kan worden opgeschaald.

5.13 Begeleiding van naasten

Deze zorgstandaard Depressieve stoornissen wordt herzien. De herziening start eind 2024. Op 23 mei 2024 is de multidisciplinaire richtlijn (MDR) Depressie uit 2013, herzien en gepubliceerd ([klik hier voor de nieuwe MDR](#)). De nieuwe inzichten uit deze MDR zullen in de nieuwe zorgstandaard Depressie worden verwerkt. Let op: In de huidige zorgstandaard wordt nog verwezen naar de verouderde MDR Depressie en EBRO modules.

Vanwege de gevolgen van psychische klachten voor de eventuele partner, kinderen, ouders, andere gezinsleden of andere naasten wordt overwogen om hen passende ondersteuning aan te bieden.

Naasten van mensen met psychische klachten kunnen extra belast zijn door het bieden van emotionele steun, toezicht houden op het naleven van (medicatie)adviezen, huishoudelijke hulp of hulp bij het nakomen van verplichtingen als scholier/student, werknemer of ouder. Zij worden vaak geconfronteerd met stigmatisering, schuldgevoelens, (onverwachte) veranderingen in het gedrag van de patiënt, een veranderde relatie met de patiënt. Zie de [zorgstandaard Naasten](#).

Op Thuisarts.nl staat beschreven hoe je [als naaste iemand met depressie kunt steunen](#).

5.13.1 Kinderen van een ouder met een depressie

Kinderen van een ouder die psychische klachten heeft, hebben een verhoogd risico om zelf psychische problemen te ontwikkelen (zogeheten KOPP: kind van een ouder met psychische

problemen). De ouder met psychische problematiek is niet altijd in staat om de rol als opvoeder volledig te vervullen. Het risico op problemen bij kinderen is groter naarmate het kind jonger is, de klachten bij de ouder ernstiger en langduriger aanwezig zijn en het sociale netwerk beperkter is.

Bij patiënten met langer durende problematiek die zorgtaken voor kinderen hebben, dient te worden gelet op signalen van (psychische) problemen bij het kind, huiselijk geweld en kindermishandeling. Bij het vermoeden van risico's wordt de verplichte [kindcheck](#) uitgevoerd en is de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling van kracht. Zie hiervoor ook:

- de [zorgstandaard KOPP/KOV](#);
- [Richtlijn KOPP voor jeugdhulp en jeugdbescherming](#)
- de [Toolkit Aanpak kindermishandeling en huiselijk geweld in de huisartsenzorg](#).

Specifieke aandachtspunten bij kinderen en jongeren

Voor het slagen van de behandeling is het van belang om de ouders in de vorm van ouderbegeleiding en op indicatie het gezin middels systeemtherapie bij de behandeling te betrekken (zie [Behandeling en begeleiding](#)).

5.13.2 Oudere naasten

Bij ouderen geldt bij het vermoeden van ouderenmishandeling

ouderenmishandeling: Sinds 1 juli 2013 is de Wet Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling van kracht. Hieronder valt ook het melden van ouderenmishandeling. Maar daarvoor is geen aparte meldcode.

door relationeel geweld binnen familieverbanden en bij ouderen die het slachtoffer zijn van ontspoorde mantelzorg de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. De dader kan een overbelaste mantelzorger kan zijn. Ouderen kunnen extra kwetsbaar zijn, in depressie weinig weerbaar (net als ouderen met andere psychische klachten), of door hun toestandsbeeld gedrag vertonen aan naastbetrokkenen dat als verbaal of fysiek geweld te duiden is.

6. Herstel, participatie en re-integratie

Autorisatiedatum 15-03-2018 Beoordelingsdatum 15-03-2018

6.1 Herstel

Deze zorgstandaard Depressieve stoornissen wordt herzien. De herziening start eind 2024. Op 23 mei 2024 is de multidisciplinaire richtlijn (MDR) Depressie uit 2013, herzien en gepubliceerd ([klik hier voor de nieuwe MDR](#)). De nieuwe inzichten uit deze MDR zullen in de nieuwe zorgstandaard Depressie worden verwerkt. Let op: In de huidige zorgstandaard wordt nog verwezen naar de verouderde MDR Depressie en EBRO modules.

6.1.1 Persoonlijk herstel

Vanuit patiëntperspectief gaat het bij herstel om een uniek persoonlijk proces, waarbij mensen met een psychische aandoening proberen de draad weer op te pakken, na een sociaal en persoonlijk ontwrichtende en ingrijpende gebeurtenis of episode in het leven. Het gaat hierbij om het proberen de regie te hervinden en hun leven opnieuw inhoud en richting te geven. Hier staat de psychologische invalshoek van een veranderende identiteit op de voorgrond. Herstel is vanuit dit perspectief geen daadwerkelijke uitkomst, maar een (langdurend) proces waarin aspecten als persoonlijk welzijn, leren leven met de aandoening en de kwaliteit van leven centraal staan. Dit noemen we ook wel persoonlijk herstel.

Persoonlijk herstel is in de eerste plaats het hervinden van de eigen, persoonlijke identiteit en van een hernieuwde betekenisgeving aan de eigen psychische klachten en het eigen levensverhaal. Daarnaast gaat het bij persoonlijk herstel ook om het hervinden van perspectief, hoop en grip op het eigen leven en op het hervinden van verbondenheid met anderen.

Empowerment, eigen regie en zelfmanagement zijn kernelementen in het herstel. Patiënten vinden het belangrijk dat hulpverleners herstel van een depressie bevorderen door herstelondersteunende zorg te bieden: patiënten eigen keuzes laten maken, goed communiceren en ondersteuning bieden en het naar boven halen van de eigen kracht van de patiënt, zodat de patiënt weer greep en regie krijgt op het eigen leven. Dit begint met praten over het behandelplan en psycho-educatie. Hulpverleners kunnen het herstel van de patiënt faciliteren door in een vroeg stadium van de behandeling of begeleiding het steunsysteem van familie en vrienden actief bij de behandeling te betrekken. Ook tijdens de behandeling is het belangrijk dat de omgeving van patiënt betrokken is, en dat de hulpverleners ofwel actief zijn in het contact leggen, ofwel ruimte bieden voor gezamenlijke gesprekken. De patiënt houdt eigen regie over dit proces. Zie verder de [zorgstandaard Herstelondersteuning](#).

Persoonlijk herstel speelt een rol vanaf het moment dat iemand in contact komt met de ggz. Het is van groot belang dat de hulpverlener inventariseert wat iemands sociale en maatschappelijke situatie is en of daarbij ondersteuning nodig is. Bijvoorbeeld op het gebied van contact met een bedrijfsarts in geval van ziekteverzuim. Zo nodig neemt een hulpverlener het initiatief om deze ondersteuning in gang te zetten en te coördineren. Voorts kan in het kader van herstel psychosociale behandeling of psychosociale begeleiding worden ingezet (zie [Psychosociale behandeling](#)). Indien nodig wordt praktische ondersteuning georganiseerd, bijvoorbeeld in de vorm van gespecialiseerde gezinszorg.

Herstelondersteunende zorg betreft ook: het bieden van steun bij het verwerken van het verlies aan contacten en stimuleren van het aangaan van contacten om het isolement te doorbreken; erkennen van de impact van een depressie op het sociale leven (verlies/rouw) en het persoonlijke leven (wake-up call) van de patiënt; bevorderen van het herstel door de mogelijkheden te benadrukken en de patiënt stimuleren tot het nemen van de regie over het leven; erkennen van het belang van omslagpunten in het herstelproces en begeleiden van patiënten bij het zoeken en behouden van evenwicht.

Voor persoonlijk herstel is sociale steun, praktische steun en vooral (weer) actief worden door maatschappelijke participatie (zie ook [Participatie](#)) en in werk/opleiding/school en vrije tijd belangrijk (zie [Re-integratie](#)). Hierdoor kunnen patiënten weer controle krijgen over hun leven, leren omgaan met stemmingen, verantwoordelijkheid nemen en nieuwe mogelijkheden aftasten. Herstel kan bijvoorbeeld betekenen dat er een plek is om naar toe te gaan, dat je zinvolle bezigheden hebt en een dagritme. Voor herstel is het vanuit patiëntperspectief belangrijk het gevoel te hebben om ondanks klachten deel uit te maken van de maatschappij en mogelijkheden te hebben voor zelfontplooiing. Het accepteren van eventuele blijvende klachten (en het leren daarmee om te gaan) bevordert het herstel. Bespreken van een strategie bij terugval en van de ondersteuning die een sociaal netwerk kan bieden is belangrijk voor patiënten.

6.1.2 Contact met lotgenoten en/of ervaringsdeskundigen

De hulpverlener geeft informatie over het belang voor het herstel en de mogelijkheden van contact met lotgenoten en/of [ervaringsdeskundigen](#). De patiënt wordt geïnformeerd over lotgenotengroepen van de Depressie Vereniging. Deze 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 themalijs en protocol voor het starten van een lotgenotengroep.

Lotgenotengroepen kunnen een belangrijke rol vervullen. Het bespreken van relevante thema's met lotgenoten kan drempelverlagend werken voor verdere gespreksvoering en kan het inzicht in en omgaan met een depressie of dysthymie verbeteren. Deelname aan een lotgenotengroep kan een positieve bijdrage leveren aan het welzijn, de ervaren steun vergroten en gevoelens van eenzaamheid en isolement verminderen. De lotgenotengroep kan bijdragen aan het weer stappen durven zetten in het eigen leven, die leiden tot meer maatschappelijke deelname.

6.2 Participatie

6.2.1 Interventies gericht op dagelijks functioneren en maatschappelijke

participatie

Soms heeft een patiënt na behandeling nog functionele beperkingen ten aanzien van het dagelijks functioneren op het gebied van zelfverzorging en zorg voor anderen, huishouden, en vrije tijdsbesteding en maatschappelijke participatie (werk, opleiding en school).

Functionele beperkingen komen vooral voor bij matig-ernstige tot ernstige depressie en kunnen verzuim, productieverlies en conflicten tot gevolg hebben. Het plannen, initiëren en uitvoeren van doelgerichte activiteiten is verminderd en de mogelijkheden tot samenwerken, omgaan met conflicten en omgaan met collega's en werkrelaties of leeftijdsgenoten is vaak verslechterd. Rekening moet worden gehouden met bijwerkingen van medicatie. Gele sticker-medicatie kan een reden zijn om bepaald risicovol werk (piloot, agent, chirurg, etc.) tijdelijk te vervangen voor ander werk. Vaak lukt het jongvolwassenen met een depressie of dysthymie niet om volledig naar school te gaan of om het opleidingsniveau te halen dat passend is bij het intelligentieniveau.

Als duidelijk is dat (rest)beperkingen worden ervaren in het dagelijks functioneren of maatschappelijke participatie kan worden gezocht naar een passende interventie gericht op het verminderen van deze specifieke beperkingen. Soms is overbelasting een factor, door het overvraagd worden door het werk of het sociale netwerk (bijvoorbeeld door mantelzorg). Het afstemmen van belasting en belastbaarheid en begeleiding in een dag- en weekstructuur is voor dagelijks handelen van belang. Voor het adviseren en begeleiden naar participatie in dagelijks functioneren is ook ergotherapie inzetbaar (zie [Ergotherapie](#)). Indien nodig schakelt de zorgverlener in afstemming met de patiënt ondersteuning vanuit het sociale domein in om maatschappelijke participatie te bevorderen.

6.2.2 Ondersteuning van het netwerk

Ondersteuning aan naasten, passend bij de thuissituatie kan het behaalde effect van de behandeling verstevigen en consolideren. Ondersteunen kan door enerzijds het netwerk te informeren en anderzijds familie en naasten te leren zo goed mogelijk met de patiënt om te gaan. De ondersteuning kan ook bestaan uit het leren bewaken van de eigen grenzen om te voorkomen dat personen uit het netwerk er zelf aan onderdoor gaan.

Netwerkondersteuning omvat elementen van psycho-educatie, emotionele ondersteuning, het geven van praktische tips en adviezen en het bespreken van mogelijke coping mechanismen. Gesprekken met het thuisfront worden meestal thuis gehouden en er worden zo nodig praktische zaken geregeld. Bij volwassen patiënten is het belangrijk ook oog te hebben voor het functioneren van de kinderen in het gezin. Kennis van de sociale kaart is hierbij van groot belang.

Ondersteuning van het netwerk bij patiënten met een depressie of dysthymie is ook van belang ter ondersteuning van de primaire behandeling gericht op het terugdringen van de symptomen (zie ook [Inleiding](#) en [Terugvalpreventie](#)).

6.2.3 Rehabilitatie

Rehabilitatiemethoden kunnen patiënten met ernstig of voortdurend psychisch lijden helpen bij de acceptatie van hun situatie en het behoud van sociaal en maatschappelijk functioneren; rehabilitatie

is een aanvulling, geen vervanging voor behandeling. Rehabilitatie heeft als doel patiënten met een chronische aandoening naar vermogen zo goed mogelijk in de samenleving te laten functioneren en is gericht op veranderingen die nodig zijn om maatschappelijke rollen te vervullen.

Rehabilitatiemethoden ondersteunen patiënten bij door hen zelf geformuleerde doelen. Die doelen kunnen op elk levensgebied gericht zijn, en op alle aspecten die door de patiënt als zinlijk en waardevol wordt gezien en sluiten aan bij het dagelijkse leven (zelfverzorging en zorg voor anderen, huishouden, en vrije tijdsbesteding naast werk, opleiding en school). De nadruk ligt op wat mogelijk is, niet op beperkingen. Participatie van familie of naasten is van belang voor het welslagen. Rehabilitatiemethoden worden ingezet door hiertoe deskundige hulpverleners. Ergotherapeuten maken vanuit kennis en kunde (persoon, handelen, omgeving) gebruik van rehabilitatiemethoden.

6.3 Re-integratie

6.3.1 Werken op arbeidstherapeutische basis

Werken op arbeidstherapeutische basis is een interventie die de bedrijfsarts kan hanteren wanneer medewerkers door ziekte zijn uitgevallen. Het kan bijdragen aan de behandeling van een depressie. Van belang is dat er contact is tussen hulpverleners over het traject om het herstel te bevorderen. Ook kan naar een tijdelijke werkoplossing worden gezocht waarbij veeleisende werkzaamheden worden vervangen door alternatieve werkzaamheden (beperken belasting)

(beperken belasting): Richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen, NVAB, 2007 en zie ook Richtlijn Werk en psychische klachten, NIP/LVE.

[Meer informatie](#)

. Arbeidstherapeutisch werken is een eerste stap in het re-integratietraject bij een medewerker die binnen enkele maanden in staat zal zijn het oude werk weer op te pakken. Wanneer de oorzaak van de depressie mede in het werk gelegen is kan de interventie ingezet worden om zicht te krijgen op deze werkfactor en kan het onderdeel worden van de behandeling. Meestal is er sprake van stapsgewijze groei. Dit betekent dat de werkgever en werknemer bij herhaling evalueren hoe het werken op arbeidstherapeutische basis verloopt.

Veel patiënten waarderen het als zij aan het arbeidsproces door vrijwilligerswerk of betaalde arbeid kunnen (blijven) deelnemen. Daarbij is van belang dat vanuit de werkplek steun wordt gegeven om werk te behouden of nieuw werk te vinden.

6.3.2 Ergotherapie

[Ergotherapie](#) richt zich op optimale participatie van mensen met (psychische) beperkingen, uitgaande van de patiënt, als expert op het gebied van diens leven, de persoonlijke doelen, prioriteiten en wensen het beste kent. De focus van ergotherapie is het handelen, dat als bepalend wordt gezien voor gezondheid en welbevinden. Handelen bestaat uit alle activiteiten en taken waarmee iemand

zich in het dagelijkse leven bezighoudt en die cultureel bepaald en betekenisvol zijn. In de ergotherapie betreft het begrip handelen ook de rol van de omgeving waarin een taak of activiteit plaatsvindt. Daarbij is oog voor de vaak complexe context die het handelen en het persoonlijk leven van een patiënt beïnvloedt. Ergotherapie wordt gegeven door een daartoe opgeleide professional. Zie ook de [zorgstandaard Arbeid als medicijn](#).

6.3.3 Specifieke aandachtspunten bij kinderen en jongeren

Verzuimbegeleiding

Wanneer er sprake is van zorgelijk schoolverzuim spelen behalve patiënten, naasten en ggz-hulpverleners ook de JGZ-professional een rol (verzuimbegeleiding) en scholen (onder meer in het kader van [Passend Onderwijs](#)) een rol, en verder mogelijk ook huisartsenzorg, jeugdhulp of informele zorg. In de praktijk blijkt dat het belangrijk is om naast de jeugdige ook de ouder(s), school (de mentor/leerkracht) en de huisarts te betrekken. De informatie van school is van belang om meer inzicht te krijgen in de ernst van de klachten en om het beloop en het effect van eventuele interventies te monitoren. Naast het verstrekken van informatie kan de school actief meewerken om een jeugdige te steunen of te ontlasten. Afhankelijk van de situatie van de leerling kan de JGZ-professional bijvoorbeeld zorgen voor meer individuele aandacht van een groepsleerkracht, mentor, of interne (leerling)begeleider. Ook kan deze hulp van schoolmaatschappelijk werk of samenwerking met een leerplichtambtenaar zoeken.

Waar aanwijzingen zijn voor een te zware (cognitieve) belasting, kan die worden verminderd door hulp te bieden voor leerachterstanden, het regelen van een tijdelijk deeltijdrooster, spreiden van examenonderdelen, enzovoort.

Als de jeugdige aangeeft gepest te worden of geen aansluiting vindt bij klasgenoten, is het noodzakelijk daar de aandacht op te richten. Door aan te sluiten bij de zorgstructuur op school (bijv. door deelname aan multidisciplinaire overleggen) kan de JGZ-professional ook aandacht vragen/geven aan zorgen om leerlingen met depressieve klachten of een depressie.

Sommige basisscholen bieden naschoolse opvang of een verlengd schooldagprogramma dat in een aantal gevallen voor kinderen en jeugdigen met een belaste thuissituatie gunstig kan zijn.

Soms lijken de klachten van de jeugdige (mede) veroorzaakt te worden door een slechte relatie met leerkrachten of een ongunstig pedagogisch klimaat in de klas. Dan kan de JGZ-professional daarover in gesprek gaan met betrokkenen en/of de schoolleiding.

Bij schoolverzuim kan voor leerlingen in het voortgezet onderwijs gebruik gemaakt worden van de handreiking 'Snel terug naar school is veel beter' van de AJN/NVAB (Artsen Jeugdgezondheid Nederland (AJN) en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), zie ook [NVAB online](#). Deze handreiking beschrijft een integrale aanpak van schoolverzuim bij kinderen en jongeren, waarbij het kind of de jongere, de ouders, de mentor, het schoolteam, de leerplichtambtenaar en jeugdarts goed samenwerken om langdurige schoolverzuim of voortijdig schoolverlaten te voorkomen. Onderdeel hiervan is M@ZL, Medische Advisering Ziekgemelde Leerling, een werkwijze waarbij de jeugdarts optreedt als een soort bedrijfsarts voor de ziekgemelde leerlingen.

Jongeren vanaf 15 jaar met duidelijke problemen op het terrein van school en werk kan de JGZ-professional verwijzen naar lokale interventies (zoals bij de gemeente) met als doel het voortzetten van werk of schoolopleiding. Voorbeelden zijn rebound voorzieningen, leer/werk projecten, etc.

Tijdens de periodieke preventieve gezondheidsonderzoeken vraagt de JGZ-professional actief na hoe het momenteel met de depressieve klachten en symptomen van depressie gaat. Ook kan de JGZ-professional een intermediair zijn tussen hulpverlener en school of in sommige gevallen tussen hulpverlener en ouders/jeugdige bij stagnatie van behandeling.

6.3.4 Specifieke aandachtspunten bij ouderen

Bij ouderen met een persisterende depressieve stoornis dienen rehabilitatiemethodieken een onlosmakelijk onderdeel te zijn van de zorg. De doelstelling van behandeling is breder dan de behandeling van de depressie of behandeling van de symptomen en is gericht op de wensen en de behoeften van de patiënt om de kwaliteit van leven te vergroten.

7. Samenhang met andere standaarden

Autorisatiedatum 15-03-2018 Beoordelingsdatum 15-03-2018

7.1 Zorgstandaarden

In een zorgstandaard staan zorgcomponenten of -onderwerpen beschreven die relevantie hebben voor meerdere psychische stoornissen en/of somatische aandoeningen. Hetgeen beschreven wordt in een zorgstandaard kan toepasbaar zijn in 1 bepaalde fase of in meerdere fasen van de zorg.

Samenhang is er in deze zorgstandaard met de volgende zorgstandaarden:

- [Acute Psychiatrie](#)
- [Arbeid als medicijn](#)
- [Assertieve en verplichte zorg](#)
- [Bijwerkingen](#)
- [Comorbiditeit](#)
- [Digitale zorg](#)
- [Diversiteit](#)
- [Vroege opsporing van psychische klachten in de huisartsenpraktijk](#)
- [Ernstige Psychische Aandoeningen \(EPA\)](#)
- [Herstelondersteuning](#)
- [Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz \(LGA\)](#)
- [Naasten](#)
- [Organisatie van zorg voor kind en jongere](#)
- [Ouderen met psychische aandoeningen](#)
- [Psychische klachten in de kindertijd](#)
- [Psychotherapie](#)
- [Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag](#)
- [Vaktherapie](#)
- [Vroege opsporing psychische klachten](#)
- [Zelfmanagement](#)
- [Ziekenhuispsychiatrie](#)

7.1.1 Samenhang met andere zorgstandaarden

Inhoudelijke samenhang is er met:

- de zorgstandaard [Angstklachten en angststoornissen](#);
- de zorgstandaard [Aanpassingsstoornissen \(inclusief overspanning en burn-out\)](#);
- de zorgstandaard [Bipolaire stoornissen](#);
- de zorgstandaard [Dementie](#);
- de zorgstandaard [Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving](#);

- de zorgstandaard [Opiaatverslaving](#).

8. Organisatie van zorg

Autorisatiedatum 15-03-2018 Beoordelingsdatum 15-03-2018

8.1 Inleiding

Geestelijke gezondheidszorg richt zich op het genezen en/of herstellen van mensen met psychische klachten of aandoeningen, waarbij zorg wordt geboden waar dat gewenst is, maar niet meer dan nodig is (zie ook Visie op zorg: gezondheid als perspectief). Uitgangspunten bij de organisatie van zorg zijn:

- passende en doelmatige zorg: steeds weer de vraag stellen wat de persoon nodig heeft en wat voor deze persoon het beste werkt, niet alleen op het moment dat de zorgvraag zich voor het eerst voordoet;
- zorg dichtbij: behandeling, begeleiding en ondersteuning worden zoveel mogelijk in de eigen omgeving van de patiënt in de gewone samenleving aangeboden;
- zorg zonder drempels: alle behandel-, begeleidings- en ondersteuningsfuncties zijn goed bereikbaar (flexibel op- en af te schalen) en toegankelijk voor patiënten (en naasten), ongeacht achterliggende bekostigingsstructuren;
- integrale zorg: nauwe samenwerking tussen netwerkpartners, inclusief en op gelijkwaardig niveau met de patiënten en zijn naasten.

Organisatie van zorg beschrijft de organisatie van de behandeling, begeleiding en zorg voor mensen met depressieve klachten, een depressieve stoornis, chronische depressie of dysthymie. Het doel is het faciliteren van kwalitatief goede, integrale zorg op basis van multidisciplinaire samenwerking. Het hoofdstuk is deels gebaseerd op de Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz (LGA). De LGA geeft richtlijnen aan professionals (in alle zorgschakels) en informatie aan patiënten voor de zorgprocessen bij volwassenen en ouderen met psychische problemen. De LGA geeft aanbevelingen over de vorm en inhoud van consultatie, verwijzing en terugverwijzing, en over de taakafbakening, verantwoordelijkheidsverdeling, coördinatie en monitoring bij gedeelde zorg. Op basis van de LGA kunnen regionale en lokale samenwerkingsafspraken worden gemaakt.

8.2 Zorgstandaard onafhankelijke aspecten

8.2.1 Echelonering en gepast gebruik

Echelonering

De huidige ggz is ingedeeld in 3 niveaus of echelons: de [huisartsenzorg inclusief praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz \(POH-GGZ\)](#), de [generalistische basis ggz \(GB GGZ\)](#) en de [gespecialiseerde ggz \(S GGZ\)](#). Een klein deel van de patiënten is gebaat bij een verdere

intensivering van de behandeling in een hoogspecialistische setting (TOPGGZ-afdeling of Universitaire kliniek/behandelprogramma).

De gemeente is verantwoordelijk voor een samenhangend en dekkend aanbod in de regio van preventie en zorg voor jeugdigen tot 18 jaar en hun verzorgers, inclusief de jeugd ggz.

Bron: Ministerie van VWS, 2014

Bij de jeugd ggz gaat het om zowel de GB GGZ als de S GGZ.

Binnen de GB GGZ en S GGZ voor personen van 18 jaar en ouder wordt de behandeling alleen door de basisverzekering vergoed als er (een vermoeden op) een DSM-classificatie is. Bij stoornissen (bijv. aanpassingsstoornissen) waarvan de behandeling in deze echelons is uitgesloten van het basispakket, kan binnen de huisartsenzorg ondersteuning geboden worden. In de GB GGZ is het behandel aanbod ingedeeld op basis van 4 zorgvraagzwaarten (kort, middel, intensief, chronisch). De indicatiestelling voor de zorgvraagzwaarte gebeurt door de hulpverleners in de GB GGZ.

Gepast gebruik

Naast deze echelonering is 'gepast gebruik' van zorg een uitgangspunt binnen de voorliggende zorgstandaard. Gepast gebruik gaat over de juiste inzet van hulp bij aanvang van een behandeling (matched care) maar ook over op het juiste moment van op- en afschalen van behandeling tijdens een reeds lopend traject. Zo kan over- en onderbehandeling worden tegengegaan. Om over- en onderbehandeling te voorkomen moet goede, passende diagnostiek en (door)verwijzing eenvoudig beschikbaar zijn in de hele keten. Daarnaast zijn gezamenlijke besluitvorming door zorgverlener en patiënt, matched care en gepersonaliseerde behandeling nodig. Hierbij worden ook de naasten betrokken.

8.2.2 De regiebehandelaar

Indien meerdere zorgprofessionals als behandelaar betrokken zijn bij de zorgverlening aan een patiënt is het van belang dat een van hen het zorgproces coördineert en eerste aanspreekpunt is voor de patiënt en zijn naasten en/of wettelijk vertegenwoordiger. Dit is de regiebehandelaar.

regiebehandelaar.: Voor duiding van de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de professional als indicierend of coördinerend regiebehandelaar, verwijzen we naar het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ.

Indien zorg binnen het betreffende echelon door een behandelaar wordt verleend, is deze per definitie ook de regiebehandelaar. In het Model Kwaliteitsinstituut zijn de voorwaarden opgenomen waaraan hulpverleners moeten voldoen om als regiebehandelaar op te kunnen treden. Binnen de huisartsenzorg (inclusief de praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz (POH-GGZ)) wordt in deze zin

niet van regiebehandelaarschap gesproken (deze zorg valt buiten de reikwijdte van het kwaliteitsstatuut). Voor verdere zaken betreffende de regiebehandelaar wordt verwezen naar het [Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ](#). Dit statuut is onverkort van toepassing op de voorliggende zorgstandaard.

8.2.3 Overdracht en consultatie

In een aantal zorgstandaarden staan specifieke afspraken ten aanzien van zaken als overdracht & consultatie. Zo worden in de [Landelijke GGZ Samenwerkingafspraken \(LGA\)](#) aanbevelingen gedaan over de vorm en inhoud van consultatie, verwijzing en terugverwijzing, en over de taakafbakening, verantwoordelijkheidsverdeling, coördinatie en monitoring bij gedeelde zorg. Op basis van deze LGA kunnen regionale en lokale samenwerkingsafspraken worden gemaakt. De genoemde LGA is onverkort van toepassing op deze zorgstandaard.

Daarnaast kan er ook sprake zijn van een (transmurale) overdracht tussen verschillende zorgdomeinen c.q. het sociale domein. Verwezen wordt naar de relevante zorgstandaarden. Zeker in crisissituaties worden ook naasten geïnformeerd.

8.2.4 Informatie-uitwisseling

Randvoorwaarden

Bij de organisatie van zorg dienen de randvoorwaarden te worden gecreëerd waarmee de inhoud van zorg kan worden gegarandeerd, zoals deze in de eerdere hoofdstukken is beschreven. Bij de zorgverlening aan en de behandeling van een patiënt met depressie zijn regelmatig verschillende hulpverleners, uit dezelfde en verschillende echelons, betrokken. Een goede samenwerking tussen deze hulpverleners en het aanmerken van een regiebehandelaar is van groot belang. Daarbij moeten de hulpverleners zorgen voor een duidelijke taak- en verantwoordelijkheidsverdeling

verantwoordelijkheidsverdeling: Zie de KNMG Handreiking
Verantwoordelijkheidsverdeling in de zorg, 2010.

, en is het noodzakelijk dat zij effectief met elkaar communiceren, afspreken wie de zorg coördineert en hun werkzaamheden en informatie onderling afstemmen. Bij afstemming staat de patiënt en eventueel zijn naaste(n) centraal. Voorwaarde voor informatieverstrekking aan andere, niet zijnde medebehandelaars is dat de patiënt gerichte toestemming geeft, met uitzondering van acute situaties.

Individueel zorgplan en het elektronisch patiëntendossier (EPD)

Het individueel zorgplan (behandelplan) is de dynamische set van afspraken van de patiënt en de hulpverlener(s) over zorg én zelfmanagement. Deze afspraken zijn gebaseerd op de individuele doelen, behoeften en situatie van de patiënt. Zij komen in gezamenlijke besluitvorming tot stand. Dit vormt de kern van het proces van de individuele zorgplanning.

Voor kinderen en jongeren tot 18 jaar, indien sprake is van vroege signalering van opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen biedt de hulpverlener de mogelijkheid om een familiegroepsplan

familiegroepsplan: Zie Factsheet Familiegroepsplan van VNG, november 2014.

(gezinsplan) op te stellen.

Het is voor patiënt en hulpverleners van belang dat er slechts een zorgplan per patiënt is. Het individuele zorgplan moet daarom niet aandoeningsgericht maar generiek zijn en bruikbaar ongeacht bij welke hulpverlener de patiënt in zorg is. In verband met gebruiksgemak en het voorkómen van fouten door dubbelregistratie is digitale beschikbaarheid van belang; de infrastructurele mogelijkheden hiervoor dienen verder ontwikkeld te worden. Daardoor wordt toegankelijkheid voor de patiënt én de betrokken hulpverleners haalbaar.

8.2.5 Toegankelijkheid

Voor elke patiënt in Nederland is goede (competente, respectvolle en empathische), betaalbare en toegankelijke zorg beschikbaar (zie [Toegankelijkheid van de zorg](#)). Een basisvoorwaarde is dat de patiënt toegang heeft tot een goed en coherent netwerk van zorgvoorzieningen en zorgverleners voor de levering van de benodigde zorg. In acute situaties moet de patiënt kunnen rekenen op 24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid van (dienstdoende) zorgverleners.

Ruimtelijke voorzieningen

De inrichting van de ruimtes en de faciliteiten van zorglocaties/praktijken sluiten aan bij de behoeften en mogelijkheden van de patiënt.

8.2.6 Keuzevrijheid

Informatie aan de patiënt

Informatie aan de patiënt over de mogelijke behandelingen is van belang om de patiënt in staat te stellen zelf weloverwogen keuzes hierin te maken, in overleg met de hulpverlener (zie Inleiding). Dat betekent dat de hulpverlener de patiënt zo volledig mogelijk informeert over de voorgestelde behandeling op zo'n manier dat de patiënt deze informatie ook begrijpt. Duidelijk moet zijn wat de aard en het doel zijn van de behandeling, welke risico's aan de behandeling verbonden zijn en welke alternatieven mogelijk zijn. De hulpverlener mag pas met de behandeling starten als de patiënt hiervoor toestemming heeft gegeven. Deze toestemming kan onder omstandigheden ook impliciet plaatsvinden. Daarbij kan gedacht worden aan een behandeling in een acute of noodsituatie.

Daarbij kan gedacht worden aan een behandeling in een acute of noodsituatie.: Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, artikelen 450 en 466.

[Meer informatie](#)

Op Thuisarts.nl staat de [informatie over depressie voor de patiënt](#).

Keuzemogelijkheden

Alle hulpverleners, instellingen en organisaties werken mee aan het verzamelen en ontsluiten van informatie die de patiënt bij het maken van keuzes kunnen helpen. Deze informatie voldoet aan de volgende voorwaarden:

- de informatie is helder, volledig, betrouwbaar en op elkaar afgestemd (de schriftelijke en mondelinge informatie komen overeen of zijn in ieder geval op elkaar afgestemd, onafhankelijk van welke hulpverlener de informatie geeft of waar de patiënt deze informatie leest);
- de informatie speelt naast de behandelaspecten ook in op de persoonlijke situatie en voorkeuren van de patiënt;
- de informatie wordt tijdig gegeven;
- de informatie wordt waar mogelijk ook met naasten besproken.

8.2.7 Onafhankelijke patiëntenondersteuning

Om het begrip 'keuzevrijheid' daadwerkelijk inhoud te geven is in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) expliciet opgenomen dat gemeenten moeten zorgen voor de beschikbaarheid van onafhankelijke patiëntenondersteuning. In ieder geval op het moment dat iemand met een psychische aandoening de gemeente vraagt om ondersteuning vanuit de Wmo, Jeugdwet of Participatiewet of wanneer overwogen wordt een beroep te doen op de Wet langdurige zorg (Wlz).

8.2.8 Privacy

De zorg wordt zodanig georganiseerd dat het recht van patiënten op privacy is gewaarborgd (Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst en Wet bescherming persoonsgegevens). Bij het verzamelen, vastleggen en overdragen van gegevens respecteren zorgaanbieders de privacyregels, wetgeving en beroepsregels. Hulpverleners hebben een beroepsgeheim (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg). De patiënt heeft recht op inzage in en een kopie van het eigen dossier.

Wanneer een patiënt zijn familie en/of naasten niet bij de zorg wil betrekken en geen toestemming geeft voor het delen van informatie, respecteert de professional dit. Als de naasten niettemin vragen hebben kan de professional de volgende informatie geven zonder tegen het beroepsgeheim in te gaan en met inachtneming van de richtlijnen voor goed hulpverlenerschap de familie en/of naasten wel vragen hebben kan de hulpverlener de volgende informatie geven zonder de privacy van de patiënt te schaden:

- algemene, niet-patiënt-gebonden informatie over psychische aandoeningen en de impact daarvan op naasten;

- informatie over de zorgorganisatie, wet- en regelgeving;
- indien aanwezig informatie over de familieraad en familievertrouwenspersoon;
- informatie en/of aanbod voor ondersteuning aan naasten (intern en extern bij familie-organisaties of patiëntenorganisaties met aandacht voor naasten).

8.3 Zorgstandaard afhankelijke aspecten

8.3.1 Huisartsenzorg

Iemand die hulp zoekt voor behandeling van een depressie gaat in de regel naar de huisarts. De huisarts en/of praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz (POH-GGZ) beoordeelt de situatie en bepaalt in welk echelon de patiënt bij voorkeur behandeld dient te worden op basis van de volgende criteria: (het vermoeden van) een DSM-benoemde stoornis, de ernst van de problematiek, het risico, de complexiteit en het beloop van de klachten.

In een op de patiënt gericht verwijfsadvies houdt de huisarts met de volgende aspecten rekening: behandelvoorgeschiedenis, beschikbaarheid en toegankelijkheid en contextuele factoren van de patiënt (bijvoorbeeld motivatie, co-morbiditeit, en mogelijkheden van zelfmanagement), de wens van de patiënt en diens omgeving, en de eigen deskundigheid. Op basis hiervan adviseert de huisarts behandeling in de huisartsenpraktijk of een verwijzing naar de generalistische basis ggz (GB GGZ) of gespecialiseerde ggz (S GGZ). Bij elke verwijzing formuleert de huisarts een verwijfsbrief voor de behandelaar.

8.3.2 Jeugdgezondheidszorg en (sociale) wijkteams

Kinderen of jongeren met depressieve klachten of symptomen van depressie en hun ouders kunnen als eerste met de jeugdgezondheidszorg of (sociale) wijkteams van de gemeente in aanraking komen. De jeugdgezondheidszorg is de publieke gezondheidszorg waarbij een landelijk preventief gezondheidszorgpakket actief wordt aangeboden aan alle kinderen en jongeren tot 18 jaar. De (sociale) wijkteams bestaan doorgaans uit diverse medewerkers die jeugdhulp verlenen op het gebied van opgroeien en opvoeden (waaronder ook financiële problemen en schuldsanering), geestelijke gezondheidszorg en zorg voor kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking.

De gemeente bepaalt door een verordening welke vormen van jeugdhulp vrij toegankelijk zijn en welke niet. Het is bij wet geregeld dat voor hulp via de niet vrij-toegankelijke jeugd ggz een verwijzing nodig is van een deskundige in dienst van (of namens) de gemeente, de huisarts, een medisch specialist of een jeugdarts. Jeugdhulp kan doorlopen tot maximaal het 23ste levensjaar, indien de hulp niet onder een ander wettelijk kader valt en mits het voldoet aan daarvoor geldende voorwaarden.

8.3.3 Speciale aandachtspunten vanaf 18 jaar

Vanaf het 18e jaar moet de betrokkene zelf een zorgverzekering afsluiten en daarvoor premie betalen. Ggz maakt onderdeel uit van de aanspraak medisch specialistische zorg in het kader van het basispakket op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Ggz maakt onderdeel uit van de aanspraak medisch specialistische zorg in het kader van het basispakket op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw).: Memorie van toelichting bij de Jeugdwet, 2013.

Kinderen of jongeren met depressieve klachten of een depressieve stoornis dienen daarom, zodra zij 18 jaar worden, voor het aanbod en de financiering van de GB GGZ en S GGZ over te stappen van gemeente naar de zorgverzekeraar. De continuïteit van de geleverde zorg kan dan niet altijd worden geborgd doordat er andere voorwaarden zijn verbonden aan de zorgfinancieringsvorm, zoals ten aanzien van de vrije keuze voor de hulpverlener en bijgevolg de therapeutische relatie, maar ook ten aanzien van de informatieoverdracht tussen hulpverleners. Daarbij voelen jongeren in deze levensfase soms onvoldoende aansluiting bij reguliere kind- en jeugdafdelingen, maar ook bij de reguliere volwassenenzorg, zodat er een verhoogd risico op uitval is. Dat betekent dat het van belang is dat de hulpverlener reeds ruim vanaf het zestiende jaar aandacht besteedt aan de continuïteit van de behandeling en eventuele overdracht. Zie de [zorgstandaard Organisatie van zorg voor kind en jongere](#).

8.3.4 Speciale aandachtspunten ouderen

Voor ouderen met een depressie en somatische comorbiditeit dient snel verwijzing naar een ouderenpsychiater of geriater overwogen te worden. Deze groep ernstig zieke kwetsbare ouderen heeft vaker te maken met problemen die te complex zullen zijn voor de eerste lijn, zoals (ernstige) comorbiditeit, polyfarmacie, en bijwerkingen. Bij de begeleiding en behandeling van deze kwetsbare doelgroep met complexe problematiek is het belangrijk om fragmentatie van zorg tegen te gaan en een brug te slaan tussen de psychiatrische, psychologische en somatische behandelaars, zowel in algemene ziekenhuizen, als in verpleging en verzorging en in de ggz.

8.3.5 Samenwerken met de patiënt

Patiënt en hulpverlener besluiten in gezamenlijkheid welke vorm van behandeling het best past bij de situatie van de patiënt. De patiënt behoudt, behoudens uitzonderingsgevallen, bij voorkeur de regie over zijn behandeling. In overleg met de patiënt (en met toestemming van de patiënt) kan besloten worden om bij de bespreking van het behandelplan en de voortgang contact te hebben met de naasten. De hulpverlener moet het recht op second opinion bij de diagnostiek en het recht op keuzevrijheid in de behandeling van een patiënt respecteren en dienovereenkomstig handelen.

8.3.6 Samenwerken met familie en andere naasten

Het functioneren van mensen met een depressie is beïnvloed door de context waarin ze leven en omgekeerd hebben ze zelf daar vaak een grote impact op. Een depressie raakt niet alleen de patiënt maar ook zijn naasten: partners, ouders, (volwassen) kinderen, vrienden, broers en zussen. Uitgangspunt is dat naasten met toestemming van de patiënt bij de behandeling worden betrokken, waarbij de behandelaar zo nodig wijst op het belang daarvan. Met instemming van de patiënt kunnen naasten op diverse momenten van de diagnostiek en behandeling worden uitgenodigd: om informatie

te krijgen over het functioneren van de patiënt thuis, om psycho-educatie te ontvangen, om ze een rol te geven in het crisisplan, om behandelimpasses te begrijpen, om de voortgang van de behandeling mee te evalueren, et cetera. Voor kinderen van patiënten met een depressie wordt bij aanvang van de behandeling een inschatting gemaakt van de wenselijkheid van hulpverlening en, indien nodig, worden zij toegeleid naar een specifiek hulpaanbod voor hen. Zie ook de [zorgstandaard Naasten](#).

8.3.7 Ketenzorg in de ggz

De ggz richt zich steeds meer op het werken in samenwerkingsverbanden. Patiënten worden niet volledig binnen een echelon behandeld, maar krijgen hulp van hulpverleners met een verschillend niveau van expertise, al naar gelang hun zorgvraag die varieert in de tijd. De zorg kan geïntensiveerd worden naar meer specialistische voorzieningen wanneer dat nodig is en de zorg kan ook weer worden afgebouwd wanneer dat mogelijk is

en de zorg kan ook weer worden afgebouwd wanneer dat mogelijk is: Zie het achtergronddocument Echelonnering bij advies hoogspecialistische ggz van de Gezondheidsraad, juli 2014.

. Hiervoor wordt in deze zorgstandaard verder van ketenzorg gesproken. De zorgverleners moeten goed samenwerken om zo de continuïteit van zorg te waarborgen. Om gepaste zorg te bieden, zoals beschreven in [Specifieke omschrijving van depressieve stoornissen](#) en uitgewerkt in, kunnen elementen van collaborative care

collaborative care: Collaborative care is vooral in de huisartspraktijk onderzocht en daar effectief bevonden (zie de zorgstandaard Diagnostiek en behandeling generalistische basis-ggz). Het biedt de patiënt betere uitkomsten, terwijl de kosten voor de zorg naar verwachting dalen of in ieder geval niet stijgen in vergelijking met reguliere zorg. Dit model is ook toepasbaar voor regionale ketenzorg voor mensen met een depressie. De wetenschappelijke onderbouwing voor de effectiviteit van deze ketenzorg tussen verschillende echelons in Nederland is echter beperkt, zeker ook na de recente invoering van de generalistische basis-ggz.

worden toegepast in de organisatie van depressiezorg in de regionale keten en de hierbij benodigde samenwerking tussen diverse hulpverleners. Daar waar meer hulpverleners betrokken zijn in de behandeling van mensen met depressie, worden per patiënt en in overleg met de patiënt afspraken in de keten gemaakt over:

- wie de regiebehandelaar is en wat de 'regie' inhoudt;
- welke zorg wordt geleverd door deze regiebehandelaar;
- afspraken over verwijzingen: hoe, wanneer, naar wie (in reguliere zorg en bij crisis);
- wanneer er mede-behandelaars worden betrokken en hoe en wanneer er wordt

- gecommuniceerd tussen behandelaars;
- hoe en wanneer monitoring van de voortgang van de behandeling plaatsvindt, wie daarbij betrokken worden (naasten en/of (mede)behandelaars) en wat er met uitkomsten wordt gedaan;
- het overdragen van relevante informatie bij beëindiging van behandeling naar de huisarts en het terugvalpreventieplan;
- de dossiervoering.

Vanuit het patiëntperspectief moet de organisatie van zorg ondersteunend zijn bij het kunnen leiden van een waardevol leven en het bereiken van behandeldoelen. De huisarts blijft betrokken bij mensen met depressie die in behandeling zijn bij de GB GGZ of de S GGZ. Het is daarom belangrijk dat er een gelijkwaardige samenwerkingsrelatie bestaat tussen patiënt en naaste(n), huisartsenvoorziening en ggz-hulpverlener. Onderling overleg moet goed geregeld zijn, vooral bij belangrijke gebeurtenissen of wijzigingen in het beleid, met als doel om elkaar te informeren en/of de zorg af te stemmen

elkaar te informeren en/of de zorg af te stemmen: Zie de zorgstandaard Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz.

[Meer informatie](#)

. Dit is extra belangrijk bij patiënten die diverse behandelingen hebben gehad (intra- en extramuraal) maar desondanks depressief zijn (therapieresistentie), mensen met een dysthyme stoornis en bij patiënten met recidiverende depressies. Bij deze groepen is nazorg en structurele controle essentieel en moet de zorg indien nodig snel kunnen worden opgestart en opgeschaald.

Wanneer patiënten gestabiliseerd zijn en/of wanneer er geen verdere behandelmogelijkheden voor patiënten blijken in de ggz, kan de zorg meer gericht zijn op rehabilitatie in plaats van curatie en kan de intensiteit van de zorg geleidelijk en behoedzaam worden verminderd, mits dat in nauw overleg met de betrokkenen gebeurt en er geformaliseerde afspraken zijn over de samenwerking in de keten. Bovendien dient de keten toegankelijk te blijven voor het, indien noodzakelijk, weer opschalen van de zorg. Het blijft nodig om laagdrempelig toegang te houden tot gespecialiseerde behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige depressieve aandoening. Dit moet vanzelfsprekend zijn in crisissituaties, maar ook op andere momenten waarbij winst te halen valt in symptoomverlichting, maatschappelijke participatie en persoonlijk herstel. Overigens kan altijd de mogelijkheid worden overwogen voor een second opinion bij of een verwijzing naar de hoogspecialistische ggz (HS GGZ) wanneer er geen verdere behandelmogelijkheden voor patiënten in de ggz lijken te zijn (zie [Onderscheid](#)).

8.3.8 Samenwerking buiten de ggz

Behalve in de huisartsenzorg, de GB GGZ en de S GGZ vinden activiteiten gericht op zorg van mensen met depressie ook plaats in organisaties zoals de bedrijfsgezondheidszorg, jeugd(gezondheids)zorg, publieke gezondheidszorg, paramedische zorg (zoals (psychosomatische) fysiotherapie), (klinisch) geriatrie zorg, (sociale) wijkteams, algemeen maatschappelijk werk,

welzijnswerk, thuiszorg, onderwijs en culturele verenigingen. Deskundigen uit de ggz kunnen hierbij ondersteunen via educatie, advies, en een consultatiefunctie.

8.3.9 Betrokken disciplines in de ggz

In de zorg voor depressie en dysthymie zijn de volgende disciplines betrokken: huisarts, kaderhuisarts ggz, POH-GGZ, GZ-psycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut, psychiater, verpleegkundigen (ggz-verpleegkundige, verpleegkundig specialist ggz, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige/SPV), vaktherapeutische beroepen (beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotorische therapie) (zie ook [Betrokken hulpverleners in de ggz](#)) en [Ergotherapie](#). Voor alle hulpverleners geldt dat kennis van bestaande wetenschappelijke richtlijnen en standaarden voor diagnostiek en behandeling van belang zijn voor een goede beroepsuitoefening. Daarnaast zijn goede communicatieve vaardigheden nodig en het vermogen tot samenwerken (niet alleen met de betrokken hulpverleners, maar ook met het netwerk van de patiënt), het op peil houden van kennis en vaardigheden over diagnostiek en behandeling en het nakomen van afspraken om de kwaliteit van de zorgverlening te meten en te verbeteren.

8.4 Kwaliteitsbeleid

Het bewaken en bevorderen van de kwaliteit vereist een methodische benadering die structureel is ingebed in de organisatie van het zorgproces. Voor de zorgverlener staat het verlenen van maximale kwaliteit van zorg in de interactie met elke unieke patiënt centraal. De waardering van patiënten van de therapeutische relatie geeft inzicht in de kwaliteit van zorg. Het is aan te bevelen dat de patiënt en de behandelaar hun samenwerking en de geboden zorg op gezette momenten evalueren aan de hand van deze zorgstandaard en een ROM traject. Op deze manier ontstaat een verbinding tussen zorgstandaarden, ROM en kwaliteitsverbetering, maar ook een verbinding tussen patiënten, hulpverleners, en andere stakeholders met als belangrijkste missie: een continue verbetering van de zorg aan mensen met psychische klachten en stoornissen.

8.4.1 Registratie van uitkomsten

Binnen de generalistische basis ggz (GB GGZ) en de gespecialiseerde ggz (S GGZ) dient de (regie)behandelaar na het identificeren van de problematiek een klachtenlijst (uitkomstindicator) af te nemen in het kader van Routine Outcome Monitoring (ROM). Het primaire doel van de ROM is het verbeteren van de individuele behandeling van de patiënt.

ROM-gegevens bieden informatie op basis waarvan hulpverlener en patiënt in overleg besluiten kunnen nemen over het bijsturen van een behandeling (gezamenlijke besluitvorming). Vooral waar behandelingen dreigen te stagneren, kunnen ROM-gegevens helpen om zulke stagnaties tijdig te detecteren, en desgewenst op basis hiervan behandeldoelen, -interventies of -modaliteiten aan te passen. Voor depressie worden voor ROM bij voorkeur specifieke meetinstrumenten gebruikt, zie Monitoring.

De frequentie van ROM dient te worden afgestemd op de intensiteit en duur van de behandeling. Daarnaast verdient het aanbeveling om het bespreken van de ROM-resultaten te koppelen aan de behandel-voortgangsbesprekingen met de patiënt (en diens naasten). Hierin worden eventuele

bijsturingen van de behandeling besproken, waarvoor de ROM-gegevens extra input kunnen geven. Vooral in de beginfase van een behandeling kunnen vaker ROM-metingen worden verricht om vroegtijdig stagnerende behandelingen op te sporen. In overleg met de patiënt kunnen ook naasten mee evalueren, om ook hun visie op vooruitgang in beeld te krijgen.

Behalve uitkomstindicatoren in het kader van ROM, worden proces- en structuurindicatoren gemeten voor het bewaken en bevorderen van kwaliteit van zorg. Zie hiervoor ook [Kwaliteitsindicatoren](#), waarin de kwaliteitsindicatoren zijn opgenomen die, na een periode van registratie, ondersteunen bij het leveren van verantwoordingsinformatie.

8.4.2 Kwaliteitsstatuut

Het [Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ](#) beschrijft de kwaliteitsnormen waaraan een zorgaanbieder moet voldoen om de zorg voor de individuele cliënt in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) te organiseren. De nadruk ligt daarbij op de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de indicerend en coördinerend regiebehandelaar en van andere zorgverleners in de verschillende onderdelen van het zorgproces. Ook formuleert het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ kwaliteitseisen op het gebied van leren en verbeteren. Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is van toepassing op deze zorgstandaard.

8.4.3 Deskundigheidsbevordering

Het is van belang dat er goede en actuele kennis aanwezig is bij alle betrokken zorgverleners. Om hun kennis op peil te houden, is het belangrijk aan het opleidingsniveau kwaliteitseisen te stellen en hierover landelijke afspraken te maken. Deskundigheidsbevordering is een continu proces. Van de hulpverleners wordt verwacht dat zij adequaat zijn opgeleid om de hiervoor beschreven zorg met de juiste attitude te kunnen waarborgen. Ook de invulling van de rol van regiebehandelaar vergt adequate vaardigheden.

De opleiding en nascholing van hulpverleners is ook gericht op (leren) samenwerken en communiceren en op kennis van (psycho)sociale en interculturele aspecten. In ieder geval voldoen zorgverleners aan de kwaliteitseisen die de betrokken beroepsgroepen zelf hebben gesteld hebben.

8.5 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

Om zicht te krijgen op de kosteneffectiviteit en budget impact van interventies gericht op de behandeling of preventie van depressie werd gebruik gemaakt van het gezondheidseconomisch model DepMod. Achtergronddocument [Omschrijving depressie module Depmod](#)

Bron: Lokkerbol e.a., 2014a.

bevat een uitgebreide omschrijving van dit model. In het kader van de gezondheidseconomische analyse werd gekeken naar:

- terugvalpreventie

- behandeling van de acute fase met farmacotherapie
- behandeling van de acute fase met psychotherapie
- behandeling van de acute fase met combinatietherapie

8.5.1 Terugvalpreventie (vervolg- en onderhoudsfase van de behandeling)

Analyses in DepMod wijzen uit dat terugvalpreventie in het algemeen naar verwachting kosteneffectief is. Binnen de verschillende typen terugvalpreventie (voortzetting farmacotherapie, mindfulness-based cognitieve therapie, interpersoonlijke therapie en cognitieve therapie) is er sprake van kosteneffectiviteit, waarbij alleen de kosteneffectiviteit van farmacotherapie sterk afhankelijk blijkt van de onderliggende aannames, zie achtergronddocument [Resultaten simulaties](#).

Naast de kosteneffectiviteit werden ook de additionele uitvoeringskosten in kaart gebracht van het aanbieden van terugvalpreventie. Wanneer terugvalpreventie wordt aangeboden aan 10% van de doelgroep, gaat dit op populatieniveau gepaard met de volgende toename in kosten ten opzichte van het aantal gewonnen QALYs

QALYs: Quality-adjusted life year, maat voor kwaliteit van leven (toename 1 QALY komt overeen met 1 gewonnen levensjaar in volledige gezondheid).

:

- Farmacotherapie: ± €8 miljoen en ± 260 QALYs per jaar
- Mindfulness-based cognitieve therapie: ± €2 miljoen en ± 600 QALYs per jaar
- Interpersoonlijke therapie: ± €12 miljoen en ± 1.000 QALYs per jaar
- Cognitieve therapie: ± €3 miljoen en ± 470 QALYs per jaar

8.5.2 Behandeling met farmacotherapie t.b.v. symptoomreductie (acute fase van de behandeling)

Farmacotherapie aangeboden in de acute fase aan mensen met een matige of ernstige depressie is naar verwachting kosteneffectief, waarbij elke geïnvesteerde euro naar schatting €2,15 (95% BI: €1,74 - €2,65) aan gezondheidswaarde genereert. Het aanbieden van farmacotherapie gaat gepaard met extra benodigd budget: farmacotherapie voor 10% van de doelgroep vereist naar schatting €11 miljoen per jaar en levert jaarlijks naar schatting 1.240 QALYs op. Zie achtergronddocument [Resultaten simulaties](#) voor de resultaten van de analyses in het gezondheidseconomisch model.

8.5.3 Behandeling met psychotherapie

Psychotherapie wordt aangeboden in de acute fase aan mensen met een licht, matige of ernstige depressie. De kosteneffectiviteit van psychotherapie gaat gepaard met onzekerheid waardoor niet kan worden geconcludeerd of de interventie wel of niet kosteneffectief is, zie achtergronddocument [Resultaten simulaties](#). Het aanbieden van psychotherapie gaat gepaard met extra benodigd budget: psychotherapie voor 10% van de doelgroep vereist naar schatting €36-49 miljoen per jaar,

afhankelijk van de gemaakte aannamen en levert jaarlijks naar schatting 2.110 QALYs op.

8.5.4 Behandeling met combinatietherapie

Combinatietherapie aangeboden aan mensen met ernstige depressie is naar verwachting kosteneffectief, waarbij elke geïnvesteerde euro naar schatting €1,29 (95% BI: €1,08 - €1,57) aan gezondheidswaarde genereert. De meerkosten van het aanbieden van combinatietherapie voor 10% van de doelgroep vereist naar schatting €23 miljoen per jaar en levert jaarlijks naar schatting 1.500 QALYs op. Zie achtergronddocument [Resultaten simulaties](#) voor de resultaten van de analyses in het gezondheidseconomisch model.

8.6 Financiering

8.6.1 Algemeen

Een zorgstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Onderschrijving van de zorgstandaard door een financier, dan wel opname in het Register van Zorginstituut Nederland, betekent niet dat de beschreven zorg per definitie vergoed wordt door een financier.

Voor vergoeding van de beschreven zorg heeft de patiënt/cliënt mogelijk een aanspraak op een van de financiers. In het geval van de Zvw is het echter aan het Zorginstituut Nederland om te duiden wat verzekerde zorg is binnen het basispakket. Hetgeen betekent dat de goede zorg beschreven in de zorgstandaard niet gelijk staat aan verzekerde zorg conform het basispakket.

8.6.2 Specifiek

De zorg voor mensen met een depressie wordt gefinancierd vanuit verschillende bronnen, afhankelijk van de context en het type zorg. In de meeste gevallen is er sprake van financiering op basis van de Jeugdwet (JW; met name preventie, vroegsignalering en behandeling voor jongeren tot 18 jaar, tevens valt hieronder jeugd ggz) of Zorgverzekeringswet (Zvw; huisartsenzorg voor alle leeftijden en ggz voor volwassenen vanaf 18 jaar). In een minderheid van de gevallen kan sprake zijn van financiering op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo; bijvoorbeeld begeleiding en dagbesteding of beschermde woonvormen) of de Wet langdurige zorg (Wlz; bijvoorbeeld klinische zorg voor mensen met een laag zelfredzaam vermogen). Het verschil in voorwaarden voor zorgfinancieringsvorm tussen jeugd ggz en volwassenen ggz brengt risico's met zich mee voor de continuïteit van zorg (zie [Zorgstandaard onafhankelijk aspecten](#)), en voor de continuïteit van kennisoverdracht tussen zorgverleners vanwege (deels) gescheiden kennissystemen voor hulpverleners.

9. Kwaliteitsindicatoren

Autorisatiedatum 07-02-2020 Beoordelingsdatum 07-02-2020

9.1 Inleiding

Deze zorgstandaard Depressieve stoornissen wordt herzien. De herziening start eind 2024. Op 23 mei 2024 is de multidisciplinaire richtlijn (MDR) Depressie uit 2013, herzien en gepubliceerd ([klik hier voor de nieuwe MDR](#)). De nieuwe inzichten uit deze MDR zullen in de nieuwe zorgstandaard Depressie worden verwerkt. Let op: In de huidige zorgstandaard wordt nog verwezen naar de verouderde MDR Depressie en EBRO modules.

De patiënt en de behandelaar beslissen samen hoe en wanneer zij de voortgang van de behandeling en het herstelproces periodiek monitoren en evalueren. Om dit proces te ondersteunen is een aantal uitkomstindicatoren geformuleerd met bijbehorende meetinstrumenten. Het doel van de opgenomen indicatoren is het bevorderen van de kwaliteit van het individuele proces van herstel. Het interpreteren van de uitkomsten van meetinstrumenten wordt gedaan in de context van de behandeling en het persoonlijke verhaal van de patiënt.

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van deze indicatoren en een aantal veelgebruikte meetinstrumenten voor deze patiëntengroep. In de paragraaf monitoring leest u meer over belangrijke aspecten en aandachtspunten van monitoring.

Dit hoofdstuk is op 3 maart 2020 toegevoegd aan deze zorgstandaard in het Register van het zorginstituut Nederland

Register van het zorginstituut Nederland: Niet alle partijen die de zorgstandaard 'depressieve stoornissen' hebben onderschreven hebben dit hoofdstuk onderschreven: Nederlands huisartsen genootschap (NHG) en Landelijke huisartsen vereniging (LHV): hebben geen bezwaar, maar achten het hoofdstuk niet van toepassing op de huisartsenpraktijk

9.2 Uitkomstindicatoren

9.2.1 Inleiding

De keuze van indicatoren is afhankelijk van het doel van de behandeling en van de patiënt.

de patiënt.: Hiermee wordt ook bedoeld dat er rekening gehouden moet worden (met de belasting van) de patiënt: Het invullen van de diverse vragenlijsten kost tijd en energie, en is soms emotioneel belastend. Als het op een waardevolle manier bijdraagt aan het herstelproces van de patiënt en / of de evaluatie van de behandeling, dan willen patiënten daar zeker aan mee werken. Wees open over de kosten en de baten van het periodiek invullen van vragenlijsten. En gebruik het als een indicator voor evaluatie, maar geef ook ruimte aan eigen inbreng van de patiënt. Let daarnaast op het feit dat veel mensen in Nederland moeite hebben met het begrijpen en invullen van vragenlijsten. 36% van de mensen in Nederland heeft beperkte gezondheidsvaardigheden en 2,5 miljoen mensen zijn laaggeletterd. In sommige gevallen kan het beter zijn om de vragenlijsten samen met de patiënt door te nemen.

Niet alle indicatoren zijn per definitie geschikt voor alle echelons van zorg, voor alle type zorgprofessionals of voor alle type patiënten. De behandelaar bepaalt samen met de patiënt welke indicatoren het doel van de behandeling goed omvatten.

Met de volgende indicatoren kunnen de voortgang en uitkomst van de behandeling en herstelproces worden gemonitord:

- De mate van symptomatisch herstel.
- De mate van functioneel herstel: het kan hier gaan om persoonlijk of maatschappelijk herstel.
- De mate van verandering van kwaliteit van leven.
- De mate waarin overeengekomen doelen zijn gerealiseerd.
- Patiëntervaringen rondom het behandelproces en de behandelrelatie.

9.2.2 Veelgebruikte meetinstrumenten voor de monitoring van uitkomstindicatoren

Hieronder treft u een lijst van veelgebruikte meetinstrumenten voor het monitoren en evalueren van de behandeling en het herstelproces van de patiënt in het kader van de zorgstandaard 'Depressieve stoornissen'. Kortom: instrumenten voor direct gebruik in de behandelkamer.

Deze lijst is opgesteld na raadpleging van professionals en patiënten; het is dus een handreiking

handreiking: De werkgroep van het NedKad (Nederlands Kenniscentrum Angst, Dwang, Trauma en Depressie) adviseert te meten op patiëntspecifieke 'critical-decision-points', zoals juist voor de start van een (nieuwe) behandeling, ter evaluatie van het effect van een behandeling, voor een verandering van de intensiteit (dosering/frequentie) van een behandelingen na het staken van een behandeling.

van professionals aan professionals. Bij ontwikkeling van de lijst is niet naar volledigheid gestreefd. In de [ROM bibliotheek](#) vindt u meer meetinstrumenten, zowel generieke als specifieke. De behandelaar kan naar eigen inzicht en voorkeuren van de patiënt gebruik maken van deze instrumenten, of andere passende instrumenten

In onderstaande tabel zijn de indicatoren met bijbehorende meetinstrumenten opgenomen, in de volgende paragrafen worden deze kort toegelicht.

De instrumenten genoemd bij volwassenen zijn ook geschikt voor ouderen, alleen als er een specifiek instrument is ontwikkeld dan staat deze specifiek benoemd in de tabel.

9.2.3 Specifieke instrumenten

De mate van symptomatisch herstel

Volwassenen:

De *Inventory of Depressive Symptomatology (IDS)*

Bron: Rush, Gullion en Basco (1996); Nederlandse versie: Akkerhuis (1997)

meet alle negen DSM-symptoomdomeinen van een depressie (depressieve stoornis), melancholische en atypische symptomen, en vaak met depressie geassocieerde symptomen zoals angst en pijn. De IDS kent twee versies: een door een clinicus afgenomen gestandaardiseerd en gestructureerd interview (IDS-C) en een zelfbeoordelings-vragenlijst (IDS-SR). De structuur van de IDS-C en de IDS-SR is hetzelfde. De respondenten wordt standaard gevraagd hoe men zich de afgelopen 7 dagen heeft gevoeld. De IDS-C/SR bestaat uit 30 antwoorditems die gescoord worden op een schaal van 0-3.

De *Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS)*

Bron: IDS Rush et al. (1986, 1996) - QIDS Rush et al. (2003)

is een verkorte variant van de IDS, en bevat 16 items. De QIDS kent ook een door de clinicus te scoren versie (QIDS-C) en een zelfbeoordelingsvorm voor patiënten (QIDS-SR).

De *Patiënt Health Questionnaire (PHQ-9)*

Bron: Pfizer Inc., Dr. Robert L. Spitzer, Dr. Janet B.W. Williams, Dr. Kurt Kroenke et al.

kan gebruikt worden om de aanwezigheid en ernst van depressieve gevoelens te toetsen. De vragenlijst bestaat uit 9 gesloten vragen waarbij de frequentie van een probleem wordt vastgelegd. De score loopt van 0 (helemaal niet) tot 4 (bijna elke dag). Daarnaast is er een aanvullende vraag over de mate waarin de problemen een belemmering zijn voor het dagelijkse functioneren. (van helemaal niet moeilijk tot extreem moeilijk). De terugvraagperiode betreft de afgelopen 2 weken. De vragenlijst kan samen met de patiënt of door patiënt zelf worden ingevuld.

De [*Beck Depression Inventory-second edition \(BDI-II\)*](#) meet cognitieve, affectieve, somatische en vegetatieve symptomen bij depressie. De BDI is een zelfrapportage-vragenlijst van 21 vragen die de mate van depressiviteit inventariseert. Deze items meten de mate van hopeloosheid, prikkelbaarheid, schuldgevoelens en fysieke symptomen, zoals moeheid, slaapproblemen of gewichtsverlies in de afgelopen 2 weken.

De ***Hamilton Depression Rating Scale-17 (HDRS-17)***

Bron: Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960; 23:56–62; Nederlandse versie: Dijkstra (1974), Bech P. (1989), de Jonghe F (1994)

meet de mate van depressie voor, gedurende en na de behandeling. De vragenlijst kijkt naar lichamelijke- en gedragssymptomen die zijn voorgekomen in de afgelopen week. De onderwerpen van de items hebben onder andere betrekking op depressieve stemming, schuldgevoelens, retardatie, ziekte-inzichtverlies, suïcide en interesseverlies. De HDRS-17 bestaat uit 17/21 vragen en wordt ingevuld door de behandelaar.

De ***Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)***

Bron: Montgomery & Asberg 1979, Svanborg & Asberg 1994. Nederlandse vertaling: Hartong & Goekoop 1985

meet de ernst van depressieve symptomen. De schaal bestaat uit 10 items en wordt ingevuld door de behandelaar. De vragenlijst scoort binnen een 7-punt-schaal met schaalankerpunten (two-points-interval) wat betekent dat de beoordelaar moet beslissen of de score op de gedefinieerde stappen ligt (0, 2, 4, 6) of er tussen in (1, 3, 5). Er is ook een zelfbeoordelingsschaal (MADRS-S) met 9 vragen.

Jongeren:

De [*Child Depression Inventory \(CDI\)*](#) bepaalt van het voorkomen en de ernst van depressieve symptomen bij kinderen en jongeren. De lijst meet cognitieve, affectieve en gedragsmatige symptomen van depressie. De schaal is een afgeleide van de Beck Depression Inventory (BDI). De CDI bestaat uit 27 vragen en wordt ingevuld door de patiënt. De lijst is voor jongeren van 8 – 21 jaar.

De [*Beck Depression Inventory-second edition \(BDI-II\)*](#) meet zoals eerder vermeld cognitieve,

affectieve, somatische en vegetatieve symptomen bij depressie en is ontworpen voor gebruik vanaf 13 jaar.

9.2.4 Generieke instrumenten

Volwassenen:

De mate van kwaliteit van leven (algemeen welbevinden)

De *Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF)*

Bron: Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., ten Klooster, P.M., & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHCSF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99-110.

is een zelfrapportage vragenlijst die positieve geestelijke gezondheid meet. Het omvat drie kerncomponenten van welbevinden, namelijk emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden, die gezamenlijk de totale positieve geestelijke gezondheid weergeven. De verkorte Mental Health Continuum (MHC-SF) is gebaseerd op een lange versie (MHC-Long Form). Deze lange versie bestaat uit 40 items, gebaseerd op verschillende instrumenten naar emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden. De MHC-SF bestaat uit 14 items naar positieve geestelijke gezondheid. Deze items meten emotioneel welbevinden (3 items), sociaal welbevinden (5 items) en psychologisch welbevinden (6 items) en worden gescoord op een 6-puntsschaal van nooit (0) tot elke dag (5).

Patiëntervaringen rondom het behandelproces en de behandelrelatie

De *Consumer Quality Index (CQi)*

Consumer Quality Index (CQi): Meer informatie via de ROM-bibliotheek <https://ggzdataportaal.nl/rom-bibliotheek/> De Consumer Quality Index wordt momenteel doorontwikkeld, de resultaten van de pilot worden eerste kwartaal 2020 verwacht.

is ontwikkeld om patiëntervaringen in de zorg te meten. Voor de geestelijke gezondheidszorg zijn twee versies ontwikkeld, een voor de kortdurende ambulante ggz en verslavingszorg, en een voor de klinische ggz en verslavingszorg. De vragenlijsten bestaan uit de volgende schalen waarin voor ambulant ingegaan wordt op bejegening, samen beslissen, uitvoering behandeling en een aantal losse ervaringsvragen, en de klinische versie voegt daar gevoel van veiligheid en woon- en leefomgeving aan toe. De vragen worden op een 5-puntsschaal beantwoord. De terugvraagperiode is de periode van behandeling en de patiënt zelf vult de vragenlijst in.

9.3 Procesindicatoren

Bij het opstellen van deze zorgstandaard heeft de werkgroep geen aanleiding gevonden om procesindicatoren vast te stellen die specifiek gelden voor mensen met een depressieve stoornis. Indien er in de toekomst nieuwe procesindicatoren worden ontwikkeld voor zorgstandaarden, wordt bekeken of deze ook noodzakelijk zijn voor deze specifieke zorg.

9.4 Structuurindicatoren

Bij het opstellen van deze zorgstandaarden heeft de werkgroep geen aanleiding gevonden om structuurindicatoren vast te stellen die specifiek gelden voor mensen met een depressieve stoornis. Indien er in de toekomst nieuwe structuurindicatoren worden ontwikkeld voor zorgstandaarden, wordt bekeken of deze ook noodzakelijk zijn voor deze specifieke zorg.

10. Achtergronddocumenten

Autorisatiedatum 03-03-2020 Beoordelingsdatum 03-03-2020

10.1 Referenties

- Achenbach TM, 1991. Manual for the child behavior checklist/4-18, YSR, and TRF profiles (University of Vermont Department of Psychiatry, Burlington, VT)
- Achenbach, T. M., & Ruffle, T. M. (2000). The Child Behavior Checklist and related forms for assessing behavioral/emotional problems and competencies. *Pediatrics in Review*, 21(8), 265-271.
- Bockting, C. L., Hollon, S. D., Jarrett, R. B., Kuyken, W., & Dobson, K. (2015). A lifetime approach to major depressive disorder: The contributions of psychological interventions in preventing relapse and recurrence. *Clinical Psychology Review*, 41, 16-26.
- Bodden et al, 2016 Bodden, D., Braet, C., & Stikkelbroek, Y. (2016). CDI 2 Screeningsvragenlijst voor depressie bij kinderen en jongeren. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers B.V.
- Bouma, J., Ranchor, A. V., Sanderman, R., & van Sonderen, E. (1995). Het meten van symptomen van depressie met CES-D: Een handleiding. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen.
- Brent D, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, Asarnow JR, Keller M, Vitiello B, Ritz L, Iyengar S, Abebe K, Birmaher B, Ryan N, Kennard B, Hughes C, DeBar L, McCracken J, Strober M, Suddath R, Spirito A, Leonard H, Melhem N, Porta G, Onorato M, Zelazny J. (2008). Switching from another SSRI to venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression (the TORDIA-randomized control trial). *Journal of the American Medical Association*, 299: 901-913.
- Buitelaar JK, Keulen M van, Nauta MH, Stikkelbroek YAJ, Ruiter M, Duin D van. (2009). De multidisciplinaire richtlijn GGZ Addendum Depressie bij Jeugd. Utrecht: CBO/Trimbos-instituut.
- Cheung A, Kusumakar V, Kutcher S, Dubo E, Garland J, Weiss M, Kiss A, Levitt A. Maintenance study for adolescent depression. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2008 Aug;18(4):389-94. doi: 10.1089/cap.2008.0001
- Cipriani A, Zhou X, Giovane C del, Hetrick SE, Qin B, Whittington C, Coghill D, Zhang Y, Hazell P, Leucht S, Cuijpers P, Pu j, Cohen D, Ravindran AV, Liu Y, Michael KD, Yang L, Liu L, Xie P. (2016). Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. *The lancet*, (387) Doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30385-3.
- Conijn B & Ruiter M (2011). Preventie van depressie. Factsheet Preventie 2011. Utrecht:

Trimbos-instituut.

- Cuijpers, P., Hollon, S. D., Straten, A. van, Bockting, C., Berking, M., & Andersson, G. (2013). Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. *BMJ Open*, 3 (4).
- Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 791-799.
- Grosso G, Pajak A, Marventano S, Castellano S, Galvano F, Bucolo C et al. 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):e96905.
- Guidi, J., Tomba, E., & Fava, G. A. (2016). 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. *American Journal of Psychiatry*, 173, 128-137.
- Huber M. Proefschrift 'Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food', december 2014.
- Kennard BD, Emslie GJ, Mayes TL, et al. (2008). Cognitive behavioral therapy to prevent relapse in pediatric responders to pharmacotherapy for major depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47:1395-404.
- Kok, R.M., Heeren, T.J., van Hemert, A.M. (1993). De Geriatric Depression Scale. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 35, 416-421; Montorio, I., & Izal, M. (1996). The Geriatric Depression Scale: a review of its development and utility. *International Psychogeriatrics*, 8, 103-112.
- Kovacs M, 1992. The Children's Depression Inventory (CDI) manual North Tanawanda. New York, NY: Multi-Health Systems.
- Lin PY, Su KP. (2007). A Meta-analytic review of double-blind, placebo-controlled trails of antidepressant efficacy of omega-3 fatty acids. *The journal of Clinical Psychiatry*, 68(7): 1056-1061.
- Lokkerbol J, Adema D et al. (2014a) Improving the cost-effectiveness of a health care system for depressive disorders by implementing telemedicine: a health economic modelling study. *Am J Geriatr Psychiatry*, 22(3): 253-262.
- Meeuwissen JAC, Boomstra R, Henkelman ALCM. Naar een Zorgstandaard Depressie. Doen we de goede dingen en doen we die dingen goed? 2 checklists voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Utrecht: Trimbos-instituut, 2007.
- Meeuwissen J, Wijngaarden B van, Smit F. Indicatoren voor ketentoezicht op het ziekte-traject bij depressie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2009.

- Meeuwissen JAC, Speetjens P, Meije D, Oud M, Konijn C, Besselse M, Heemskerk E, Marez Oyens I de, Rozema E, Selle J, Stikkelbroek YAJ. (2015). Richtlijn Stemningsproblemen in de jeugdhulp en jeugdbescherming. Utrecht, Nederland: Nederlands Jeugdinstituut.
- Ministerie van VWS. Wet van 1 maart 2014 inzake regels over de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen (Jeugdwet). Den Haag: Ministerie van VWS, 2014.
- Miller S, Dunan B, Hubble M, 2009. (Session Rating Scale (SRS), eventueel in combinatie met de Outcome Rating Scale (ORS) om het beloop van de behandeling te volgen volgens de Client Directed Outcome Informed (CDOI) Routine Outcome Monitoring (ROM) method.)
- 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.
- Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (derde revisie, 2013). Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Hermens MLM, Balkom ALJM van namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie (2013). Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Nemets H, Nemets B, Apter A, Bracha Z, Belmaker RH. (2006). Omega-3 treatment of childhood depression: A controlled, double-blind pilot study. *The American Journal of Psychiatry*, 163: 1098-1100.
- NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, Licht-Strunk E, Van Marwijk HWJ, Van Rijswijk HCAM, Tjaden BR, Verduijn M, Wiersma Tj, Burgers JS, Van Avendonk MJP, Van der Weele GM. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2012;55(6):252-9.
- Olin van e.a., 2002 Olin, J.T., Schneider, L.S., Katz, I.R., e.a. (2002). Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 125-128.
- Osher Y, Belmaker RH, Nemets B. (2006). Clinical trials of PUFAs in depression: State of the art. *The World Journal of Biological Psychiatry: The official journal of The World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 7(4): 223-230.
- Puffer CC, Wall CA, Huxsahl JE, Frye MA., 2016 *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2016 Sep;26(7):632-6. doi: 10.1089/cap.2015.0139. Epub 2016 Jan 19. A 20 Year Practice Review of Electroconvulsive Therapy for Adolescents.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Seelen ML, Meijel B van, Haffmans PMJ. Lichttherapie als behandeling bij depressies. *Nurse academy jaargang 1 nummer 3* 2012 Later verschenen in verpleegkundig specialist tth2014.

- Terluin, 1996. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL): Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. Huis- arts Wet 1996; 39:538-47.
- Terluin B, Rijmen F, Van Marwijk HWJ, Stalman WAB, 2007. Waarde van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) voor het detecteren van depressieve stoornissen. Huisarts Wet 2007; 50:300-5.
- Terluin B, Terluin M, Prince K, Van Marwijk HWJ, 2008. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op. [Nascholing] Huisarts Wet 2008; 51: 251-5.
- Timbremont, B., & Braet, C. (2002). Handleiding Children's Depression Inventory. Lisse: Swets Test Publishers.
- Timbremont, B., & Braet, C. (2005). Depressie bij kinderen en adolescenten: Recente inzichten. Kind en Adolescent Praktijk, 26, 150-168.
- Van Widenfelt BM, Goedhart AW, Treffers PDA, Goodman R (2003) Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). European Child and Adolescent Psychiatry, 12, 281-289.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., Dunn, T. W., & Jarrett, R. B. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: A comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75, 475-488.

10.2 Kenmerken van de doelgroep

Kenmerken van een depressieve episode

Volgens de DSM-5 zijn de twee belangrijkste kernsymptomen van een depressieve stoornis:

- sombere stemming zoals blijkt uit subjectieve mededelingen (bijvoorbeeld: zich verdrietig, leeg of hulpeloos voelen) of observatie door anderen (bijvoorbeeld: heeft tranen in de ogen), gedurende het grootste gedeelte van de dag; bij kinderen en adolescenten kan de stemming prikkelbaar zijn;
- duidelijk verminderde interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten zoals blijkt uit subjectieve mededelingen of observatie door anderen, gedurende het grootste deel van de dag.

Andere symptomen zijn:

- aanzienlijke gewichtsverandering zonder dat dieet wordt gehouden of een afgenomen of toegenomen eetlust; bij kinderen moet gedacht worden aan het niet bereiken van de te verwachten gewichtstoename;
- slapeloosheid, slecht slapen of juist veel slapen;
- psychomotorische agitatie of vertraagdheid, waarneembaar door anderen (niet alleen subjectieve gevoelens van rusteloosheid of geremd worden);
- vermoeidheid of verlies van energie;
- gevoelens van waardeloosheid of buitensporig schuldgevoel (niet alleen zelfverwijt of schuldgevoel over het ziek zijn);
- moeite hebben met concentreren, nadenken en beslissingen nemen;

- terugkerende gedachten aan de dood (niet alleen de vrees om dood te gaan) en aan suïcide, al dan niet met een suïcideplan, of een suïcidepoging.

Van een depressieve episode is sprake wanneer minimaal 1 van beide kernsymptomen, en, met inbegrip van de aanvullende symptomen, in totaal minimaal 5 van de 9 gedurende tenminste 2 weken bijna elke dag aanwezig zijn en daarbij afwijken van het eerdere functioneren, met daarbij duidelijk disfunctioneren, lijden of belemmering in het dagelijkse, sociale of beroepsmatige leven als gevolg. De episode kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel of aan een somatische aandoening.

Beloopvormen van de depressieve stoornis zijn:

- eenmalige episode;
- recidiverend; er treedt een nieuwe depressieve episode op nadat de patiënt volledig is hersteld.

Van terugval is sprake bij een terugkeer of verergering van klachten voordat herstel optreedt of binnen een periode van vier tot zes maanden na het bereiken van herstel.

Het beloop kan zijn:

- gedeeltelijk in remissie, zonder volledig herstel in de tussenliggende periode;
- volledig in remissie, met volledig herstel in de tussenliggende periode.

Relevante specificaties:

- met angstige spanning;
- met gemengde (manische) kenmerken;
- met melancholische kenmerken (geen interesse in enige activiteit (vooral in de ochtend) en verandering van eet-, drink-, en slaapgewoonten);
- met atypische kenmerken (reagerend op positieve gebeurtenissen);
- met psychotische kenmerken (wanen, hallucinaties);
- met seizoensgebonden patroon (alleen bij recidiverende episode);
- met begin peri partum.

Met seizoensgebonden patroon

- er is een relatie tussen het begin van de depressieve episode en een bepaalde periode in het jaar;
- volledige remissie of wisseling naar tegengestelde polariteit ook in een bepaalde periode in het jaar;
- gedurende de laatste twee jaar twee depressies met seizoensgebonden relatie en in diezelfde periode geen niet-seizoensgebonden depressieve episoden;
- voor het gehele leven geldend: de seizoensgebonden depressies overtroffen de niet-seizoensgebonden depressies.

Met begin peri partum

- episode startte tijdens de zwangerschap of binnen vier weken post partum.

Specificaties naar ernst

- licht;
- matig;
- ernstig.

Specifieke aandachtspunten bij jongvolwassenen

Bij adolescenten zijn de signalen: een droeve stemming, geen plezier hebben, schuldgevoelens hebben, het idee hebben slecht te zijn, lusteloosheid, problemen hebben met eigenwaarde, suïcidale plannen of daden, minder actief zijn dan voorheen, minder motivatie hebben om iets te presteren, ontevreden zijn over lichaam, seksualiteit en relaties.

Kenmerken van een persisterende depressieve stoornis (chronische depressie en dysthymie)*Kenmerken van een chronische depressie*

We spreken van een chronische depressie als gedurende de voorafgaande twee jaar volledig is voldaan aan de criteria voor een depressieve episode.

Kenmerken van dysthymie

Volgens de DSM-5 is er sprake van dysthymie

dysthymie: Persisterende depressieve stoornis (dysthymie) betreft een samenvoeging van de chronische depressieve stoornis en de dysthyme stoornis in DSM-IV. Dysthymie in deze zorgstandaard verwijst naar de aandoening zoals beschreven in DSM-5.

bij de aanwezigheid van:

- sombere stemming, het eerste kernsymptoom van de depressieve stoornis, het grootste deel van de dag, meer dagen wel dan niet, gedurende tenminste twee jaar. Bij kinderen en adolescenten kan de stemming prikkelbaar zijn en is de duur tenminste een jaar;
- twee of meer van de volgende kenmerken:
 - slechte eetlust of te veel eten;
 - slapeloosheid of overmatig slapen;
 - weinig energie of vermoeidheid;
 - gering gevoel van eigenwaarde;
 - slechte concentratie of besluiteloosheid;
 - gevoelens van hopeloosheid.

Gedurende de periode van twee jaar (1 jaar voor kinderen en adolescenten) van de stoornis is er geen symptoomvrije periode geweest die langer duurde dan 2 maanden. Criteria voor een depressieve stoornis kunnen gedurende twee jaar continu aanwezig zijn.

De symptomen veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het dagelijkse, sociale

of beroepsmatige leven. De stoornis kan niet worden verklaard door een bipolaire of psychotische stoornis of een somatische aandoening (zoals hypothyreoïdie) of worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel.

Specificaties zijn:

- met zuiver dysthym syndroom;
- met persisterende depressieve episode;
- met periodieke depressieve episoden, met/zonder actuele episode.

Het beloop kan zijn:

- gedeeltelijk in remissie / zonder volledig herstel in de tussenliggende periode;
- volledig in remissie / met volledig herstel in de tussenliggende periode;
- met een vroeg begin (vóór 21e jaar);
- met een laat begin (21 jaar of ouder).

Relevante specificaties:

- met angstige spanning;
- met gemende (manische) kenmerken;
- met melancholische kenmerken;
- met atypische kenmerken;
- met psychotische kenmerken;
- met seizoensgebonden patroon (alleen bij recidiverende episode);
- met begin peri partum.

Specificaties naar ernst zijn (zie ook bij depressieve stoornis)

- licht;
- matig;
- ernstig.

10.3 Quicksan jeugd

De Quicksan jeugd is gebaseerd op drie bronnen:

1. de eindrapportage – Effectief werken in de jeugdsector – Thema 2: Preventie en behandeling van angst en depressie bij kinderen en jeugd, ZonMw, 2015 (psychologische interventies);
2. de Richtlijn Addendum Depressie bij Jeugd, Trimbos-instituut (2009). Actualisatie door Expertgroep Kenniscentrum NJI: 2013 (farmacologische interventies);
3. literatuursearch naar effectieve behandelmethoden (psychotherapie en medicatie) voor jongeren vanaf 8 – 18 jaar, op het niveau van meta-analyses en systematische reviews, vanaf 2007 (Psychinfo en Pubmed).

De aanvullende search leverde na ontdebelling 439 artikelen op. Hiervan werden er na een voorselectie 86 als mogelijk relevant geselecteerd, 40 voor psychologische interventies en 46 voor farmacologische interventies. Hiervan werden 16 artikelen geselecteerd (voor beide interventies acht); De overige artikelen waren niet relevant, of al verwerkt in de twee achtergrondstudies.

Uiteindelijk zijn 15 artikelen in deze quickscan verwerkt. Eén artikel over psychologische interventies bleek alsnog niet relevant. Alle artikelen zijn van 2012 of van recenter datum.

Psychologische interventies

Voor milde en middelmatige tot zware depressie bij kinderen en jongeren blijkt uit de meta-analyses en systematische reviews dat cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke therapie voor adolescenten de meeste empirische evidentie hebben.

Cognitieve gedragstherapie (CGT)

De centrale componenten van cognitieve gedragstherapie zijn: psycho-educatie, stellen van haalbare doelen, zelfmonitoring, activering, verbeteren van sociale en communicatieve vaardigheden, ontspanningstechnieken, vergroten van competentiegevoel, cognitieve herstructurering en probleemoplossingsvaardigheden. Uit diverse meta-analyses (literatuur t/m 2011) blijkt dat cognitieve gedragstherapie een bescheiden doch positief effect heeft op de behandeling van kinderen en jongeren met een depressie vergeleken met een wachtlijst of een aandachts-controle groep¹. Vergeleken met een actieve controlegroep of met medicatie zijn de uitkomsten minder eenduidig. Uitkomsten van diverse studies lopen erg uiteen en zijn moeilijk onderling te vergelijken. Belangrijkste uitkomsten waren:

- medicatie is effectiever dan CGT;
- een combinatie van CGT en medicatie is effectiever dan medicatie alleen;
- er is geen bewijs gevonden voor een grotere effectiviteit van een combinatie van CGT en medicatie versus alleen CGT;
- CGT is effectiever wat betreft vermindering van het suïciderisico dan alleen medicatie;
- medicatie is effectiever dan CGT in het voorkomen van terugval;
- CGT, medicatie en een combinatievorm zijn alle drie even effectief bij een follow-up na een jaar;
- effecten zijn meestal – maar niet altijd - groter bij oudere kinderen, maar er is geen verband met sekse, intelligentie en etniciteit;
- de mate van depressieve symptomen heeft geen of een negatieve invloed op de effecten van CGT;
- er is geen verminderde effectiviteit van CGT bij comorbide problemen, wel aanwijzingen dat bij comorbiditeit medicatie effectiever is dan enkel CGT;
- effecten nemen toe bij een toename van het aantal sessies;
- boostersessies na 1 tot 3 maanden vergroten de effectiviteit;
- de resultaten voor computergestuurde CGT en groep- versus individuele therapie zijn inconsistent.

Interpersoonlijke therapie (IPT)

IPT is effectief voor adolescenten en even effectief als CGT. Wel is het aantal studies naar deze behandelvorm bij adolescenten nog beperkt.

Andere behandelingen

Cognitive Bias Modification (CBM) heeft geen effect op depressieve symptomen en wordt niet

aanbevolen. Andere behandelingen, zoals Attachment Based Family Therapy, zijn voor kinderen en jongeren niet goed onderzocht.

Aanvullende studies naar psychologische interventies vanaf 2012

Aanvullende systematische reviews en meta-analyses van na 2012 laten eenzelfde beeld zien. Er wordt een bescheiden effect gevonden van CGT op depressieve symptomen bij chronisch zieke kinderen, er is zwak bewijs van een positief effect van Dialectical behavior therapy (DBT) op depressieve klachten bij adolescenten met een borderline persoonlijkheidsstoornis, en van 'serious gaming' op depressieve klachten. Er werd geen effect gevonden voor Dance movement therapy (DMT), wel een bescheiden positief effect voor computergestuurde CGT bij jongeren van 12 jaar en ouder.

Farmacologische interventies

Werkzaamheid antidepressiva

- Alleen van de SSRI fluoxetine is de werking en de veiligheid aangetoond voor de behandeling van matig ernstige tot ernstige depressies bij kinderen vanaf 8 jaar. Dat blijkt ook uit een recente netwerk meta-analyse, waaruit bleek dat alleen fluoxetine effectiever was dan placebo. Er is sprake van een bescheiden behandel-effect. Fluoxetine is verder effectiever in vergelijking met andere antidepressiva wat betreft de mate waarin het medicijn verdragen wordt; er is minder drop-out ten gevolge van bijwerkingen. Er is geen verschil in effectiviteit tussen kinderen en jongeren hetgeen bij andere antidepressiva wel wordt gezien. Fluoxetine in combinatie met cognitieve gedragstherapie (CGT) lijkt effectiever dan alleen CGT of alleen fluoxetine;
- Voor de werkzaamheid van de SSRI's sertraline, venlafaxine, citalopram, paroxetine en escitalopram bestaat enig, maar niet eenduidig, bewijs. In een studie bleek sertraline effectief voor adolescenten, maar niet voor kinderen. Paroxetine is minder effectief dan fluoxetine. In andere studies wordt geen verschil gevonden tussen fluoxetine en de andere SSRI's;
- Uit recente literatuur blijkt dat het toedienen van SSRI's niet leidt tot een vermindering van de door de jongere ervaren depressieve klachten, of een ervaren verbetering van welbevinden en kwaliteit van leven;
- Tricyclische antidepressiva zijn niet werkzamer dan placebo. Bij kinderen is soms zelfs sprake van tegengestelde effecten;
- Mirtazapine is niet werkzamer dan placebo. Er is enig bewijs voor de effectiviteit van venlafaxine als tweede stap in combinatie met CGT;
- Er zijn aanwijzingen voor een behandel-effect van omega-3 vetzuren bij kinderen van 6 tot 12 jaar. Voor de additie van antidepressiva met lithium en mirtazapine werd geen behandel-effect gevonden. De werkzaamheid van Sint Jans Kruid is niet onderzocht in RCT's bij kinderen en adolescenten.

Bijwerkingen

- Voor fluoxetine werd geen significant verhoogd risico gevonden op suïcidale gedachten, intenties, handelingen en zelfbeschadigend gedrag bij kinderen en jongeren. Voor sertraline en venlafaxine bestaan aanwijzingen dat het risico op toename van suïcidale ideaties significant is. Ook twee recente studies wijzen op een (niet significante) grotere kans op suïcidale gedachten voor SSRI's versus placebo. Het is niet aangetoond dat er een grotere kans is op suïcidaliteit in

de eerste fase van de behandeling.

- Er zijn aanwijzingen voor een risico op dosisafhankelijke QT-verlenging bij zowel citalopram als escitalopram.
- TCA's kunnen aanzienlijke bijwerkingen hebben zoals tachycardie, droge mond, obstipatie, mictieproblemen, sedatie, gewichtstoename, hoogtevrees en lage bloeddruk. Bij overdosering zijn TCA's cardiotoxisch door beïnvloeding van de hartgeleiding.
- Lithium behandeling was geassocieerd met meer bijwerkingen als braken.

Nonrepons

Er bestaat geen eenduidig beeld van het te voeren beleid bij kinderen en jongeren die niet reageren op een eerste behandeling met een SSRI. In een studie wordt aanbevolen om wanneer na 12 weken behandeling met fluoxetine geen respons optreedt bij een matig ernstige tot ernstige depressie, sertraline of citalopram als tweede SSRI voor te schrijven. Andere studies laten echter zien dat bij doorbehandelen ook na 12 weken behandeling nog effect kan hebben.

Terugval

Een voortgezette behandeling met fluoxetine verkleint de kans op terugval, vergeleken met het staken van fluoxetine na 19 weken. Toevoegen van CGT aan een voortgezette behandeling met fluoxetine verkleint de kans op terugval vergeleken met alleen het toedienen van fluoxetine.

Literatuur (aanvullende literatuur uit de quick scan is vet aangegeven).

1. Arnberg A, Öst L-G. (2014). CBT for children with depressive symptoms: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(4): 275-288.
2. Cox GR, Callahan P, Churchill R, Hunot V, Merry SN, Parker AG, Hetrick SE. (2014). Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11). Cochrane AN: CD008324.
3. Ma D, Zhang Z, Zhang X, Li L. (2014). Comparative efficacy, acceptability, and safety of medicinal, cognitive-behavioral therapy, and placebo treatments for acute major depressive disorder in children and adolescents: A multiple-treatments meta-analysis. *Current Medical Research and Opinion*, 30(6): 971-995.
4. Cox GR, Fisher CA, De Silva S, Phelan M, Akinwale OP, Simmons MB, Hetrick SE. (2012). Interventions for preventing relapse and recurrence of a depressive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11).
5. Singh N, Reece J. (2014). Psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination for adolescents with major depressive disorder: A meta-analysis. *The Australian Educational and Developmental Psychologist*, 31(1): 47-65.
6. Nilsen T, Eisemann M, Kvernmo S. (2013). Predictors and moderators of outcome in child and adolescent anxiety and depression: A systematic review of psychological treatment studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(2): 69-87.

7. Gearing RE, Schwalbe CSJ, Lee R, Hoagwood KE. (2013). The effectiveness of booster sessions in CBT treatment for child and adolescent mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 30(9): 800-808.
8. Ebert DD, Zarski A-C, Christensen H, Stikkelbroek Y, Cuijpers P, Berking M, Riper H. (2014). Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: A meta-analysis of randomized controlled outcome trials. *PLoS ONE*, (3). ArtID: e0119895.
9. Ye X, Bapuji SB, Winters SE, Struthers A, Raynard M, Metge C, Kreindler SA, Charette CJ, Lemaire JA, Synyshyn M, Sutherland K. (2014). Effectiveness of internet-based interventions for children, youth, and young adults with anxiety and/or depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 14: 313.
10. Zoonen K van, Buntrock C, Ebert DD, Smit HFE, Reynold III CF, Beekman A, Cuijpers P. (2014). Preventing the onset of major depressive disorder: A meta-analytic review of psychological interventions. *International Journal of Epidemiology*, 43(2): 318-329.
11. Cristea I, Mogoase Cristina, David D, Cuijpers P. (2015). Practitioner review: Cognitive bias modification for mental health problems in children and adolescents: A meta analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(7): 723-734.
12. Brown Helen, Pearson N, Braithwaite R, Brown W, Biddle S. (2013). Physical activity interventions and depression in children and adolescents. *Sports Medicine*, 43(3): 195-206.
13. Maratos AS, Gold C, Wang X, Crawford MJ. (2008). Music therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1). Doi: 10.1002/14651858.CD004517.pub2.
14. **Bennett** S, Shafran R, Coughtrey A, Walker S, Heyman I. (2015). Psychological interventions for mental health disorders in children with chronic physical illness: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 100: 308–316. Doi:10.1136/archdischild-2014-307474.
15. **Cook** NE, Gorraiz M. (2016). Dialectical behavior therapy for nonsuicidal self-injury and depression among adolescents: preliminary meta-analytic evidence. *Child and Adolescent Mental Health*, 21: 81–89.
16. **Fleming** TM, Cheek C, Merry SN, Thabrew H, Bridgman H, Stasiak K, Shepherd M, Perry Y, Hetrick S. (2014). Serious Games for the treatment or prevention of depression: A Systematic Review. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19: 227-242. DOI: <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.19.num.3.2014.13904>.
17. **Meekums** B, Karkou V, Nelson EA. (2015). Dance movement therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). DOI: 10.1002/14651858.CD009895.pub2.
18. **Pennant** ME, Loucas CE, Whittington C, Creswell C, Fonagy P, Fuggle P, Kelvin R, Naqvi S, Stockton S, Kendal T, on behalf of the Expert Advisory Group. (2015). Computerised therapies for anxiety and depression in children and young people: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 67: 1-18.
19. **Rice** SM, Goodall J, Hetrick SE, Parker AG, Gilbertson T, Amminger GP, Davey CG, McGorry

PD, Gleeson J, Alvarez-Jimenez M. (2014). Online and social networking interventions for the treatment of depression in young people: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 16(9): e206. Doi:10.2196/jmir.3304.

20. **Cipriani** A, Zhou X, Giovane C del, Hetrick SE, Qin B, Whittington C, Coghill D, Zhang Y, Hazell P, Leucht S, Cuijpers P, Pu j, Cohen D, Ravindran AV, Liu Y, Michael KD, Yang L, Liu L, Xie P. (2016). Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. *The lancet*, (387) Doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30385-3.

21. **Stevanovic** D, Tadic I, Knez R. (2013). Are antidepressants effective in quality of life improvement among children and adolescents? A systematic review. *CNS Spectrums*, Doi:10.1017/S1092852913000576.

22. **Qin** B, Zhang Y, Zhou X, Cheng P, Liu Y, Chen J, Fu Y, Luo Q, Xie P. (2014). Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants in young patients: A meta-analysis of efficacy and acceptability. *Clinical Therapeutics*, 36(7): 1087–1095.e4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinthera.2014.06.001>.

23. **Anjali** L, Varigonda AL, Jakubovski E, Taylor MJ, Freemantle N, Coughlin C, Bloch MH. (2015). Systematic review and meta-analysis: Early treatment responses of selective serotonin reuptake inhibitors in pediatric major depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(7): 557–564.

24. **Spielmans** S, Gerwig K. (2014). The efficacy of antidepressants on overall well-being and self-reported depression symptom severity in youth: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83: 158–164. DOI: 10.1159/00035619.

25. **Hazell** P, Mirzaie M. (2013). Tricyclic drugs for depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (6). DOI: 10.1002/14651858.CD002317.pub2.

26. Brent D, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, Asarnow JR, Keller M, Vitiello B, Ritz L, Iyengar S, Abebe K, Birmaher B, Ryan N, Kennard B, Hughes C, DeBar L, McCracken J, Strober M, Suddath R, Spirito A, Leonard H, Melhem N, Porta G, Onorato M, Zelazny J. (2008). Switching from another SSRI to venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression (the TORDIA-randomized control trial). *Journal of the American Medical Association*, 299: 901-913.

27. Nemets H, Nemets B, Apter A, Bracha Z, Belmaker RH. (2006). Omega-3 treatment of childhood depression: A controlled, double-blind pilot study. *The American Journal of Psychiatry*, 163: 1098-1100.

28. Osher Y, Belmaker RH, Nemets B. (2006). Clinical trials of PUFAs in depression: State of the art. *The World Journal of Biological Psychiatry: The official journal of The World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 7(4): 223-230.

29. Lin PY, Su KP. (2007). A Meta-analytic review of double-blind, placebo-controlled trials of antidepressant efficacy of omega-3 fatty acids. *The journal of Clinical Psychiatry*, 68(7): 1056-1061.

30. **Julious SA.** (2012). Efficacy and suicidal risk for antidepressants in paediatric and adolescent patients. *Statistical Methods in Medical Research*, 22(2): 190-218.
31. Lundbeck. (2011). Bericht van de farmaceutische industrie over de risico op QT-verlenging.
32. **Rojas-Mirquez JC,** Rodriguez-Zuñiga MJM, Bonilla-Escobar FJ, Garcia- Perdomo HA, Petkov M, Becerra L, Borsook D and Linnman C. (2014). Nocebo effect in randomized clinical trials of antidepressants in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8: 375. Doi: 10.3389/fnbeh.2014.00375.
33. Geller B, Cooper TB, Zimmerman B, Frazier J, Williams M, Heath J, Warner K. (1998). *Journal of Affective Disorders*, 51(2): 165-175.
34. **Zhou X,** Michael KD, Liu Y, Giovane C del, Qin B, Cohen D, Gentile S, Xie P. (2014). Systematic review of management for treatment-resistant depression in adolescents. *BMC Psychiatry*, 14: 340. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/340>.
35. Emslie GJ, Heiligenstein JH, Hoog SL, Wagner KD, Findling RL, McCracken JT, Nilsson ME, Jacobson JG. (2004). Fluoxetine treatment for prevention of relapse of depression in children and adolescents: a double blind, placebo controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(11): 1397-405.
36. Emslie GJ, Kennard BD, Mayes TL, Nightingale-Teresi J, Carmody T, Hughes CW, Rush AJ, Tao R, Rintelmann JW. (2008). Fluoxetine versus placebo in preventing relapse of major depression in children and adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 165: 459-467.
37. Kennard BD, Emslie GJ, Mayes TL, et al. (2008). Cognitive behavioral therapy to prevent relapse in pediatric responders to pharmacotherapy for major depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47:1395-404.
38. Buitelaar JK, Keulen M van, Nauta MH, Stikkelbroek YAJ, Ruiter M, Duin D van. (2009). De multidisciplinaire richtlijn GGZ Addendum Depressie bij Jeugd. Utrecht: CBO/Trimbos-instituut.

10.4 Samenvatting literatuurverkenning naar rol voeding in de behandeling van depressie

De hoofdvraag bij de literatuurverkenning was: Welke effectieve interventies in de behandeling van patiënten met een depressieve of dysthyme stoornis zijn er, die gebruik maken van voeding of voedingssupplementen? Hierbij is de effectiviteit van St. Janskruid hier verder buiten beschouwing gelaten omdat hierover aparte aanbevelingen in de Multidisciplinaire richtlijn Depressie en NHG-Standaard Depressie zijn gedaan.

Selectie van studies

De literatuursearch werd uitgevoerd in de databases PsychInfo, PubMed, CINAHL en Cochrane Database of systematic review. Er werden 143 systematische reviews (vanaf 2001) en meta-analyses gevonden en 498 RCT's (vanaf inception).

De belangrijkste redenen voor exclusie van studies waren dat niet de juiste patiëntengroep

(bijvoorbeeld dementie of bipolaire stoornis of een zeer specifieke groep patiënten (bijvoorbeeld postpartum depressie) en niet het juiste onderwerp (leefstijl waaronder gezonde voeding in het algemeen) was onderzocht.

Aan de hand van de samenvattingen en titels van systematische reviews werd een selectie gemaakt van 22 reviews. Omdat het merendeel van de geselecteerde reviews PUFA's of OMEGA-vetzuren als onderwerp had, werd besloten om te focussen op het meest recente onderzoek, en daarna vanaf 2013 tot 2015 te kijken naar aanvullende losse RCT's op gebieden die nog niet gedekt waren door de reviews of die van een meer recente datum waren. De selectie van reviews gaf aanleiding om de studies te verdelen per voedingselement dat werd bestudeerd in de behandeling van depressie.

PUFA's: meervoudig onverzadigde vetzuren

De belangrijkste review en meta-analyse over dit onderwerp zijn die van Grosso et al. (2014) en Mocking et al. (2016). Grosso et al. beschrijven 39 studies naar de effectiviteit van vetzuren in de behandeling en preventie van depressie onder diverse groepen patiënten. Hiervan zijn 11 studies onder patiënten met een depressieve stoornis en 9 onder mensen met depressieve klachten. Subgroep analyse naar het type PUFA (eicosapentaenoic acid (EPA) of docosahexaenoic acid (DHA) laat veelbelovende resultaten zien van PUFA's met alleen of overwegend EPA op de reductie van depressie. Mocking et al. (2016) concentreerden zich mede i.v.m. geconstateerde methodologische problemen in de review van Grosso et al. op 13 studies waarin patiënten een depressie hadden (vastgesteld met een gestructureerd diagnostisch interview), en corrigeerden voor eventuele publicatiebias. Tevens voerden zij een meta-regressie (met a-priori vastgestelde variabelen) uit om de aanzienlijke heterogeniteit tussen de studies te verklaren. Deze auteurs concludeerden dat omega-3 PUFA suppletie bij depressieve patiënten in het algemeen een significant betere uitkomst geeft, vooral als er hogere doses EPA werden voorgeschreven en bij de patiënten die antidepressiva gebruikten. Zowel Mocking et al. en Grosso et al. beoordeelden en analyseerden het effect van de kwaliteit van de studies, maar concluderen niet dat deze resultaten kunnen zijn beïnvloed door de kwaliteit van de studies onder depressieve patiënten.

Vitamine D supplementen

Twee systematische reviews en meta-analyses naar het effect van vitamine D op reductie van depressie bij zowel patiënten als niet-patiënten, laten grotendeels dezelfde resultaten zien.

Bron: Li et al., 2014; Shaffer et al., 2014.

De onderzoeken zijn van een relatief zwakke kwaliteit, er is veel heterogeniteit en de meta-analyses tonen aan dat er vooralsnog geen effect van vitamine D op het verbeteren van depressie kan worden verwacht.

Zink-supplementen

Naar de werking van zink in de behandeling en reductie van depressie werd slechts 1 review gevonden

Bron: Lai, 2012.

. Deze bevatte slechts twee studies onder depressieve patiënten die beide kwalitatief niet voldoende waren. Er werd geen effect van zink gevonden. Een aanvullende RCT onder 44 MDD-patiënten vond een effect van zink op depressieve symptomen naast het gebruik van anti-depressiva.

Bron: Ranjbar, 2014.

Deze trial was echter zeer beperkt en niet goed beschreven, waardoor de kwaliteit van het bewijs als laag wordt ingeschat. Samenvattend is er geen goede evidentie die aantoont dat er een effect van zink-suppletie kan worden verwacht.

Multivitamines en mineralen

In een review van Long et al. (2013) worden diverse RCT's beschreven waarbij verschillende multivitaminen en mineralen worden onderzocht, allen bij gezonde volwassenen. Slechts drie RCT's beschrijven het effect van deze (van elkaar verschillende) preparaten op een depressieve stemming; deze studies lieten geen effect zien. Door het ontbreken van een beschrijving van de kwaliteit van de beschreven studies en gezien de verschillen tussen de toegediende supplementen is het niet mogelijk de gegevens samen te voegen en laat elke studie voor zich geen meerwaarde zien van supplementen met multivitaminen en mineralen.

Kruidenmedicatie

Sarris et al. (2011) proberen van diverse kruidenmedicijnen de effectiviteit op onder andere depressie te beschrijven. Door de verscheidenheid van de beschreven medicinale kruiden is de review onevenwichtig in het bewijs. Zo zijn er enkele studies naar de werking van Lavendel (geen effect), Rozewortel (*Rhodiola rosea*), Slangekruid (*Echium amoenum*), en enkele studies naar Saffraan (*Crocus sativus*) (overigens van dezelfde onderzoekers). De resultaten van deze studies duiden op voorzichtige positieve antidepressieve effecten, echter veel studies zijn nog niet gerepliceerd.

Individuele voedingsmiddelen in enkelvoudige RCT's

Naast de hierboven gecategoriseerde middelen werden nog drie RCT's gevonden naar de werking van tryptofaan,

Bron: Linseth et al., 2015.

vitamine B

Bron: Almeida et al., 2014.

en rode Ginseng.

Bron: Lee et al., 2014.

Het effect van tryptofaan op stemming kon worden aangetoond bij gezonde studenten. Vitamine B had bij oudere depressieve personen geen effect op korte termijn maar na een jaar een positief effect op remissie van depressie. Voor rode Ginseng kon een positief effect op depressieve stemming bij oudere vrouwen worden aangetoond. Vanwege de zeer specifieke en kleine groepen proefpersonen in deze studies is de kwaliteit van het bewijs omtrent deze voedingsmiddelen zodanig gering dat het niet mogelijk is deze preparaten voor een grotere/bredere groep depressieve patiënten aan te bevelen.

Conclusie

Hoewel er al redelijk veel onderzoek is gedaan naar de rol van voedingssupplementen en – elementen bij reductie van depressie, is het bewijs vaak onvoldoende en diffuus. De belangrijkste redenen hiervoor zijn het gebrek aan kwalitatief hoogwaardige studies en de diversiteit in onderzoeksopzet, respondenten of patiëntenpopulatie en setting. Ook het onderscheid tussen enerzijds het toevoegen van een supplement bij antidepressiva versus het gebruik van het supplement alleen en anderzijds gebruik als behandeling van depressie versus de preventie van het ontstaan/recidiveren van depressie vraagt om preciezere uitvoer van het onderzoek naar deze supplementen.

Vooralsnog is alleen de werking van OMEGA-3 vetzuren tijdens de behandeling van de depressie voldoende aangetoond. Voor OMEGA-3 vetzuren zijn voornamelijk de supplementen met (hogere doses) EPA effectief, vooral indien toegediend bij patiënten die antidepressiva gebruiken. Overigens is de effectiviteit van St. Janskruid in deze literatuurverkenning verder buiten beschouwing gelaten omdat hierover aparte aanbevelingen in de Multidisciplinaire richtlijn Depressie en NHG-Standaard Depressie zijn gedaan.

Literatuur

Araujo DMR, Vilarim MM, Nardi AE. What is the effectiveness of the use of polyunsaturated fatty acid omega-3 in the treatment of depression? Expert Review of Neurotherapeutics 2010; 10(7):1117-1129.

Almeida OP, Ford AH, Hirani V, Singh V, van Bockxmeer FM, McCaul K et al. B vitamins to enhance treatment response to antidepressants in middle-aged and older adults: results from the B-VITAGE randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Br J Psychiatry 2014; 205(6):450-457.

Appleton KM, Rogers PJ, Ness AR. Updated systematic review and meta-analysis of the effects of n-3 long-chain polyunsaturated fatty acids on depressed mood. Am J Clin Nutr 2010; 91(3):757-770.

Bloch MH, Hannestad J. Omega-3 fatty acids for the treatment of depression: systematic review and meta-analysis. *Mol Psychiatry* 2012; 17(12):1272-1282.

Grosso G, Pajak A, Marventano S, Castellano S, Galvano F, Bucolo C et al. 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):e96905.

Lai J, Moxey A, Nowak G, Vashum K, Bailey K, McEvoy M. The efficacy of zinc supplementation in depression: systematic review of randomised controlled trials. *J Affect Disord* 2012; 136(1-2):e31-e39.

Li G, Mbuagbaw L, Samaan Z, Falavigna M, Zhang S, Adachi JD et al. Efficacy of vitamin D supplementation in depression in adults: a systematic review. *J Clin Endocrinol Metab* 2014; 99(3):757-767.

Lindseth G, Helland B, Caspers J. The effects of dietary tryptophan on affective disorders. *ARCH PSYCHIATR NURS* 2015; 29(2):102-107

Lee KJ, Ji GE. The effect of fermented red ginseng on depression is mediated by lipids. *Nutr Neurosci* 2014; 17(1):7-15.

Long SJ, Benton D. Effects of vitamin and mineral supplementation on stress, mild psychiatric symptoms, and mood in nonclinical samples: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2013; 75(2):144-153.

Martins JG. EPA but not DHA appears to be responsible for the efficacy of omega-3 long chain polyunsaturated fatty acid supplementation in depression: evidence from a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Coll Nutr* 2009; 28(5):525-542.

Meyer BJ, Grenyer BF, Crowe T, Owen AJ, Grigoris-Deane EM, Howe PR. Improvement of major depression is associated with increased erythrocyte DHA. *Lipids* 2013; 48(9):863-868.

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.

Ranjbar E, Shams J, Sabetkasaei M, Shirazi M, Rashidkhani B, Mostafavi A et al. Effects of zinc supplementation on efficacy of antidepressant therapy, inflammatory cytokines, and brain-derived neurotrophic factor in patients with major depression. *Nutr Neurosci* 2014; 17(2):65-71.

Sarris J, Panossian A, Schweitzer I, Stough C, Scholey A. Herbal medicine for Depression, anxiety and insomnia: A review of psychopharmacology and clinical evidence. *Europ Neuropsychopharmacology* 2011;21(841-860)

Shaffer JA, Edmondson D, Wasson LT, Falzon L, Homma K, Ezeokoli N et al. Vitamin D supplementation for depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychosom Med* 2014; 76(3):190-196.

10.5 Resultaten desksearch vaktherapieën

Beeldende therapie

Beeldende therapie draagt effectief bij aan verbetering van de stemming

Bron: Barley 2012; Chandraiah 2012; Gussak 2009; Makin 2011

en afname van depressieve klachten.

Bron: Blomdahl 2013; Egberg-Thyme 2007; Caddy 2011; Chandraiah 2012; Crone 2012; De Morais 2014; Gussak 2009; Harnden 2004; Krpana 2013.

Een sterk appèl wordt gedaan op de zintuigen, concentratie en aandacht.

Bron: Chandraiah 2012; Crone 2012.

Door met materialen te werken en te ervaren wat materialen bewust of onbewust teweegbrengen wordt het affect gestimuleerd.

Bron: Caddy 2011; Cooper 2012; De Morais 2014.

Gevoelens en gedachten kunnen worden vormgegeven, geuit en vertaald in het beeldend werk: realistisch, abstract of middels symbolen. Het beeldend werken fungeert tegelijkertijd als uitlaatklep

Bron: Caddy 2011; Cooper 2012; De Morais 2014.

en spiegel. Door te praten over het tastbare werkstuk en de ervaringen tijdens het proces van maken, wordt de cliënt zich weer bewust van het voelen, handelen en denken.

Bron: Barley 2012; Crone 2012.

Beeldende therapie zet aan tot spelen, loslaten, energie opdoen, plezier ervaren, doseren en het

oefenen met eigen keuzes maken.

Bron: Barley 2012; Crone 2012.

Beeldende therapie kan de ontwikkelen van een positief zelfbeeld versterken.

Bron: Barley 2012; Blomdahl 2013; Chandraiah 2012; Cooper 2012; De Morais 2014; Harnden 2004; Ponteri 2011.

Danstherapie

Danstherapie draagt effectief bij aan het verhogen van kwaliteit van leven, vergroten van een positief lichaamsbeeld en een verbetering van de stemming en het affect.

Bron: Akandere 2011; Brauninger 2012; Kaltsatoe 2013; Koch 2014; Kiepe 2012; Mannheim 2013; Margariti 2012.

Wanneer danstherapie wordt ingezet in de klinische behandeling van depressie wordt het effect van de gezamenlijke behandeling vergroot.

Bron: Pylvänäinen 2015.

Dramatherapie

Het is aannemelijk dat psychodrama effectief bijdraagt aan het verminderen van depressieve klachten, negatieve automatische gedachten en disfunctionele houding.

Bron: Belil 2012; Costa 2006; Gatta 2010; Hamaci 2006; Orkibi 2014; Rahgooy 2012; Rezaeian 1997.

Er zijn aanwijzingen dat (psycho)dramatherapeutische groepsinterventie

Bron: Belil 2012; Chapman 2014; Costa 2006; Gatta 2010; Rezaeian 1997.

kan bijdragen aan het opheffen van depressieve symptomen of gehele remissie van chronische of reactieve depressieve stoornissen, het versterken van het zelfvertrouwen

Bron: Orkibi 2014.

, verbeteren van interactie

Bron: Rezaeian 1997.

en cognitieve functies

Bron: Hamaci 2006,

en verminderde stigma.

Bron: Rezaeian 1997; Orkibi 2014.

Dramatherapeuten zijn van mening dat (kortdurende) dramatherapie bijdraagt aan de behandeling van depressie.

Bron: Chapman 2014..

Dramatherapeuten zetten in de behandeling van depressie veelal psychodrama in.

Bron: Belil 2012; Costa 2006; Gatta 2010; Hamaci 2006; Orkibi 2014; Rahgooy 2012; Rezaeian 1997.

Muziektherapie

Het is aangetoond dat muziektherapie effectief bijdraagt aan afname van depressieve klachten bij jongeren, jongvolwassenen, volwassenen en ouderen

Bron: Assche 2015; Castillo-Perez 2010; Chen 2014; Erkkilä 2011; Esfandiari 2014; Kim 2001; Schwantes 2014; Wang 2011.

, afname van angstklachten

Bron: Chen 2015; Erkkilä 2011; Guétin 2011.

, afname van stress

Bron: Baste 2014.

en het vergroten van kwaliteit van leven,

Bron: Assche 2015.

motivatie

Bron: Kim 2001

en positief zelfbeeld

Bron: Chen 2015.

. Ook bij mensen met dementie,

Bron: Guétin 2011; Werner 2015.

mensen met somatische aandoeningen waaronder hartinfarct

Bron: Levigne 2011

en jongeren en volwassenen met alcoholproblematiek

Bron: Albornoz 2011.

kan muziektherapie een positief effect hebben op de mate van depressie. Muziektherapie kan angst, stress en depressieve klachten reduceren bij zwangere vrouwen

Bron: Chang, 2007.

en de kans verkleinen op postpartum depressie, pijn en angst

Bron: Simavli 2014.

. Ook praktijkstudies geven aanwijzingen dat muziektherapie effectief kan zijn om depressieve klachten

Bron: Aalbers 2016; Guétin 2009; Hwang 2013.

en angst

Bron: Hwang 2013.

te verminderen. Er is enige aanwijzing dat muziektherapie angst en pijn vermindert en emotie reguleert bij depressieve kankerpatiënten en een positieve invloed heeft op hechting en

Bron: Levigne 2011.

interactie.

Bron: Choi 2008; Chu 2013; Levigne 2011.

Er is enige aanwijzing dat muziektherapie bijdraagt aan een afname van spanning en agressie

Bron: Hwang 2013.

. De gevalideerde 'gezond-ongezond muziek schaal' (HUMS) kan mogelijk preventief en als vroege interventie ingezet worden bij jongeren van 13-20 jaar om muzikale betrokkenheid te screenen als indicatie voor een tendens voor depressie.

Bron: McFerran 2014; Saarikallio 2007; Saarikallio 2015.

Psychomotorische therapie (PMT)

Het is aangetoond dat PMT door middel van het inzetten van beweeginterventies, mindfulness based interventies en relaxatie een bijdrage levert aan het verminderen van depressieve klachten.

Bron: Cramer 2013; D'Silva 2012; Josefsson 2014; Knöchel 2012; Röhrich 2013; Stanton 2014; Williams 2010.

Wanneer een HBO opgeleid bewegingsspecialist, zoals een PMT'er, de bewegingsinterventies aanbiedt, is er minder kans op drop-out en heeft de interventie een grotere kans van slagen.

Bron: Stubbs 2015.

REFERENTIES

Beeldende therapie

- Baikie, K. A., Geerligs, L., & Wilhelm, K. (2012). Expressive writing and positive writing for participants with mood disorders: an online randomized controlled trial. *J Affect Disord*, 136(3), 310-319. doi: 10.1016/j.jad.2011.11.032
- Blomdahl, C., Gunnarsson, A. B., Guregård, S., & Björklund, A. (2013). A realist review of art therapy for clients with depression. *The Arts in Psychotherapy*, 40(3), 322-330. doi: 10.1016/j.aip.2013.05.009
- Chandraiah, S., Ainlay Anand, S., & Avent, L. C. (2012). Efficacy of Group Art Therapy on Depressive Symptoms in Adult Heterogeneous Psychiatric Outpatients. *Art Therapy*, 29(2), 80-86. doi: 10.1080/07421656.2012.683739
- Cortina, M. A., & Fazel, M. (2015). The Art Room: An evaluation of a targeted school-based group intervention for students with emotional and behavioural difficulties. *The Arts in Psychotherapy*, 42, 35-40. doi: 10.1016/j.aip.2014.12.003
- Crone, D. M., O'Connell, E. E., Tyson, P. J., Clark-Stone, F., Opher, S., & James, D. V. (2013). 'Art Lift' intervention to improve mental well-being: an observational study from U.K. general practice. *Int J Ment Health Nurs*, 22(3), 279-286. doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00862.x
- de Moraes, A. H., Dalécio, M. A. N., Vizmann, S., Bueno, V. L. R. d. C., Roecker, S., Salvagioni, D. A. J., & Eler, G. J. (2014). Effect on scores of depression and anxiety in psychiatric patients after clay work in a day hospital. *The Arts in Psychotherapy*, 41(2), 205-210. doi: 10.1016/j.aip.2014.02.002
- Drăghici, R. (2012). Experiential psychotherapy in geriatric groups. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 33, 979-983. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.01.268
- Forgeard, M. J., & Elstein, J. G. (2014). Advancing the clinical science of creativity. *Front Psychol*, 5, 613. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00613
- Gussak, D. (2006). Effects of art therapy with prison inmates: A follow-up study. *The Arts in Psychotherapy*, 33(3), 188-198. doi: 10.1016/j.aip.2005.11.003
- Gussak, D. (2009). Comparing the effectiveness of art therapy on depression and locus of control of male and female inmates. *The Arts in Psychotherapy*, 36(4), 202-207. doi: 10.1016/j.aip.2009.02.004
- Harnden, B., Rosales, A. B., & Greenfield, B. (2004). Outpatient art therapy with a suicidal adolescent female. *The Arts in Psychotherapy*, 31(3), 165-180. doi: 10.1016/j.aip.2004.03.005
- Hughes, E. G., & da Silva, A. M. (2011). A pilot study assessing art therapy as a mental health intervention for subfertile women. *Hum Reprod*, 26(3), 611-615. doi: 10.1093/humrep/deq385
- Krpan, K. M., Kross, E., Berman, M. G., Deldin, P. J., Askren, M. K., & Jonides, J. (2013). An everyday activity as a treatment for depression: the benefits of expressive writing for people diagnosed with major depressive disorder. *J Affect Disord*, 150(3), 1148-1151. doi: 10.1016/j.jad.2013.05.065

Laroque, F., & Sudres, J. L. (2015). Le patient dépressif en art-thérapie : évaluation des bénéfices et recommandations pratiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173(6), 541-546. doi: 10.1016/j.amp.2015.05.003

Ponteri, A. K. (2001). The Effect of Group Art Therapy on Depressed Mothers and Their Children. *Art Therapy*, 18(3), 148-157. doi: 10.1080/07421656.2001.10129729

Zubala, A., MacIntyre, D. J., Gleeson, N., & Karkou, V. (2013). Description of arts therapies practice with adults suffering from depression in the UK: Quantitative results from the nationwide survey. *The Arts in Psychotherapy*, 40(5), 458-464. doi: 10.1016/j.aip.2013.09.003

Zubala, A., MacIntyre, D. J., & Karkou, V. (2014). Art psychotherapy practice with adults who suffer from depression in the UK: Qualitative findings from a depression-specific questionnaire. *The Arts in Psychotherapy*, 41(5), 563-569. doi: 10.1016/j.aip.2014.10.007

Danstherapie

Archer, S., Buxton, S., & Sheffield, D. (2015). The effect of creative psychological interventions on psychological outcomes for adult cancer patients: a systematic review of randomised controlled trials. *Psychooncology*, 24(1), 1-10. doi: 10.1002/pon.3607

Bräuninger, I. (2014). Dance movement therapy with the elderly: An international Internet-based survey undertaken with practitioners. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 9(3), 138-153. doi: 10.1080/17432979.2014.914977

de Tord, P., & Bräuninger, I. (2015). Grounding: Theoretical application and practice in dance movement therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 43, 16-22. doi: 10.1016/j.aip.2015.02.001

Lee, H. J., Jang, S. H., Lee, S. Y., & Hwang, K. S. (2015). Effectiveness of dance/movement therapy on affect and psychotic symptoms in patients with schizophrenia. *The Arts in Psychotherapy*, 45, 64-68. doi: 10.1016/j.aip.2015.07.003

Lee, T.-C. (2014). Trilogy of Body Imaginary: Dance/Movement Therapy for a Psychiatric Patient with Depression. *The Arts in Psychotherapy*, 41(4), 400-408. doi: 10.1016/j.aip.2014.07.006

Meekums, B., Karkou, V., & Nelson, E. A. (2015). Dance movement therapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, CD009895. doi: 10.1002/14651858.CD009895.pub2

Rios Romenets, S., Anang, J., Fereshtehnejad, S. M., Pelletier, A., & Postuma, R. (2015). Tango for treatment of motor and non-motor manifestations in Parkinson's disease: a randomized control study. *Complement Ther Med*, 23(2), 175-184. doi: 10.1016/j.ctim.2015.01.015

Vankova, H., Holmerova, I., Machacova, K., Volicer, L., Veleta, P., & Celko, A. M. (2014). The effect of dance on depressive symptoms in nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc*, 15(8), 582-587. doi: 10.1016/j.jamda.2014.04.013

Zubala, A., MacIntyre, D. J., Gleeson, N., & Karkou, V. (2013). Description of arts therapies practice with adults suffering from depression in the UK: Quantitative results from the nationwide survey. *The Arts in Psychotherapy*, 40(5), 458-464. doi: 10.1016/j.aip.2013.09.003

Drama therapie

Belil, F. E., Rahgoien, A., & Rahgozar, M. (2012). The effects of psychodrama on depression among women with chronic mental disorder. In *BIPOLAR DISORDERS* (Vol. 14, pp. 71-71).

Chapman, E. J. (2014). Using dramatic reality to reduce depressive symptoms: A qualitative study. *The Arts in Psychotherapy*, 41(2), 137-144. doi: 10.1016/j.aip.2014.01.001

Costa, E. M. S., Antonio, R., Soares, M. B. D. M., & Moreno, R. A. (2006). Psychodramatic psychotherapy combined with pharmacotherapy in major depressive disorder: an open and naturalistic study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(1), 40-43.

Dokter, D. (1996). Being together briefly: One-on-one brief dramatherapy with clients hospitalized for chronic or reactive depression. *Dramatic approaches to brief therapy*, 188-200.

Gatta, M., Lara, D. Z., Lara, D. C., Andrea, S., Paolo, T. C., Giovanni, C., . . . PierAntonio, B. (2010). Analytical psychodrama with adolescents suffering from psycho-behavioral disorder: Short-term effects on psychiatric symptoms. *The Arts in Psychotherapy*, 37(3), 240-247. doi: 10.1016/j.aip.2010.04.010

Hamamci, Z. (2006). Integrating psychodrama and cognitive behavioral therapy to treat moderate depression. *The Arts in Psychotherapy*, 33(3), 199-207. doi: 10.1016/j.aip.2006.02.001

Orkibi, H., Bar, N., & Eliakim, I. (2014). The effect of drama-based group therapy on aspects of mental illness stigma. *The Arts in Psychotherapy*, 41(5), 458-466.

Rezaeian, M. P, Mazumdar, D. P. S., & Sen, A. K. (1997). The effectiveness of psychodrama in changing the attitudes among depressed patients. *Journal of Personality & Clinical Studies*. 13(1-2), 19-23.

Muziektherapie

Aalbers, S., Spreen, M., Bosveld-van Haandel, L., & Bogaerts, S. (2016). Evaluation of Client Progress in

Music Therapy: An Illustration of an N-of-1 design in Individual Short-Term Improvisational Music Therapy with Clients with Depression. *Nordic Journal of Music Therapy*. doi: 10.1080/08098131.2016.120564

Albornoz, Y. (2011). The effects of group improvisational music therapy on depression in adolescents and adults with substance abuse: a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Music Therapy*, 20(3), 208-224. doi: 10.1080/08098131.2010.522717

Assche, E., van, Backer, J., de, Vermote, R. (2015). Muziektherapie bij depressie. *Tijdschrift voor psychiatrie* (11), 823-829.

Baste, V. S., & Gadkari, J. V. (2014). Study of stress, self-esteem and depression in medical students and effect of music on perceived stress. *Indian Journal Of Physiology And Pharmacology*, 58(3), 298-301.

Brandes, V., Terris, D. D., Fischer, C., Schuessler, M. N., Ottowitz, G., Titscher, G., . . . Thayer, J. F. (2009). Music programs designed to remedy burnout symptoms show significant effects after five weeks. *Ann N Y Acad Sci*, 1169, 422-425. doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.04790.x

Bruscia, K. (1987). *Improvisational models of music therapy*, Illinois: Springfield.

Carlson, E., Saarikallio, S., Toiviainen, P., Bogert, B., Kliuchko, M., & Brattico, E. (2015). Maladaptive and adaptive emotion regulation through music: a behavioral and neuroimaging study of males and females. *Front Hum Neurosci*, 9, 466. doi: 10.3389/fnhum.2015.00466

Castillo-Pérez, S., Gómez-Pérez, V., Velasco, M. C., Pérez-Campos, E., & Mayoral, M.-A. (2010). Effects of music therapy on depression compared with psychotherapy. *The Arts in Psychotherapy*, 37(5), 387-390. doi: 10.1016/j.aip.2010.07.001

Chan, M. F., Chan, E. A., Mok, E., & Kwan Tse, F. Y. (2009). Effect of music on depression levels and physiological responses in community-based older adults. *Int J Ment Health Nurs*, 18(4), 285-294. doi: 10.1111/j.1447-0349.2009.00614.x

Chang, M. Y., Chen, C. H., & Huang, K. F. (2008). Effects of music therapy on psychological health of women during pregnancy. *J Clin Nurs*, 17(19), 2580-2587. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02064.x

Chen, C. J., Sung, H. C., Lee, M. S., & Chang, C. Y. (2015). The effects of Chinese five-element music therapy on nursing students with depressed mood. *Int J Nurs Pract*, 21(2), 192-199. doi: 10.1111/ijn.12236

Chen, X. J., Hannibal, N., & Gold, C. (2015). Randomized Trial of Group Music Therapy With Chinese Prisoners: Impact on Anxiety, Depression, and Self-Esteem. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. doi: 10.1177/0306624X15572795

Choi, A. N., Lee, M. S., & Lim, H. J. (2008). Effects of group music intervention on depression, anxiety, and relationships in psychiatric patients: a pilot study. *J Altern Complement Med*, 14(5), 567-570. doi: 10.1089/acm.2008.0006

Chu, H., Yang, C. Y., Lin, Y., Ou, K. L., Lee, T. Y., O'Brien, A. P., & Chou, K. R. (2014). The impact of group music therapy on depression and cognition in elderly persons with dementia: a randomized controlled study. *Biol Res Nurs*, 16(2), 209-217. doi: 10.1177/1099800413485410

Deshmukh, A. D., Sarvaiya, A. A., Seethalakshmi, R., & Nayak, A. S. (2009). Effect of Indian classical music on quality of sleep in depressed patients: A randomized controlled trial. *Nordic Journal of Music Therapy*, 18(1), 70-78. doi: 10.1080/08098130802697269

Erkkila, J., Punkanen, M., Fachner, J., Ala-Ruona, E., Pontio, I., Tervaniemi, M., . . . Gold, C. (2011). Individual music therapy for depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 199(2), 132-139. doi: 10.1192/bjp.bp.110.085431

Esfandiari, N., & Mansouri, S. (2014). The effect of listening to light and heavy music on reducing the symptoms of depression among female students. *The Arts in Psychotherapy*, 41(2), 211-213. doi: 10.1016/j.aip.2014.02.001

Fachner, J., Gold, C., & Erkkila, J. (2013). Music therapy modulates fronto-temporal activity in rest-

EEG in depressed clients. *Brain Topogr*, 26(2), 338-354. doi: 10.1007/s10548-012-0254-x

Gold, C., Solli, H. P., Kruger, V., & Lie, S. A. (2009). Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 29(3), 193-207. doi: 10.1016/j.cpr.2009.01.001

Guetin, S., Soua, B., Voiriot, G., Picot, M. C., & Herisson, C. (2009). The effect of music therapy on mood and anxiety-depression: an observational study in institutionalised patients with traumatic brain injury. *Ann Phys Rehabil Med*, 52(1), 30-40. doi: 10.1016/j.annrmp.2008.08.009

Hwang, E. Y., & Oh, S. H. (2013). A Comparison of the Effects of Music Therapy Interventions on Depression, Anxiety, Anger, and Stress on Alcohol-Dependent Clients: A Pilot Study. *Music and Medicine*, 5(3), 136-144. doi: 10.1177/1943862113495894

Kim, D. S., Park, Y. G., Choi, J. H., Im, S. H., Jung, K. J., Cha, Y. A., . . . Yoon, Y. H. (2011). Effects of music therapy on mood in stroke patients. *Yonsei Med J*, 52(6), 977-981. doi: 10.3349/ymj.2011.52.6.977

Mahon, E. M., & Mahon, S. M. (2011). Music therapy: a valuable adjunct in the oncology setting. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(4), 353-356. doi: 10.1188/11.CJON.353-356

Maratos, A. S., Gold, C., Wang, X., & Crawford, M. J. (2008). Music therapy for depression. *Cochrane Database Systematic Reviews*, (1), CD004517.

McFerran, K. S., & Saarikallio, S. (2014). Depending on music to feel better: Being conscious of responsibility when appropriating the power of music. *The Arts in Psychotherapy*, 41(1), 89-97. doi: 10.1016/j.aip.2013.11.007

NVvMT (2009). Beroepsprofiel van de muziektherapeut. Utrecht, Nederland: NVvMT.

Pauwels, E. K., Volterrani, D., Mariani, G., & Kostkiewics, M. (2014). Mozart, music and medicine. *Med Princ Pract*, 23(5), 403-412. doi: 10.1159/000364873

Raglio, A., Attardo, L., Gontero, G., Rollino, S., Groppo, E., & Granieri, E. (2015). Effects of music and music therapy on mood in neurological patients. *World J Psychiatry*, 5(1), 68-78. doi: 10.5498/wjp.v5.i1.68

Saarikallio, S., & Erkkilä, J. (2007). The role of music in adolescents' mood regulation. *Psychology of Music*, 35(88).

Saarikallio, S., Gold, C., & McFerran, K. (2015). Development and validation of the Healthy-Unhealthy Music Scale. *Child Adolesc Ment Health*, 20(4), 210-217. doi: 10.1111/camh.12109

Sachs, M. E., Damasio, A., & Habibi, A. (2015). The pleasures of sad music: a systematic review. *Front Hum Neurosci*, 9, 404. doi: 10.3389/fnhum.2015.00404

Schwantes, M., McKinney, C., & Hannibal, N. (2014). Music therapy's effects on levels of depression, anxiety, and social isolation in Mexican farmworkers living in the United States: A randomized controlled trial. *The Arts in Psychotherapy*, 41(1), 120-126. doi: 10.1016/j.aip.2013.12.002

Simavli, S., Kaygusuz, I., Gumus, I., Usluogullari, B., Yildirim, M., & Kafali, H. (2014). Effect of music therapy during vaginal delivery on postpartum pain relief and mental health. *J Affect Disord*, 156, 194-199. doi: 10.1016/j.jad.2013.12.027

Steenhuis, L. A., Nauta, M. H., Bocking, C. L., & Pijnenborg, G. H. (2015). Treating Depressive Symptoms in Psychosis: A Network Meta-Analysis on the Effects of Non-Verbal Therapies. *PLoS One*, 10(10), e0140637. doi: 10.1371/journal.pone.0140637

Thaut, M. H., McIntosh, G. C., & Hoemberg, V. (2014). Neurobiological foundations of neurologic music therapy: rhythmic entrainment and the motor system. *Front Psychol*, 5, 1185. doi: 10.3389/fpsyg.2014.01185

Thomson, C. J., Reece, J. E., & Di Benedetto, M. (2014). The relationship between music-related mood regulation and psychopathology in young people. *Musicae Scientiae*, 18(2), 150-165. doi: 10.1177/1029864914521422

Wang, J., Wang, H., & Zhang, D. (2011). Impact of group music therapy on the depression mood of college students. *Health*, 03(03), 151-155. doi: 10.4236/health.2011.33028

Werner, J., Wosch, T., & Gold, C. (2015). Effectiveness of group music therapy versus recreational group singing for depressive symptoms of elderly nursing home residents: pragmatic trial. *Aging Ment Health*, 1-9. doi: 10.1080/13607863.2015.1093599

Wheeler, B. L. (2015). *Music therapy handbook*. New York, NY: The Guilford Press.

Wigram, T. (2004). *Improvisation. Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. Londen, England/ Philadelphia, PA: Jessica Kingsley.

PMT

Bridle, C., Spanjers, K., Patel, S., Atherton, N. M., & Lamb, S. E. (2012). Effect of exercise on depression severity in older people: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry*, 201(3), 180-185. doi: 10.1192/bjp.bp.111.095174

Brown, H. E., Pearson, N., Braithwaite, R. E., Brown, W. J., & Biddle, S. J. (2013). Physical activity interventions and depression in children and adolescents : a systematic review and meta-analysis. *Sports Med*, 43(3), 195-206. doi: 10.1007/s40279-012-0015-8

Carter, T., Callaghan, P., Khalil, E., & Morres, I. (2012). The effectiveness of a preferred intensity exercise programme on the mental health outcomes of young people with depression: a sequential mixed methods evaluation. *BMC Public Health*, 12, 187. doi: 10.1186/1471-2458-12-187

Conn, V. S. (2010). Depressive symptom outcomes of physical activity interventions: meta-analysis findings. *Ann Behav Med*, 39(2), 128-138. doi: 10.1007/s12160-010-9172-x

Knochel, C., Oertel-Knochel, V., O'Dwyer, L., Prvulovic, D., Alves, G., Kollmann, B., & Hampel, H. (2012). Cognitive and behavioural effects of physical exercise in psychiatric patients. *Prog Neurobiol*, 96(1), 46-68. doi: 10.1016/j.pneurobio.2011.11.007

Kruisdijk, F. R., Hendriksen, I. J., Tak, E. C., Beekman, A. T., & Hopman-Rock, M. (2012). Effect of

running therapy on depression (EFFORT-D). Design of a randomised controlled trial in adult patients [ISRCTN 1894]. BMC Public Health, 12, 50. doi: 10.1186/1471-2458-12-50

Mammen, G., & Faulkner, G. (2013). Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. Am J Prev Med, 45(5), 649-657. doi: 10.1016/j.amepre.2013.08.001

Rohricht, F., Papadopoulos, N., & Priebe, S. (2013). An exploratory randomized controlled trial of body psychotherapy for patients with chronic depression. J Affect Disord, 151(1), 85-91. doi: 10.1016/j.jad.2013.05.056

Sarubin, N., Nothdurfter, C., Schule, C., Lieb, M., Uhr, M., Born, C., . . . Baghai, T. C. (2014). The influence of Hatha yoga as an add-on treatment in major depression on hypothalamic-pituitary-adrenal-axis activity: a randomized trial. J Psychiatr Res, 53, 76-83. doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.02.022

Stanton, R., & Reaburn, P. (2014). Exercise and the treatment of depression: a review of the exercise program variables. J Sci Med Sport, 17(2), 177-182. doi: 10.1016/j.jsams.2013.03.010

10.6 Omschrijving depressie module DepMod

Introductie

DepMod werd ontwikkeld als gezondheidseconomisch model om de kosteneffectiviteit en budget impact van interventies te analyseren voor mensen met depressieve stoornissen of een subklinische depressie, en voor mensen die risico lopen op een terugval. DepMod is gebaseerd op drie componenten: een conceptueel model met betrekking tot het beloop van depressie, een epidemiologische component en een interventie-component. Deze onderdelen werden gecombineerd in een Markov-model. Het conceptuele model werd gevormd met behulp van experts op het gebied van depressie, terwijl de epidemiologische en interventie-component werden gebaseerd op beschikbare cohortstudies, meta-analyses en RCT's.

Het conceptuele model

Een conceptueel model werd gevormd op basis van input van experts op het gebied van depressie, waarbij het beloop van depressie vanaf de subklinische depressie zonder een eerdere depressie stoornis tot en met de depressieve stoornis met mogelijk meerdere episodes in kaart werd gebracht.

Dit conceptuele model werd vervolgens onderbouwd met epidemiologische evidentie waar mogelijk, en daarnaast aangevuld met de benodigde aannamen.

Epidemiologie

De Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2)

Bron: Bijl et al 1998, 2002; De Graaf et al 2013

een Nederlandse cohortstudie naar de incidentie en prevalentie van mentale stoornissen, werd gebruikt als belangrijkste bron voor epidemiologische evidentie. De incidentie en prevalentie van depressie werd gebaseerd op NEMESIS-2. Daarnaast werd literatuur omtrent chronische depressie, (partieel) herstel en terugval, aangeleverd door de betrokken experts, gebruikt als additionele epidemiologische input. De beschikbare epidemiologische evidentie bepaalde tot welk detail het conceptuele model kon worden onderbouwd. De parameters in het conceptuele model werden gekalibreerd op basis van deze evidentie.

Interventies

DepMod beoogt om beleidsmakers te ondersteunen door de kosteneffectiviteit en budget impact te schatten als gevolg van veranderingen in de huidige interventiemix voor mensen met een depressieve stoornis. Als uitgangspunt werd hiervoor op basis van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie

Bron: GGZ richtlijnen, 2011.

een lijst met evidence-based interventies opgesteld. In opeenvolgende focusgroepen met zorgaanbieders en patiënten werd vervolgens bekeken in welke mate deze interventies gepast en acceptabel werden bevonden. Op basis hiervan werd een lijst interventies opgesteld die niet alleen evidence-based waren, maar ook gepast en acceptabel werden bevonden. Deze lijst interventies, aangeduid met “enhanced usual care”, dient als referentiepunt waartegen de kosteneffectiviteit en budget impact van specifieke interventies wordt geschat.

De effectiviteit van interventies werd gebaseerd op meta-analyses en RCT's. Interventiekosten werden in kaart gebracht vanuit het zorgperspectief, waarbij de uitvoeringskosten werden bepaald (2014 prijzen) met behulp van de integrale kostenprijzen zoals gerapporteerd in de richtlijn van Zorginstituut Nederland (2015).

Uitkomsten en gevoeligheidsanalyse

In een laatste stap werd alle informatie gecombineerd in een Markov-model, waarbij de benodigde modelaannamen werden gemaakt in overleg met experts. Uitkomsten werden uitgedrukt in termen van Quality-Adjusted Life Years (QALYs), zodat de uitkomsten kunnen worden beoordeeld in termen van kosteneffectiviteit op een manier waar beleidsmakers het meest mee geholpen zijn.

Probabilistische sensitiviteitsanalyse werd gebruikt om de onzekerheid in de inputparameters in kaart te brengen. Deterministische sensitiviteitsanalyses werden toegepast om de invloed van modelkeuzes in kaart te brengen.

Methode

Het conceptuele model

Figuur hieronder toont het conceptuele model zoals deze op basis van expert opinion werd geconstrueerd. Dit model start bij mensen die een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van een depressie. Deze depressie kan mild, moderate of severe zijn. Vervolgens kan deze episode herstellen (geheel of partieel) of niet. In geval van (partieel) herstel kan er vervolgens weer sprake zijn van terugval.

Figuur: conceptueel model van het beloop van depressie

Epidemiologie

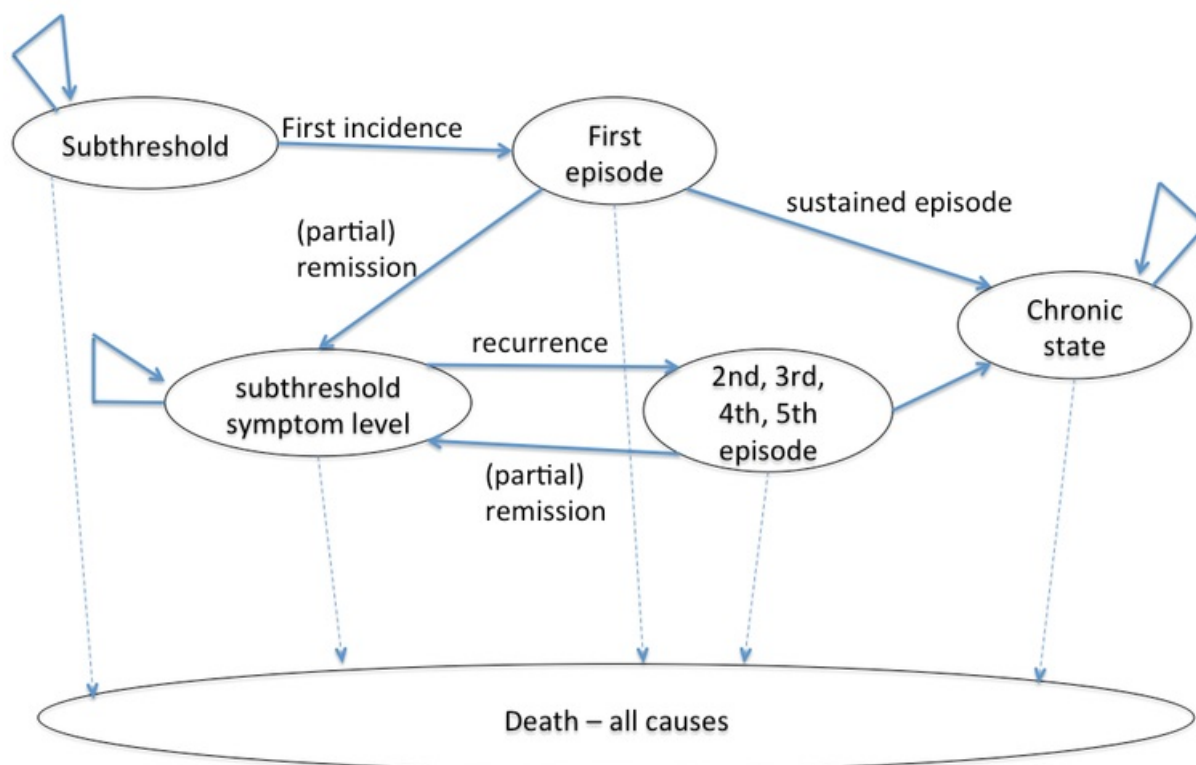
In lijn met de beschouwde populatie binnen NEMESIS-2, beschouwt DepMod personen tussen 18 en 65. Er werden geen restricties toegepast met betrekking tot comorbiditeit.

Volgens NEMESIS-2 is de jaarlijkse incidentie van mensen die nog niet eerder een depressieve stoornis hebben gehad, gelijk aan 1,58% (95% CI: 1,36%-1,80%).

Bron: De Graaf e.a., 2013.

We gebruikten de puntschatting in het model, om geen extra onzekerheid te introduceren en daarmee te garanderen dat de verschillen die straks in termen van kosten en effecten worden gesimuleerd zo veel mogelijk toe te schrijven zijn aan verschillen in de interventies die worden aangeboden.

Aangezien de beschikbare evidentie veelal over perioden van een jaar rapporteert, hanteert DepMod ook cycli van één jaar. Omdat er geen robuuste evidentie beschikbaar is omtrent partieel herstel, werd gekozen om het model te beperken tot de gezondheidsstadia: 'subthreshold depression' (met of zonder eerdere depressieve stoornis), 'depressive episode' (een eerste of een terugkerende episode), 'chronic state' en 'death'. In lijn met Solomon e.a. (2000) beschouwden we tot en met vijf depressieve episodes per persoon. Dit leidde tot het Markov-model zoals weergegeven in het figuur hieronder.



Figuur: Markov-model

Kalibratie

Kans op terugval werd gebaseerd op Solomon e.a. (2000). Solomon e.a. (2000) rapporteerden dat de kans op terugval met 16% toeneemt na elke volgende depressieve episode. In ons model varieerde de dit van een 21% kans op terugval binnen 12 maanden gegeven één eerdere depressieve episode, tot een 88% kans op terugval binnen vijf jaar gegeven vier eerdere depressieve episodes. Solomon e.a. (2000) rapporteren 13 terugvalkansen (voor verschillende aantallen eerdere episodes en beschouwde tijdsintervallen), tezamen met de betrouwbaarheidsintervallen. Deze terugvalkansen konden worden vergeleken met de gemodelleerde terugvalkansen binnen DepMod. 11 van de 13 terugvalkansen in DepMod vallen binnen de betrouwbaarheidsintervallen van Solomon e.a. (2000). De overige twee terugvalkansen liggen beneden de betrouwbaarheidsintervallen. Dit betekent dat de terugvalkansen in DepMod in deze gevallen iets lager zijn, waardoor er een lichte onderschatting ontstaat van de kosteneffectiviteit van preventieve interventies. De eerste tot en met de vijfde depressieve episode werden als aparte Markov-stadia gemodelleerd, zodat het mogelijk werd om hogere terugvalkansen te hanteren in geval van een hoger aantal eerdere episodes.

De 12-maands prevalentie in DepMod bedroeg 5,18%, in lijn met de 5,2% die gevonden werd in NEMESIS-2.

Bron: De Graaf e.a., 2012.

Chisholm e.a. (2004) rapporteerden een verdeling van mensen met milde, matige en ernstige depressie van 30%, 47% en 23%, respectievelijk. De epidemiologie in DepMod werd gekalibreerd zodat deze verdeling werd nagebootst, wat uiteindelijk leidde tot een gemodelleerde verdeling van 30,1%, 46,9% en 23,1% milde, matige en ernstige depressies. Als laatste kan gesteld worden dat 9 a 10% van de mensen met depressie een chronische depressie ontwikkelen en na twee jaar nog steeds voldoen aan de criteria van een depressieve stoornis. Het gemodelleerde percentage in DepMod bedraagt 9%.

Interventies

Interventies hebben een positief effect op depressie, ofwel door te voorkomen dat mensen hun eerste depressie ontwikkelen of een terugval meemaken, ofwel door de kwaliteit van leven gedurende een depressie te verbeteren.

De 'enhanced usual care', wat de basis vormt voor alle vergelijkingen, bestaat uit evidence-based interventies gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn, welke daarnaast gepast en acceptabel worden bevonden (tabel: Evidence-based en preference-based interventies). We vergelijken daarom niet de kosteneffectiviteit van interventies ten opzichte van gangbare zorg, maar ten opzichte van deze 'enhanced usual care'. De gepastheid en mate van acceptatie van deze interventies werd bepaald op basis van een panel van 17 zorggebruikers en 10 zorgprofessionals. Beide panels lieten een relatief hoge mate van overeenkomst zien (Cronbach alpha = 0,79 voor zorggebruikers en 0,70 voor zorgprofessionals). Op basis van deze preferenties werd de lijst met evidence-based interventies ingekort tot een kortere lijst van interventies welke niet alleen evidence-based zijn, maar ook preference-based (tabel: Evidence-based en preference-based interventies). First-incidence preventie en terugvalpreventie worden niet systematisch aangeboden in deze gangbare zorg, wat zich uit in een bereik van 0% in het referentiescenario.

Deze lijst van interventies vormt de basis voor de verdere scenario-analyses. Aangezien in de werkelijke gangbare zorg niet elke interventie evidence-based en preference-based is, betekent dit dat het minder snel gebeurt dat een alternatief zorgsysteem kosteneffectiever is dan deze 'enhanced usual care', wat resulteert in conservatieve aanbevelingen met betrekking tot de kosteneffectiviteit van alternatieve zorgsystemen.

Tabel: Evidence-based en preference-based interventies voor verschillende ernstniveaus, beschreven in termen van bereik (%), compliance ten opzichte van de therapie (%) en effect, uitgedrukt als risk difference (RD) of relative risk (RR) in geval van een impact op transitie, of als standardized effect size (Cohen's d) in geval van een symptoomreductie. Alle waarden zijn uitgedrukt als gemiddelde.

Een economische evaluatie vergelijk de kosten en effecten van twee alternatieven. De "enhanced usual care" kan vergeleken worden met alternatieve configuraties van dit zorgsysteem, simpelweg door het uitgangsscenario te kopiëren en enkele parameters te wijzigen. Door bijvoorbeeld het bereik van preventieve interventies te verhogen, kan een economische evaluatie worden uitgevoerd van additionele preventie bij depressie.

Bron: Lokkerbol et al, 2014.

Effectiviteit van interventies

De effectiviteit van interventies is op drie verschillende manieren van invloed op de gezondheid:

- via een reductie van de transitie van een at-risk status naar een eerste of terugkerende episode van depressie. De effectiviteit van preventie wordt ofwel als risicoreductie (primaire preventie), ofwel als relatief risico (terugvalpreventie) uitgedrukt;
- via symptoomreductie bij mensen die een acute milde, matige of ernstige depressie hebben. De verbetering in symptomen wordt uitgedrukt als Cohen's d effect size en zoveel mogelijk gebaseerd op meta-analyses. De gemiddelde symptoomreductie werd bepaald door de effect size te corrigeren voor (vermenigvuldigen met) bereik en adherentie. Dit werd uiteindelijk geconverteerd in een QALY-winst, gebruik makend van de conversiefactor van Sanderon e.a. (2004), en;
- via een profylactisch effect resulterend in een verlaagde kans op terugval na succesvolle behandeling met bijvoorbeeld CBT. Dit profylactische effect ontstaat bij patiënten die CBT krijgen in het kader van de behandeling van hun milde, matige of ernstige depressie, onder de aanname dat CBT deze patiënten betere vaardigheden leert die een beschermend effect hebben.

De effectiviteitparameters voor elke interventie staan in de rechterkolom van *tabel Evidence-based en preference-based interventies*.

De afname in kwaliteit van leven (uitgedrukt in QALY) werd bepaald door de ziektelast te wegen naar de geschatte duur van een depressieve episode. Volgens Nederlandse cohort data is de mediane duur van een depressie drie maanden, herstelt 63% binnen zes maanden, 76% binnen 12 maanden en bijna 20% herstelt niet volledig binnen 24 maanden.

Bron: Spijker e.a., 2002

Met betrekking tot de duur van depressieve episodes, de ziektelast (gebaseerd op Stouthard et al 1997) en het daaruit volgende verlies in kwaliteit van leven werden de volgende aannamen gemaakt:

Tabel: Gemiddelde duur en verlies in QALY voor verschillende ernstniveaus

De duur van een chronische depressie werd conservatief gelijk gesteld aan 24 maanden, gelijk aan de minimale duur die genoemd wordt in de definitie van een chronische depressie. DepMod is bedoeld om de kosteneffectiviteit van preventie en behandeling van depressie te evalueren. Het hanteren van deze ondergrens qua duur bij een chronische depressie leidt tot conservatieve schattingen met betrekking tot de kosteneffectiviteit van alternatieve zorgsystemen.

Interventiekosten

Interventiekosten werden geschat door de inzet van professionals, medicatie en materiaal te waarderen tegen hun integrale kostprijzen. Kosten werden uitgedrukt in 2014 euro. De kosten per interventie staan weergegeven in tabel Interventiekosten, uitgedrukt in 2014 prijzen.

Tabel: Interventiekosten, uitgedrukt in 2014 prijzen.

Analyse

Kosten en QALY's worden beschouwd over een periode van vijf jaar, zodat de gevolgen van preventie in kaart konden worden gebracht, zonder daarbij te ver te extrapoleren vanuit de beschikbare evidentie. Kosten en QALY's die na één jaar plaatsvinden worden gediscoteerd met respectievelijk 4% en 1,5%, in overeenstemming met de Nederlandse richtlijn voor gezondheidseconomische evaluatie.

DepMod rapporteert de incrementiele kosteneffectiviteitsratio (IKER) voor het alternatieve scenario ten opzichte van het referentiescenario, door het verschil in kosten te delen door het verschil in gezondheidseffecten. Probabilistische sensitiviteitsanalyse werd toegepast door de kosten en effecten van het alternatieve en referentiescenario 1.000 keer te berekenen middels Monte Carlo simulatie, waarbij elke keer een willekeurige trekking werd gedaan uit de verdeling voor elke kost- en effectparameter. Hierbij werden kosten verondersteld een Gamma verdeling te volgen, terwijl effectparameters werden verondersteld een normale verdeling te volgen.

Bron: Drummond e.a., 2005.

De resultaten van de probabilistische sensitiviteitsanalyse worden weergegeven in een cost-effectiveness acceptability curve, waarmee de kans wordt weergegeven dat het alternatieve zorgsysteem kosteneffectiever is dan het referentiescenario voor verschillende waarden van willingness to pay.

Naast probabilistische sensitiviteitsanalyse werden ook deterministische one-way sensitiviteitsanalyses uitgevoerd met betrekking tot de duur van een depressieve episode (20% langer en korter). In een additionele deterministische sensitiviteitsanalyse werd het gemiddelde zorggebruik per interventie lager ingeschat dan wanneer volgens protocol werd behandeld, uitgaande van een beperkte adherentie. In het referentiescenario leidt lagere adherentie conservatief slechts tot lagere effectiviteit, maar niet tot lagere kosten.

Sterke punten en beperkingen

De kracht van ons model is dat er informatie uit verschillende domeinen wordt samengebracht in één model waarmee beleidsmakers de impact van wijzigingen in het zorgsysteem kunnen inschatten in termen van kosteneffectiviteit en budget impact. Ons model heeft echter ook een aantal beperkingen.

Ten eerste, juist omdat er informatie uit verschillende domeinen werd gecombineerd was het nodig om aannamen te maken, wat leidt tot onzekerheid in de modeluitkomsten. Wanneer aannamen

moesten worden gemaakt, werden gekozen voor conservatieve aannamen waarmee de kosteneffectiviteit van interventies eerder werd onder- dan overschat. Daarnaast werd gebruik gemaakt van probabilistische sensitiviteitsanalyses om de parameteronzekerheid in kaart te brengen, en deterministische one-way sensitiviteitsanalyse om onzekerheid rondom structurele modelkeuzes inzichtelijk te maken.

Een hieraan gerelateerde beperking is dat er geen unieke “optimale” oplossing is bij het bepalen van de transitiekansen in het Markov-model. Deze beperking is inherent aan de aanpak waarbij gestart wordt met een conceptueel raamwerk omtrent het beloop van depressie welke in gepast is in de ogen van de experts op het gebied van depressie. Het gevolg hiervan is dat een groot aantal parameters moet worden gekalibreerd om de te modelleren epidemiologie overeen te laten komen met de beschikbare evidentie. In geval van kans op terugval kon aansluiting worden gevonden bij 11 van de 13 kans zoals deze werden gerapporteerd in de literatuur. Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op de validatie van deze transitieparameters.

We kozen ervoor om de epidemiologie van depressie te modelleren aan de hand van een Markov-model en niet aan de hand van een discrete event simulation model. Beide modellen hebben hun sterke en zwakke punten. Aangezien het ons doel was om een populatiemodel te maken was het niet nodig dat een model individuele patiëntkarakteristieken in ogenschouw kon nemen, waardoor niet gekozen werd voor een discrete event simulation model. Desalniettemin kan kosteneffectiviteit in de praktijk toch worden beïnvloed door patiëntkarakteristieken, bijvoorbeeld wanneer therapeuten hun behandeling aanpassen naar aanleiding van dit soort karakteristieken. We hielden hier op twee manieren rekening mee in ons model. Ten eerste door een onderscheid te maken tussen de verschillende ernstniveaus van depressie (mild, matig en ernstig). Ten tweede door het aantal eerdere episodes expliciet te modelleren. Met de toevoeging van deze twee componenten werd heterogeniteit tussen patiënten in bepaalde mate meegenomen in het model.

Het model maakt gebruik van cycli van één jaar, waardoor slechts één transitie of depressieve episode per jaar mogelijk is. In werkelijkheid kunnen veranderingen in het beloop van depressie sneller achter elkaar plaatsvinden. We werden hierin echter beperkt door de beschikbare evidentie, welke veelal rapporteert in intervallen van een jaar.

Onze kostenschatting beperkt zich tot de aanbiedingskosten van een interventie voor de behandeling van depressie. Idealiter worden totale zorgkosten per gezondheidsstadium beschouwd, aangezien depressie gepaard kan gaan met additioneel zorggebruik. Dit wordt niet meegenomen in het model, waarmee de kosteneffectiviteit van effectieve behandeling voor depressie naar verwachting wordt onderschat. Hetzelfde geldt voor andere type kosten, zoals productiviteitsverliezen.

Met NEMESIS-2 als onze voornaamste bron van informatie met betrekking tot de epidemiologie van depressie beperkt het model zich tot een populatie met een leeftijd tussen 18 en 65 jaar. Daarnaast is DepMod als gevolg van de gebruikte input alleen van toepassing op het Nederlandse zorgsysteem. De input parameters dienen te worden aangepast wanneer DepMod in een andere setting wordt toegepast.

Het referentiescenario van het model is een evidence-based zorgsysteem dat gebaseerd is op de Nederlandse Multidisciplinaire richtlijn voor Depressie. Dit scenario is naar verwachting beter dan het werkelijke Nederlandse zorgsysteem voor depressie. Het gevolg is dat de kosteneffectiviteit van het referentiescenario naar verwachting te optimistisch is, waardoor het minder waarschijnlijk wordt dat

een alternatief scenario gezien wordt als kosteneffectief ten opzichte van het referentiescenario. Dit kan gezien worden als een conservatieve aanpak, als gevolg van het feit dat we niet weten in welke mate er niet-evidence-based interventies worden aangeboden in de praktijk.

Een volgende beperking is dat interventies in het referentiescenario werden gedefinieerd in termen van generieke interventie-categorieën. Hiermee kon worden aangesloten bij de meta-analytische evidentie, maar ging een bepaalde mate van detail verloren.

Een andere beperking binnen DepMod is dat het ernstniveau van depressie per individu niet verandert. Dit betekent dat wanneer iemand binnen DepMod een milde depressie heeft, dat eventuele terugkerende episodes ook mild zullen zijn. In werkelijkheid kunnen episodes uiteraard in ernst variëren. Omdat DepMod echter niet gericht is op specifieke individuen maar op de populatie als geheel heeft deze beperking naar verwachting weinig invloed op de resultaten. DepMod is daarnaast beperkt tot depressieve stoornissen, waarbij dysthymie buiten beschouwing wordt gelaten.

Een volgende beperking is dat DepMod interventies beschouwt die worden uitgevoerd tot en met de specialistische GGZ. Derdelijnsbehandeling, gericht op de meer complexe aandoeningen of op therapie-resistente depressies, wordt daarbij buiten beschouwing gelaten. Behandelingen in de derde lijn brengen over het algemeen meer kosten met zich mee, waardoor de kosteneffectiviteit hier mogelijk lager ligt.

Effectparameters werden gebaseerd op meta-analyses of RCT's waar mogelijk. Omdat effectparameters van verschillende interventies veelal zijn gebaseerd op verschillende bronnen, ontstaat er een beperking met betrekking tot de vergelijkbaarheid van de interventies. Idealiter wordt elke effectparameter gebaseerd op een studie met een identieke vergelijkingsconditie om daarmee uit te sluiten dat verschillen in effectparameters worden veroorzaakt door iets anders dan de beschouwde interventie. Vergelijkingscondities waren echter verschillend, bijvoorbeeld doordat de vergelijkingsconditie care-as-usual niet dezelfde effectiviteit zal hebben in verschillende landen. Dit vergroot de onzekerheid in de modeluitkomsten. Hier wordt deels voor gecompenseerd doordat we de interpretatie van de uitkomsten beperken tot het verschil in kosten en het verschil in effecten tussen het referentie en het alternatieve scenario, waardoor de betrouwbaarheid van de uitkomsten met name wordt bepaald door de betrouwbaarheid van de input met betrekking tot de interventie die binnen een modeldoorrekening wordt beschouwd, bijvoorbeeld doordat de bereikparameter van deze interventie wordt verhoogd in een alternatief scenario.

Samenvattend beschouwt ons model de wenselijkheid van een verandering in het zorgsysteem voor depressie vanuit een kosteneffectiviteitsperspectief. Uitkomsten dienen altijd in een bredere context te worden geplaatst, waarbij ook gekeken dient te worden naar haalbaarheid, gelijkheid, duurzaamheid, etc.

Bron: zie Mihalopoulos e.a., 2013.

DepMod beoogt het maken van beleidskeuzes te faciliteren met betrekking tot het zorgsysteem voor depressie, maar moet nooit gezien worden als een auto-pilot het maken van beleidskeuzes.

Referenties

Arroll, B., Macgillivray, S., Ogston, S., Reid, I., Sullivan, F., Williams, B., Crombie, I., n.d. Efficacy and tolerability of tricyclic antidepressants and SSRIs compared with placebo for treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *Annals of family medicine* 3, 449–56.

Bijl RV, Van Zessen G, Ravelli A (1998). The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS): objectives and design. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33: 581–586.

Bijl RV, de Graaf R, Ravelli A, Smit F, Vollebergh WAM (2002). Gender and age-specific first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 37: 372 – 379.

Chisholm D (2005). Choosing cost-effective interventions in psychiatry: results from the CHOICE programme of the World Health Organization. *World Psychiatry* 4(1): 37-44.

Cuijpers P. A psychoeducational approach to the treatment of depression: a meta-analysis of Lewinsohn's "Coping with Depression" course. *Behavior Therapy* 1998;29:521-533.

Cuijpers P, van Straten A, Smit F, Mihalopoulos C, Beekman A (2008a). Preventing the onset of depressive disorders: A meta-analytic review of psychological interventions. *Am J Psychiatry*, 165: 1272-1280.

Cuijpers P, van Straten A, Andersson G (2008b). Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: a systematic review. *J Behav Med* 31: 169-177.

Cuijpers P, Van Straten A, Warmerdam L, Smits N. Characteristics of effective psychological treatments of depression: a meta-regression analysis. *Psychotherapy Research* 2007 DOI: 10.1080/10503300701442027.

Cuijpers P, Straten A, Andersson G, van Oppen P (2008c). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol* 76(6): 909-922.

Cuijpers P. Van Straten A, Van Schaik A, Andersson G. (2009) Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *Brit J Gen Pract* 2009; DOI: 10.3399/njgp09X395139.

De Graaf R, ten Have M, van Gool C, van Dorsselaer S (2012). Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 47: 203-213.

De Graaf R, ten Have M, Tuithof M, van Dorsselaer S (2013). First-incidence of DSM-IV mood, anxiety and substance use disorders and its determinants: Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Journal of Affective Disorders* 149: 100-107.

Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL (2005). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford, England, Oxford University Press.

Ekers, D., Richards, D., Gilbody, S., 2008. A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychological medicine* 38, 611–23.

Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJL, Vos T, Whiteford HA (2013). Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLOS Medicine* 10(11): e1001547

Fournier, J.C., Derubeis, R.J., Hollon, S.D., Dimidjian, S., Amsterdam, J.D., Shelton, R.C., Fawcett, J., 2010. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis *JAMA* 303 , 47–53.

GGZ guidelines (2011b). Multidisciplinary guideline for depression, second revision. Utrecht, Trimbos Institute.

Kirsch, I., Deacon, B.J., Huedo-Medina, T.B., Scoboria, A., Moore, T.J., Johnson, B.T., 2008. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS medicine* 5, e45.

Lokkerbol J, Adema D, Cuijpers P, Reynolds CF, Schulz R, et al. (2014a). Improving the cost-effectiveness of a health care system for depressive disorders by implementing telemedicine: a health economic modelling study. *Am J Geriatr Psychiatry* 22(3): 253-262.

Mihalopoulos C, Magnus A, Lal A ea (2013). Is Implementation of the 2013 Australian treatment guidelines for posttraumatic stress disorder cost-effective compared to current practice? A cost-utility analysis using QALYs and DALYs. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*: 1-17.

Paykel ES (2008). Partial remission, residual symptoms, and relapse in depression. *Dialogue Clin Neurosci* 10: 431-437.

Ruwaard J, Schrieken B, Schrijver M, Broeksteeg J, Dekker J, et al. (2009). Standardized web-based cognitive behavioural therapy of mild to moderate depression: a randomized controlled trial with a long-term follow-up. *Cognitive Behaviour Therapy* 38: 206-221.

Sanderson K, Andrews G, Corry J, Lapsley H (2004). Using the effect size to model change in preference values from descriptive health status. *Qual Life Res* 13(7): 1255-1264.

Smit F, Cuijpers P, Oostenbrink J, Batelaan N, De Graaf R, et al. (2006). Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *J Ment Health Policy Econ* 9: 193–200.

Stouthard M, Essink-Bot M-L, Bonsel G, Barendregt J, Kramers P, et al. (1997). Disability weights for diseases in the Netherlands. Department of Public Health, Erasmus University, Rotterdam.

Spek V, Cuijpers P, Nylicek I, Riper H, Keyzer J, Pop V. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine* 2007; 37:319-328.

Spijker J, De Graaf R, Van Bijl R, Beekman A, Ormel J, et al. (2002). Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Br J Psychiatry* 181: 208-213.

Van Zoonen K, Buntrock C, Ebert DD, Smit F, Reynolds CF, et al. (2014). Preventing the onset of major depressive disorder: A meta-analytic review of psychological interventions. *Int J Epidemiol* 43: 318–329.

Vittengl, J.R., Clark, L.A., Dunn, T.W., Jarrett, R.B., 2007. Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects J.Consult Clin.Psychol. 75 , 475–488.

Vos T, Carter R, Barendregt J, Mihalopoulos C, Veerman JL, et al. (2010). Assessing cost-effectiveness in prevention (ACE–Prevention): final report. University of Queensland, Brisbane and Deakin University, Melbourne.

Willemse G, Smit F, Cuijpers P, Tiemens B. Minimal-contact psychotherapy for subthreshold depression in primary care: randomised trial. BJP 2004; 185:416-421.

10.7 Resultaten simulaties

1. Behandeling in de vervolg en onderhoudsfase

Terugvalpreventie

Omschrijving scenario: elk van de vier interventies gericht op terugvalpreventie wordt aan 10% van de doelgroep aangeboden

Uitkomsten:

- aanbiedingskosten: €145.300.000 over een periode van vijf jaar;
- gezondheidswinst: 13.045 QALY over een periode van vijf jaar;
- return On Investment (ROI): de return on investment geeft weer hoeveel gezondheidswaarde er wordt gegenereerd per geïnvesteerde euro. In dit scenario is de ROI gelijk aan €1,80 (95% BI: €1,53 - €2,12) over een periode van vijf jaar, wat betekent dat elke geïnvesteerde euro naar verwachting €1,80 aan gezondheidswaarde genereert. Wanneer de ROI hoger is dan €1, dan is de interventie naar verwachting kosteneffectief.

Kosten en effecten bij terugvalpreventie (algemeen)

De blauwe puntenwolk vertegenwoordigt het referentiescenario zoals weergegeven in de omschrijving van DepMod. De rode puntenwolk vertegenwoordigt de kosten en effecten die gepaard gaan met het beschouwde scenario

Terugvalpreventie voortzetting farmacotherapie

Omschrijving scenario: terugvalpreventie in de vorm van voortzetting farmacotherapie gedurende 1 jaar wordt aan 40% van de doelgroep aangeboden

Uitkomsten:

- aanbiedingskosten: €180.912.000 over een periode van vijf jaar;
- gezondheidswinst: 6.098 QALY over een periode van vijf jaar;
- ROI: €0,67 (95% BI: €0,54 - €0,87) over een periode van vijf jaar.

Kosten en effecten bij terugvalpreventie in de vorm van voortzetting farmacotherapie

De blauwe puntenwolk vertegenwoordigt het referentiescenario zoals weergegeven in de omschrijving van DepMod. De rode puntenwolk vertegenwoordigt de kosten en effecten die gepaard gaan met het beschouwde scenario.

In een sensitiviteitsanalyse waarbij terugvalpreventie in de vorm van voortzetting farmacotherapie weer aan 40% van de doelgroep gedurende 1 jaar wordt aangeboden, maar dit keer met 44% van de kosten (onder de aanname dat het onderhoudskarakter van de behandeling bij de patiënt en de huisarts tot gevolg heeft dat er voornamelijk herhaalrecepten verstrekt worden en dat de patiënt niet 12 keer een huisarts bezoekt, maar slechts vier keer. Overig zorggebruik blijft intact), leidt tot de uitkomsten:

- aanbiedingskosten: €78.541.000 over een periode van vijf jaar;
- gezondheidswinst: 6.086 QALY over een periode van vijf jaar;
- ROI: €1,55 (95% BI: €1,16 - €2,08) over een periode van vijf jaar.

Deze sensitiviteitsanalyse laat zien dat niet zonder meer kan worden geconcludeerd dat de interventie wel of niet kosteneffectief is, omdat de uitkomst sterk afhangt van de gemaakte aannamen.

Terugvalpreventie door middel van mindfulness-based cognitieve therapie

Omschrijving scenario: terugvalpreventie in de vorm van mindfulness-based cognitieve therapie (met 8 groepssessies) wordt aan 40% van de doelgroep aangeboden

Uitkomsten:

- aanbiedingskosten: €63.812.000 over een periode van vijf jaar;
- gezondheidswinst: 13.157 QALY over een periode van vijf jaar;
- ROI: €4,12 (95% BI: €3,09 - €5,75) over een periode van vijf jaar.

Kosten en effecten bij terugvalpreventie in de vorm van mindfulness-based cognitieve therapie

De blauwe puntenwolk vertegenwoordigt het referentiescenario zoals weergegeven in de omschrijving van DepMod. De rode puntenwolk vertegenwoordigt de kosten en effecten die gepaard gaan met het beschouwde scenario.

Terugvalpreventie door middel van interpersoonlijke therapie

Omschrijving scenario: terugvalpreventie in de vorm van interpersoonlijke therapie wordt (met 12 individuele sessies) aan 40% van de doelgroep aangeboden

Uitkomsten:

- aanbiedingskosten: €258.092.000 over een periode van vijf jaar;
- gezondheidswinst: 22.317 QALY over een periode van vijf jaar;
- ROI: €1,73 (95% BI: €1,38 - €2,16) over een periode van vijf jaar.

Kosten en effecten bij terugvalpreventie in de vorm interpersoonlijke therapie

De blauwe puntenwolk vertegenwoordigt het referentiescenario zoals weergegeven in de omschrijving van DepMod. De rode puntenwolk vertegenwoordigt de kosten en effecten die gepaard gaan met het beschouwde scenario.

Terugvalpreventie in de vorm van preventieve cognitieve (gedrags)therapie

Omschrijving scenario: terugvalpreventie in de vorm van preventieve cognitieve (gedrags)therapie (met 8 groepssessies) wordt aan 40% van de doelgroep aangeboden

Uitkomsten:

- aanbiedingskosten: €76.691.000 over een periode van vijf jaar;
- gezondheidswinst: 10.274 QALY over een periode van vijf jaar;
- ROI: €2,68 (95% BI: €2,01 - €3,71) over een periode van vijf jaar.

Kosten en effecten bij terugvalpreventie in de vorm van cognitieve (gedrags)therapie

De blauwe puntenwolk vertegenwoordigt het referentiescenario zoals weergegeven in de omschrijving van DepMod. De rode puntenwolk vertegenwoordigt de kosten en effecten die gepaard gaan met het beschouwde scenario.

2. Behandeling in de Acute fase van depressie (symptoomherstel)

Behandeling farmacotherapie bij moderate en severe depressie

Omschrijving scenario: farmacotherapie in de acute fasebehandeling wordt aan een additionele 10% van de doelgroep aangeboden

Uitkomsten:

- aanbiedingskosten: €60.759.000 over een periode van vijf jaar;
- gezondheidswinst: 6.529 QALY over een periode van vijf jaar;
- ROI: €2,15 (95% BI: €1,74 - €2,65) over een periode van vijf jaar.

Kosten en effecten bij behandeling met farmacotherapie in de acute fase

De blauwe puntenwolk vertegenwoordigt het referentiescenario zoals weergegeven in de omschrijving van DepMod. De rode puntenwolk vertegenwoordigt de kosten en effecten die gepaard gaan met het beschouwde scenario.

Behandeling combinatietherapie bij severe depressie

Omschrijving scenario: combinatietherapie wordt aan 16% van de doelgroep aangeboden (gelijk aan de coverage als in de base case)

Uitkomsten:

- aanbiedingskosten: €197.562.000 over een periode van vijf jaar;
- gezondheidswinst: 12.737 QALY over een periode van vijf jaar;
- ROI: €1,29 (95% BI: €1,08 - €1,57) over een periode van vijf jaar.

Kosten en effecten bij 10% additionele behandeling met combinatietherapie in de acute fase

De blauwe puntenwolk vertegenwoordigt het referentiescenario zoals weergegeven in de omschrijving van DepMod. De rode puntenwolk vertegenwoordigt de kosten en effecten die gepaard gaan met het beschouwde scenario.

Behandeling psychotherapie bij mild, moderate en severe depressie

Omschrijving scenario: psychotherapie wordt aan 17%, 16% en 18% van de patiënten met mild, moderate en severe depressie aangeboden (zoals in het referentiescenario) ten tijde van de acute fase.

Uitkomsten:

- aanbiedingskosten: €434.133.000 over een periode van vijf jaar;
- gezondheidswinst: 18.157 QALY over een periode van vijf jaar;
- ROI: €0,84 (95% BI: €0,73 - €0,95) over een periode van vijf jaar.

Kosten en effecten bij 10% additionele behandeling met psychotherapie in de acute fase

De blauwe puntenwolk vertegenwoordigt het referentiescenario zoals weergegeven in de omschrijving van DepMod. De rode puntenwolk vertegenwoordigt de kosten en effecten die gepaard gaan met het beschouwde scenario. Extra behandeling met psychotherapie leidt tot meer kosten en meer effecten, waarbij in dit geval elke additionele euro slechts 84 cent aan gezondheidswaarde genereert.

Een sensitiviteitsanalyse, waarin psychotherapie aan 17%, 16% en 18% van de patiënten met mild, moderate en severe depressie wordt aangeboden (zoals in het referentiescenario) ten tijde van de acute fase, terwijl het aantal sessies 75% van het protocol bedraagt, leidt tot de uitkomsten:

- aanbiedingskosten: €324.909.000 over een periode van vijf jaar;
- gezondheidswinst: 18.165 QALY over een periode van vijf jaar;
- ROI: €1,12 (95% BI: €0,97 - €1,30) over een periode van vijf jaar.

Deze sensitiviteitsanalyse laat daarmee zien dat acute behandeling met psychotherapie niet zonder meer wel of niet kosteneffectief kan worden genoemd, aangezien de uitkomsten afhangen van de gemaakte aannamen.

10.8 Risicofactoren voor het ontwikkelen en in stand houden van een depressie

Persoonsgebonden risicofactoren

Erfelijkheid

- kinderen van ouders met een depressie hebben driemaal zoveel kans om een depressie te krijgen dan kinderen van andere ouders.

Persoonlijkheid/persoonlijkheidproblematiek

- mensen die erg geremd zijn (introversie) of juist snel boos, angstige of verdrietige reactie op omgevingsprikkels;
- een geringe zelfwaarde hebben;
- moeilijk tegenslag en kritiek hanteren (neuroticisme).
- negatieve cognitieve stijl (ervaringen worden negatief geïnterpreteerd);
- negatieve attributiestijl (negatief omgaan met stress, plakt direct negatieve labels).

Gezondheid

- hormonale afwijkingen door aandoeningen aan de schildklier of de bijnier;
- (hormonale schommelingen bij of na een) zwangerschap, bevalling, puberteit of menopauze;
- chronische lichamelijk aandoening zoals dementie, de ziekte van Parkinson, systeemziekten, diabetes;
- chronische pijn en/of onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten;
- kwetsbaarheid door beperkte cognitieve vaardigheden of in de vorm van een verstandelijke beperking;
- een inactieve leefstijl en/of onvoldoende lichamelijke fitheid;
- het doormaken van een hartinfarct en een CVA;
- het gebruik van sommige medicijnen;
- een andere psychische aandoening;
- alcohol- en drugsgebruik;
- slaapproblematiek of slaapttekort.

Omgevingsgebonden risicofactoren*Gezinssituatie, sociale relaties en werk*

- relationele problemen of ruzies (tussen ouders), intergenerationele problemen;
- weinig sociale steun (met name mannen) of veel eenzaamheid, zoals alleenstaanden en gescheiden mensen;
- armoede lijden;
- verlies van werk en/of inkomen, waaronder pensionering;
- kinderen van ouders met een consequent negatieve opvoedingsstijl, overmatig beschermende, kritische, autoritaire of verwaarlozende opvoedingsstijl of onveilige hechting;
- hoge werkdruk, weinig controle over taken, weinig support op het werk;
- leerproblemen of problemen met een leerkracht;
- sociale uitsluiting en gepest worden;
- gezinsleden met een chronische ziekte en/of zorg hebben voor een zieke partner;
- ouderen die in een verzorgings- of verpleeghuis verblijven;
- kinderen van ouders met psychische problemen of verslavingsproblemen (KOPP/KVO-kinderen);
- lage sociaaleconomische status en negatief worden benaderd door de omgeving.

Levensgebeurtenissen

- stressvolle levensgebeurtenissen op het persoonlijke of interpersoonlijke vlak (vooral bij

- vrouwen), zoals het verlies van een dierbare, zwangerschapsverlies of aan de gezondheid gerelateerde gebeurtenissen (vooral bij ouderen);
- (psycho)traumatische jeugdervaringen zoals (seksuele) mishandeling en emotionele verwaarlozing verhogen de kwetsbaarheid voor latere psychische stoornissen, waaronder depressie;
 - migratie (zoals heimwee, discriminatie, problemen met integratie en acceptatie) of (psycho)traumatische gebeurtenissen vergroten de kans op een depressie, bijvoorbeeld bij vluchtelingen.

10.9 Het gebruik van lithium in de huisartsenpraktijk

Het gebruik van lithium in de huisartsenpraktijk

Prof dr. R.W. Kupka, psychiater, hoogleraar bipolaire stoornissen,

VU Medisch Centrum Amsterdam

Wie gebruikt lithium?

Lithium is een element dat in de vorm van het zout lithiumcarbonaat (als specialité: Camcolit of Priadel) wordt gebruikt bij de behandeling van stemmingsstoornissen. In Nederland is lithium geregistreerd voor

1. de acute behandeling van de manische fase van een bipolaire stemmingsstoornis (= manisch depressieve stoornis);
2. de preventie van manische en depressieve fasen bij onderhoudsbehandeling van een bipolaire stoornis;
3. de preventie van recidiverende unipolaire depressieve episoden. Daarnaast wordt het toegepast als augmentatie van antidepressiva bij de acute behandeling van therapieresistente unipolaire depressies.

Uit de meest recente meta-analyses blijkt dat lithium het meest effectieve middel is bij de preventieve onderhoudsbehandeling van de bipolaire stoornis. In de huisartsenpraktijk zal dit de enige toepassing zijn. Het indiceren en initiëren van lithiumbehandeling is immers werk voor de medisch specialist, i.c. de psychiater, gegeven de complexiteit van de achterliggende psychiatrische problematiek en van het instellen op lithium.

De patiënt die lithium gebruikt en naar de huisarts wordt terugverwezen is doorgaans in een langdurig stabiele fase van de bipolaire stemmingsstoornis, waarbij is gebleken dat lithium hieraan bijdraagt en goed wordt verdragen.

De patiënt (en een naastbetrokkene) is meestal goed op de hoogte van de aandoening en gemotiveerd voor de lithiumbehandeling. Soms wordt lithium langdurig gecombineerd met andere psychofarmaca.

Waarop moet gelet worden?

Inname: eenmaal daags.

Monitoring: de lithiumspiegel wordt tenminste 2 x/jaar bepaald, samen met andere parameters (zie onder). De lithiumspiegel wordt vaker bepaald als daar klinisch aanleiding toe is, zoals het starten of stoppen van interacterende medicatie of verslechterende nierfunctie. Lithium heeft een nauwe therapeutische breedte, waarbij een 12-uurs (+/- 30 minuten) dalspiegel wordt nagestreefd met referentiewaarden voor onderhoudsbehandeling tussen 0.6 - 0.8 mmol/l, bij sommige patiënten lager (0.4-0.6) of hoger (0.8-1.0). De individuele dosis c.q. spiegel hangt af van een optimale balans tussen effectiviteit en bijwerkingen. Deze waarden gelden voor alle leeftijden, maar oudere patiënten hebben vaak een lagere orale dosis nodig om deze spiegel te bereiken.

Labmonitoring: tenminste 2x per jaar nierfunctie (creatinine, ureum, GFR/MDRD). Tenminste 1x/jaar bepaalt men bovendien de schildklierfunctie (TSH, evt. vrij T4), de bij schildklierfunctie (Ca) en het bloedbeeld. Bij afwijkingen is overleg met een specialist (psychiater of internist) geïndiceerd.

Voorzorgen: een progressief afnemende nierfunctie levert bij handhaving dosis lithium het risico op (ir)reversibele schade ten gevolge van lithium toxiciteit. Factoren die de water- en zouthuishouding of de nierfunctie beïnvloeden (zoals overmatig zweten, braken, diarree, zoutloos dieet; gebruik van medicatie zoals o.a. diuretica, NSAID's) kunnen de lithiumspiegel acuut verhogen met het risico van een intoxicatie. NSAID gebruik is in principe gecontra-indiceerd, zo nodig gebruik van diuretica (bv furosemide) moet vermeden worden. Starten/stoppen en wijzigen van potentieel interacterende medicatie met lithium vereist intensieve lithium spiegel monitoring en zeker in geval van thiazide diuretica een preventieve aanpassing van de lithiumdosis (tijdelijke) dosisverlaging.

Hoe lang moet lithium worden gebruikt?

Bij een juiste indicatiestelling, gunstig effect en geen significante bijwerkingen moet lithium voor onbepaalde tijd worden voortgezet ('levenslang'), omdat de kwetsbaarheid voor recidief immers niet verdwijnt.

Hoewel de meeste patiënten hiervan op de hoogte zijn, kan juist als het lang goed gaat de wens geuit worden om de lithiumprofylaxe te stoppen. Als dit een terugkerende vraag is, is dit een reden om de patiënt voor advies naar de psychiater terug te verwijzen om de voor- en nadelen te bespreken en bij eventuele afbouw een alternatieve behandeling te kiezen.

In geen geval moet lithium abrupt worden gestopt, dit verhoogt de kans op recidief. Vanzelfsprekend is een (dreigend) recidief manie of depressie een reden voor overleg met en terugverwijzing naar de psychiater.

Literatuur: Multidisciplinaire Richtlijn Bipolaire Stoornissen (2015), hoofdstuk 8.4 en 10.3, te downloaden via de [Richtlijndatabase](#).

Website: allesoverlithium.nl

10.10 Verdieping

10.10.1 Vóórkomen van depressie (prevalentie en incidentie)

Van de volwassen Nederlandse bevolking tot 65 jaar heeft 18,7% ooit in het leven met een depressieve stoornis te kampen gehad. Hiervan behoort 17,2% tot de werkende bevolking. Bijna een

kwart (24,3%) van de vrouwen krijgt ooit in het leven een depressieve stoornis, tegenover 13,1% van de mannen. Per jaar krijgt ongeveer 5,2% van de volwassen Nederlandse bevolking tot 65 jaar een depressieve stoornis (mannen 4,1%, vrouwen 6,3%). Jaarlijks krijgen ongeveer 135.600 volwassenen voor het eerst een depressie (incidentie) en in totaal hebben jaarlijks ongeveer 546.500 volwassenen van Nederland een depressieve stoornis. Bij ongeveer 20% van de mensen is er sprake van een chronische depressie. Dysthymie zoals gedefinieerd volgens DSM-IV komt in 1,3% ooit in het leven voor en op jaarbasis in 0,9% (mannen 0,4%, vrouwen 1,3%) van de volwassen Nederlandse bevolking tot 65 jaar. Dit treft jaarlijks 20.800 volwassenen voor het eerst en in totaal is er jaarlijks bij 90.400 volwassenen sprake van dysthymie.

Onder 55-plussers komt depressie voor bij ongeveer 2% en daarnaast komen depressieve klachten voor bij ongeveer 10%. De prevalentie van depressieve klachten lijkt toe te nemen met de leeftijd en die van de depressieve stoornis neemt af met de leeftijd. Onder 85-plussers zijn bij ruim 15% depressieve klachten of een depressieve stoornis aanwezig, niet sterk verschillend van jongbejaarden. In verzorgingstehuizen, verpleeghuizen en algemene ziekenhuizen is de prevalentie van depressie en depressieve klachten aanzienlijk hoger. Er zijn aanwijzingen dat de prevalentie van depressie c.q. depressieve klachten bij allochtone ouderen mogelijk veel hoger is dan bij autochtone ouderen (34% van de Marokkaanse en 62% van de Turkse ouderen). De hogere prevalentie bij vrouwen ten opzichte van mannen blijkt op oudere leeftijd duidelijk te verminderen of te verdwijnen.

Inclusief jongeren (vanaf 13 jaar) en ouderen hebben naar schatting jaarlijks 797.000 mensen een depressie. Van de kinderen met een depressieve ouder ontwikkelt 40% zelf een depressie voor het 18e jaar.

Beloop

Bij de helft van alle mensen met een depressieve episode gaat deze binnen drie maanden over. Bij mensen bij wie een depressie langer duurt treedt het herstel na gemiddeld 6 maanden op. Dit kan komen door spontaan herstel of door behandeling. Maar het herstel kan ook meer tijd of zorg nodig hebben. Bij ongeveer de helft van alle mensen met één voorgaande depressie komt de aandoening na verloop van tijd terug ('recidief'). Op levensbasis krijgt 80% van de mensen die een depressie hebben ondergaan meer dan één depressie. In de vijf jaar na herstel is er een kans van 70% op een nieuwe episode. Het risico op een volgende depressie is groter bij een hoger aantal eerdere episodes en indien er geen volledig herstel heeft plaatsgevonden. De kans op een volgende depressie binnen 5 jaar stijgt bij drie eerdere episodes tot zo'n 90%. De episodes van somberheid kunnen elkaar afwisselen met episodes waarin mensen minder of helemaal niet depressief zijn. Bij terugkerende depressieve episodes bestaat er steeds een kans dat de depressie uiteindelijk een chronische vorm aanneemt.

10.10.2 Gezamenlijke besluitvorming

Gezamenlijke besluitvorming gaat over het delen van informatie met de patiënt over de diagnostiek en behandelmogelijkheden, zodat patiënt en hulpverlener gezamenlijk de informatie kunnen wegen en samen kunnen beslissen over de behandeling. Persoonlijke geschiedenis, leeftijd, situatie, behoefte aan ondersteuning en voorkeur van de patiënt spelen een belangrijke rol in de gezamenlijke besluitvorming. Gezamenlijke besluitvorming vraagt om een goed geïnformeerde patiënt die in staat is keuzes te maken na een weging van voordelen en nadelen van alternatieven.

De verantwoordelijkheid bij het nemen van een beslissing ligt bij beide partijen. De hulpverlener en de patiënt worden gezien als experts op verschillende gronden en zijn gelijkwaardige partners. Er is enig onderzoek bekend over de effecten van gezamenlijke besluitvorming in de ggz. Deze zijn over het algemeen positief: patiënten zijn meer tevreden over de behandeling en kunnen effectiever met hun stoornis omgaan. Het is toepasbaar bij de meeste patiënten en vergt niet meer tijd van de hulpverlener dan een eenzijdige wijze van besluitvorming.

Het kan zinvol of nodig zijn om rondom te behandeling contact te hebben met de partner of familieleden van de patiënt. Zij kunnen een belangrijke rol spelen op het gebied van signalering, ondersteuning en probleem oplossen. Wanneer een patiënt tijdelijk niet zelf het contact kan onderhouden of de regie kan voeren, wordt een patiëntvertegenwoordiger en/of het patiëntsysteem betrokken bij de gezamenlijke besluitvorming.

10.10.3 Psycho-educatie (als preventieve interventie)

Psycho-educatie bestaat uit het aanbieden van informatie aan de patiënt over de verschijnselen die horen bij een depressie, de risicofactoren voor het ontstaan of in stand houden van de klachten, het beloop van de klachten en de verschillende behandelmogelijkheden. Leefstijladviezen worden gegeven om klachten te verminderen of om beter om te gaan met de klachten, zoals meer bewegen, minder alcoholconsumptie of meer ontspannende activiteiten. Er is enig bewijs voor de effectiviteit van psycho-educatie bij depressieve klachten. Zie ook de beschrijving van psycho-educatie als basisinterventies bij depressie.

10.10.4 Leefstijladvisering

Een gezonde leefstijl met regelmatig bewegen, een goede nachtrust en voldoende ontspannen heeft een gunstig effect op het beloop van een depressie, evenals een gebalanceerde voeding en het vermijden van alcohol, drugs en roken.

Leefstijladviezen kunnen helpen bij het overwinnen van depressieve klachten en symptomen van depressie. Gerichte aandacht voor het slaappatroon is noodzakelijk, omdat dit een negatieve invloed heeft op het functioneren overdag en langdurig slecht slapen ook een oorzaak kan zijn van depressie. Vasthouden aan een goed dag- en nachtritme is belangrijk om depressie te helpen verbeteren. Slecht of te veel eten, alcohol en drugsgebruik ondermijnen de draagkracht. Goede uitleg van het depressogene effect is belangrijk.

Voor het bevorderen van ontspanning bestaan verschillende typen ontspanningsoefeningen en relaxatie. De meest bekende is de progressieve spierontspanningstraining van Jacobson. Bij deze training is het de bedoeling om achtereenvolgens iedere spiergroep eerst aan te spannen en daarna te ontspannen. Patiënten leren hierbij het verschil tussen spanning en ontspanning beter aanvoelen. Andere relaxatietechnieken zijn autogene training, biofeedback, yoga of meditatie. Relaxatie is een relatief simpele psychologische interventie die bovendien door veel mensen positief wordt gewaardeerd.

Een hierin gespecialiseerde hulpverlener kan helpen bij het in kaart brengen van het leefpatroon en daarbij gericht advies geven. Het gaat vaak om kleine veranderingen in dagelijkse patronen, die soms lastig zijn om te doorbreken.

Bewegen

Meer gaan bewegen ondanks vermoeidheid geeft veelal energie. Het doorbreken van sociaal isolement door contacten met anderen kan opluchtend en ontspannend zijn. Het kan hierbij ook om lotgenotencontact gaan of om mogelijkheden via internet.

Voor bewegen is ook de Generieke zorgmodule 'Bewegen' beschikbaar.

Bron: KNGF / NFP, 2015

Voeding & dieet

Voor het aanleren van gezond of aangepast voedingsgedrag als onderdeel van de behandeling is de [generieke zorgmodule 'Voeding'](#) beschikbaar.

Bron: Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD), 2012

10.10.5 Gestandaardiseerde (groeps)cursussen (incl. eHealth interventies)

Verschillende zorgverleners bieden gestandaardiseerde groepscursussen aan en er bestaan diverse internetinterventies, meestal ook in cursusvorm met minimale begeleiding. Indien mogelijk kunnen deze worden gecombineerd met interventies met behulp van internet (eHealth interventies). Samen met de hulpverlener kan de patiënt een keuze maken uit het aanbod om bestaande klachten beter het hoofd te bieden. We geven uit het ruime aanbod van beschikbare interventies een aantal voorbeelden van bewezen-effectieve interventies gericht op depressieve klachten.

Bron: Meijer et al., 2006; Keurmerk e-interventies

Voor kinderen, jongeren en jongvolwassenen:

- Groepscursus Grip op je dip: zelf je somberheid overwinnen
- Groepscursus Head up
- Internetcursus Grip op je dip online
- Vrienden

Voor volwassenen:

- Groepscursus In de put, uit de put
- Groepscursus Lichte dagen, donkere dagen (voor allochtonen)
- Internetcursus Alles onder controle

- Internetcursus Kleur je leven

Voor ouderen:

- Groepscursus In de put, uit de put 55+ (eerste keus)
- Groepscursus De verhalen die we leven
- Groepscursus Op zoek naar zin
- Internetcursus Kleur je leven

10.10.6 Zelfmanagementstrategieën voor het voorkómen van terugval en recidivering

- Beproefde [zelfmanagementstrategieën](#) om terugval en recidivering te voorkómen zijn: het vinden van een goede balans in het leven, dagstructuur en leefritme, voldoende bewegen, onderhouden van sociale contacten, inschakelen van het netwerk bij het herkennen van signalen en het toepassen van mindfulness-technieken. Eén manier is om naasten te vragen om het aan te geven als bepaald gedrag plaatsvindt. Sommige patiënten herkennen de signalen zelf, bijvoorbeeld bij een te snelle afbouw van medicijnen. Voor sommige mensen helpt een zelfreflectieverslag waarin zij beschrijven hoe ze terugval kunnen voorkomen, bijvoorbeeld door het nemen van een rustdag. Het is daarnaast belangrijk voor het herstel om het eigen gedrag, gedachten en gevoelens te blijven onderzoeken. Hierdoor ontstaan voelsprietten voor 'oud' gedrag, gedachten en gevoelens die tot depressieve symptomen kunnen lijde. Het is de kunst om dit om te draaien en anders met bepaalde situaties om te gaan.

10.10.7 Psycho-educatie (als basisinterventie)

Psycho-educatie is als basisinterventie een onderdeel van elke behandeling van depressie en dysthymie. De patiënt dient goed op de hoogte te zijn van de verschijnselen die horen bij het ziektebeeld, de complexiteit en het beloop van depressie, de behandelmogelijkheden, het belang van therapietrouw bij de behandeling en de risico's op terugval of herhaling van een depressieve episode. Psycho-educatie draagt bij aan kennis en vaardigheden in om met de klachten om te gaan. Patiënten geven aan dat zij in eerste instantie niet echt op zoek gaan naar informatie. Pas na herkenning en acceptatie van de depressie dysthymie, ontstaat die behoefte aan meer informatie of ervaringen van lotgenoten. Door een goede uitleg van de behandelmogelijkheden en eventuele medicatie (werking, dosering, verwachte bijwerkingen, belang van therapietrouw) stellen hulpverleners de patiënt in staat tot weloverwogen gezamenlijke besluitvorming over het behandelbeleid.

Daarnaast is het van belang om naasten, zoals de gezinsleden van de patiënt en bij kinderen/jongeren ook de ouders, goed te informeren over de verschijnselen van een depressie en de verwachtingen van patiënten en naasten af te stemmen. Het gedrag van een depressieve patiënt kan erg belastend zijn voor de omgeving. Dit kan leiden tot gevoelens van onmacht en irritatie bij naasten en vervolgens tot een toename in depressieve gevoelens bij een patiënt.

Psycho-educatie kan in verschillende vormen worden gegeven: in voorlichtende gesprekken; als onderdeel van bibliotherapie/zelfmanagement/internethulp; als onderdeel van een cursus, die individueel (zelfhulpcursus) dan wel in groepsverband kan worden geboden en ook voor partner of

familieleden van patiënten toegankelijk is. Altijd krijgen de patiënt, partner/gezinsleden/familieleden en/of mantelzorgers mondelinge en schriftelijke informatie over de aandoening, mogelijke oorzaken, het te verwachten beloop en individuele adviezen voor leefstijl, zelfmanagement, (begeleide) zelfhulp en behandelmogelijkheden. Hiertoe kan gebruik worden gemaakt van websites (nedkad.nl, trimbos.nl, kiesbeter.nl), en informatiebrochures van patiëntenorganisatie of beroepsverenigingen.

In het kader van de WGBO het noodzakelijk is dat mensen dusdanig geïnformeerd zijn over hun aandoening dat zij weloverwogen beslissingen kunnen nemen over/in kunnen stemmen met de aanpak ervan. Dit maakt een vorm van psycho-educatie in alle gevallen noodzakelijk.

De patiënt wordt geattendeerd op het bestaan van patiëntenorganisaties, zelfhulpgroepen en informatie die hierover te verkrijgen is via onder de [Depressie Vereniging en de Angst Dwang en Fobie stichting](#).

Het is belangrijk de patiënt te behandelen in diens sociale context (partner/gezin/familie). Met toestemming van de patiënt kunnen partner/gezinsleden/familie bij de behandeling worden betrokken.

De hulpverlener spreekt begrijpelijke taal en vermijdt overbodig medisch jargon. De hulpverlener voorziet psycho-educatie, patiënteninformatie en interventies in een taal die de patiënt beheerst, voor zover mogelijk.

10.10.8 Activering en dagstructurering

Het opbouwen of verbeteren van dagstructurering (inclusief arbeidsgerichte therapie) en het (eventueel parttime) blijven werken behoren tot de basisinterventies bij depressie. Daarbij is wel van belang, dat de patiënt deze inspanningen niet als stressvol ervaart.

Gerichte aandacht voor het slaappatroon is noodzakelijk, omdat slecht slapen een negatieve invloed heeft op het functioneren overdag en langdurig slecht slapen ook een oorzaak kan zijn van depressie. Het is dan van belang om veranderingen goed te documenteren. Een gerichte gedragstherapeutische aanpak van slapeloosheid (eventueel via internet) kan ondersteuning bieden. Mensen met een depressie die medicatie gebruiken, kunnen te maken krijgen met bijwerkingen die het dagelijks leven beïnvloeden, zoals obstipatie, duizeligheid, afvlakking, verminderde rijvaardigheid. In het verkeer of op de werkplek kan het gebruik van medicatie de veiligheid voor de persoon zelf of derden in gevaar brengen.

Door gewichtstoename kan therapie-ontrouw optreden. De hulpverlener zal moeten adviseren hoe om te gaan met deze zaken. De hulpverlener dient ook leefstijladviezen te geven om eventuele bijwerkingen van medicatie te hanteren.

Leefstijl- en voedingsadviezen kunnen helpen bij het overwinnen van depressieve klachten of symptomen van depressie. Vasthouden aan een goed dag- en nachtritme is belangrijk om depressie te helpen verbeteren. Slecht of teveel eten, alcohol en drugsgebruik ondermijnen de draagkracht. Meer gaan bewegen ondanks vermoeidheid geeft veelal energie. Het doorbreken van sociaal isolement door contacten met anderen kan opluchtend en ontspannend zijn. Het kan hierbij ook om lotgenotencontact gaan of om mogelijkheden via internet. Een (gespecialiseerde) hulpverlener kan tevens helpen bij het in kaart brengen van het eet-, drink- en leefpatroon en daarbij gericht advies

geven. Het gaat vaak om kleine veranderingen in dagelijkse patronen, die soms lastig zijn om te doorbreken.

Dagstructurering en een gezonde leefstijl kunnen versterkt worden door het gebruik van Activity Scheduling. Met behulp van een lijst met activiteiten die ontspanning of afleiding kunnen geven, leren patiënten dat kleine, alledaagse activiteiten eventueel wel te doen zijn in deze periode en misschien zelfs plezierig kunnen zijn. Zij maken een keuze uit de lijst van activiteiten en voeren deze uit. Door het scoren van de stemming in combinatie met de uitvoering van activiteiten wordt duidelijk wat de invloed van de uitgevoerde activiteiten is op de stemming.

10.10.9 Actief volgen

Door de patiënt goed in beeld te houden kunnen de hulpverlener en patiënt steeds ingrijpen om verergering van de ziekte te voorkomen. Actief volgen is een basisinterventie waarin de toestand en de symptomen van de patiënt nauwkeurig in de gaten wordt gehouden en ook wordt gekeken naar de resultaten van interventies: herstelgedrag, coping, motivatie. Actief volgen bestaat uit een gesprek waarin het dagelijks functioneren van de patiënt wordt beoordeeld en een monitoringsvragenlijst wordt afgenomen. Op grond van deze gegevens wordt het behandelbeleid geëvalueerd. Bij de beoordeling van het dagelijks functioneren kan overwogen worden om ook partner, familieleden, vrienden en collega's te betrekken. Zij signaleren eventuele verergering van de depressie meestal eerder dan betrokkene zelf. Minimaal eens in de zes weken is er behandelcontact. Bij het niet verschijnen van de patiënt op afspraken neemt de hulpverlener initiatief tot contact.

10.10.10 Bibliotherapie

Dit betreft hulp in de vorm van schriftelijk en/of audiovisueel materiaal waarin een gestandaardiseerde behandelvorm zo is beschreven dat de patiënt deze min of meer zelfstandig, met minimale ondersteuning van professionele hulpverleners, kan uitvoeren.

Patiënten geven aan, dat zij veel hebben gehad aan boeken en gerichte literatuur over depressie. Door te lezen over depressie, gaat de patiënt begrijpen wat een depressie met je doet. Een boek kan concrete tips geven om je beter te voelen. Soms biedt een boek ook goede informatie over de behandeling. De interventie bestaat ook als cursus of kortdurende individuele coaching en is gebaseerd op cognitief-gedragstherapeutische principes. Vooraf vindt doorgaans een kennismakingsgesprek plaats. In een individuele coaching krijgt de patiënt na een mondelinge instructie het materiaal mee. Er worden afspraken gemaakt over begeleiding, vaak eens in de week een telefoongesprek van maximaal 15 minuten. Het gesprek is niet therapeutisch van aard, maar uitsluitend gericht op het doorwerken van het zelfhulpboek. In de cursus krijgen alle deelnemers instructies en materiaal mee om thuis mee te oefenen. De interventie richt zich op het vertrouwen in het eigen kunnen van mensen en het vermogen om zelf aandeel te hebben in de zorg. Van deze interventies zijn de preventieve effecten goed gedocumenteerd bij mensen met beginnende depressies.

10.10.11 E-interventies

In Nederland worden steeds vaker internet-based interventies aangeboden. Een aantal interventies zijn inmiddels uitgebreid geëvalueerd. Uitkomsten daarbij waren klachtenreductie en verbetering van

kwaliteit van leven. Verder is aangetoond dat internet-based interventies voor de behandeling van depressieve klachten kosteneffectief zijn. Wel moet er therapeutische ondersteuning aanwezig zijn in de vorm van 'blended care'.

10.10.12 Steunend-structurerende begeleiding

Gesprekken over leefstijl, voeding en dagstructurering passen goed in steunende-structurerende begeleiding, waarbij eventuele afgesproken pogingen tot verandering systematisch geëvalueerd worden. Het doel is daarmee ook de patiënt te helpen zijn depressieve klachten beter te hanteren. In combinatie met farmacotherapie dient steunende-structurerende begeleiding ter bevordering van de therapietrouw en om de behandeling goed te kunnen volgen en bijsturen (Actief volgen).

Vooraf worden duidelijke afspraken gemaakt over frequentie en duur van de vervolgcontacten die in het begin wekelijks of tweewekelijks en later geleidelijk minder frequent worden gehouden. De NHG-standaard geeft een maximum van twaalf weken binnen de huisartsenpraktijk.

10.10.13 Activerende begeleiding

Deze interventie is gericht op het behouden en verwerven van zinvolle dagbesteding, het behouden of hervatten van arbeid, opleiding en vrijwilligerswerk. Er wordt gewerkt aan persoonlijk functioneren in gedrag of vaardigheden, het samen met de patiënt zoeken naar mogelijkheden op het gebied van zinvolle dagbesteding. Het kan ook gaan om activiteiten op het terrein van opleiding en (vrijwilligers)werk. Op het gebied van werk wordt aanbevolen om trajectbegeleiding te starten.

Arbeidsgerichte therapie

Het doel van arbeidsgerichte therapie is het verbeteren van het doeltreffend handelen. Door het uitvoeren van activiteiten krijgen mensen inzicht in het eigen handelingspatroon, kunnen zij ander gedrag oefenen of nieuwe vaardigheden aanleren.

Arbeidsgerichte therapie kan bestaan uit:

- activeringsprogramma's;
- het inschatten van belasting en belastbaarheid voor arbeid. Met een assessment kunnen eventueel arbeidsvaardigheden worden getest;
- training van arbeidsvaardigheden zoals op tijd komen, afspraken maken en nakomen, en zelfstandig werken;
- op een veilige manier opbouwen van werkervaring met als doel klachtenreductie, hervinden van (werk)ritme, vergroten van zelfvertrouwen;
- borgen van de werkzekerheid door contact te houden met de werkvloer.

In het kader van arbeidsrehabilitatie is Individual Placement en Support (IPS) in diverse gemeenten beschikbaar. Voor sommige mensen zal een meer gestructureerde en intensieve vorm van arbeidsgerichte begeleiding nodig zijn, zoals bijvoorbeeld ergotherapie.

10.10.14 Fysieke inspanning/running therapy

De interventie 'fysieke inspanning' kan worden onderverdeeld in running-therapie (duurloop, joggen),

gericht op uithoudingsvermogen; fysieke training (wandelen en krachttrainingen) en relaxatie (ontspanningsoefeningen). Deze interventie kan ook in het kader van (terugval)preventie worden gegeven. Er is meer wetenschappelijke onderbouwing van running-therapie dan van fysieke training. De WHO norm is dagelijks minimaal 30 minuten matig-intensieve lichaamsbeweging in minimaal 5 dagen per week.

Patiënten zijn positief over de sportactiviteiten. Diegenen die een training hebben gedaan op dit gebied, voelen zich daar goed bij. Soms is het voor de eerste keer dat ze joggen of hardlopen. Pas door het regelmatig te doen is het effect te merken. Anderen kiezen voor yoga of andere oefeningen. Het is echter belangrijk, dat iemand iets doet wat bij hem past: of dat nu bij een sportschool is, fietsen of dansen, dat maakt niet uit. Ontspanningsoefeningen zijn als solitaire behandelvorm onderzocht, en zijn een bruikbare aanvulling bij de behandeling van depressie en bij terugvalpreventie. Zie onder preventieve interventies voor nadere uitleg. Sommige patiënten geven aan dat ze baat hebben bij geleide meditatie om te ontspannen. Deze ontspanningsoefeningen zijn onder meer in de vorm van CD's verkrijgbaar.

Vaktherapeuten kunnen desgewenst deze activiteiten extra ondersteunen, bijvoorbeeld patiënten moeilijk motivatie kunnen opbrengen, of moeilijk in beweging komen of volhouden.

10.10.15 Psychosociale behandeling

Psychosociale behandeling omvat het omgaan met en beïnvloeden van de alledaagse leefsituatie van de patiënt. Interventies richten zich op sociale relaties of situaties waarbij zowel psychische als sociale aspecten een rol spelen. Het doel van de behandeling betreft het voorkomen, herstellen of draaglijk maken van verlies van controle door levensproblemen, ingrijpende gebeurtenissen of moeilijke omstandigheden. De omgeving speelt een belangrijke rol en wordt doorgaans ook betrokken bij de behandeling. Het kan gaan om:

- counseling, begeleiding of behandeling bij lichamelijke ziekte of psychosociale klachten;
- aanleren van praktische of probleemoplossende vaardigheden voor lichamelijk of psychisch functioneren;
- hulp bij verliesverwerking;
- hulp bij relatieproblemen, thuis of elders;
- scheidingsproblematiek;
- hulp bij vragen rondom opvoeding;
- begeleiding bij burnout, werkhervatting na ziekte of werkconflicten;
- hulp bij het houden van overzicht en regelzaken bij financiële of sociaal-materiële problemen met huisvesting, inkomen of schulden;
- praktische ondersteuning bij opstapelende problemen: financiën, administratie, zelfverzorging, verzorging van het gezin;
- begeleiding van patiënten na behandeling;
- informeren en adviseren; verwijzen naar de aangewezen instanties; bemiddelen in de contacten met deze instanties en het helpen aanvragen van voorzieningen.

10.10.16 Problem Solving Treatment

Deze korte psychotherapeutische behandeling heeft aantoonbaar effect bij mensen met een

depressie en draagt significant bij aan het verbeteren van de kwaliteit van leven. De behandeling is vooral ontwikkeld voor patiënten met langer durende psychische klachten die samenhangen met onopgeloste problemen in het dagelijks leven. De cursorische methode leert mensen (opnieuw) probleemoplossende vaardigheden aan en beslaat maximaal zes gesprekken. PST versterkt zelfmanagement van de patiënt door het 'zelf' plannen en uitvoeren van een gedragsverandering (ref). PST kan worden gezien als een vorm van psychotherapie. PST kan ook worden gegeven door de huisarts of POH-GGZ (dit wordt dan geen psychotherapie genoemd).

10.10.17 Kortdurende behandeling, gebaseerd op het KOP-model

Een kortdurende behandeling bestaat er in diverse vormen en benamingen. Kortdurende behandeling is vooral geschikt voor patiënten die door stressfactoren uit evenwicht zijn geraakt en zelf niet in staat zijn om hun problemen op te lossen. Het doel van de interventie is om patiënten op weg te helpen zodat zij daarna zelf hun problemen kunnen aanpakken. De mogelijkheden van iemand zijn een belangrijk uitgangspunt. De competentie en zelfredzaamheid van de patiënt worden gestimuleerd. Uit onderzoeken naar korte behandeling van depressie komt naar voren dat kortdurende behandeling (veelal in de vorm van CBT, variërend van 6 – 16 sessies) redelijk effectief is. De effecten lijken overigens iets kleiner dan langdurend standaard CGT-behandeling. In een analyse naar de relatie tussen intensiteit/duur van de behandeling bleek er geen relatie tussen duur en uitkomst (in tijd of aantal sessies) te zijn. Wel bleken twee sessies per week effectiever dan één sessie per week. Kortdurende behandeling kan ook worden gegeven door de POH-GGZ (dit wordt dan geen psychotherapie genoemd). Een vorm van kortdurende behandeling is het KOP-model.

Het KOP-model gaat ervan uit dat Klachten ontstaan door een wisselwerking tussen Omgeving en Persoon. In de eerste sessies wordt in kaart gebracht (1) welke klachten er zijn, (2) welke belemmerende en bevorderende factoren er zijn in de omgeving en (3) wat de persoonlijke stijl is van de patiënt van het omgaan met klachten of omgevingsfactoren. Op basis van deze inventarisatie wordt in de volgende sessies gewerkt aan verandering. Het kan gaan om gedragsexperimenten om patiënten uit te dagen om andere stijlen van reageren uit te proberen. Maar er kunnen ook andere korte interventies worden ingezet. De laatste sessie wordt gebruikt om te evalueren en voor terugvalpreventie. De patiënt krijgt door de behandeling weer overzicht en controle over de situatie waarin hij zich bevindt en de rol die hij/zijn daarin speelt. Een behandeling bestaat uit maximaal 8 sessies. Het KOP-model is beperkt onderzocht met enkele positieve resultaten, maar nader onderzoek is gewenst.

10.10.18 Psychotherapie

In wetenschappelijk onderzoek naar psychotherapie worden vooral interventies of methodieken met elkaar vergeleken, of combinaties van methodieken. Een methodiek kan beschouwd worden als een specifieke interventie en kent aangrijpingspunten op basis van een theoretisch model, dat met de klachten en/of het probleem(gedrag) samenhangt. Indien een methodiek niet onderzocht is, kan er geen uitspraak gedaan worden over de effectiviteit.

Wetenschappelijk onderzoek naar depressie geeft aan dat de volgende methodieken of psychotherapeutische interventies een gunstig behandelresultaat geven. Zie ook de zorgstandaard Psychotherapie.

Cognitieve gedragstherapie (CGT)

Cognitieve gedragstherapie is voortgekomen uit gedragstherapie en cognitieve therapie. In de therapie ligt de nadruk soms meer op de manier van denken en interpreteren, soms meer op de manier van doen en laten. Het opsporen en verwerken van nare ervaringen uit het verleden kan een onderdeel zijn in de behandeling. Evenals 'problem solving therapy', waarbij men leert om problemen in het hier op gestructureerde wijze op te lossen.

De insteek is klacht- of probleemgericht, maar ook gericht op het voorkomen van terugval en de therapeut werkt vaak met oefeningen en huiswerk. Het inzichtelijk maken van de herkomst van depressief gedrag (op het niveau van denken, doen, voelen) en de instandhouding van vermijdingsgedrag zijn belangrijke aspecten in de behandeling. Onderdeel daarvan is dat men leert te reflecteren op wat het gevolg is van eigen gedrag, direct en later, bij zichzelf en bij de ander. En dat men inziet wat geprobeerd wordt om te voorkomen, nu en in de toekomst, bij zichzelf en bij de ander.

Een onderdeel van de therapie is het bewerken van automatische negatieve gedachten, bijvoorbeeld over zichzelf, over de ander, of over wat er zal gebeuren, of over de impact van eigen gedrag. Uiteindelijk zal de patiënt meer positieve en functionele leefregels leren.

Gedragstherapie (GT)

In deze therapie staat het activeren van gedrag centraal. Op basis van een analyse helpt de behandelaar bij het zoeken naar het doorbreken van depressief gedrag en stimuleert hij/zij om de toepassing van nieuwe activiteiten toe te passen. Bij gedragstherapie ligt de nadruk op het wijzigen van (automatische) gedragspatronen die depressieve gevoelens uitlokken en in stand houden. Kenmerken van een depressie zijn onder andere een overtuiging dat niks helpt en dat men het eigen kunnen te laag inschat, of zal falen, of dat anderen weinig begripvol en afwijzend zullen reageren. Hierdoor ontstaat een neiging tot passief en inactief gedrag, wat weer tot gevolg heeft dat waardevolle en plezierige activiteiten niet gedaan en ervaren worden. In de behandeling zal de therapeut de cliënt stimuleren tot gedrag dat een positieve uitwerking heeft.

Interpersoonlijke Therapie (IPT)

Deze therapie (IPT) gaat uit van het idee dat veranderingen in belangrijke relaties een depressie kunnen uitlokken bij mensen die daar gevoelig voor zijn.

In de therapie wordt onderzocht hoe de contacten met belangrijke anderen in uw omgeving verlopen. Daarna wordt gekeken hoe deze contacten bijdragen aan het ontstaan, of in stand houden van depressieve gevoelens. Het kan bijvoorbeeld zijn dat de patiënt het moeilijk vindt om conflicten aan te gaan en zijn mening te geven. Hierdoor kan hij zich steeds meer gaan ergeren en/of terugtrekken uit contacten. Isolatie en depressieve gevoelens kunnen daardoor verergeren.

In de behandeling worden één of hooguit twee probleemgebieden uitgekozen om de behandeling op te richten. In de laatste fase probeert men te komen tot een nieuw toekomstperspectief.

Bij kinderen en jongeren

De focus van interpersoonlijke psychotherapie ligt doorgaans bij een van de volgende

probleemgebieden: interpersoonlijke conflicten (bijvoorbeeld met familie, leeftijdgenoten of leerkrachten), rol transitie (bijvoorbeeld voortkomend uit de puberteit, de overgang naar een nieuwe school of scheiding van ouders), rouw, of interpersoonlijke tekortkomingen (aangaan van relaties, angst voor intimiteit). De therapie is vervolgens opgebouwd uit drie fasen: in de startfase wordt verkend welke interpersoonlijke relaties de jongere heeft en hoe deze relaties zijn. In deze startfase wordt bovendien in kaart gebracht welke probleemgebieden voor de jongere spelen en waar de prioriteit ligt. Dit probleemgebied wordt vervolgens de focus voor de tweede fase van de therapie. In deze tweede fase leert de jongere nieuwe vaardigheden om verder te komen binnen het gekozen probleemgebied. Hierbij gebruikt de therapeut verschillende technieken zoals communicatieanalyse (waar gaat het fout binnen de communicatie van de jongere), rollenspelen, beslissingsanalyse (welke gedragsmogelijkheden zijn er en wat is de consequentie van deze verschillende alternatieven). In de slotfase van de therapie worden de meest succesvolle strategieën in kaart gebracht en wordt nagegaan hoe deze in de toekomst toegepast zouden kunnen worden in andere potentieel lastige situaties. Ook wordt aandacht besteed aan de manier waarop eventueel nieuwe depressieve episoden herkend kunnen worden en wat voor actie de jongere dan moet ondernemen. De hele therapie duurt 12 weken en de ouders worden actief bij de therapie betrokken.

Kortdurende Psychodynamische psychotherapie (kortdurende PDT)

Kortdurende (ook wel tijdgelimiteerde) Psychodynamische psychotherapie is een vorm van psychotherapie gericht op het betekenis geven aan en ontwikkelen van de innerlijke wereld van de patiënt. Het gaat om het verhelderen van de achtergrond en betekenis van psychische problemen die het dagelijks functioneren van mensen aantasten en hen hinderen in hun relaties. Het gaat ook om het opbouwen van een innerlijke wereld van gedachten, gevoelens en fantasieën waardoor mensen greep krijgen op hun doen en laten. Het gaat altijd over de manier waarop mensen impliciet of expliciet omgaan met zichzelf en de ander. Samen met de therapeut ontdekt de patiënt achterliggende gedachten en gevoelens – zoals angst, schaamte, onzekerheid en schuld – die vaak minder bewust zijn, hun wortels in het verleden hebben en leiden tot herhalingspatronen. Soms gaat het ook om het verhelderen en onder woorden brengen van gedrag dat in het geheel niet bewust is en dat ook niet eerder geweest is.

Er is aandacht voor de betekenis van eerdere levenservaringen, zowel in de vroege jeugd als in latere fases, en de rol die dat speelt bij het ontstaan van de depressie. Als deze ervaringen ook een belemmerende rol spelen bij het herstel, bijvoorbeeld omdat het leidt tot vermijding of tot negatieve verwachtingen van anderen, worden deze patronen besproken, wordt ruimte gegeven aan gevoelens en het durven uiten ervan en wordt er een (nieuwe) persoonlijke betekenis aan gegeven.

10.10.19 Vaktherapieën

Beeldende therapie

Beeldend therapeuten zetten in de behandeling van depressie beeldende materialen, gereedschappen, beeldelementen, werkvormen, technieken en thema's in. Er wordt gewerkt aan concrete en tastbare werkstukken, waarbij het ontdekken, experimenteren, reflecteren en mentaliseren een grote rol speelt. Materiaal, kleur en werkvorm worden ingezet om de cliënt, bijvoorbeeld te laten ervaren en voelen, regie te laten voeren, te confronteren of controle los te laten. Beeldende therapie wordt zowel individueel als in groepen aangeboden. De duur van een beeldend

therapeutische behandeling varieert tussen de 10 en 48 sessies met een sessieduur van 30-90 min.

Dramatherapie

Drama therapeuten zetten in de behandeling van depressie veelal psychodrama in en maken daarbij gebruik van verschillende dramatechnieken, waaronder improvisatie, rollenspel, terugspeeltheater, bewegingsexpressie, poppenspel, geleide fantasie en verhalen en gedichten.

Dramatherapie wordt individueel, in een groep en ook in combinatie van individueel en groep aangeboden. De duur van een dramatherapeutische behandeling varieert tussen de 10 en 24 sessies, met een sessieduur van 45-60-90-240 minuten.

Danstherapie

Dans therapeuten richten zich bij depressiebehandeling op lichaamsbewustzijn en bewegingsexpressie. Zij zetten diverse methoden en technieken in, waaronder improvisatie in beweging, compositie, spelvormen, synchronisatie in beweging, relaxatie technieken en metaforen binnen de non-verbale expressie. Wanneer dit passend is, kan de danstherapeut muziek en/of materiaal inzetten. Danstherapie kan individueel worden aangeboden en ook in groepsverband. De duur van een dans therapeutische behandeling varieert tussen de 6 en 72 sessies, met een sessieduur tussen de 45 en 120 minuten. De frequentie varieert van 3 keer per week tot 1 keer per maand.

Muziektherapie

Muziek therapeuten zetten in de behandeling van depressie specifieke eigenschappen van muziek in. Zij gebruiken actieve en receptieve muziektherapie, muziektherapeutische technieken, zoals improviseren, zingen, en luisteren naar muziek, ook wel gecombineerd met andere kunstuitingen, imaginatie, metaforen en reflectie. Bij jongeren kan de gevalideerde 'gezond-ongezond muziek schaal' (HUMS) ingezet worden om muzikale betrokkenheid te screenen. Muziektherapie wordt individueel, in een groep of in combinatie aangeboden. De behandelduur van muziektherapie varieert tussen de 7 en 51 sessies, met een sessieduur van 30-60-90 minuten. De frequentie varieert van 2 keer per week tot enkele keren per maand.

Psychomotorische therapie (PMT)

Psychomotorisch therapeuten richten zich in de behandeling van depressie op bewegen en lichamelijkheid. Zij maken gebruik van bewegingsinterventies, oefensituaties uit de sport en het bewegingsonderwijs en lichaamsgerichte interventies zoals ontspanningsoefeningen, ademhalingsoefeningen en sensory awareness of een combinatie van technieken. PMT wordt individueel en in groepen aangeboden. Afhankelijk van de setting en het behandeldoel zal de frequentie variëren van enkele keren per week tot enkele keren per maand, met een sessie duur van 45-120 minuten.

Speltherapie

Spel is de taal van het kind. Met behulp van spel biedt de speltherapeut het kind de mogelijkheid om nieuwe ervaringen op te doen, nieuwe inzichten te verwerven en ander gedrag te tonen.

Onderwerpen die aan bod kunnen komen, zijn bijvoorbeeld: het uiten van gevoelens, zelfvertrouwen,

zelfbeeld, angst, hechting, verbeteren van de omgang met anderen. Speltherapie vindt plaats in een spelkamer. Materialen die gebruikt worden, zijn o.a. verkleedspullen, spellen, zand- en watertafel, poppen, dieren, voertuigen, teken- en knutselmateriaal en bouw materiaal.

10.10.20 Lichttherapie

Lichttherapie is een effectieve behandeling voor alle vormen van depressie waarbij de biologische klok verstoord is,

Bron: Seelen e.a., 2012.

al zijn er aanwijzingen dat cognitieve gedragstherapie net zo effectief is als lichttherapie voor de behandeling van de seizoensgebonden depressie en op de lange termijn zelfs effectiever dan lichttherapie.

Bron: Rohan e.a. 2016.

Lichttherapie wordt aanbevolen voor mensen die een depressie met seizoensgebonden patroon (winterdepressie) hebben of bij wie slaapproblematiek wordt vermoed als oorzakelijke factor. Met lichttherapie wordt de biologische klok gereset wat positief effect heeft op slapen, stemming, energie en ritme.

Een lichtbak voor lichttherapie geeft full-spectrum wit licht af, hetgeen betekent dat het licht alle kleuren bevat. Alleen uv-licht is eruit gefilterd, waardoor er geen verkleuring of verbranding van de huid optreedt. De sterkte van het licht wordt aangeduid met lux-eenheden. Een behandeling met lichttherapie duurt minimaal 1 week en maximaal 3 achtereenvolgende weken dagelijks. Het verloop van de behandeling is vergelijkbaar met dat bij het gebruik van antidepressiva. Het eerste wat opgemerkt wordt zijn de bijwerkingen, zoals hoofdpijn, duizeligheid en misselijkheid.

Na drie dagen treedt er vaak hevige vermoeidheid op. Dit lijkt het moment te zijn waarop de ritmes gaan verschuiven. Vanaf de vierde dag ervaart de patiënt meestal geleidelijk aan meer energie en een verbetering van de stemming. Bij onvoldoende resultaat wordt een tweede of derde behandelweek afgesproken. Wil lichttherapie effect hebben, dan is het belangrijk dat de patiënt zich aan een aantal leefregels houdt. Allereerst dient de patiënt een regelmatig dag- en nachtritme aan te houden. Voor veel depressieve patiënten is dat niet gemakkelijk, juist vanwege hun neiging om overdag te slapen als gevolg van hun tekort aan nachtrust en de voortdurende vermoeidheid, het pas tegen de ochtend in slaap vallen en vervolgens uitslapen tot aan het eind van de ochtend om toch nog enigszins aan slapen toe te komen. Het is noodzakelijk dat het uitslapen en het slapen overdag worden gestaakt. Het helpt een vast slaappatroon aan te houden, wat onder andere inhoudt dat op een vaste tijd naar bed wordt gegaan, zo rond 23.00 uur.

10.10.21 Electroconvulsieve therapie (ECT)

Deze behandelvorm wordt pas toegepast als verschillende medicamenteuze behandelingen onvoldoende effect hebben. Bij zeer ernstige, levensbedreigende depressies (met name bij ernstige zelfverwaarlozing en somatische complicaties) kan electroconvulsietherapie eerder worden overwogen. Bij patiënten met een psychotische depressie kan ECT eerder worden overwogen als alternatief voor medicamenteuze behandeling of combinatiebehandeling.

10.10.22 Repetitive transcraniële magnetische stimulatie (rTMS)

De toepassing van rTMS is zeer beperkt; deze kan worden overwogen bij volwassenen met een therapieresistente depressie na uitblijven van verbetering met andere behandelvormen. Er zijn aanwijzingen dat rTMS bij therapieresistente depressie werkzaam kan zijn. Er zijn weinig bijwerkingen.

Repetitive Transcraniële magnetische stimulatie (rTMS) is een methode waarbij een magnetische puls kortdurend de linker frontale hersenschors activeert. Door herhaalde elektrische pulsen wordt de hersenactiviteit beïnvloedt. Van transcraniële magnetische stimulatie (rTMS) is er zoveel onduidelijk over indicatiestelling, toepassingswijze, duur behandeling en duur van het effect dat er vooralsnog geen aanbevelingen voor de praktijk gedaan kunnen worden.

Transcraniële magnetische stimulatie (rTMS) is ontwikkeld en toegepast als behandeling in de acute fase van depressie. De reviews en meta-analyses tot dusverre hebben te maken gehad met grote verschillen in toepassingswijze en duur van de interventie. De uitkomsten van de reviews zijn dan ook zodanig dat er veel vragen zijn over het nut, de toepasbaarheid en de plaatsbepaling van rTMS voor depressie.

10.10.23 Preventieve cognitieve therapie (PCT)

Dit preventieprogramma bestaat uit drie onderdelen die gebaseerd zijn op

- het herkennen en leren onderzoeken en veranderen van onderliggende overtuigingen die een depressieve terugval in de hand werken;
- het trainen van het onthouden en terughalen van positieve ervaringen ;
- het maken van een individueel preventie van terugvalplan waarmee alternatieve gedachten worden geactiveerd.

Tevens worden er specifieke preventietechnieken besproken om zo een persoonlijk plan te maken voor terugvalpreventie.

10.10.24 Mindfulness based cognitieve therapie (MBCT)

Mindfulness based cognitieve therapie (MBCT) lijkt net als cognitieve gedragstherapie een positief effect te hebben. Het programma combineert cognitieve gedragstherapie met elementen uit het 'Mindfulness Based Stress Reduction'-programma. Aandachtgerichte cognitieve therapie leert deelnemers een open en accepterende houding te ontwikkelen, waarbij zij negatieve gevoelens als voorbijgaande gebeurtenissen kunnen ervaren. Deze houding kan patiënten leren om het

automatische piekeren, dat een terugval kan veroorzaken, los te laten. In MBCT spelen yoga, ontspanning en meditatie een belangrijke rol.

Via gerichte meditatie oefeningen leert de patiënt om meer in het moment te zijn, om gevoelens en gedachten te accepteren zoals ze zijn, om minder te piekeren en om minder zelfveroordelend te zijn. Aanvankelijk was deze methode bedoeld om terugval te voorkomen, maar nu wordt zij ook toegepast tijdens een depressieve fase.

10.10.25 Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)

Dit is een behandelmethode specifiek ontwikkeld voor mensen met langdurig optredende symptomen van depressie of depressieve klachten. Uit onderzoek is naar voren gekomen dat met name de combinatie van CBASP en medicatie goed werkt. De therapie integreert enkele technieken uit de CGT, de IPT en de psychodynamische psychotherapie. Concrete interacties tussen de patiënt en andere mensen worden als uitgangspunt genomen. De patiënt wordt zich bewust van het eigen aandeel in een interactie en de mogelijkheid om hierin verandering aan te brengen. Men leert onder andere nieuwe strategieën om met lastige situaties om te gaan en men verbetert sociale vaardigheden. Ook is er een focus op de interactie met de therapeut, waardoor men inzicht verkrijgt in eigen gedrag en het effect ervan op anderen en zichzelf.

10.10.26 Complementaire en alternatieve behandelwijzen

Sommige mensen die (langdurig) depressieve klachten of symptomen van depressie hebben proberen alternatieve middelen als aanvulling op hun behandeling. Het is belangrijk dat deze methoden besproken worden, omdat patiënten die ervaren als helpend, verdiepend of rustgevend.

Het doel van zorg is gezondheid en herstel. Gezondheid wordt daarbij gedefinieerd als de mogelijkheid om zich aan te passen en regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen. Hierbij gaat het over vitaliteit en veerkracht. Uit recent onderzoek onder patiënten, zorgprofessionals, beleidsmakers en verzekeraars blijkt dat deze definitie van gezondheid de volgende zes dimensies bevat: lichamelijke functies, mentaal functioneren en perceptie, spiritualiteit/existentieel, kwaliteit van leven, sociale participatie en dagelijks functioneren.

Bron: Huber et al., 2011.

Patiënten vinden alle dimensies van gezondheid even belangrijk, terwijl artsen vooral een biomedisch concept van gezondheid aanhangen. Dit blijkt met name uit het verschil in scores op de dimensies van spiritualiteit en sociale participatie, waar artsen veel lager scoren dan patiënten.

Bron: Huber et al., 2015.

Complementaire en alternatieve geneeswijzen (CAM) sluiten aan bij veel van deze dimensies van

gezondheid. Uit een enquête onder patiënten en psychiaters bleek dat 42% van de patiënten CAM gebruikte - meer dan de psychiaters hadden gedacht. Van de complementaire geneeswijzen werd een verandering van leefstijl door dieet, voedingssupplementen, vitaminen of meer sporten het meest gebruikt, gevolgd door kruiden en manuele therapie. De meest gebruikte alternatieve geneeswijzen waren homeopathie of Bachbloesems, gevolgd door Reiki en yoga, aura- en chakrath therapie. In 80% van de gevallen hadden CAM een matig (50%) tot sterk (30%) positief effect op de gebruiker. Een derde van de patiënten vond CAM effectiever dan reguliere behandelingen. Ruim de helft van de patiënten vond dat er meer informatie over CAM moet komen, dat de ggz hierbij een rol moet spelen en zelf CAM moet aanbieden. Van de psychiaters gaf het merendeel aan dat in de opleiding aandacht aan CAM moet worden gegeven.

Bron: Hoenders et al., 2006.

Recent is onderzoek gedaan naar het aanbod van CAM

CAM: Complementaire zorg wordt in dit onderzoek onderverdeeld in: biologische interventies (zoals kruiden, supplementen, voeding en etherische olie); mind-body interventies (zoals mindfulness, yoga en muziektherapie); energetische interventies (zoals therapeutisch touch, reiki en tai chi) en lichaamsgerichte manipulatieve interventies (zoals haptonomie en chiropractie). Daarnaast onderscheidt men de zogenaamde alternatieve medische systemen: Ayurvedische geneeskunde; TCM (Traditionele Chinese geneeswijzen); antroposofische zorg; natuurgeneeskunde en homeopathie.

door ziekenhuizen, verpleeghuizen en ggz-instellingen. De belangrijkste indicaties om CAM aan te bieden zijn angst, onrust, pijn en slaapproblemen. Deze indicaties zijn niet ziekte-specifiek. Uit dit onderzoek blijkt dat het aanbod van CAM binnen instellingen breed is, maar versnipperd. Instellingen hebben een grote behoefte aan helder beleid, een gezamenlijke visie en onderzoek naar patiëntervaringen.

Bron: Busch et al., 2015.

In een recent verschenen proefschrift zijn onderzoeken besproken naar de toepassing van evidence based behandelingen uit verschillende therapeutische benaderingen en aanpassingen in leefstijl naast reguliere behandelwijzen bij een bipolaire stoornis, schizofrenie en een angststoornis.

Bron: Hoenders, 2013.

Bij gebreke van een wettelijk kader voor CAM is een protocol ontwikkeld voor het toepassen van CAM binnen de ggz.

Bron: Hoenders et al., 2010; Hoenders, 2013.

CAM gaan uit van een holistische visie. Zij zijn gericht op de wisselwerking tussen lichaam en geest, op het ondersteunen en stimuleren van het zelfhelend vermogen, het doen toenemen van het algemeen welbevinden en het doen afnemen van symptomen (Hoenders, 2013). De zes dimensies van gezondheid en een gezamenlijke besluitvorming sluiten aan bij deze holistische visie.

Bovenstaande visie komt niet altijd overeen met de visie van de hulpverlener. Het is dan ook van belang om binnen het proces van gezamenlijke besluitvorming aandacht te hebben voor een mogelijk verschil in perceptie op gezondheid. Dat cliënten op zoek gaan naar aanvullende behandelvormen laat zien dat zij actief bezig zijn met hun (geestelijke) gezondheid. Dat is een goed uitgangspunt in een behandeling. Door cliënten te vragen welke dimensies van gezondheid volgens hen voor verbetering vatbaar zijn, evenals gezamenlijk openlijk te spreken over welke middelen daarvoor kunnen worden ingezet, kunnen misverstanden en communicatieproblemen worden voorkomen.

Bron: Huber et al., 2015.

Dit gesprek kan er ook toe leiden dat werken aan spirituele en/of existentiële vraagstukken van de cliënt in de behandeling een plaats moet krijgen. Dit vergt een andere invalshoek dan de medisch-psychologische aanpak van de regiebehandelaar.

In verband met eventuele interacties met farmacotherapie dient het gebruik van alternatieve middelen besproken te worden tijdens het starten met medicatie.

Referenties

Busch M, Jong, M en Baars E, Complementaire zorg in ziekenhuizen, verpleeghuizen en GGZ-instellingen, [Eerste Nederlandse inventarisatie](#), januari 2015, publicatienr. 2015-005 VG Louis Bolk;

Hoenders HJR, Appelo MT, Milders CFA, Complementaire en alternatieve geneeswijzen (cag) en psychiatrie, Meninge van patiënten en psychiaters, Tijdschrift voor psychiatrie 48 (2006) 9;

Hoenders HJR, Appelo MT en Brink Hvd, Protocol voor complementaire en alternatieve geneeswijzen; naar een verantwoorde toepassing binnen de ggz, Tijdschrift voor psychiatrie 52 (2010) 5 343;

Hoenders HJR, Integrative Psychiatry, Conceptual foundation, implementation and effectiveness, 2013 Rogier Hoenders, Groningen;

Hopstaken R, Busch M e.a., [Advies Stuurgroep Implementatie Evidence-based Complementaire Zorg](#), november 2015;

Huber M, Knottnerus JA, Green L, et al. (2011) How should we define health? BMJ 2011;343:d4163;

Huber, M., M van Vliet, M Giezenberg, B Winkens, Y Heerkens, P C Dagnelie, & J A Knottnerus. (2015). [Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study](#). BMJ Open, 5.

10.10.27 Huisartsenzorg (huisarts en POH-GGZ)

- psychische problematiek (al dan niet DSM-geclassificeerd):
 1. *met lichte tot matige lijdensdruk en disfunctioneren EN;*
 2. *relatief korte ziekte duur;*
- verlies-, aanpassings-, werk- en relatieproblemen;
- stabiele chronische problematiek die niet crisisgevoelig is en met een laag risico op terugval;
- de noodzaak voor geïndiceerde of zorggerelateerde preventie (bijvoorbeeld bij mensen die kwetsbaar zijn voor terugval in een depressie);
- een (chronische) somatische ziekte waarbij psychische ondersteuning nodig is;
- een eigen voorkeur voor begeleiding in de huisartsenvoorziening en bij wie motiveren voor behandeling in ggz niet succesvol is, mits er geen ernstig gevaarscriterium aanwezig is.

10.10.28 Generalistische basis-ggz

- Psychische problematiek met een (vermoeden van een) DSM-classificatie met:
 1. *matig tot ernstige lijdensdruk en disfunctioneren OF;*
 2. *(somatische) comorbiditeit en/of problemen in persoonlijk of psychosociaal functioneren die NIET met de behandeling van de hoofddiagnose interfereren OF;*
 3. *een zekere mate van gevaarsrisico, maar er zijn beschermende factoren aanwezig: adequate coping, werk of structurele daginvulling en dagelijks steunsysteem.*
- Uitblijven van verbetering bij de behandeling in de huisartsenvoorziening (indicatief na twee maanden).
- Stoornis in het gebruik van middelen met weinig disfunctioneren en lijdensdruk en/of gestart op jonge leeftijd.
- Stabiele chronische problematiek waarbij sprake is van een hoger risico op terugval (bijvoorbeeld depressie of angststoornis in combinatie met persoonlijkheidsstoornissen).

10.10.29 Gespecialiseerde ggz

- Psychische problematiek met (vermoeden van een) DSM-classificatie met:

1. *ernstige lijdensdruk en disfunctioneren OF;*
 2. *recidiverende ernstige problematiek OF;*
 3. *(somatische) comorbiditeit en/of problemen in persoonlijkheid of psychosociaal functioneren die met de behandeling van de hoofddiagnose interfereren OF;*
 4. *complexe problematiek die om behandeling in een multidisciplinair samengesteld professioneel netwerk vraagt OF;*
 5. *hoog risico op (zelf)verwaarlozing, (huiselijk) geweld, suïcide of automutilatie of (kinder)mishandeling.*
- Ernstige of langdurige stoornis in het gebruik van middelen in combinatie met een psychische stoornis, inzet medicatie voor terugvalpreventie.
 - Indicatie voor bemoeizorg (bijvoorbeeld F-ACT).
 - Uitblijven van verbetering bij de behandeling in generalistische basis ggz (indicatief drie tot vier maanden).
 - Uitblijven van verbetering bij de behandeling in de huisartsenvoorziening (indicatief twee maanden), waarbij de ernst en complexiteit behandeling in generalistische basis ggz niet geschikt maakt.
 - Instabiele chronische problematiek.
 - Bij wie onvrijwillige behandeling noodzakelijk is.

10.10.30 Verpleegkundige zorg

De algemeen verpleegkundige zorg bij depressiebehandeling omvat mede het uitvoeren van:

- basisinterventies waaronder, het geven van psycho-educatie, activerende begeleiding (activiteiten uitbreiden of hervatten), steunende en structurerende begeleiding (balans dag-nacht ritme, leefstijladviezen);
- interventies gericht op probleemoplossing, zelfmanagement, suïcidepreventie, omgang met spanning, begeleiding bij uitvoer ontspanningsoefeningen, sociale contacten en vaardigheden versterken;
- vroegsignalering en monitoring van beloop en aanvullende diagnostiek;
- crisissignaleringsplan;
- terugvalpreventie; maken van een terugvalpreventieplan;
- rehabilitatie;
- ondersteuning familie;
- psychosociale zorg;
- overige behandelingen en ondersteunende taken van verpleegkundigen zijn: medicatieverstrekking, activiteiten van het dagelijks leven (ADL), somatische zorg, ondersteunende taken bij ECT-behandeling.

De gespecialiseerde verpleegkundige zorg bij depressiebehandeling wordt doorgaans uitgevoerd door verpleegkundigen die een functie gerichte vervolgopleiding hebben gevolgd. Deze zorg kan, naast de bovenstaande algemeen verpleegkundige zorg, meer gespecialiseerde interventies omvatten, zoals:

- een grotere regiefunctie;

- het zelfstandig uitvoeren van, of onder supervisie bijdragen aan psychotherapieën bijvoorbeeld Interpersoonlijke therapie (IPT) of cognitieve gedragstherapie (CGT);
- het uitvoeren van cognitief gedragsmatige interventies.

het uitvoeren van cognitief gedragsmatige interventies. : Voorbeelden van cognitief gedragstherapeutische interventies bij depressiebehandeling zijn: herkennen en veranderen van negatieve denkpatronen, uitvoeren van gedragsexperimenten, omgang met piekeren en rumineren, inzicht in samenhang gedachten, gevoel en gedrag, inzicht in samenhang stemming en activiteitenpatroon.

De zorg door de verpleegkundig specialist GGZ richt zich bij depressiebehandeling op het zelfstandig:

- uitvoeren en regisseren van meer complexe zorg; de verpleegkundig specialist heeft extra expertise op gebied van diagnostiek en behandeling;
- uitvoeren van de rol als regiebehandelaar;
- indiceren en uitvoeren van voorbehouden handelingen, waaronder bij volwassenen en ouderen het binnen vastomlijnde kaders voorschrijven van geneesmiddelen;
- uitvoeren van bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie (CGT) of interpersoonlijke therapie (IPT);
- uitvoeren van bijvoorbeeld lichttherapie of metabole screening.

10.10.31 Preventieve interventies en eerste-stap interventies bij kinderen en jongeren

Bij kinderen en jongeren met depressieve klachten of een verhoogd risico op depressie/dysthymie worden de volgende interventies overwogen:

- Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP. Deze interventie is aanbevolen bij voor kinderen van zes tot twaalf jaar die een verhoogd risico op depressie hebben doordat een of beide ouders een psychische stoornis heeft. De interventie heeft als doel het verminderen of helpen voorkómen van depressie.
- Vrienden. Deze interventie is aanbevolen bij kinderen en jongeren vanaf zes jaar met een verhoogd risico op depressie om depressieve klachten te verminderen of helpen voorkómen.
- Triple P- niveau 4 en 5. Deze interventie is aanbevolen om depressie bij kinderen en jongeren te voorkomen. Het is een interventie voor ouders van kinderen vanaf nul jaar die een verhoogd risico op depressie hebben. Deelname is af te raden wanneer het gezin te maken heeft met een grote tegenslag.

Bij kinderen en jongeren en met depressie/dysthymie worden de volgende interventies overwogen:

- Vrienden. Deze interventie is aanbevolen in de behandeling van depressie (en/of angststoornissen) bij kinderen en jongeren vanaf zes jaar om depressieve klachten te verminderen en verergering van depressie te voorkomen.

- Pak aan. Deze interventie is aanbevolen in de behandeling van depressie bij kinderen en jongeren vanaf zes jaar om depressieve klachten te verminderen en verergering van depressie te voorkomen.
- Praten online. Deze interventie is aanbevolen in de behandeling van depressie bij jongeren vanaf twaalf jaar om depressieve klachten te verminderen en verergering van depressie te voorkomen.
- Stemmingmakerij. Deze interventie is aanbevolen in de behandeling van depressie bij jongeren vanaf twaalf jaar om depressieve klachten te verminderen en verergering van depressie te voorkomen.
- Gripopjedip (online). Deze interventie is aanbevolen in de behandeling van depressie bij jongeren vanaf twaalf jaar om depressieve klachten te verminderen en verergering van depressie te voorkomen.
- D(o)epressie cursus (ook de eHealth variant). Deze interventie is aanbevolen in de behandeling van depressie bij jongeren vanaf twaalf jaar om depressieve klachten te verminderen en verergering van depressie te voorkomen. De jongeren die deelnemen aan de cursus hoeven (expliciet) niet per se te voldoen aan de DSM-5-criteria van depressie. Bij een vermoeden van een verhoogd suïciderisico is de cursus minder geschikt.
- Head up. Deze interventie is aanbevolen in de behandeling van depressie bij jongeren vanaf twaalf jaar om depressieve klachten te verminderen en verergering van depressie te voorkomen.
- Op Volle Kracht. Deze interventie is aanbevolen in de behandeling van depressie bij meisjes van elf tot vijftien jaar om depressieve klachten te verminderen en verergering van depressie te voorkomen.

10.10.32 Betrokken hulpverleners in de ggz

- De huisarts herkent, diagnosticeert, begeleidt en behandelt patiënten met depressieve klachten en lichte depressieve stoornissen. Hij gaat daarbij uit van de hulpvraag van de patiënt. De behandeling en begeleiding zijn zo veel mogelijk klachtgericht en niet stoornisgericht. De huisarts heeft kennis van mogelijke psychische, sociaalmaatschappelijke en somatische uitlokkende factoren. Hij beoordeelt of en waarheen hij een patiënt moet verwijzen.
- Een kaderhuisarts ggz is een huisarts met extra expertise op het gebied van de ggz. Hij kan zijn collega-huisartsen adviseren, consultatie geven en supervisie geven aan de POH-GGZ.
- De POH-GGZ is opgeleid als, onder andere, (sociaal-)psychiatrische verpleegkundige, verpleegkundige, psycholoog of maatschappelijk werker met veelal een aanvullende POH-GGZ-opleiding. De POH-GGZ biedt vraagverheldering, diagnostiek, (langer durende) ondersteuning en begeleiding of kortdurende behandeling aan patiënten met depressieve klachten of een lichte depressieve stoornis onder verantwoordelijkheid van de huisarts.
- De GZ-psycholoog is generalistisch opgeleid en kan zelfstandig werkzaam zijn in alle echelons. De GZ-psycholoog verricht generalistische diagnostiek, indicatiestelling en een beschikt over divers repertoire psychologische behandelmethodieken. De GZ-psycholoog behandelt – doorgaans kortdurend – lichte tot matig ernstige psychische problematiek waaronder depressieve stoornissen, of verricht deelbehandelingen bij complexe, meervoudige problematiek.
- De klinisch psycholoog is expert op het terrein van de psychodiagnostiek en behandeling bij complexe psychodiagnostiek, psychopathologie en psychotherapie en, en op het snijvlak van

somatiek en psyche. Hij heeft kennis van en ervaring met diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van complexe problematiek, toegepast wetenschappelijk onderzoek, management, beleid en organisatie. De klinisch psycholoog wordt vaak ingezet als (regie)behandelaar bij de behandeling van patiënten met complexe en/of chronische depressieve stoornissen, waarbij ook vaak sprake is van comorbiditeit.

- De psychotherapeut is deskundig op het gebied van curatieve behandeling van psychische problematiek. De kennis over de diagnostiek is vooral gericht op het indiceren voor specifieke psychotherapeutische behandelmethodieken. De psychotherapeut houdt zich met name bezig met het behandelen van complexe problematiek, vooral persoonlijkheidsproblematiek, al dan niet gecombineerd met andere psychische of sociale problematiek. Hij maakt hierbij gebruik van een breed arsenaal aan psychotherapeutische methoden en technieken en kan klacht- en persoonsgericht werken op individueel, groeps- en gezinsniveau. Veel psychiaters, veel gezondheidszorgpsychologen en vrijwel alle klinisch psychologen zijn BIG-geregistreerd als psychotherapeut, en voldoen daarmee aan de kwaliteitseisen die door de overheid voor psychotherapie zijn vastgesteld.
- De psychiater is een medisch specialist, die op basis van onderzoek van biologische, psychologische en maatschappelijke factoren een diagnose stelt en complexere psychiatrische problematiek behandelt, met of zonder farmacotherapie. Een kinder- en jeugdpsychiater is daarbij gespecialiseerd in de diagnose en behandeling van kinderen of jongeren met (ernstige) psychiatrische problematiek in de context van het gezin en de school.
- Verpleegkundigen werken in het gehele zorgspectrum van de GGZ en kennen een grote diversiteit aan functies en specialisaties, waar momenteel op verschillende manieren uitvoering aan wordt gegeven. Verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten zijn meestal werkzaam als medebehandelaar in een multidisciplinair team, zowel in ambulante als klinische behandelsettings binnen de generalistische basis-ggz en de gespecialiseerde ggz. Zij hebben doorgaans een coördinerende en behandelinhoudelijke (ondersteunende) rol in de uitvoer van de depressiebehandeling in de ggz. De verpleegkundige zorg hangt mede af van de instelling, setting binnen de ggz, functie en bevoegdheden van de verpleegkundige. Ook in de JGZ werken verpleegkundigen. Jeugdverpleegkundigen hebben een rol in de vroegsignalering bij jeugdigen. Interventies en taken van verpleegkundigen kunnen hierbij zowel overlappend als complementair zijn aan de taken van andere disciplines in zowel individuele en groepsbehandeling.
 - De ggz-verpleegkundige

ggz-verpleegkundige: Soms ook Psychiatrisch Verpleegkundige genoemd.

kan ggz-zorgbehoeftes op complexiteit en urgentie inschatten en kan de aard en omvang van de zorg die nodig is organiseren en uitvoeren. Hij biedt zorgvragers in uiteenlopende woon- en leefomgevingen en met unieke gezondheid- en bestaanssituaties ondersteuning en begeleiding bij de gevolgen van een depressie.

- De verpleegkundig specialist ggz is een verpleegkundige die, op het niveau van expert, wordt ingezet voor een omschreven groep patiënten waarmee hij individuele behandelrelaties aangaat. De verpleegkundig specialist ggz doet zelfstandige diagnostiek,

- waarna hij interventies toepast, binnen een kader van afspraken van de instelling. Ook kan hij in beperkte mate welomschreven voorbehouden geneeskundige handelingen indiceren en verrichten.
- De sociaal-psychiatrische verpleegkundige (SPV) is een gespecialiseerde verpleegkundige die generalistisch werkt en die mede gericht op de sociale context, patiënten en hun systemen behandelt en begeleidt en nauw samenwerkt met diverse professionals. De SPV richt zich op triage, preventie, kortdurende of acute zorgvragen, crisissituaties en op langer durende behandeling van zorgvragen.
 - De vaktherapeutische beroepen zijn beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotorische therapie. Zij werken handelings- en ervaringsgericht. Specifiek voor depressiebehandeling leidt de therapeut het handelen van de patiënt doelgericht naar ervaringen, die de depressieve stoornis positief kunnen beïnvloeden. Centraal staan stemmingsverbetering, het opdoen van succeservaringen en het verminderen van experiëntiële vermijdings- en controlestrategieën. Vaktherapeuten zijn te vinden in de geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijke gezondheidszorg, algemene gezondheidszorg en binnen onderwijsinstellingen en werken met alle voorkomende leeftijden.
 - Ergotherapeuten richten zich op het (weer) mogelijk maken van handelen (doen) in een gewenste omgeving en maken daarbij veel gebruik van gedragsmatige activering. Dit kan zijn in de eigen woonomgeving, maar ook op (vrijwilligers)werk, opleiding, en welzijn. Ergotherapeuten kunnen zowel een rol hebben bij rehabilitatie, re-integratie als bij activerende begeleiding in en naar de eigen omgeving. Ergotherapeuten richten zich op optimale participatie van mensen met (psychische) beperkingen door middel van nauwe samenwerking met cliënt (en cliëntsysteem), uitgaande van de cliënt als expert over zijn leven die zijn doelen, prioriteiten en wensen het beste kent. Ergotherapeuten werken in een groot deel van zorgspectrum ggz samen met andere betrokken disciplines, zowel in de specialistische ggz, als de generalistische basis-ggz en de huisartsenzorg.

10.10.33 Ergotherapie

Ergotherapie richt zich op optimale participatie van mensen met (psychische) beperkingen door middel van nauwe samenwerking tussen patiënt (en patiëntsysteem) en ergotherapeut, uitgaande van de patiënt als expert over zijn leven die persoonlijke doelen, prioriteiten en wensen het beste kent. De focus van ergotherapie is het handelen, dat als bepalend wordt gezien voor gezondheid en welbevinden. Handelen bestaat uit alle activiteiten en taken waarmee iemand zich in het dagelijkse leven bezighoudt en die cultureel bepaald en betekenisvol zijn. In ergotherapie omvat het begrip handelen ook de rol van de omgeving waarin een taak of activiteit plaatsvindt. Daarbij is veel oog voor de vaak complexe context van culturele, sociale, economische of historische krachten die het handelen en het persoonlijk leven van de patiënt beïnvloeden. Ergotherapie is gericht op het (weer) mogelijk maken van het handelen, het oplossen, verminderen en voorkomen van beperkingen in het handelen en het bijdragen aan de participatie van de persoon in werk, onderwijs, wonen en vrije tijd.

Ergotherapie kan zowel individueel als in een groep worden aangeboden. Ergotherapie wordt gegeven door een daartoe opgeleide professional. Zie ook de [zorgstandaard Arbeid als medicijn](#).

10.10.34 Toegankelijkheid van de zorg

Voor elke patiënt in Nederland is goede (competente, respectvolle en empathische), betaalbare en toegankelijke zorg beschikbaar. Een basisvoorwaarde is dat de patiënt toegang heeft tot een goed en coherent netwerk van zorgvoorzieningen en zorgverleners voor de levering van de benodigde zorg. In acute situaties moet de patiënt kunnen rekenen op 24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid van (dienstdoende) zorgverleners. Daarnaast:

- zijn de Treeknormen van toepassing, tenzij er afwijkende normen voor wachten/of toegangstijden zijn vastgelegd;
- is de zorglocatie/praktijk goed bereikbaar met auto en openbaar vervoer;
- is de zorglocatie fysiek goed toegankelijk;
- stemt de hulpverlener dag en tijdstip van afspraken af met de patiënt;
- werkt de hulpverlener zo mogelijk samen met naasten en ondersteunt hen daar waar noodzakelijk;
- is de wachttijd in de wachtkamer van de hulpverlener acceptabel;
- informeert de zorgverlener de patiënt over problemen met de bekostiging van medicijnen of problemen met andere behandelingen die onderdeel zijn van de behandeling en begeleiding van de patiënt en zoekt, voor zover mogelijk, naar alternatieven;
- is in het kader van transitie en toename Wmo georganiseerde begeleiding is de juiste ggz-deskundigheid op wijkniveau, in de buurt van en bij de patiënt thuis nodig;
- worden wachtlijsten voorkomen;
- verwijzingen naar Topklinische GGZ aan de hand van [Criteria GGZ Echelonneringsmodel](#);
- voor verwijzingen naar gespecialiseerde en hoogspecialistische ggz kan gebruik gemaakt worden van een [decision tool](#) die door de hulpverlener binnen 2-5 minuten in te vullen is.

10.10.35 Richtlijnen

- [Richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen](#), NVAB, 2007.
- Zie ook [Richtlijn Werk en psychische klachten](#), NIP/LVE, 2005.

10.10.36 Richtlijnen

10.10.37 Richtlijnen

10.10.38 Richtlijnen

10.10.39 Richtlijnen

10.10.40 Richtlijnen

- Richtlijn handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen.
- zie ook [Richtlijn Werk en psychische klachten](#), NIP/LVE, 2005.

10.11 Afkortingen

- 4DKL = Vier Dimensionele Klachtenlijst

- ADL = Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
- BDI = Beck Depression Inventory
- BIA = Budget Impact Analyse
- BRMS = Bech Rafaelsen Melancholia Rating Scale
- CAM= Complementary and Alternative Medicine (=Complementaire en Alternatieve Geneeswijzen)
- CBASP = Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy
- CBCL= Child Behavior Checklist
- CDI-2 = Child Depression Inventory-2
- CDOI = Client Directed Outcome Informed
- CDS = Calgary Depression Scale
- CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
- CGT = Cognitieve Gedragstherapie
- CIDI = Composite International Diagnostic Interview
- CIZ = Centrum Indicatiestelling Zorg
- CVA = Cerebro Vasculair Accident
- DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- EBRO = Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling
- ECT = Elektroconvulsietherapie
- F-ACT = Flexible Assertive Community Treatment
- FVB = Federatie Vaktherapeutische Beroepen
- GDS = Geriatric Depression Scale
- GGZ = Geestelijke Gezondheidszorg
- GT = Gedragstherapie
- HRSD = Hamilton Rating Scale for Depression
- ICD-10 = International Classification of Diseases and related health problems
- IDS-C = Inventory for Depressive Symptomatology (Clinician Rated)
- IDS-SR = Inventory for Depressive Symptomatology (Self-Rated)
- IPT = Interpersoonlijke Therapie
- IPTm = Onderhouds-Interpersoonlijke therapie
- JGZ = Jeugdgezondheidszorg
- KDB = Kortdurende Behandeling
- KDP = Kortdurende Dynamische Psychotherapie
- KOP-model = Klachten, Omgeving, Probleem
- LVVP = Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten
- MADRS = Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale
- MBCT = Mindfulness Based Cognitieve Therapie
- MINI = Mini-International Neuropsychiatric Interview
- MMSE = Mini Mental State Examination
- NHG = Nederlands Huisartsen Genootschap
- NIP = Nederlands Instituut van Psychologen
- NSAID = Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs
- NVvP = Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- ORS = Outcome Rating Scale
- PCT = Preventieve Cognitieve groepstherapie

- POH-GGZ = Praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz
- PST = Problem Solving Treatment
- Q-IDS-SR = Quick Inventory of Depressive Symptomatology
- ROM = Routine Outcome Monitoring
- rTMS = Repetitieve Transcraniele Magnetische Stimulatie
- SCAN 2.1 = Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry
- SCID = Structured Clinical Interview voor de DSM-IV
- SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire
- SDS = Self-Rating Depression Scale
- SGG = Systeem Geïntegreerde Gezinstherapie
- S-PSY = Screeningsinstrument Psychische Stoornissen
- SRS = Session Rating Scale
- TRF = Teacher Report Form
- UWV = Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
- V&VN = Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
- YSR = Youth Self Report