



DEPRESSIE BIJ VOLWASSENEN

T. DECLERQ, H. HABRAKEN, H. VAN DEN AMEELE,
J. CALLENS, J. DE LEPELEIRE, H. CLOETENS

DEPRESSIE BIJ VOLWASSENEN

HERZIENING IN OPDRACHT VAN DE COMMISSIE RICHTLIJNEN –
DOMUS MEDICA VZW

TOM DECLERCQ, HILDE HABRAKEN, HANS VAN DEN AMEELE,
JAN CALLENS, JAN DE LEPELEIRE, HANNE CLOETENS

Gevalideerd door CEBAM in oktober 2016

INHOUD

Flowchart: Depressie bij volwassenen	1
Stepped care-model: Depressie bij volwassenen	2
Inleiding	
Doel van de richtlijn	3
Motivatatie van de richtlijn	3
Motivatatie herziening van de richtlijn	3
Patiëntenpopulatie	3
Epidemiologie	4
Begrippen en definities	5
Klinische vragen	10
Diagnose van depressie	
Hoe komt de huisarts tot de diagnose depressie?	11
Verwijzing naar (of overleg met) de psychiater	
Wanneer verwijst de huisarts patiënten met (vermoeden van) depressie naar de psychiater voor diagnostisch of therapeutisch advies?	17
Suïciderisico	
Hoe bevraagt de huisarts het suïciderisico bij patiënten met vermoeden van depressie en hoe schat de huisarts de ernst van het suïciderisico in?	20
Diagnose van depressie bij ouderen	
Wat zijn de aandachtspunten bij diagnostiek van depressie bij ouderen?	22
Zorg- en therapieplan	
Hoe stelt de huisarts bij een patiënt met vermoeden van een milde (tot matige) depressie een aangepast zorg- en therapieplan op?	24
Hoe stelt de huisarts bij een patiënt met vermoeden van een matige en ernstige depressie een aangepast zorg- en therapieplan op?	27
Niet-medicamenteuze aanpak	
Hoe vult de huisarts de niet-medicamenteuze aanpak in?	30
Wanneer verwijst de huisarts voor (welk soort) psychotherapie?	32
Medicamenteuze aanpak	
Wat is de aanbevolen medicamenteuze behandeling van een depressie?	36
Samenwerking	
Wanneer, hoe en op wie kan de huisarts in een getraptd zorgsysteem een beroep doen voor extra ondersteuning van zijn depressieve patiënt?	43
Beleid van depressie bij ouderen	
Wat zijn de aandachtspunten bij de behandeling van depressie bij ouderen?	48
Opvolging	
Wat is het opvolgbeleid na een depressie?	52

Kernboodschappen	57
Randvoorwaarden	62
Toetselementen	63
Researchagenda	63
Economische overwegingen	63
ICPC-2-codes	63
Totstandkoming	63
Referenties	68

OMSCHRIJVING

Declercq T, Habraken H, van den Aemele H, Callens J, De Lepeleire J, Cloetens H. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Depressie bij volwassenen. Antwerpen: Domus Medica vzw; 2017.

AUTEURS

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

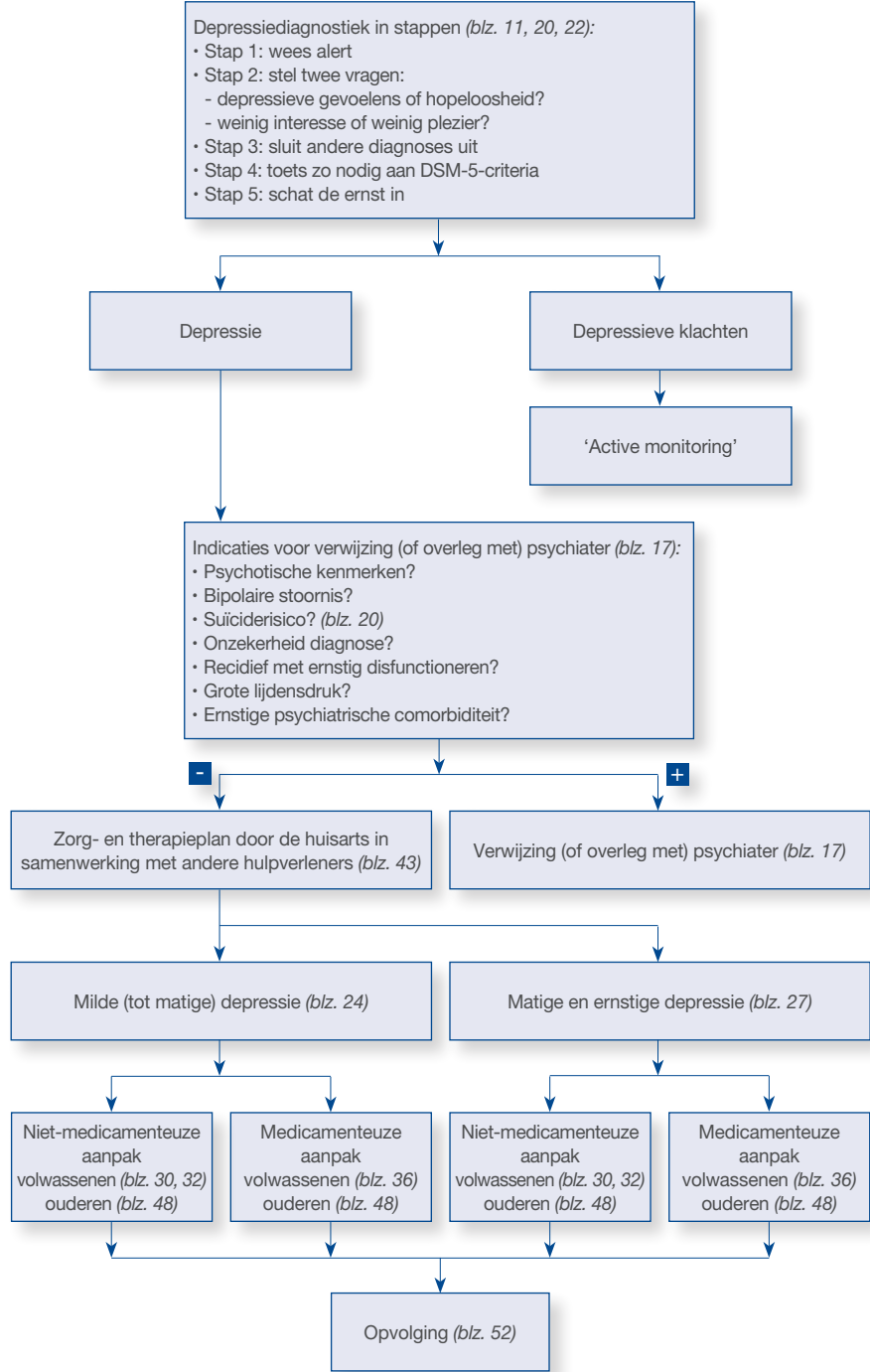
Afbeelding omslag: ccaetano/Bigstockphoto.com

Inbreng van de patiënt en afweging door de huisarts Richtlijnen voor goede medische praktijkvoering zijn zowel richtinggevend als ondersteunend en bieden een houvast bij het nemen van diagnostische of therapeutische beslissingen in de huisartsengeneeskunde. Zij vatten voor de huisarts samen wat voor de gemiddelde patiënt wetenschappelijk gezien het beste beleid is. Daarnaast is er de context van de patiënt, die een gelijkwaardige partner is bij het nemen van beslissingen. Daarom verheldert de huisarts de vraag van de patiënt door een gepaste communicatie en geeft informatie over alle aspecten van de mogelijke beleidsopties. Het kan dus voorkomen dat huisarts en patiënt samen verantwoord en beredeneerd een andere beste keuze maken. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijnen aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld.

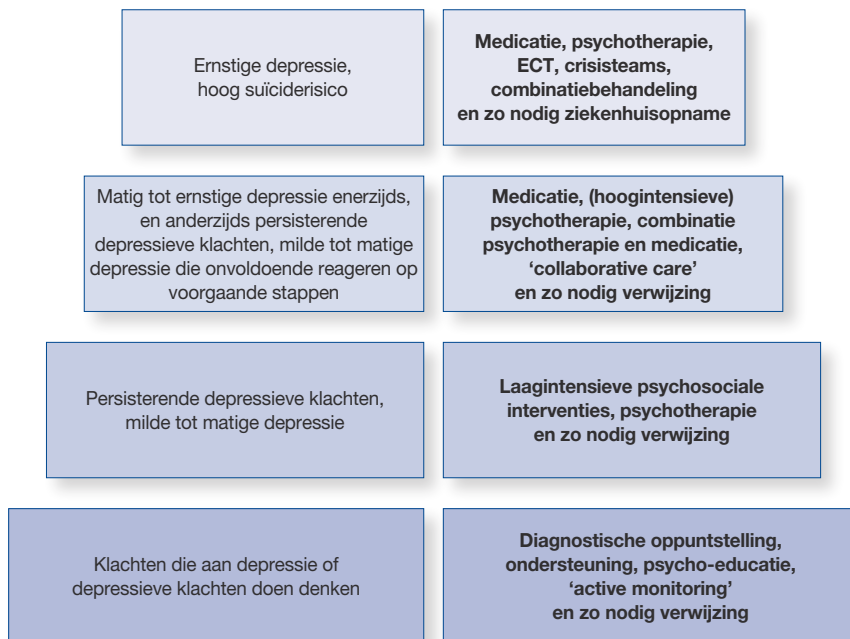
Disclaimer Het opstellen van dit document is een werk van lange adem geweest waaraan de uiterste zorg is besteed. Desondanks kan Domus Medica u geen perfect resultaat garanderen, en is Domus Medica, behalve in geval van bedrog of opzettelijke fout, niet (mede)aansprakelijk voor eventuele onvolledigheden of onjuistheden, noch voor eventuele schade, overlast of ongemakken van welke aard dan ook die het gevolg zouden zijn van het gebruik, op welke wijze dan ook, van dit document. Domus Medica is evenmin (mede)aansprakelijk voor op dit document en/of de daarin opgenomen informatie gebaseerde beslissingen, handelingen of nalatigheden. Dit document heeft enkel een informatieve waarde. Aan de inhoud ervan kunnen bijgevolg op geen enkele wijze rechten of plichten ontleend worden. Dit document mag evenmin worden gezien als een vervanging van een professioneel oordeel door iemand met de daartoe vereiste kwalificaties, kennis en bekwaamheid. Incorrecte gegevens of tekortkomingen geven geen recht op een financiële compensatie.

De vermelding van bepaalde rechtspersonen of producten betekent geenszins dat deze worden aanbevolen boven andere gelijkwaardige bedrijven of producten. Indien verwezen wordt naar informatie verspreid door een derde, is Domus Medica niet aansprakelijk voor de informatie verspreid door deze derde. De volledige inhoud van dit document wordt beheerst door het Belgische recht en kan enkel aan de bevoegdheid van de Belgische rechtbanken worden onderworpen.

FLOWCHART: DEPRESSIE BIJ VOLWASSENEN



STEPPED CARE-MODEL: DEPRESSIE BIJ VOLWASSENEN



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

INLEIDING

Doel van de richtlijn

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

Volgende onderwerpen vallen buiten het bestek van deze richtlijn:

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

Motivatie van de richtlijn

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

Motivatie herziening van de richtlijn

De oorspronkelijke Domus Medica-aanbeveling *Depressie* dateert van 2008. Er is in de voorbije jaren in de literatuur meer aandacht geweest voor de aanpak van depressie bij ouderen. Voor het eerst werd een multidisciplinaire en gestructureerde aanpak in woonzorgcentra onderzocht. Ook de niet-medicamenteuze aanpak van depressie is ondertussen meer en beter onderzocht.

Daarnaast is de geestelijke gezondheidszorg zich gaan herorganiseren onder de noemer van artikel 107 en heeft deze reorganisatie nieuwe dynamieken met zich meegebracht, o.a. wat de samenwerking binnen de eerste lijn en over de verschillende lijnen heen betreft.

Ten slotte is de discussie over de plaats van medicatie, met name van antidepressiva in de aanpak van depressie blijven woeden en is er toenemende discussie ontstaan over het gebruik van zogenaamde farmacologische hulpmedicatie in de eerste lijn, zoals de antipsychotica. Al deze evoluties maakten een update van de aanbeveling noodzakelijk.

Patiëntenpopulatie

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

Epidemiologie

Eén op vijf vrouwen en één op tien mannen zouden volgens bevraging in bevolkingsonderzoek minstens gedurende een beperkte periode in hun leven klachten van een depressieve stoornis (depressive disorder) ervaren.

Uit de bevolkingsenquête van 2013 blijkt dat op populatieniveau in België op het moment van de bevraging 14,8% van alle respondenten ouder dan 15 jaar symptomen van een depressieve stoornis vertoonde (95%-BI: 13,5-16,0). Voor de Vlaamse regio bedroeg dat percentage 13,3% (95%-BI: 11,6-15,0), voor de Waalse regio 16,8% (95%-BI: 14,8-18,9) en voor Brussel 18,2% (95%-BI: 15,5-20,9).¹

Het incidentiecijfer gemeten in de huisartsenpraktijk bedroeg in Vlaanderen voor de periode van 2008 tot 2010 per 1000 patiëntenjaren en naargelang het geslacht, voor mannen respectievelijk 6,84% gemeten in de jaarlijkse patiëntengroep en 4,84% gemeten op niveau van de praktijkpopulatie; voor vrouwen was dit respectievelijk 12,54% en 9,93%.²

Een in 2008 uitgevoerde surveillance in de Belgische huisartsenpraktijken via het netwerk van Huisartsenpeilpraktijken gaf een incidentie van 719 per 100 000 mannen en 1440 per 100 000 vrouwen.

Het is onduidelijk of het verschil tussen zelfrapportering van klachten en rapportering van hulp zoeken bij een hulpverlener verantwoordelijk is voor het verschil tussen prevalenties gemeten in de algemene bevolking enerzijds en deze gemeten in de eerste lijn anderzijds.³

BEGRIPPEN EN DEFINITIES

Acuut crisisteam of acuut mobiel team

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

Artikel 107 projecten

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

Augmentatietherapie

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

Bibliotherapie

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

Biopsychosociaal depressiemodel

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

Bipolariteit

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

Chronisch mobiel behandelteam

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

Cognitieve gedragstherapie (CGT)

Depressieve patiënten hebben vaak negatieve gedachten over zichzelf en wat zij in het dagelijks leven meemaken (*'het wordt nooit wat met mij', 'alles wat ik aanpak gaat fout'*,

'iedereen is tegen mij'). Ze hebben een laag gevoel van eigenwaarde dat hun gedachten negatief kleurt en zij houden met deze gedachten hun depressie in stand.

Tijdens de behandeling met cognitieve gedragstherapie (CGT) (cognitive behavioural therapy - CBT) leert de patiënt deze gedachten herkennen, uit te dagen en te vervangen door meer reële gedachten. Aldus wordt op de cognitie van de patiënt gewerkt. Bovendien wordt door het geven van concrete opdrachten de patiënt gestimuleerd om activiteiten te ondernemen en op die manier wordt de patiënt geleerd in concrete situaties een meer helpend gedrag te ontwikkelen.⁵

Depressieve klachten

Depressieve klachten worden gedefinieerd als een sombere stemming of verlies aan interesse, waarvan de patiënt hinder ondervindt, maar waarbij niet wordt voldaan aan de DSM-5-criteria voor een depressie.

Persisterende depressieve stoornis of dysthyme stoornis

Een relatief milde, maar langdurige vorm van depressie, is de dysthyme stoornis. Oudere benamingen voor de dysthyme stoornis zijn: dysthymie, milde chronische depressie of neurotische depressie.

De depressieve klachten bestaan langer dan twee jaar, de ernst van de klachten wisselt vaak sterk. Sombere perioden worden afgewisseld met perioden waarin men zich wat beter voelt. Perioden waarin men geen klachten heeft, duren nooit langer dan twee maanden. Er zijn minder bijkomende klachten als bij een depressie; het grootste deel van de dag bestaat er wel een depressieve stemming. De lijdensdruk is groot omdat er geen perioden zijn waarin men zich echt goed voelt. Er bestaan forse beperkingen in het functioneren, zowel privé als op het werk en andere gebieden.

Eerstelijnspsycholoog (ELP)

De eerstelijnspsycholoog (ELP) biedt als hulpverlener, op een of andere manier (fysiek en/of via een samenwerkingsverband) aan een huisartsenpraktijk verbonden, laagdrempelige en oplossingsgerichte hulp aan. Deze hulp is op herstel gericht en kortdurend, namelijk maximaal tien sessies van telkens één uur.

De hulp door de eerstelijnspsycholoog moet op korte termijn opgestart kunnen worden (geen of korte wachttijd), de aangeboden hulp is goed bereikbaar (d.w.z. in de buurt) en er is geen financiële drempel.

Omwille van de volgens geografisch (Vlaams, Brussels en Waals) afhankelijke invulling van het begrip 'eerstelijnspsycholoog' wordt deze term in de Franstalige versie van deze richtlijn door psycholoog vervangen.

Elektroconvulsietherapie (ECT)

Elektroconvulsietherapie (ECT) is een behandeling in de psychiatrie die toegepast wordt bij verschillende ernstige ziektebeelden, zoals bij patiënten met een ernstige depressie die niet (voldoende) reageren op een behandeling met medicatie.

Bij ECT wordt onder narcose een epileptische aanval kunstmatig opgewekt. Door deze techniek toe te passen en eventueel enkele malen te herhalen, kunnen mensen met bijvoor-

beeld een ernstige depressie zich beter gaan voelen en zelfs geheel herstellen. Er bestaan duidelijke richtlijnen voor de toepassing van ECT.⁶

GDS-15 (vragenlijst)

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

Lichttherapie

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

Life review therapie

Reminiscentie en 'life-review' zijn nog relatief onbekende therapievormen. Alle oudere mensen zijn geneigd terug te kijken op hun leven. Dit innerlijke mentale proces bestaat uit terugblikken (reminiscentie) en doorwerken van het leven (life-review). Als men erin slaagt tot integratie van levensconflicten te komen, zullen zich kenmerken als innerlijke rust en wijsheid ontwikkelen. Als men daar niet in slaagt, zou dit (mede) een oorzaak kunnen zijn voor het ontstaan van stoornissen op late leeftijd, zoals depressie.

Tegen deze achtergrond zijn twee therapeutische interventies ontwikkeld die men reminiscentie en life-review is gaan noemen.

Bij reminiscentie staat op de voorgrond het op een gestructureerde manier praten en denken over positieve ervaringen in het verleden waardoor de patiënt een positiever beeld krijgt van zichzelf en de positieve kanten van zijn leven 'herontdekt'.

Bij life-review gaat men directiever en intensiever te werk. Men zal trachten ook negatieve ervaringen, bijvoorbeeld mislukkingen, tegenslagen of onopgeloste problemen naar boven te halen. Hierdoor kunnen onverwerkte vroegere gevoelens alsnog verwerkt worden of met meer afstand worden gezien of zelfs worden geherwaardeerd in een positievere zin of een breder perspectief. Uitgangspunt daarbij is dat praten en denken over vroeger helpt om de balans van het leven op te maken en om daarmee te komen tot aanvaarding en integratie van positieve en negatieve ervaringen in het leven. Hierdoor wordt de kans op depressie en andere psychische problemen kleiner.⁷

Milde, matige tot ernstige depressie

Depressie of een depressieve stoornis wordt volgens de ernstgraad ingedeeld in:

- **Matig tot ernstige depressie**

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

- **Milde depressie**

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

Ernstinschatting gebeurt op basis van het inschatten van het aantal symptomen, de ernst (diepte) waarmee de symptomen zich manifesteren, alsook op basis van de weerslag die deze symptomen op het functioneren van de patiënt hebben. Ook de weerbaarheid van de patiënt, het al dan niet aanwezig zijn van risicofactoren zoals usus en de aan- of afwezigheid van steun in de directe omgeving, maken deel uit van de ernstinschatting.

Gezien het onvermijdelijk deels subjectieve aspect van ernstinschatting en het feit dat ernstinschatting deel uit maakt van een continuüm, wordt in de aanbeveling een zorgplan geformuleerd voor milde (en matige) depressie, alsook voor matige tot ernstige depressie, waarbij matige depressie als een moeilijk te definiëren ‘tussen’-categorie op te vatten is. Het is op basis van de literatuur onmogelijk om in de eerste lijn een scherp onderscheid te maken tussen deze verschillende ernstcategorieën: we kiezen voor een zo breed mogelijke, beschrijvende ernstinschatting in plaats van een mathematisch tellen van symptomen waardoor de vertaling naar mild (tot matig) enerzijds en matig en ernstig anderzijds intrinsiek tekortschiet. Omwille van de eenvoud zal in deze tekst ten slotte de term ‘depressie’ in plaats van ‘depressieve stoornis’ gebruikt worden.

Mindfulness

Mindfulness is de belangrijkste component van MBCT (mindfulness based cognitive therapy of aandachtsgerichte cognitieve therapie). Mindfulness heeft twee componenten.

De eerste betreft zelfregulatie van de aandacht. De aandacht is daarbij gericht op de onmiddellijke ervaringen en het herkennen van mentale gebeurtenissen in het huidige moment.

De tweede component is de nieuwsgierige en accepterende houding tegenover dat wat ervaren wordt. Elke gedachte, elk gevoel en elke lichamelijke gewaarwording wordt toegelaten, zonder er onmiddellijk een waardeoordeel over uit te spreken en zonder er iets aan te willen veranderen.⁸

Problem solving-therapie

Problem Solving Treatment (PST) is een van de meerdere bestaande korte psychologische behandelingen. PST is gebaseerd op de principes van versterking van zelfmanagement en copingstrategieën en van cognitieve gedragstherapie. Het doel is het verminderen van psychische klachten die samenhangen met onopgeloste problemen in het dagelijks leven. Patiënten leren meer grip op deze problemen te krijgen en zo meer controle te ervaren over wat ze overkomt.

De stappen zijn: definiëren van het probleem, stellen van een haalbaar doel, brainstormen over mogelijke oplossingen, afwegen van oplossingen, kiezen van de beste oplossing, maken van een implementatieplan en evalueren van de klachten.⁹

PST is niet te verwarren met oplossingsgerichte therapie. PST is niet algemeen gekend in België en derhalve weinig voorkomend.

Psychodynamische therapie

Psychodynamische therapie gaat ervan uit dat onbewuste verlangens en/of emoties mede de oorzaak kunnen zijn van depressieve klachten. Door aan de hand van concrete situaties inzicht te krijgen in deze verlangens en/of emoties en wanneer het lukt hier anders mee te leren omgaan, kunnen depressieve klachten afnemen en is persoonlijke ontwikkeling weer mogelijk.¹⁰

Psychotische kenmerken

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

Therapieresistente depressie

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

Winterdepressie

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

KLINISCHE VRAGEN

- Hoe komt de huisarts tot de diagnose depressie?
- Wanneer verwijst de huisarts patiënten met (vermoeden van) depressie naar de psychiater voor diagnostisch of therapeutisch advies?
- Hoe bevraagt de huisarts het suïciderisico bij patiënten met vermoeden van depressie en hoe schat de huisarts de ernst van het suïciderisico in?
- Wat zijn de aandachtspunten bij de diagnostiek van depressie bij ouderen?
- Hoe stelt de huisarts bij een patiënt met vermoeden van een milde (tot matige) depressie een aangepast zorg- en therapieplan op?
- Hoe stelt de huisarts bij een patiënt met vermoeden van een matige en ernstige depressie een aangepast zorg- en therapieplan op?
- Hoe vult de huisarts de niet-medicamenteuze therapie in?
- Wanneer verwijst de huisarts voor (welk soort) psychotherapie?
- Wat is de aanbevolen medicamenteuze behandeling van een depressie?
- Wanneer, hoe en op wie kan de huisarts in een getraptd zorgsysteem een beroep doen op extra ondersteuning voor zijn depressieve patiënt?
- Wat zijn de aandachtspunten bij de behandeling van depressie bij ouderen?
- Wat is het opvolgbeleid na een depressie?

DIAGNOSE VAN DEPRESSIE

Hoe komt de huisarts tot de diagnose depressie?

Aanbeveling

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

Stap 1: Wees alert voor depressie en voor depressieve klachten bij uw patiënt (*Grade 1C*).

Stap 2: Stel bij vermoeden van depressie twee oriënterende vragen en exploreer verder bij een positief antwoord op één van beide (*Grade 1B*):

- ben je de voorbije maand in je dagelijks leven frequent gehinderd geweest door depressieve gevoelens of hopeloosheid?
- ben je de voorbije maand frequent gehinderd geweest door weinig interesse of weinig plezier in de dingen die je deed?

Stap 3: Stel een diagnostisch landschap op en verzamel argumenten voor of tegen de diagnose depressie door het stellen van volgende vragen (*GCP*):

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

Stap 4: Exploreer ideas, concerns, expectations en coping, en bevraag expliciet het suïcid risico (*GCP*).

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

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

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

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

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

Toelichting

Stapsgewijze strategie

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

Stap 1: Wees alert. De aandacht van de huisarts moet bij zijn patiënten niet alleen naar depressie gaan, maar ook naar depressieve klachten. Voor depressie moet de huisarts alert

zijn: de strategie van case-finding is hiervoor de meest geschikte. In meerdere opeenvolgende contacten zal de huisarts zijn vermoeden van depressie of depressieve klachten exploreren. Aandacht hebben voor depressie of depressieve klachten kan bij personen met een voorgeschiedenis van depressie, vage klachten, wisselende presentatie van klachten, bij ernstige somatische aandoeningen, zoals CVA, maligniteit e.a., en bij belangrijke levensgebeurtenissen, frequent spreekuurbezoek, aanhoudende moeheid, vermagering e.a. zinvol zijn. Er zijn elementen op het niveau van de huisarts zelf die een rol kunnen spelen in het op gang brengen van het diagnostisch proces zoals een vertrouwensvolle en vertrouwenswekkende relatie, respectvolle attitude, het vermijden van stigma en discriminatie, het wekken van hoop en optimisme. Ook het hanteren van verschillende verklaringsmodellen van het probleem, de gevoeligheid voor culturele, etnische en religieuze achtergronden zijn belangrijk in de eerste lijn.¹²

Stap 2: Stel volgende twee vragen:

- ben je de voorbije maand in je dagelijks leven frequent gehinderd geweest door depressieve gevoelens of hopeloosheid?
- ben je de voorbije maand frequent gehinderd geweest door weinig interesse of weinig plezier in de dingen die je deed?

Exploreer bij positief antwoord op een van beide vragen verder.

Stap 3: Sluit andere verklaringen uit:

Ernstige comorbide psychiatrische aandoeningen:

- bipolaire stoornissen: heeft de patiënt ooit een manische of hypomane periode doorgemaakt of komt dit voor in de familie? Onder een manische episode verstaan we een periode (van vier dagen of langer) van overactiviteit of ontremdheid.
- psychose: zijn er aanwijzingen van hallucinaties of wanen?

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

Andere (behandelbare) somatische problemen die met depressieve gevoelens gepaard kunnen gaan: bevraag deze aandoeningen en behandel zoveel als mogelijk oorzakelijk.

Mogelijke oorzaken zijn (niet limitatief):

- hypothyreoïdie,
- ziekte van Parkinson,
- beginnende dementie kan door het beseffen van het verlies, door de concentratiestoornissen en/of het vermijdingsgedrag zich als een depressie presenteren of gepaard gaan met depressieve gevoelens (*zie verder*).
- ongewenste medicamenteuze effecten:
 - niet-selectieve bètablokkers met centrale werking (bv. propranolol); deze vormen een relatieve contra-indicatie in de aanwezigheid van depressie;
 - benzodiazepines en andere onderdrukkers van het centraal zenuwstelsel en centraal werkende antihypertensiva (bv. methyldopa);
 - flunarizine: dit antimigrainemiddel is absoluut gecontra-indiceerd bij een depressie;

- systemische corticoiden zoals methylprednisolon, het antiviraal middel interferon- α , het antimalariamiddel mefloquine alsook het centraal stimulans modafinil zijn relatief gecontra-indiceerd bij depressie.

Andere behandelbare psychische of psychiatrische problemen:

- rouw: het overlijden van een belangrijke persoon, al of niet onverwacht, en andere vormen van verlies in de relatiekring of de werksituatie kunnen depressieve gevoelens teweegbrengen. Wanneer ze niet meer als normale rouwreactie worden ingeschat, moet men alert zijn voor een depressie. In de DSM-5 wordt het exclusie criterium rouw voor het stellen van de diagnose depressie binnen de zes maanden na een overlijden niet meer behouden, hoewel hierover enige controverse is;¹³
- overspanning: kan gepaard gaan met een zekere graad van depressieve gevoelens. Overspanning is het klinisch beeld van spanningsklachten zoals moeheid, prikkelbaarheid, slapeloosheid die samenhangen met een overbelastende situatie en die tijdelijke beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren tot gevolg hebben. Wanneer een overspanning langer dan zes maanden duurt en er gevoelens van depersonalisatie, derealisatie en toenemende uitputting met insufficiëntiegevoelens ontstaan, spreekt men over burn-out. Beide begrippen, overspanning en burn-out, worden ook door elkaar gebruikt. We verwijzen voor de aanpak van overspanning en burn-out naar de respectievelijke literatuur;¹⁴
- de verschillende angststoornissen gaan soms met een depressieve stemming gepaard: in dat geval verdient het de voorkeur om de angst te behandelen. Als depressie een belangrijk deel van het ziektebeeld uitmaakt, behandel dan als depressie;
- persoonlijkheidsstoornissen: kunnen een depressie veroorzaken. Ze kunnen ook de behandeling en prognose van een depressie beïnvloeden;
- afhankelijkheid van middelen zoals alcohol, cannabis, amfetamines, opioïden, benzodiazepines en andere kan een eigen specifieke aanpak vereisen naargelang de ernst van de verslavingsproblematiek.

Uitlokkende factoren en/of risicofactoren: bij twijfel aan de diagnostiek van een depressie kunnen deze wezenlijke onderdelen van het biopsychosociaal basisconcept helpen om tot een diagnose te komen:

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

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

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

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

- A. Vijf of meer van de volgende symptomen zijn binnen dezelfde periode van twee weken* aanwezig geweest en wijken af van het eerdere functioneren; minstens één van de symptomen is ofwel (1) een sombere stemming, ofwel (2) verlies van interesse of plezier. Geen symptomen meetellen die duidelijk zijn toe te schrijven aan een somatische aandoening.
1. Sombere stemming, gedurende het grootste deel van de dag en bijna elke dag, zoals blijkt uit ofwel subjectieve mededelingen (bv. zich verdrietig, leeg of hopeloos voelen), ofwel observatie door anderen (bv. tranen in de ogen).
 2. Duidelijk verminderde interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten, gedurende het grootste deel van de dag, en dit bijna elke dag, zoals blijkt uit een subjectieve beschrijving of observatie door anderen.
 3. Significant gewichtsverlies zonder dat dieet wordt gehouden, of een gewichtstoename (bv. meer dan 5% van het lichaamsgewicht binnen één maand), of bijna elke dag een afgenomen of toegenomen eetlust.
 4. Insomnia of hypersomnia, bijna iedere dag.
 5. Psychomotorische agitatie of vertraging, bijna elke dag (waarneembaar door anderen, en niet alleen subjectieve gevoelens van rusteloosheid of geremd worden).
 6. Vermoeidheid of verlies van energie, bijna iedere dag.
 7. Gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens (die het karakter van een waan kunnen hebben), bijna elke dag (niet alleen zelfverwijt of schuldgevoel over het ziek zijn).
 8. Verminderd vermogen tot nadenken of concentreren, of besluiteloosheid, bijna elke dag (ofwel subjectief beschreven ofwel geobserveerd door anderen).
 9. Recidiverende gedachten aan de dood (niet alleen de vrees om dood te gaan), recidiverende suïcidegedachten zonder een specifiek plan, of een suïcidepoging, of een specifiek plan om suïcide te plegen.
- B. De symptomen veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- C. De episode kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel of een andere somatische aandoening.

* De auteursgroep heeft zich gebaseerd op de Whooley-questions die in tegenstelling tot de DSM-5 een tijdspanne van één maand vooropstellen.

Stap 6: Schat de ernst van de depressie in.

Beoordeel daarvoor:

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

Beoordeel hiernaast ook:

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

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

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

Samenwerking

We verwijzen naar een belangrijke studie die aantoonde dat opleiding alleen onvoldoende impact heeft op de attitude van huisartsen t.o.v. depressie, maar dat samenwerking en implementatie van aanbevelingen hierbij primeert.¹⁷

In het 'collaborative model' wordt een intensieve en geïntegreerde aanpak ontwikkeld door een eerstelijnswerker, een specialist in geestelijke gezondheidszorg en een casemanager (zie verder).¹⁸ In de eerste lijn in Vlaanderen kan een eerstelijnspsycholoog hierbij een belangrijke rol spelen.

Basis van de aanbeveling

Voor de aanbevelingen in deze klinische vraag werd grotendeels vertrokken vanuit de vorige Domus Medica-aanbeveling. De aanbevelingen en het onderbouwende wetenschappelijk bewijs uit de voorgaande Domus Medica-aanbeveling werden vergeleken met de kernboodschappen van NICE en NHG.¹⁹

Bovendien werd per specifieke aanbeveling of een deel daarvan, zoals hieronder aangegeven, recentere literatuur nagekeken en verwerkt.

Het is in de eerste lijn niet zinvol om naar depressie te screenen.²⁰ In een systematische review van 2014 blijkt de in de Verenigde Staten geldende aanbeveling om patiënten in de eerste lijn routinematig op depressie te screenen niet ondersteund te worden door RCT's en bovendien patiënten aan mogelijke nadelen bloot te stellen. Op basis van deze gegevens hebben ook de Canadese autoriteiten hun aanbeveling rond screening van depressie bijgesteld.

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

Het belang van de twee vragen in de depressie-anamnese, de zogenaamde 'Whooley questions', wordt zowel door NICE als door de Domus Medica-aanbeveling uit 2008 onderbouwd.²² De eerste hanteert een maand als periode, de tweede een periode van twee weken. We kiezen voor een periode van één maand en volgen daarmee de originele formulering van de 'Whooley questions' uit 1994.²³

Uit de vorige Domus Medica-richtlijn weten we dat de sensitiviteit van deze tweevragentest 97% bedraagt en de specificiteit 67%.²⁴ Een recente meta-analyse uit 2015 bevestigt deze hoge sensitiviteit en gemiddelde specificiteit en toont aan dat de twee vragen voldoende kracht hebben om een depressie uit te sluiten. Deze meta-analyse geeft onvoldoende wetenschappelijk bewijs over de waarde van een derde vraag, namelijk of de patiënt voor zijn vermoeden van depressie ook daadwerkelijk hulp wil.²⁵

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

We verkiezen de ernstinschatting zoals geformuleerd in de Domus Medica-aanbeveling van 2008 boven bestaande gestructureerde tools die de ernst van depressie bij de diagnose inschatten (zoals de PHQ-9 vragenlijst), omdat meer gestructureerde tools in de literatuur geen meerwaarde bewezen hebben in de eerste lijn.²⁷ Het is onduidelijk wat de waarde is in een eerstelijnssetting van in psychiatrische settings gebruikte ernstschalen, zoals de klassieke Hamilton, Beck depressieschaal (BDI-II) en de PHQ-9. Het afnemen van dergelijke schalen volstaat niet om de diagnose van depressie te stellen. De Domus Medica-aanbeveling uit 2008 neemt op een voor de eerste lijn haalbare en bevattelijke manier drie elementen mee die in een brede ernstinschatting van belang zijn, namelijk: de intrinsieke ernst van de depressie zelf, de weerbaarheid of veerkracht (resilience) van de patiënt versus negatief voorbeschikende factoren of zwaktes van de patiënt en de context waarin de depressie zich voordoet.

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

VERWIJZING NAAR (OF OVERLEG MET) DE PSYCHIATER

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

Aanbeveling

- Indicaties voor verwijzing naar (of overleg met) een psychiater voor diagnostisch of therapeutisch advies:
 - depressie met psychotische kenmerken (GCP);
 - bipolaire stoornis (GCP);
 - suïciderisico (GCP);
 - onvoldoende verbetering of non-respons op de ingestelde behandeling (GCP);
 - bij onzekerheid over de ingestelde behandeling, bijwerkingen van de medicatie, het overschakelen van het ene op het andere antidepressivum of het gebruik van combinaties van medicatie (GCP);
 - recidief depressie met ernstig sociaal disfunctioneren, grote lijdensdruk of ernstige psychiatrische comorbiditeit (GCP).
-

Toelichting

Depressie met psychotische kenmerken en bipolaire stoornis

Depressies met psychotische kenmerken en depressies bij patiënten met een bipolaire stoornis zijn ernstige en complexe aandoeningen.

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

Suïciderisico

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

Onvoldoende respons en onzekerheid

Niet of onvoldoende verbeteren of blijvend disfunctioneren na een eerste of volgende behandelingsepisode van vier tot zes weken (therapieresistentie) kan te wijten zijn aan tal van factoren, waaronder onjuiste diagnose of comorbiditeit, ongunstige sociale omstandigheden, onvoldoende ondersteuning in de thuiscontext, gebrekkige motivatie en therapietrouw, onvoldoende effect of bijwerkingen van de psychofarmaca.

Bij onzekerheid over de diagnose of behandeling doet de huisarts er goed aan om een psychiater te raadplegen voor advies of de patiënt te verwijzen.

Over de behandeling van therapieresistente depressie bestaat weinig wetenschappelijk bewijs. Bij overschakeling van antidepressiva in geval van therapieresistentie of bij associatie van meerdere psychofarmaca is het zinvol om psychiatrisch advies in te winnen (*zie verder*). Hetzelfde geldt indien storende bijwerkingen optreden.

Recidief

Recidief na een eerste depressieve episode is frequent. De behandeling en eventuele vervolgbehandeling van een recidief depressie, zeker indien meerdere recidieven opgetreden zijn, zijn minder eenduidig dan van een eerste episode, zodat ook hier psychiatrisch advies aangewezen is.

Comorbiditeit

Tevens gaat de ziekte vaak gepaard met andere psychiatrische (en somatische) aandoeningen, zoals: angststoornissen, slaapstoornissen, alcohol- en drugmisbruik, persoonlijkheidsproblematiek, ADHD en dwangstoornis. Bij comorbiditeit is de diagnostiek en behandeling van depressie moeilijker en is het aan te raden de patiënt te verwijzen naar een psychiater.

Basis van de aanbeveling

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

In de bijkomende literatuursearch is er consensus dat een bipolaire stoornis of een depressie met psychotische kenmerken ernstige en complexe aandoeningen zijn, waarvoor psychiatrische expertise is vereist.³³

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

Indicaties voor verwijzing bij onvoldoende respons, onzekerheid en recidief behoren eveneens tot 'good clinical practice' (*zie verder*). Comorbiditeit met andere psychiatrische aandoeningen als indicatie voor verwijzing wordt in geen van beide richtlijnen uitgelegd. Voor de toelichting baseerden we ons op aanvullende literatuur.³⁶

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

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

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

SUÏCIDERISICO

Hoe bevraagt de huisarts het suïciderisico bij patiënten met vermoeden van depressie en hoe schat de huisarts de ernst van het suïciderisico in?

Aanbeveling

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

Toelichting

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

Suïcideplannen

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

Relevante factoren

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

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

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

- leeftijd: mannen vanaf middelbare leeftijd hebben een hoger risico;
- geslacht: suïcide komt meer voor bij mannen;
- suïcide in de familie bij eerste- en tweedegraadsverwanten: een familiale voorgeschiedenis van suïcide doet het risico stijgen;
- persoonlijkheid: het is aannemelijk dat een gebrek aan probleemoplossend vermogen het risico doet stijgen. Andere factoren die mogelijk een rol spelen, zijn neuroticisme, perfectionisme en seksuele geaardheid.

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

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

Vlaamse huisartsen kunnen zich bij het inschatten van en omgaan met suïciderisico telefonisch laten bijstaan door de ASPHA-equipe, bereikbaar via 024/243000 (elke werkdag bereikbaar tussen 9 en 21 uur) en www.zelfmoord1813.be/aspha. ASPHA staat voor Advies Suïcidepreventie voor Huisartsen en Andere hulpverleners. Ook een evaluatie op zeer korte termijn door de eerstelijnspsycholoog (ELP) (Vlaamse context) of psycholoog (Vlaamse en Waalse context) kan aan de orde zijn. Voor mensen met suïcidedgedachten biedt het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie via dezelfde site een online zelfhulp cursus aan, 'Think life' genaamd.⁴⁰

Basis van de aanbeveling

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

Ook de aanbeveling rond het bevragen van andere relevante factoren is gebaseerd op de NHG-standaard die zich baseert op de multidisciplinaire richtlijn 'Suïcidaal gedrag'.⁴⁴ NHG nam in zijn tekst de factoren over die best onderbouwd zijn.⁴⁵ Dat een eerdere suïcidepoging het risico doet stijgen, is onder meer gebaseerd op een meta-analyse van 23 onderzoeken van Harris en Barraclough.⁴⁶

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

DIAGNOSE VAN DEPRESSIE BIJ OUDEREN

Wat zijn de aandachtspunten bij de diagnostiek van depressie bij ouderen?

Aanbeveling

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

Toelichting

Differentiaaldiagnose

Door meer op de voorgrond staan van somatische klachten (zoals misselijkheid, duizeligheid, algemeen onwel zijn, moeheid, verlaagd energieniveau, slapeloosheid,...) is depressie op oudere leeftijd niet altijd gemakkelijk te onderscheiden van andere *somatische ziektebeelden*.

Normale problemen van de oudere leeftijd – zoals verlieservaringen, verminderd sociaal netwerk en verminderd sociaal functioneren – moeten in de differentiaaldiagnose van depressie meegenomen worden en kunnen mee aan de basis van een depressie liggen.⁴⁸

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

De cognitieve symptomen bestaan bij depressie vooral uit vertraging en concentratiestoornissen, terwijl bij dementie er in het begin vooral problemen zijn met het opslaan van nieuwe informatie (en de patiënt dit defect dikwijls tracht te verdoezelen). Taal en handelen zijn bij depressie eerder normaal in tegenstelling tot dementie. Bij depressie staat eerder de verandering in stemming en de anhedonie op de voorgrond, terwijl bij dementie de patiënt vaak een labiele stemming heeft, met momenten van genieten. Dagschommelingen, slaapstoornissen, lichamelijke klachten en bijvoorbeeld verminderde eetlust zullen dan weer eerder bij het begin van een depressie op de voorgrond staan, terwijl deze klachten bij dementie niet zozeer in het begin verwacht worden.

Depressieanamnese

Volg in de diagnostiek van depressie bij ouderen de volgorde van bevragen zoals besproken onder de eerste klinische vraag.

Het is onduidelijk of het afnemen van specifieke vragenlijsten, zoals de GDS-15, in de eerste lijn enige meerwaarde heeft in de diagnostische evaluatie van depressie op oudere leeftijd. Er zijn vraagtekens bij de validiteit en bruikbaarheid van vragenlijsten en ernstscales in de huisartsenpraktijk. Een positief scoren op vragenlijsten vraagt in elk geval achteraf nog een navragen van ernst, duur en weerslag van de depressie op het functioneren van de oudere.

Basis van de aanbeveling

De ADAPTE-procedure kon hier niet worden toegepast. Noch NICE noch NHG geven specifieke aanbevelingen omtrent de diagnostiek van depressie bij ouderen, met uitzondering van de plaats van vragenlijsten besproken door NHG. Over het gebruik van deze specifieke vragenlijsten bij ouderen met depressie wordt de opmerking van Van Weel gevolgd waarbij zowel de validiteit als de bruikbaarheid van deze vragenlijsten en ernstscales in de eerste lijn in vraag wordt gesteld.⁴⁹

Om tot bovenstaande aanbevelingen te komen werd een bijkomende literatuurschatting gedaan, waarbij vooral een Clinical Review van Rodda en een review van Mojtabai gebruikt werden.⁵⁰

De auteursgroep vond het belangrijk om, ondanks het zwakke wetenschappelijk bewijs, specifieke aanbevelingen voor ouderen te formuleren, en dit om meerdere redenen. Huisartsen zien vaak als enige hulpverlener deze patiënten, bijvoorbeeld omdat sommige ouderen niet wensen verwezen te worden. LOK-groepen bevestigden de nood aan aanbevelingen voor ouderen, en ook onderzoeksmatig is er toenemende aandacht voor deze kwetsbare leeftijdsgroep.

ZORG- EN THERAPIEPLAN BIJ DEPRESSIE

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

Aanbeveling

- Geef informatie over de diagnose en het verwachte verloop. Bied ondersteuning en streef naar een geïnformeerde toestemming over de behandeling (*Grade 1C*).
 - Onderneem de volgende algemene maatregelen:
 - besteed, indien nodig, aandacht aan slaaphygiëne (*GCP*);
 - doe aan 'active monitoring': volg de betrokkene actief op en geef een vervolgspraak na een tweetal weken. Contacteer de betrokkene als hij de vervolgspraken niet nakomt (*GCP*).
 - Overweeg om, in overleg met de patiënt, een van de volgende niet-medicamenteuze behandelingen op te starten:
 - dagstructurering (*GCP*) en activiteitenplanning (*Grade 1C*);
 - laagintensieve psychologische behandelingen, zoals begeleide zelfhulp (*Grade 2C*), groepsprogramma's voor fysieke activiteit (*Grade 2C*) en cognitieve gedragstherapie (CGT) in groep (*Grade 2B*).
 - Schrijf niet routinematig antidepressiva voor bij patiënten met een milde en matige depressie (*Grade 1B*).
-

Toelichting

Informatie

Benoem de problematiek als 'depressie'. Als de patiënt hierbij vragen of weerstand heeft, luister dan welke bezwaren hij heeft tegen de diagnose en geef daar voorrang aan.

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

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

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

Algemene maatregelen

- Geef zo nodig slaapadvies.
- 'Active monitoring': spreek een vervolgspraak af na twee weken. Deze termijn is individueel te bepalen. Het is belangrijk om ook patiënten die geen andere therapie nodig hebben of

willen, regelmatig te zien op raadpleging om in te schatten hoe het gaat, adviezen te geven en ondersteuning te bieden zo nodig.

Dagstructurering en activiteitenplanning

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

Laagintensieve psychologische behandelingen

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

- *individuele begeleide zelfhulp* gebaseerd op de principes van cognitieve gedragstherapie: in dergelijk zelfhulpprogramma krijgen patiënten geschreven materiaal op papier of via de computer. Het model van cognitieve gedragstherapie wordt uitgelegd en er wordt gewerkt met opdrachten. Een getrainde hulpverlener faciliteert gedurende negen à twaalf weken. In België bestaan er een aantal boeken en webbased initiatieven. Helaas is er nog geen labeling. Om die reden vermelden we hier geen titels noch websites.
- *gestructureerd groepsprogramma voor fysieke activiteit*: dit zijn trainingsprogramma's in groep, meestal een drietal keer per week, gedurende een drietal maanden. Momenteel wordt deze therapie in België niet of amper aangeboden.
- *groepsprogramma cognitieve gedragstherapie*: meestal worden er tien à twaalf sessies georganiseerd voor een groepje van een tiental patiënten. Deze therapie wordt onder meer via Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) aangeboden.

Medicatie

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

Basis van de aanbeveling

De aanbeveling rond voorlichting en informatie is gebaseerd op de NICE-richtlijn en conform de NHG-standaard.⁵¹ NICE geeft geen onderbouwend wetenschappelijk bewijs.⁵² NHG baseert zich op een onderzoek van Prins naar de zorgbehoefte bij patiënten met depressie of een angststoornis in de eerste lijn.⁵³ Er bleek behoefte aan informatie over de aandoening, behandelmogelijkheden en beschikbare voorzieningen. Voorlichting van de patiënt en het laten participeren in de beslissing van de therapiekeuze blijken de compliance te verhogen en een gunstiger therapeutisch resultaat te geven. Dat blijkt ook uit kwalitatief en observationeel onderzoek.⁵⁴ Een systematisch literatuuroverzicht suggereert dat het type van behandeling minder belangrijk is dan dat de patiënt deelneemt aan een therapeutisch programma.⁵⁵

De aanbevelingen rond slaapadvies en opvolgfrequentie zijn gebaseerd op de adviezen van NICE en NHG en gebaseerd op consensus.⁵⁶ Ook de herziene BAP-richtlijn van 2015 raadt dit aan.⁵⁷

De aanbevelingen over dagstructurering en activiteitenplanning zijn overgenomen uit de NHG-standaard Depressie en respectievelijk gebaseerd op consensus en een meta-analyse van gerandomiseerde effectstudies van Cuijpers.⁵⁸ De meta-analyse toont een verschil in effectgrootte van 0,87 (95%-BI: 0,60-1,15), wat als groot wordt beschouwd.

De aanbeveling over individuele begeleidde zelfhulp is een adaptatie van de NICE-richtlijn die zich baseert op vijf studies die aantonen dat deze zelfhulp met korte frequente 'support' een groot effect heeft op zelfgerapporteerde depressiesymptomen tegenover de controlegroep (waitlist control) (SMD -0,98; 95%-BI: -1,50 tot -0,47).⁵⁹ Deze aanbeveling is ook conform NHG en conform een health technology assessment uit 2010.⁶⁰ Voor andere uitkomstmaten en andere types van zelfhulp is de effectiviteit minder duidelijk. Gezien de 'indirectness' en de heterogeniteit wordt globaal het wetenschappelijk bewijs als matig tot zwak beschouwd.

Ook het deel van de aanbeveling rond zelfhulp via de computer is een adaptatie van de NICE-richtlijn die het volgende besluit uit een meta-analyse: *"De depressiescores op het einde van de therapie tonen een klein tot middelmatig effect ten voordele van cognitieve gedragstherapie via de computer, en dit voor patiënten met verschillende ernst van depressieve symptomen (SMD -0,40; 95%-BI: -0,58 tot -0,22)."*⁶¹ Het wetenschappelijk bewijs is beperkter voor de effectiviteit op langere termijn. Net als bij de hoger genoemde begeleidde zelfhulp is hier sprake van heterogeniteit en wordt het wetenschappelijk bewijs als matig tot zwak beschouwd.

De aanbeveling over een groepsprogramma fysieke activiteit is ook een adaptatie van NICE die zich baseert op een moeilijk te analyseren grote dataset met grote variatie in populatie, types fysieke activiteit en comparators. De data suggereren dat fysieke activiteit effectiever is dan geen fysieke activiteit voor het verminderen van depressieve klachten bij patiënten met milde tot matige depressie (clinician-rated scores: SMD -1,26; 95%-BI: -2,12 tot -0,41; self-reported scores: -0,83; 95%-BI: -1,31 tot -0,34). Dit effect was minder bij follow-up (clinician-rated scores op 24 weken: SMD 0,15; 95%-BI: -0,67 tot 0,97; en op 34-36 weken: SMD -0,38; 95%-BI: -0,75, -0,01; self-rated scores op 4 weken: SMD -1,58; 95%-BI: -2,09 tot -1,08; op 8 weken: SMD -1,06; 95%-BI: -1,53 tot -0,59; en op 34 weken: SMD -0,24; 95%-BI: -0,67 tot 0,18). Ook een Cochrane review van 2013 besluit dat lichaamsbeweging effectiever lijkt dan de controle-interventies voor het verminderen van de symptomen, maar dit effect is minder duidelijk als enkel methodologisch robuuste trials geanalyseerd worden.⁶² Het is zinvol om als huisarts een depressieve patiënt in het kader van activering en structurering lichaamsbeweging aan te raden, maar het blijft onduidelijk wat de specifieke impact van bewegen op een depressie is.

De aanbeveling rond cognitieve gedragstherapie in groep is een adaptatie van de NICE-richtlijn die zich onder meer baseert op vier studies die cognitieve gedragstherapie in groep vergelijken met wachtlijst of 'treatment as usual'.⁶³ Er bleek een significant medium effect te

zijn op depressiescores op het einde van de therapie (SMD -0,60; 95%-BI: -0,84 tot -0,35) en na zes maanden (SMD -0,40; 95%-BI: -0,83 tot 0,02). Deze vorm van therapie blijkt dus een effectieve behandeling te zijn voor mensen met milde depressie. Gezien de studies hierboven een bepaald therapeutisch 'programma' bestudeerden en we hier extrapoleren, wordt het wetenschappelijk bewijs als matig beschouwd. Groepsprogramma's zijn 'intensiever' dan begeleide zelfhulp, maar minder intensief dan psychotherapie, en worden hier voor de eenvoud onder de laagintensieve therapieën ondergebracht, in tegenstelling tot NICE die dit afzonderlijk bespreekt.

De aanbeveling rond antidepressiva is een adaptatie van de NICE-richtlijn en ook in overeenstemming met de adviezen van NHG.⁶⁴ NICE baseert zich op de zwakke kosten-batenverhouding voor het gebruik van antidepressiva. Er is wetenschappelijk bewijs dat antidepressiva werkzamer zijn dan placebo, maar er zijn meer ongewenste effecten. Bovendien is er wetenschappelijk bewijs dat antidepressiva minder werkzaam zijn bij mensen met minder ernstige symptomen. NHG baseert zich op twee grote meta-analyses van Kirsch en Fournier en raadt aan om bij milde depressies antidepressiva niet als standaard starttherapie te gebruiken.⁶⁵ Ook een meer recente publicatie van Cameron kon de werkzaamheid van antidepressiva bij milde depressies niet aantonen.⁶⁶

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

Aanbeveling

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

Toelichting

Niet-medicamenteuze aanpak

Voorlichting of psycho-educatie van de patiënt is erg belangrijk. Informeer de patiënt over de diagnose depressie en over het verwachte verloop.

Bespreek het belang van dagstructurering en probeer samen met de patiënt een haalbaar activiteitenplan op te stellen (zie verder). Ook slaaphygiënetips kunnen aan bod komen. Hiervoor verwijzen we naar de Domus Medica-aanbeveling Aanpak van slapeloosheid.⁶⁷

Behandeling

Start een behandeling met een antidepressivum én verwijst naar een psycholoog voor gespecialiseerde psychotherapie, bij voorkeur cognitieve gedragstherapie (CGT). Cognitieve gedragstherapie is op basis van wetenschappelijk bewijs als eerste keuze aan te bevelen. Ook tot de mogelijkheden behoren relatietherapie (indien vermoed wordt dat de relatie de problematiek onderhoudt, of indien verwacht wordt dat het betrekken van de partner therapeutische winst kan opleveren), problem solving-therapie of kortdurende psychodynamische therapie.

Volgende websites kunnen helpen bij de zoektocht naar een therapeut:

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

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

Naast verwijzing voor psychotherapie start de huisarts ook een antidepressivum en volgt op.

Opvolgfrequentie

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

Mobiele crisisteams

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

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

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

Psychiater

Indicaties voor verwijzing naar een psychiater en toelichting zijn terug te vinden onder de tweede klinische vraag.

Basis van de aanbeveling

De aanbeveling rond voorlichting is gebaseerd op de NICE-richtlijn en conform de NHG-standaard.⁶⁸ NICE geeft geen onderliggend wetenschappelijk bewijs.⁶⁹ NHG baseert zich op een onderzoek van Prins naar de zorgbehoefte bij patiënten met depressie of een angststoornis in de eerste lijn.⁷⁰ Er bleek behoefte aan informatie over de aandoening, behandelmogelijkheden en beschikbare voorzieningen. Voorlichting van de patiënt en het laten participeren in de beslissing van de therapiekeuze blijken de compliance te verhogen en een gunstiger therapeutisch resultaat te geven. Dat blijkt ook uit kwalitatief en observationeel onderzoek.⁷¹ Een systematisch literatuuroverzicht suggereert dat het type van behandeling minder belangrijk is dan dat de patiënt deelneemt aan een gestructureerd therapeutisch programma.⁷²

Het bespreken van slaaphygiëne is overgenomen uit NICE en NHG en gebaseerd op consensus.⁷³ De aanbevelingen rond dagstructurering en activiteitenplanning zijn overgenomen uit de NHG-standaard Depressie en respectievelijk gebaseerd op consensus en een meta-analyse van gerandomiseerde effectstudies van Cuijpers.⁷⁴ De meta-analyse toont een verschil in effectgrootte van 0,87 (95%-BI: 0,60-1,15), wat als groot wordt beschouwd.

De aanbeveling over de combinatie medicamenteuze behandeling met psychotherapie is een adaptatie van de richtlijn van NICE.⁷⁵ Het KCE beveelt hetzelfde aan.⁷⁶ NHG daarentegen raadt mensen met een depressie en een ernstig sociaal functioneren aan om te starten met antidepressiva of psychotherapie en pas bij onvoldoende effect over te gaan tot een combinatie van beide therapieën.⁷⁷

Het onderliggende wetenschappelijk bewijs van beide richtlijnen geeft tegenstrijdige resultaten. De meeste publicaties waarop NICE zich baseert, tonen een voordeel aan van het toevoegen van psychotherapie (cognitieve gedragstherapie (CGT) en interpersoonlijke therapie (IPT)) aan medicamenteuze behandeling.⁷⁸ NICE baseert zich hiervoor onder meer op drie gerandomiseerde trials van hoge kwaliteit.⁷⁹ NHG geeft enkel onderbouwing voor toevoegen van IPT aan medicamenteuze behandeling en baseert zich hiervoor op een meta-analyse van tien RCT's van Cuijpers.⁸⁰

Na het nakijken van het onderliggende wetenschappelijk bewijs van het NHG, KCE en NICE werd beslist om de combinatie van antidepressiva én psychotherapie aan te bevelen, en dit conform de vorige Domus Medica-aanbeveling Depressie en conform de feedback verkregen van de Vlaamse en Franstalige experts (*zie verder*).⁸¹

De aanbeveling rond opvolgfrequentie is gebaseerd op de adviezen van NICE en NHG en louter gebaseerd op consensus.⁸²

Rond het inschakelen van mobiele teams is er momenteel onvoldoende wetenschappelijk bewijs.⁸³ De aanbeveling is overgenomen uit de NICE-richtlijn en gebaseerd op consensus.⁸⁴

Indicatie voor verwijzing is gebaseerd op consensus.

NIET-MEDICAMENTEUZE AANPAK VAN DEPRESSIE

Hoe vult de huisarts de niet-medicamenteuze aanpak in?

Aanbeveling

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

Toelichting

Ondersteuning van de patiënt

Geef informatie over de symptomen, de mogelijke oorzaken en de prognose. Leg bij depressieve klachten uit dat zij vaak voorkomen en meestal van voorbijgaande aard zijn. Soms zijn de klachten gerelateerd aan problemen of zorgen op belangrijke levensgebieden (gezin, relatie, werk, gezondheid,...) en is het goed om te kijken of die problemen aangepakt kunnen worden. Leg bij een depressie uit dat meerdere factoren (familiale factoren, biologische factoren, sociale problemen, traumatische (verlies)ervaringen,...) een rol kunnen spelen bij het ontstaan en recidiveren van een depressie.

Geef informatie over het beloop: 60% is na een half jaar hersteld. Maak duidelijk dat de patiënt invloed kan uitoefenen op het herstel; een actieve houding en levenswijze hebben een gunstige uitwerking. Terughoudendheid in het gebruik van alcohol en drugs is belangrijk om het herstel te bevorderen.

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

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

- VVG (Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg): http://issuu.com/ggvlaanderen/docs/vvgg_depressie_2008
- Geestelijk Gezond Vlaanderen: www.geestelijkgezondvlaanderen.be/depressie

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

Ondersteun de patiënt en werk in een vertrouwensrelatie die een niet-moraliserende, hoopvolle en optimistische houding weerspiegelt.

Stel de verschillende behandel- en ondersteuningsmogelijkheden voor – zowel wat die inhouden als wat men ervan kan verwachten – vooraleer effectief met een behandeling te starten (geïnformeerder toestemming).

Ondersteuning van familie en betrokkenen

Voorzie in degelijke, en bij voorkeur geschreven, informatie. In de reeds vermelde folder van de VVGG staan tips voor partner, familie en vrienden: http://issuu.com/ggvlaanderen/docs/vvgg_depressie_2008.

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

Algemene maatregelen

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

Belangrijk is dat het dagprogramma haalbaar is en dus 'succeservaringen' kan opleveren. Besteed aandacht aan een goede balans tussen 'taken', 'plezierige activiteiten' en 'ontspanning'. Deze balans is belangrijk omdat depressieve patiënten doorgaans weinig plezierige activiteiten ondernemen, waardoor een neerwaartse stemmingsspiraal meer kansen krijgt. Begin met het probleem 'te weinig plezierige activiteiten' aan te geven en met het formuleren van een haalbaar doel, bijvoorbeeld (minimaal) één (eventueel voorheen) plezierige activiteit per dag of per week. Stimuleer de patiënt om zelf na te denken over mogelijkheden en de voor hem meest passende oplossing te kiezen. De taak van de huisarts is niet zozeer om het dagprogramma in te vullen, maar om de patiënt te stimuleren zelf zijn/haar activiteiten te bedenken en om de haalbaarheid en de balans te helpen bewaken.

Adviseer om dagelijks even buitenshuis te zijn, gezond te eten en sociale contacten te onderhouden. Adviseer fysieke activiteit, omdat dit bijdraagt aan een positief gevoel en een betere conditie. Hou uiteraard rekening met de fysieke gesteldheid maar ook met de belangstelling van de patiënt. Het kan helpend zijn om bij het opstellen van het dagstructureringsprogramma de mantelzorgers van de betrokkene te betrekken.

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

Basis van de aanbeveling

De aanbevelingen over informatie, ondersteuning en geïnformeerde toestemming zijn gebaseerd op de NICE-richtlijn en conform de NHG-standaard.⁸⁵ NICE geeft geen onderbouwd wetenschappelijk bewijs.⁸⁶ NHG baseert zich op een onderzoek van Prins naar de zorgbehoefte bij patiënten met depressie of een angststoornis in de eerste lijn.⁸⁷ Er bleek behoefte aan informatie over de aandoening, behandelmogelijkheden en beschikbare voorzieningen. Voorlichting van de patiënt en het laten participeren in de beslissing van de therapiekeuze blijken de compliance te verhogen en een gunstiger therapeutisch resultaat te geven. Dat blijkt ook uit kwalitatief en observationeel onderzoek.⁸⁸ Een systematisch literatuuroverzicht suggereert dat het type van behandeling minder belangrijk is dan dat de patiënt deelneemt aan een (gestructureerd) therapeutisch programma.⁸⁹

De aanbeveling over ondersteuning van familie en zorgverleners is gebaseerd op de NICE-richtlijn en gebaseerd op consensus.⁹⁰

De aanbeveling over slaaphygiëne en 'active monitoring' is eveneens gebaseerd op de NICE-richtlijnen en is gebaseerd op consensus.⁹¹ NHG geeft gelijkaardige adviezen.⁹²

De aanbevelingen rond activiteitenplanning en dagstructurering zijn overgenomen uit de NHG-standaard Depressie en respectievelijk gebaseerd op consensus en een meta-analyse van gerandomiseerde effect studies van Cuijpers.⁹³ De meta-analyse toont een verschil in effect grootte van 0,87 (95%-BI: 0,60-1,15), wat als groot wordt beschouwd.

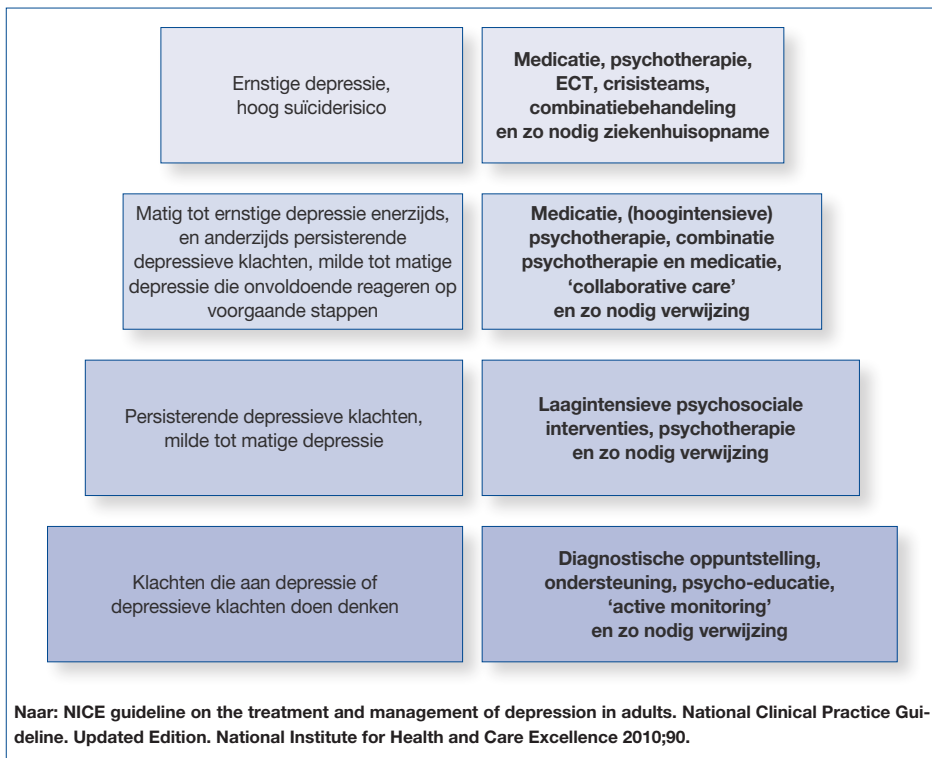
Wanneer verwijst de huisarts voor (welk soort) psychotherapie?

Aanbeveling

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

Toelichting

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



Laagintensieve psychologische behandelingen

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

Mogelijkheden van laagintensieve psychosociale en psychotherapeutische interventies zijn:

- *Gestructureerde zelfhulp* op basis van de principes van de cognitieve gedragstherapie, gedragsactivatie en problem solving-technieken. Zelfhulpboeken en het internet bieden hierin mogelijkheden. Er zijn ook apps te vinden met stemmingmeters en informatie over hoe negatieve gedachten beïnvloed kunnen worden. Let wel dat niet alle online hulpverlening laagintensief is en dat er tot nog toe in België geen kwaliteitslabeling door een externe organisatie gebeurt. Om die reden worden hier geen voorbeelden gegeven.
- Verschillende vormen van *therapie in groep*, zoals psycho-educatieve groepen en programma's voor beweging in groep.

Het is van belang dat de huisarts een overzicht heeft van de verschillende mogelijkheden in

zijn regio. Er bestaat het meeste wetenschappelijk bewijs voor psychotherapeutisch interventies die gebaseerd zijn op cognitieve gedragstherapie.

(Hoogintensieve) psychotherapie

Verwijs hiervoor naar een psycholoog of GGZ-instelling (voorbeeld: CAW, CGG, eerstelijnspsycholoog voor het Vlaams landgedeelte,...). Voorwaarde voor een succesvolle psychotherapeutische behandeling is een goede motivatie van de patiënt.

Sluit aan bij de individuele voorkeuren van de patiënt: als de patiënt geen psychotherapie wenst, is verwijzing hiervoor niet zinvol. Verwijzing naar een eerstelijnspsycholoog (ELP) voor intensieve psychologische interventies heeft in ieder geval zijn beperkingen in de tijd (beperkt aantal sessies).

Relatietherapie

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

Basis van de aanbeveling

De aanbeveling over laagintensieve psychologische interventies is gebaseerd op de richtlijnen van NICE en conform NHG en SIGN.

Individuele begeleide zelfhulp: deze aanbeveling is een adaptatie van de NICE-richtlijn die zich baseert op vijf studies die aantonen dat deze zelfhulp met korte frequente 'support' een groot effect heeft op zelfgerapporteerde depressiesymptomen tegenover de controlegroep (waitlist control) (SMD -0,98; 95%-BI: -1,50 tot -0,47).⁹⁴ Deze aanbeveling is ook conform NHG en conform een health technology assessment uit 2010.⁹⁵ Voor andere uitkomstmaten en andere types van zelfhulp is de effectiviteit minder duidelijk. Gezien de 'indirectness' en de heterogeniteit wordt globaal het wetenschappelijk bewijs als matig tot zwak beschouwd.

Cognitieve gedragstherapie (CGT) via de computer (webbased CBT): ook het deel van de aanbeveling rond zelfhulp via de computer is een adaptatie van de NICE-richtlijn die het volgende besluit uit een meta-analyse: "De depressiescores op het einde van de therapie tonen een klein tot middelmatig effect ten voordele van cognitieve gedragstherapie via de computer, en dit voor patiënten met verschillende ernst van depressieve symptomen (SMD -0,40; 95%-BI: -0,58 tot -0,22)." Het wetenschappelijk bewijs is beperkter voor de effectiviteit op langere termijn. Net als bij de hoger genoemde begeleide zelfhulp is hier sprake van heterogeniteit en wordt het wetenschappelijk bewijs als matig tot zwak beschouwd.⁹⁶

Groepsprogramma fysieke activiteit: deze aanbeveling is ook een adaptatie van NICE die zich baseert op een moeilijk te analyseren grote dataset met grote variatie in populatie, types fysieke activiteit en comparators.⁹⁷ De data suggereren dat fysieke activiteit effectiever is dan geen fysieke activiteit voor het verminderen van depressieve klachten bij patiënten met milde tot matige depressie (clinician-rated scores: SMD -1,26; 95%-BI: -2,12 tot -0,41; self-reported scores: -0,83; 95%-BI: -1,31 tot -0,34). Dit effect was minder bij follow-up (clinician-rated scores op 24 weken: SMD 0,15; 95%-BI: -0,67 tot 0,97; en op 34-36 weken: SMD -0,38;

95%-BI: -0,75 tot -0,01; en voor self-rated scores op 4 weken: SMD -1,58; 95%-BI: -2,09 tot -1,08; op 8 weken: SMD -1,06; 95%-BI: -1,53 tot -0,59; en op 34 weken: SMD -0,24; 95%-BI: -0,67 tot 0,18). Ook een Cochrane review van 2013 besluit dat lichaamsbeweging effectiever lijkt dan de controle-interventies voor het verminderen van de symptomen, maar dit effect is minder duidelijk als enkel methodologisch robuuste trials geanalyseerd worden.⁹⁸ Het is zinvol om als huisarts een depressieve patiënt in het kader van activering en structurering lichaamsbeweging aan te raden, maar het blijft onduidelijk wat de specifieke impact van bewegen op een depressie is.

Groepsprogramma cognitieve gedragstherapie: de aanbeveling rond cognitieve gedragstherapie in groep is een adaptatie van de NICE-richtlijn die zich onder meer baseert op vier studies die cognitieve gedragstherapie in groep vergelijken met wachtlijst of 'treatment as usual'.⁹⁹ Er bleek een significant medium effect te zijn op depressiescores op het einde van de therapie (SMD -0,60; 95%-BI: -0,84 tot -0,35) en na zes maanden (SMD -0,40; 95%-BI: -0,83 tot 0,02). Deze vorm van therapie blijkt dus een effectieve behandeling te zijn voor mensen met milde depressie. Gezien de studies hierboven een bepaald therapeutisch 'programma' bestudeerden en we hier extrapoleren, wordt het wetenschappelijk bewijs als matig beschouwd. Groepsprogramma's zijn 'intensiever' dan begeleide zelfhulp, maar minder intensief dan psychotherapie, en worden hier voor de eenvoud onder de laagintensieve therapieën ondergebracht, in tegenstelling tot NICE die dit afzonderlijk bespreekt.

De aanbevelingen over psychotherapie en relatietherapie zijn een combinatie van informatie uit NICE, NHG en SIGN.¹⁰⁰ SIGN specificeert de therapievormen die in aanmerking komen.¹⁰¹ In consensus met de auteursgroep werden deze niet volledig overgenomen omdat sommige ervan irrelevant bleken in de Belgische context wegens niet aangeboden. De keuze voor een stapsgewijze aanpak sluit aan bij de algemeen geldende vorm van good clinical practice (GCP) waarbij naargelang de ernst van de aandoening en/of het onvoldoende blijken van voorgaande aanpak een volgende, een meer intensieve stap overwogen wordt (zie verder).

MEDICAMENTEUZE AANPAK VAN DEPRESSIE

Wat is de aanbevolen medicamenteuze behandeling van een depressie?

Aanbeveling

Antidepressiva

- Indicatiestelling voor antidepressiva:
 - schrijf bij milde en matige depressie niet routinematig antidepressiva voor (*Grade 1B*);
 - bij milde (en matige) depressies die meer dan twee jaar duren, de zogenaamde dysthyme of persisterende depressieve stoornissen, is een antidepressivum wel aangewezen (*Grade 2A*);
 - schrijf bij ernstige depressies ook een antidepressivum voor (*Grade 1A*).
- Keuze van antidepressivum:
 - kies in de eerste lijn voor een SSRI of een TCA (*Grade 1B*);
 - laat deze keuze afhangen van de te vermijden ongewenste effecten en de aanwezige comorbiditeit en/of comedatie (*GCP*);
 - er is binnen de groep van de SSRI's geen echt voorkeursproduct (*Grade 1B*);
 - binnen de groep van de TCA's is amitriptyline een sederend product met sterk anticholinerge werking. Nortriptyline is een eerder activerend product met minst anticholinerge werking (*Grade 1B*).
- Opstarten van antidepressiva (*GCP*):
 - bij de start van een SSRI is de startdosis gelijk aan de onderhoudsdosis;
 - bij de start van een TCA wordt gradueel opgebouwd tot de onderhoudsdosis. De onderhoudsdosis van een TCA is in de eerste lijn lager dan bij opgenomen patiënten. Bij de opstart van een antidepressivum moet de patiënt uitgebreid voorgelicht worden over de te verwachten gewenste en ongewenste effecten, alsook dient, zeker gedurende de eerste maand, een regelmatige opvolging (om de één à twee weken) gepland te worden;
 - bij patiënten jonger dan 30 jaar is bij de opstart van een antidepressivum een verhoogde aandacht voor eventuele toename van suïcidale ideatie gewenst;
 - (partiële) respons op het opgestarte antidepressivum wordt verwacht binnen de vier à zes weken.
- Voortzetten van de behandeling met antidepressiva: om herval te voorkomen is het aanbevolen de behandeling met antidepressiva ten minste zes maanden voort te zetten na een goede respons op de initiële behandeling en dat aan dezelfde dosis (*GCP*).
- Stoppen van antidepressiva: zie laatste klinische vraag.

Benzodiazepines

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

Antipsychotica

- Er is in de eerste lijn omwille van grote vragen wat kosten-batenbilan betreft, geen plaats voor het opstarten van een antipsychoticum in de aanpak van depressie (*GCP*).
-

Toelichting

Antidepressiva

Werkzaamheid en indicatiestelling van antidepressiva

Uit grote meta-analyses blijken antidepressiva vooral effectief te zijn bij ernstige depressies.¹⁰² De enkele studies waarover we beschikken over de medicamenteuze aanpak van milde depressies, hebben vraagtekens bij de werkzaamheid van deze middelen in die indicatie.¹⁰³ De aanpak van dysthyme stoornis wordt onderbouwd door de Cochrane review van Lima uit 2003 (ondertussen van het net gehaald), alsook door een meta-analyse van Cuijpers en één van Levkovitz.¹⁰⁴

Keuze van het antidepressivum

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

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

- **TCA's:** TCA's hebben meer anticholinerge effecten (monddroogte, obstipatie, urineretentie, gezichtsstoornissen, verwardheid en delirium), orthostatische hypotensie en duizeligheid, cardiovasculaire ongewenste effecten (hypotensie, tachycardie, ritmestoornissen), slaperigheid en sufheid (voornamelijk bij amitriptyline) en verhoogd risico op osteoporotische fracturen.¹⁰⁵ Net zoals bij de SSRI's worden ook met de TCA's verschillende ongewenste seksuele effecten beschreven. Monddroogte is een van de meest voorkomende ongewenste effecten bij het gebruik van TCA's en wordt als bewijs van compliance beschouwd. TCA's zijn bij overdosis potentieel letaal wegens onomkeerbare geleidingsstoornissen (AVblok).
- **SSRI's:** SSRI's geven meer kans op gastro-intestinale ongewenste effecten (nausea, diarree, anorexie), neurologische ongewenste effecten (geeuwen, slapeloosheid, angst), acathisie, agitatie en agressief gedrag, hyponatriëmie, gastro-intestinale bloedingen, vallen, osteoporotische fracturen, tandenknarsen, serotoninesyndroom (vooral in combinatie met andere medicatie zoals Sint-Janskruid).¹⁰⁶ SSRI's hebben net als TCA's een potentieel ongewenst effect op libido, erectiele functie, ejaculatie en orgasme. De gastro-intestinale effecten van SSRI's zijn meestal van voorbijgaande aard. De seksuele ongewenste effecten zijn weliswaar omkeerbaar bij medicatiestop, maar persisteren zolang het antidepressivum doorgegeven wordt. Het verdient de aanbeveling om deze ongewenste effecten actief na te vragen vermits zij mee de oorzaak kunnen zijn van verminderde compliance, vooral omdat deze ongewenste effecten vaak optreden vooraleer de gewenste effecten zich manifesteren.
- Er zijn mogelijke interacties tussen TCA's en andere geneesmiddelen die tevens via cytochroom P450 gemetaboliseerd worden. Ook met de SSRI's zijn er mogelijke interacties met andere geneesmiddelen die via het cytochroom P450 gemetaboliseerd worden. Die interacties zijn minder frequent met (es)citalopram en sertraline.

Besluit: TCA's zijn te kiezen bij de ziekte van Parkinson, bij gelijktijdige behandeling met NSAID's of anti-aggregantia of bij patiënten met een voorgeschiedenis van gastro-intesti-

nale bloeding. Wanneer er bij voorgeschiedenis van gastro-intestinale bloeding of concomitant gebruik van anti-aggregantia toch voor een SSRI gekozen wordt, verdient het de voorkeur om het SSRI met een PPI-type pantoprazole te associëren. TCA's zijn gecontra-indiceerd bij cardiale pathologie, belangrijk risico op zelfmoord of in situaties waarbij anticholinerge effecten, zoals prostatisme en hypotensie, vermeden moeten worden. SSRI's zijn vaak eerste keuze voor de behandeling van depressie bij patiënten met chronische fysieke aandoeningen.

Keuze volgens effectiviteit

Binnen de groep van de SSRI's is er onvoldoende wetenschappelijk bewijs om op basis van effectiviteit een product als voorkeur te kiezen, ook al zijn er enkele studies die escitalopram en sertraline als mogelijk een weinig meer effectief beoordelen dan andere SSRI's.¹¹⁴

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

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

Keuze volgens ongewenste effecten

Wat de productkeuze op basis van ongewenste effecten/geneesmiddeleninteractie/toxiciteit betreft, geldt voor de SSRI's dat fluvoxamine omwille van mogelijk meer ongewenste effecten niet meer als eerste keuze wordt beschouwd.¹¹⁵ Fluoxetine heeft een zeer lange halfwaardetijd en paroxetine een zeer korte, waardoor dit laatste product bij afbouw meer kans geeft op dervingsverschijnselen. Van citalopram en sertraline zijn er minder geneesmiddeleninteracties beschreven. Deze twee producten zijn bij ouderen het best onderzocht. Bij (es)citalopram is er de laatste jaren echter een toenemende bezorgdheid ontstaan in verband met een dosisafhankelijk verhoogd cardiaal risicoprofiel ten gevolge van QT-verlenging en daaruit ontstane ernstige ventriculaire ritmestoornissen zoals torsades de pointe (met plotse dood als gevolg), vooral bij overdosis.¹¹⁶ Deze gegevens hebben *La Revue Prescrire* doen besluiten om (es)citalopram als antidepressivum te vermijden en binnen de groep van SSRI's voor een ander antidepressivum te kiezen.¹¹⁷ Voorlopig volgen we de stelling van de *Folia Pharmacotherapeutica* waar de dosis van (es)citalopram tot een maximum wordt beperkt, zeker bij ouderen.¹¹⁸ Voor de TCA's geldt dat amitriptyline het meest anticholinerge product is en nortriptyline het minst anticholinerge.

Dosis van het antidepressivum

- *Dosis TCA's:* er wordt bij consensus voorgesteld om een nieuw opgestart TCA over een periode van bijvoorbeeld één week op te drijven van 25 mg naar 50 mg naar 75 à 100 mg als onderhoudsdosis in de eerste lijn. Wegens sedatief effect wordt amitriptyline 's avonds gegeven, nortriptyline omwille van een activerend effect 's ochtends.
- *Dosis SSRI's:* om ongewenste effecten te vermijden kan er bij de opstart van een SSRI overwogen worden om bijvoorbeeld gedurende één week met een halve dosis te starten

Andere antidepressiva

Andere antidepressiva, zoals de meer recente SNRI's venlafaxine en duloxetine, hebben geen meerwaarde of vertonen juist meer ongewenste effecten in de eerste lijn.¹⁰⁷ Venlafaxine is mogelijk iets effectiever dan de andere SSRI's, maar het klinisch belang van dit effect is onduidelijk en mogelijk meer van belang bij ernstig zieke patiënten of bij therapieresistente depressies.¹⁰⁸ Van reboxetine is het onduidelijk of dit product ook werkelijk effectief is.¹⁰⁹ Agomelatine wordt actief afgeraden wegens een ongunstige kosten-batenbilan.¹¹⁰ Mirtazapine zou een vluggere werking hebben, en ook voor dit product is in sommige meta-analyses een weinig verhoogde efficiëntie gesuggereerd, maar omwille van het bijwerkingenprofiel wordt dit product niet als eerste keus geselecteerd.¹¹¹ Ook het gebruik van Sint-Janskruid (*Hypericum perforatum*) wordt afgeraden wegens onduidelijkheid rond effectiviteit, werkzaam bestanddeel, dosering, ongewenste effecten en interacties met andere geneesmiddelen.¹¹²

Bupropion is een ouder antidepressivum dat ook gebruikt wordt als ondersteuning bij rookstop. Het is een amfetaminederivaat, maar wordt niet als dusdanig geregistreerd. De plaats van dit product in de aanpak van depressie is onduidelijk. *La Revue Prescrire* besteedde de voorbije jaren verschillende keren aandacht aan bupropion in het kader van rookstop en wees daarbij vooral op de potentiële bijwerkingen zoals agressie, depressie, suïcidale gedachten, ernstige allergische reacties (zoals angio-oedeem en Steven-Johnson syndroom) en afhankelijkheid.¹¹³ Om al die redenen raden we het gebruik van bupropion in de eerste lijn niet aan.

De oudere MAOI zijn geen eerste keus in de eerste lijn wegens hun potentiële toxiciteit en kans op ernstige interacties met andere medicaties, alsook met tyraminehoudende voedingsproducten (zoals kaas en wijn). Van het tussenproduct trazodone is de werking dermate sederend, dat dit product in werkzame dosis ongeschikt is als antidepressivum.

en dan naar onderhoudsdosis = gebruikelijke standaarddosis over te gaan. Bij consensus wordt een SSRI 's ochtends gegeven.

Opvolging van de start van een antidepressivum

De opstart van elk antidepressivum noodzaakt een strikte opvolging zowel wat werking, ongewenste effecten, compliance als mogelijke interactie met andere medicijnen betreft. Deze opvolging zal in het begin wekelijks of tweewekelijks zijn tot er (partiële) respons optreedt; dit is in principe binnen de vier à zes weken. Vanaf dan kan er een maandelijks opvolging gebeuren, naargelang de klinische noodzaak (*zie ook laatste klinische vraag*).

Gezien het in het begin van de behandeling voor gelijk welk antidepressivum niet uit te sluiten valt dat er een toename van suïcidale ideatie optreedt, is het zeker bij jongere patiënten (d.i. onder de 30 jaar) aangewezen om actief suïcidale ideatie te bevragen tijdens de opstart van de behandeling. Globaal gezien kan men stellen dat antidepressiva tegen suicide beschermen, maar juist in de jongere leeftijdscategorie (onder de 30 jaar) en zeker bij kinderen en adolescenten (buiten bestek van deze aanbeveling) is er toch een bewezen negatief effect van antidepressiva op suïcidale ideatie, waardoor overleg met de (kinder- of jeugd)psychiater geïndiceerd is.

Behandelingsduur

Het zes maanden lang behandelen van een patiënt met een eerste opstoot van ernstige depressie heeft vooral als doel om herval te voorkomen. *Zie ook laatste klinische vraag*.

Afbouw

Zie laatste klinische vraag.

Benzodiazepines

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

Antipsychotica

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

Therapieresistente depressie

Wanneer in de eerste lijn de behandeling van een depressie met een lege artis ingesteld antidepressivum binnen de zes à acht weken niet aanslaat, spreken we van een therapieresistente depressie (consensus). NICE maakt terecht de opmerking dat er geen echte categorie van therapieresistente patiënten bestaat (volgens NICE gedefinieerd als niet of onvoldoende reagerend op twee of meer antidepressiva) en spreekt eerder van een probleem van onvoldoende respons.¹¹⁹

De aanpak van therapieresistente depressies is niet eenduidig. Het ophogen van de gebruikelijke onderhoudsdosis van het gestarte SSRI heeft niet bewezen werkzaam te zijn, maar wordt toch frequent toegepast o.a. omdat een zeer grote interindividuele variatie bestaat in plasmaconcentraties en omdat er onzekerheid blijft over de effectieve dosis bij de individuele patiënt. Het ophogen van de in de eerste lijn gebruikte onderhoudsdosis TCA's (75 à 100 mg) dient omwille van te verwachten ongewenste effecten best in samenspraak met de psychiater gebeuren.

Het veranderen van klasse van antidepressiva, bijvoorbeeld van SSRI naar TCA, is een mogelijk werkzame aanpak. Naargelang het gebruikte product kan een (kort) medicamenteus vrij interval in functie van wash-out noodzakelijk zijn. Het combineren van verschillende klassen antidepressiva, bijvoorbeeld een SSRI (bv. citalopram) samen met een TCA (bv. nortriptyline) is een andere gebruikte methode. Weliswaar dient in deze situatie met mogelijke medicamenteuze interacties, alsook met een toename van ongewenste effecten, rekening gehouden te worden.

Ten slotte kan voor de optie van augmentatiestrategie gekozen worden: aan het opgestarte antidepressivum wordt respectievelijk een antipsychoticum (bv. quetiapine aan lage dosis – zie onder antipsychotica) of een stemmingsstabilisator (type lithiumzout, valproïnezuur of lamotrigine) toegevoegd. Omdat er in de literatuur over geen van deze strategieën eenduidigheid bestaat, en omdat sommige van de gebruikte strategieën, zoals de augmentatiestrategie, toch wel bijzondere voorzorgen en bekwaamheden vraagt, is het aangewezen om als huisarts een patiënt met therapieresistente depressie voor medicamenteus advies naar de psychiater door te verwijzen.

Ten slotte kan er bij therapieresistente depressies bij volwassenen (net als bij ouderen) mits goede indicatiestelling een plaats zijn voor verwijzing naar een centrum met expertise in elektroconvulsie therapie (ECT).

Basis van de aanbeveling

Antidepressiva

Werkzaamheid en indicatiestelling van antidepressiva

Zowel NICE als NHG volgen in de indicatiestelling van antidepressiva de stelling van de voorbije jaren dat er aandacht moet zijn voor een goed bilan tussen werkzaamheid en ongewenste effecten.¹²⁰ Onderstaande studies hebben in de eerste decade van de 21ste eeuw door

gebruik te maken van meta-analyse van ook niet-gepubliceerde studies nieuwe inzichten gebracht over de werkzaamheid van antidepressiva.¹²¹ Op dit moment blijft het, zeker in de eerste lijn, moeilijk om de juiste graad van werkzaamheid te bepalen. Commentatoren gaan in kritische geneesmiddelenpublicaties zoals *La Revue Prescrire*, *Arznei-Telegramm* of *Geneesmiddelenbulletin* uit van een werkzaamheid van minder dan de helft bij de medicamenteuze aanpak van depressies. We sluiten ons in deze update aan bij deze voorzichtige visie op het gebruik van medicatie, zeker als het over de aanpak van niet-ernstige depressies gaat.

Er is een groot placebo-effect bij het gebruik van antidepressiva. Het verschil tussen het antidepressivum en placebo is het grootst bij ernstige depressies.¹²² Studies tonen dat het effect van medicatie bij milde en matige depressie klinisch niet relevant is.¹²³ Ook Cameron kan in een meer recente meta-analyse de werkzaamheid van antidepressiva bij milde depressies niet aantonen.¹²⁴ Er is een belangrijke publicatiebias waardoor het effect van antidepressiva overschat wordt.¹²⁵ De meeste studies zijn van korte duur (zes tot acht weken) zodat de extrapolatie van gebruik van antidepressiva op langere termijn (tot zes maanden) vooral op klinische basis berust.¹²⁶ Antidepressiva zijn mogelijk ook minder werkzaam op oudere leeftijd (ouder dan 65 jaar) (*zie verder*).¹²⁷

Wat de aanpak van dysthyme stoornis of persisterende depressieve stoornis betreft, volgen we de aanpak voorgesteld door NHG en NICE waarbij er een klein effect van psychotherapie en een groter effect van antidepressiva op de symptomen van dysthymie wordt gezien.¹²⁸ Dit effect van antidepressiva wordt bevestigd door de BAP guideline van 2015 waar o.a. de meta-analyse van Levkovitz mee de werkzaamheid van antidepressiva voor de indicatie van dysthyme stoornis ondersteunt.¹²⁹

Keuze van antidepressiva

We sluiten ons in deze aanbeveling aan bij NHG en delen de visie van NICE – geen plaats voor TCA's in de eerste lijn – niet: na bekijken van het beschikbare onderliggende wetenschappelijk bewijs in de NICE guideline blijkt dat er ook in NICE geen verschil in werkzaamheid kan worden aangetoond. Er zijn met andere woorden sedert de publicatie van de eerste editie van de aanbeveling Depressie volgens ons geen nieuwe studies opgedoken die de werkzaamheid van TCA's, ook in de eerste lijn, in vraag stellen.

Wel blijft de discussie over (licht) verhoogde uitval van patiënten in studies met TCA's (en dan vooral met het sterk anticholinerge product amitriptyline) ten opzichte van SSRI's. In dat opzicht zijn de besluiten van de grote cohortstudie van Coupland et al. uit 2011 waarbij meer dan 60 000 ouderen met depressie in de eerste lijn retrospectief werden gevolgd, opzienbarend: oudere producten (waaronder TCA's, met uitzondering van trazodone) scoren wat ongewenste effecten (morbiditeit en mortaliteit) betreft, beduidend beter dan de nieuwere.¹³⁰ Wat de SNRI's en andere producten betreft, vinden we in nieuwe studies geen bewijs van meerwaarde of zijn er integendeel argumenten voor optreden van meer ongewenste effecten. Over keuzes binnen de klassen van antidepressiva volgen we de stelling van NHG (en NICE) dat de individuele producten weliswaar een ander werkingsprofiel hebben, maar wat effectiviteit betreft alle gelijkwaardig zijn. Wat ongewenste effecten en toxiciteit betreft, bijvoorbeeld bij overdosis, nemen we kennis van de stellingname van *La Revue Prescrire* om (es)citalopram waar mogelijk als antidepressivum te vermijden.¹³¹ We volgen hierbij voorlopig de instructies

van de *Folia Pharmacotherapeutica* van november 2012 waarbij volgens de richtlijnen van het Europees Geneesmiddelenbureau EMA voor citalopram beslist werd om de maximale dosis te verlagen tot 40 mg per dag bij volwassenen tot 65 jaar en tot 20 mg per dag bij patiënten ouder dan 65 jaar en voor escitalopram de maximale dosis bij volwassenen tot 65 jaar (20 mg per dag) te behouden, maar de maximale dosis bij volwassenen ouder dan 65 jaar te verlagen tot 10 mg per dag.¹³²

Praktische modaliteiten

In de discussie over dosis en moment van toediening wordt zowel NHG als NICE gevolgd, grotendeels op basis van consensus.¹³³ Alle literatuur – met inbegrip van NHG, NICE, maar ook bijvoorbeeld Hickie en WZC Repertorium – onderstreept het belang van het betrekken van de patiënt bij therapiekeuze, goede voorlichting van gewenste en ongewenste effecten, en een strikte opvolging van medicatie (*zie verder*).¹³⁴ Deze voorlichting of psycho-educatie alsook de opvolging bepaalt mee het succes van de behandeling. De duur van medicamenteuze behandeling van een eerste opstoot van ernstige depressie wordt vooral door consensus bepaald (NICE en NHG). Voor verdere onderbouwing van behandelingsduur verwijzen we naar de laatste klinische vraag.

Therapieresistente depressie

Er is ook in de voorbije jaren geen eenduidigheid gekomen over wat als huisarts te doen wanneer de medicamenteuze aanpak met een TCA of SSRI faalt. Omdat dit toch vermoedelijk rond ongeveer de helft van de behandelde ernstige depressies gaat, is dit een belangrijk item dat tot op heden niet eenduidig in de literatuur beantwoord wordt.

We volgen NHG en sluiten aan bij de eerste editie van de Domus Medica-aanbeveling Depressie, waarin we stellen dat wanneer deze aanpak na zes weken faalt, het aangeraden is om met een collega-psychiater te overleggen, gezien de ernst van de situatie.¹³⁵

Benzodiazepines

We houden ons aan de aanbeveling uit de eerste editie van de Domus Medica-aanbeveling Depressie en zien, gezien de ongewenste effecten van benzodiazepines en, vooral, het risico op afhankelijkheid, redenen om terughoudend te zijn in de opstart van deze middelen in het begin van een medicamenteuze aanpak.¹³⁶

Antipsychotica

Antipsychotica hebben potentieel zeer ernstige ongewenste effecten.¹³⁷ In dat opzicht menen we dat er voor deze krachtige middelen geen plaats is in de eerste lijn wat de medicamenteuze aanpak van depressie betreft.

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

SAMENWERKING

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

Aanbeveling

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

Toelichting

Samenwerking

De nood aan samenwerking binnen de geestelijke gezondheidszorg is het gevolg van de evidence dat samenwerking tot een betere uitkomst leidt. Ook het huidige streven in de geestelijke gezondheidszorg naar zorg op maat voor de patiënt of cliënt versterkt deze nood aan samenwerking tussen de verschillende beroepsgroepen, bijvoorbeeld tussen huisarts en eerstelijnspsycholoog bij een patiënt met ernstige depressie.

Hoe deze zorg op maat aangeboden wordt, is nog onderwerp van onderzoek. Zo dient de toepassing van het in het buitenland zeer effectief gebleken model van 'collaborative care' (gestructureerd en interdisciplinair samenwerken) in de Vlaamse context van bijvoorbeeld WZC's nog getoetst te worden. Het door de WHO gepromoot zorgmodel van 'stepped care' is wel een model waarmee al op grote schaal binnen de geestelijke gezondheidszorg gewerkt wordt. Zowel vanuit wetenschappelijk bewijs als vanuit 'good clinical practice' is er in de geestelijke gezondheidszorg nood aan interdisciplinair samenwerken.¹³⁸

Nulde lijn

Mantelzorg

De depressieve patiënt maakt deel uit van een systeem, bijvoorbeeld een gezin of familie, waarbij er weerslag is van de depressie op het systeem en van het systeem op de depressie. De huisarts zal in de zorg voor zijn depressieve patiënt trachten de sterktes van het systeem waarin de patiënt leeft, in diens genezingsproces mee te nemen. Hij zal bijvoorbeeld, als daartoe toestemming wordt gegeven, de partner mee betrekken in het begeleidingsproces.

Tezelfdertijd zal de huisarts ook oog hebben voor de invloed die de depressie op het systeem van de patiënt (de partner of de kinderen) heeft om daar, waar nodig, extra ondersteuning aan te bieden. Ook het inschakelen van (getrainde) vrijwilligers (bv. lotgenoten of ervaringsdeskundigen gerekruteerd via patiëntenorganisaties) kan een meerwaarde hebben in de aanpak van depressie (non-statutory support).

Patiëntenorganisaties (bv. Similes, Werkgroep Verder,...)¹³⁹

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

Organisaties binnen het sociaal werk

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

Eerste lijn***Eerstelijnspsycholoog (ELP)***¹⁴⁰

In de samenwerking rond een patiënt met depressie neemt de eerstelijnspsycholoog (ELP) een bevoorrechte plaats in als ondersteuning van de huisarts. Psychologische hulp aangeboden door de eerstelijnspsycholoog is per definitie laagdrempelig, d.w.z. in tijd (geen of korte wachttijden van bv. maximaal twee weken), in afstand (bv. consulten in het kabinet van de huisartsenpraktijk, mogelijkheid tot huisbezoek,...) en financieel (bij voorkeur ingebed in het systeem van (gedeeltelijke) terugbetaling zoals nu reeds door verschillende mutualiteiten en in de nabije toekomst onder een of andere vorm via Riziv-bepaling op federaal niveau voorzien). De aangeboden hulp is oplossingsgericht, d.i. op herstel, gericht en kortdurend, d.i. maximaal tien sessies van telkens één uur. Daar waar op dit moment, hetzij op Vlaams niveau, hetzij met lokale middelen via artikel 107, door OCMW's of binnen bestaande huisartsenorganisaties (bv. huisartsenpraktijken van Geneeskunde voor het Volk), de samenwerking tussen huisartsen en eerstelijnspsychologen slechts incidenteel plaatsvindt, is het de hoop dat de Vlaamse overheid nog tijdens de legislatuur van 2014-2019 een netwerk van eerstelijnspsychologen over heel Vlaanderen uitrolt.¹⁴¹

Wegens geografische verschillen wordt het begrip eerstelijnspsycholoog voor de Waalse context vooralsnog door de psycholoog ingevuld en aldus vertaald.

Gespecialiseerd kinesitherapeut en ergotherapeut¹⁴²

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

Apotheek of thuisverpleegkundige¹⁴³

Er is enkel wetenschappelijk bewijs terug te vinden voor de effectiviteit van medicatiebeheer door de betrokken apotheek of thuisverpleegkundige bij een patiënt met depressie in het kader van een meer complexe zorgverstrekking zoals het collaborative care model. Toch

lijkt het zinvol om in sommige specifieke situaties deze hulpverleners mee te betrekken in het versterken van de zorg (compliance) voor de depressieve patiënt.

Acuut mobiel team of mobiel crisis team (MCT)¹⁴³

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

Chronisch mobiel behandelteam (psychiatrische zorg in de thuissituatie)¹⁴⁴

Daar waar de hulpverlening van een acuut mobiel team per definitie beperkt is in de tijd en zich op hulpverlening in acute (crisis) situaties richt, biedt het chronische mobiele team ondersteuning bij langdurige zorg in de thuissituatie. Het chronische mobiele team bestaat eveneens uit een aantal psychiatrische verpleegkundigen, beschikt over een psychiater voor advies, verricht huisbezoeken en werkt samen met de huisarts en de patiënt naar herstel, re-integratie, dagbesteding,... Bij het ontslag van een ernstig depressieve patiënt na opname in een psychiatrisch ziekenhuis kan het chronisch mobiele team, bijvoorbeeld naast het daghospitaal, een opstap zijn naar een volledig herstel en opnemen van vroegere taken van en door de patiënt.

Tweede lijn

Psychiater

De huisarts kan naar de psychiater verwijzen om diagnostische redenen (bv. vermoeden van bipolaire depressie, psychotische depressie,...), om therapeutische redenen (bv. medicamenteus advies bij een therapieresistente depressie) of als intake ter voorbereiding van een opname (bv. bij een ernstige depressie met suïcidale ideatie).

Een verwijzing kan eenmalig zijn (het eenmalig psychiatrisch consult) of langdurig (bedoeld als overname en begeleiding van een ernstige depressieve patiënt).

Als partner in de liaison psychiatrie-huisarts kan een psychiater een meerwaarde betekenen wanneer ingeroepen voor casusbespreking (educational) of bij eenmalig consult (consultation). De meerwaarde van een dergelijk model is in de literatuur echter niet bewezen, maar dit samenwerkingsmodel draaide wel als proefproject in beide landsdelen tot tevredenheid van alle betrokkenen.¹⁴⁵

Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)

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

Derde lijn

Psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis (PAAZ)

Een psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis biedt acute residentiële zorg aan

patiënten met een ernstige depressie waarbij de ambulante zorg thuis onvoldoende is of de ernst van de situatie de veerkracht thuis overtreft en opname noodzakelijk is.

Bij spoedopname van de ernstig depressieve patiënt met acute suïcidale ideatie wordt bij voorkeur geopteerd voor opname binnen een gesloten afdeling met voorzieningen voor beveiliging van mensen in acute crisissituaties (bv. EPSI- of UPSIE-afdeling, spoedgevallendienst voor psychiatrie verbonden aan een algemeen of universitair ziekenhuis of eenheid voor psychiatrische spoedinterventie of universitaire psychiatrische spoedinterventie-eenheid).

Psychiatrisch ziekenhuis (PZ)

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

Daghospitaal

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

'Stepped care' en 'collaborative care'

Het 'stepped care'-model

Het 'stepped care'-model is een o.a. door de WHO sterk gepromoot model van hulpverlening binnen de geestelijke gezondheidszorg, waarbij volgens de zorgnood van de patiënt, naargelang de ernst, volgens het step up-principe, weinig intensieve tot zeer intensieve zorg aan de patiënt met bijvoorbeeld depressie wordt aangeboden.

Ook al is dit model wijdverspreid en toegepast, toch is er vanuit de literatuur weinig wetenschappelijk bewijs terug te vinden voor dit model.¹⁴⁶ In een RCT toegepast op een specifieke doelgroep van ouderen bleek dit model als middel voor preventie van depressie en angst wel bewezen werkzaam.¹⁴⁷

Het 'collaborative care'-model

Het 'collaborative care'-model is ontwikkeld voor (specifieke en complexe) zorgverlening aan patiënten met een (chronische) depressie, waarbij patiënten gevolgd worden door een zorgmanager en gedurende het opvolgtraject gecoördineerde multiprofessionele hulp toegediend krijgen.

Dit model is ontwikkeld in de VS en werd o.a. door gerandomiseerd onderzoek nagekeken in het Verenigd Koninkrijk en Nederland, waar het zeer effectief bleek (NNT 6,5 tot 2-3!).¹⁴⁸ Het is onduidelijk of een dergelijk (hyper)gestructureerde multidisciplinaire aanpak met centrale rol voor een casemanager ook toepasbaar is in de huidige (complexe en soms chaotische) context van de Belgische gezondheidszorg. Gezien de grote effectiviteit in het buitenland dringt een goed opgezette studie zich ook in onze contreien op. Het formulair ouderenzorg geeft in een vijfstappenplan een eerste aanzet voor een dergelijke interventie bij ouderen in woonzorgcentra.¹⁴⁹

Zorgverstrekking in groep

Wegens de beperkte capaciteit van individuele zorg, alsook vragen rond financiële haal-

baarheid, maar ook wenselijkheid van individuele face-to-face therapie, worden ook toenemend groepsgerichte initiatieven van zorg voor patiënten met depressie aangeboden. Dit gaat zowel over psycho-educatieve sessies in groep (aansluitend bij bestaande bibliotherapie bedoeld als eerste stap in de zorg voor de patiënt met milde tot matige depressie), als over nazorg die bijvoorbeeld onder vorm van mindfulness based cognitieve therapie in groepssessies aan patiënten met recidiverende depressies worden aangeboden. Voor sommige van deze in groep aangeboden behandelingen bestaat ook wetenschappelijk bewijs.

Internet-based zorgaanbod

Er is een toenemend aanbod van effectief bevonden online zorgverstrekking in het domein van de geestelijke gezondheidszorg.

Meer bepaald wordt voor patiënten met depressie de internationale tool *'I fight depression'* ook in Vlaanderen onderzocht en als bijkomende digitale tool voor de reguliere zorg, verstrekt door de huisarts, verwacht.¹⁵⁰

Basis van de aanbeveling

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

Ook al is het 'stepped care'-model wijd verspreid en toegepast, toch is er vanuit de literatuur weinig wetenschappelijk bewijs terug te vinden voor dit model.¹⁵¹

Wat het 'collaborative care'-model betreft, is in meerdere goed opgezette studies gebleken dat deze vorm van zorgverstrekking zeer effectief is.¹⁵² Het model van gestructureerd en interdisciplinair samenwerken ('collaborative care') rond depressie is ontwikkeld in de VS en bleek in gerandomiseerd onderzoek ook zeer effectief in het Verenigd Koninkrijk en Nederland (NNT 6,5 tot 2-3!).¹⁵³

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

BELEID VAN DEPRESSIE BIJ OUDEREN

Wat zijn de aandachtspunten bij de behandeling van depressie bij ouderen?

Aanbeveling

Medicamenteuze aanpak

- Antidepressiva
 - Indicatiestelling voor antidepressiva: *zie hoger*. Schrijf ook bij ouderen bij een ernstige depressie antidepressiva voor (*Grade 1A*).
 - Keuze van antidepressiva (*zie hoger*):
 - kies bij ouderen eerder voor een SSRI (lichte voorkeur) (*Grade 2B*);
 - laat u bij ouderen, zoals bij niet-ouderen, in de uiteindelijke keuze tussen een SSRI en een TCA leiden door comorbiditeit en verwachte ongewenste effecten (*GCP*).
 - Opstart, dosis en opvolging van een antidepressivum (*GCP*):
 - start bij tachtigplussers en bij ouderen met ernstige comorbiditeit bij voorkeur met een verlaagde dosis (bv. halve dosis);
 - wacht bij ouderen minimaal zes tot acht weken vooraleer het effect van een antidepressivum kan worden beoordeeld; het kan soms tot twaalf weken duren vooraleer er respons gezien wordt;
 - kijk ondertussen potentiële ongewenste effecten actief na; monitor concreet wekelijks gedurende de eerste vier weken;
 - behandel ouderen minimaal zes maanden tot twaalf maanden (na remissie).
- Andere medicatie (benzodiazepines en antipsychotica)
 - Zowel het gebruik van benzodiazepines als dat van antipsychotica wordt bij ouderen omwille van de potentieel ernstige ongewenste effecten afgeraden (*GCP*).

Niet-medicamenteuze aanpak

- Algemene principes van niet-medicamenteuze aanpak (*GCP*)
 - De aanbevolen niet-medicamenteuze aanpak van depressie bij ouderen is grotendeels dezelfde als bij niet-oudere volwassenen:
 - concretiseer en benoem de depressie;
 - laat de oudere meekiezen in de behandelingsvorm; dit vergroot het succes van de behandeling aanzienlijk;
 - activeer door middel van dagstructurering en activiteitenplanning;
 - bied plezierige of betekenisvolle activiteiten aan.
- Specifieke vormen van psychotherapie
 - Bied in een WZC specifieke vormen van psychotherapie best aan binnen een gestructureerde en multidisciplinaire aanpak, d.i. volgens de principes van 'collaborative care' (*Grade 1B*).

Toelichting

Medicamenteuze aanpak

Indicatiestelling voor antidepressiva

Ook bij ouderen bepaalt de ernst van de depressie het al dan niet geïndiceerd zijn van een medicamenteuze aanpak. Net zoals bij volwassen geldt bovendien dat bij falen van de niet-medicamenteuze aanpak, wanneer de patiënt wenst om medicamenteus behandeld te worden of bij recidief depressie die voorheen succesvol behandeld werd met een antidepressivum, het opstarten van een antidepressivum geïndiceerd is.

De huisarts zal telkens samen met de patiënt een (moeilijke) individuele afweging maken tussen de ernst van de depressie, de te verwachten baten van de opstart van een antidepressivum en de mogelijke ongewenste effecten van het antidepressivum.

Keuze van antidepressiva

Bij de TCA's zijn meer cardiale en anticholinerge ongewenste effecten beschreven. TCA's zijn derhalve gecontra-indiceerd bij voorgeschiedenis van cardiale problemen (zoals acuut myocardiinfarct en hartritmestoornissen), bij aanwezigheid van prostatisme of bij (gesloten hoek) glaucoom.¹⁵⁴ TCA's zijn te verkiezen boven SSRI's bij ouderen met de ziekte van Parkinson, concomitant gebruik van NSAID's of aspirine en voorgeschiedenis van gastro-intestinale bloeding.¹⁵⁵

Het voorkeursproduct onder de TCA's bij ouderen is nortriptyline wegens minst anticholinerge ongewenste effecten en minder kans op orthostatische hypotensie. Amitriptyline wordt bij ouderen niet behouden gezien zijn sterk anticholinerg en sedatief effect.¹⁵⁶

Bij de SSRI's zijn voornamelijk gastro-intestinale problemen (zoals misselijkheid of diarree), neurologische problemen (zoals geeuwen, slaapproblemen, hoofdpijn of angst) alsook verhoogde kans op hyponatriëmie (met verwardheid en verhoogd risico op overlijden als gevolg) alsook hoog- en laag gastro-intestinale bloedingen beschreven, vooral bij gelijktijdige behandeling van NSAID's of anti-aggregantia. Het concomitant voorschrijven van PPI's kan in deze situatie de kans op gastro-intestinale bloedingen doen afnemen. In combinatie met andere serotoninerge medicijnen kan een serotoninesyndroom optreden. Er is met alle antidepressiva een verhoogd risico op vallen en een verhoogd risico op optreden van niet-vertebrale osteoporotische fracturen. Acathisie, agitatie en agressief gedrag kan voorkomen tijdens opstarten, bij dosisverandering of in de periode na stoppen van de behandeling.¹⁵⁷

Het voorkeursproduct onder de SSRI's bij ouderen is sertraline wegens minder kans op interacties met andere medicijnen. (Es)citalopram is een goed alternatief, maar wegens verhoogde kans op QT-verlengingen is het oppassen geboden bij concomitant gebruik van andere QT-verlengende medicijnen en is de maximumdosis bij ouderen beperkt tot 20 mg daags (BCFI).¹⁵⁸

Opstart, dosis en opvolging

Een SSRI wordt aan een halve dosis opgestart en vervolgens opgedreven naar onderhoudsdosis van één comprimé per dag (1 dd 1). Nortriptyline wordt gestart aan 10 mg 's ochtends en opgedreven tot 25 à maximaal 50 mg 's ochtends.

Het actief monitoren van ongewenste effecten houdt onder meer in: meten van de natriëmie binnen de week na start van een SSRI en afnemen van een basis-ECG bij de start van een TCA.

Therapieresistente depressie

Bij therapieresistente depressies bij ouderen is er alleen van augmentatie door middel van lithium een bewezen meerwaarde beschreven.¹⁵⁹ Vermits de verhoogde gevoeligheid van ouderen voor antipsychotica wordt een grote terughoudendheid voorgesteld voor het gebruik van deze middelen als augmentatiestrategie.

Het gebruik van elektroconvulsie therapie (ECT) is een bewezen effectieve strategie bij ernstige depressies bij ouderen.¹⁶⁰ De huisarts zal in samenspraak met een psychiater de oudere patiënt met resistente depressie naar een daarvoor gespecialiseerd centrum verwijzen.

Niet-medicamenteuze aanpak

Algemene principes

Bied activatie onder vorm van oefeningen aan, maar weet dat er weinig wetenschappelijk bewijs is dat oefeningen op zichzelf een effectieve behandeling vormen voor depressie.¹⁶¹ Hetzelfde geldt voor relaxatie (*zie hoger*).

Psychotherapie

Bied individuele psychotherapie aan, maar weet dat deze bij ouderen minder onderbouwd is dan bij jongere volwassenen. Psychotherapie kan gericht zijn op de depressieve symptomen zelf, maar ook op eventuele onderliggende problematieken. Het opstellen van een levensverhaal kaderend in life-review therapie is een van de bewezen effectieve interventies.¹⁶²

Bij verwijzing voor specifieke psychotherapie zijn meerdere drempels (beschikbaarheid, betaalbaarheid,...) aanwezig. Wanneer geen (individuele) psychotherapie mogelijk is, ondersteunt een psycholoog het personeel bij het omgaan met de patiënt.¹⁶³

Ook bij ouderen met beginnende symptomen van depressie zou een gestructureerde en multidisciplinaire aanpak met psychotherapie binnenin een stapsgewijs interventiemodel, bijvoorbeeld volgens het principe van 'collaborative care', werkzaam zijn (*zie hoger*).

Basis van de aanbeveling

Zowel de summiere aanbevelingen over medicamenteuze aanpak van depressie bij ouderen geformuleerd door NICE als de boodschappen in voetnoot bij NHG, werden geadapteerd aan nieuw verschenen systematische reviews, de clinical review van Rodda en literatuur verkregen uit de database van Farmaka.¹⁶⁴

Het *Formularium van de woonzorgcentra* is hier een bijzonder goede hulp gebleken omdat hierin reeds een samenvatting van de voornaamste ontwikkelingen in de voorbije jaren is gemaakt.¹⁶⁵

Medicamenteuze aanpak

Er zijn vragen over de effectiviteit van antidepressiva bij de zeer ernstige depressies omdat daarover weinig of geen gegevens zijn.¹⁶⁶ Naast de ernst bepalen vermoedelijk ook de setting (bv. geïnstitutionaliseerde ouderen in een WZC), de comorbiditeit (bv. ouderen met Alzheimer-dementie) en de leeftijd (bv. tachtigplussers) mee de effectiviteit van de antidepressiva.¹⁶⁷ In het onderzoek van Banerjee blijkt bijvoorbeeld dat bij ouderen met Alzheimer-dementie sertraline en mirtazapine niet meer effectief zijn dan placebo.¹⁶⁸

Samenvattend stelt Frank dat antidepressiva over het algemeen ook bij ouderen met depressie effectief zijn en dat keuze van een antidepressivum, titreren van de antidepressieve medicatie, monitoren van de ongewenste effecten en voldoende lang behandelen van de depressie mee de uitkomst van de behandeling zullen bepalen.¹⁶⁹

Er is geen verschil in effectiviteit tussen de TCA's en de SSRI's. Er is een vermoeden van meer ongewenste effecten bij de TCA's ten opzichte van de SSRI's. Ook omwille van grotere comorbiditeit is er bij ouderen een (lichte) voorkeur voor het gebruik van een SSRI.¹⁷⁰

NICE geeft weinig tot geen informatie over de keuze van antidepressiva bij ouderen.¹⁷¹ Het *Formularium Ouderenzorg* selecteert binnen de TCA's nortriptyline als voorkeursproduct en binnen de SSRI's sertraline als voorkeursproduct.¹⁷²

In de discussie over de keuze tussen SSRI's of TCA's toont een grote cohortanalyse onverwacht meer ongewenste effecten bij ouderen die niet-TCA's gebruiken (met uitzondering van trazodone).¹⁷³

Het is onduidelijk of een langdurigere behandeling enig voordeel ten opzichte van recidief te bieden heeft.¹⁷⁴

Niet-medicamenteuze aanpak

Oefentherapie lijkt depressieve symptomen te verbeteren, maar wanneer alleen methodologisch robuuste trials worden beschouwd, dan is het effect slechts matig en statistisch niet significant.¹⁷⁵ In combinatie met andere effectieve behandelingen is oefentherapie wel zinvol.¹⁷⁶ Ook bij ouderen met dementie is de invloed van fysieke activiteit op depressieve symptomen niet bewezen.¹⁷⁷

Relaxatie wordt als effectief beoordeeld door de patiënten, maar blijkt objectief toch minder werkzaam dan psychotherapie en dan vooral cognitieve gedragstherapie.¹⁷⁸

Daar waar psychotherapie bij niet-oudere volwassenen vrij goed is onderbouwd, is dit minder het geval bij ouderen.¹⁷⁹ Cognitieve gedragstherapie was effectiever dan op een wachtlijst staan of therapie 'as usual', maar niet effectiever dan een actieve controlegroep (ondersteunende therapie, psycho-educatie, discussiegroep of bibliotherapie).¹⁸⁰

Life-review therapie (het ophalen van positieve herinneringen) wordt specifiek bij ouderen beschreven en effectief bevonden.¹⁸¹ Ook problem solving-therapie wordt bij ambulante oudere patiënten als onderdeel van een multidisciplinaire aanpak aangeboden.¹⁸²

Over de manier waarop psychotherapie wordt aangeboden, namelijk in groep of via internet, bestaat niet zoveel wetenschappelijk bewijs.¹⁸³ Vermoedelijk bepaalt net zoals bij medicatie ook bij het aanbieden van psychotherapie naast de ernst van de depressie (bv. majeure depressie) ook de setting, namelijk ambulant (preventief opzet) versus residentieel, alsook de comorbiditeit mee de uitkomst van de depressie.¹⁸⁴ Een combinatie van antidepressiva met interpersoonlijke therapie is te overwegen bij ouderen met recidiverende depressie wanneer deze reeds succesvol gebleken is in de acute fase.¹⁸⁵

OPVOLGING VAN DEPRESSIE

Wat is het opvolgbeleid na een depressie?

Aanbeveling

Duur behandeling:

- bij een goede respons op de initiële behandeling is het aanbevolen de behandeling met antidepressiva nog ten minste zes maanden verder te zetten (GCP);
- bespreek met de patiënt na zes maanden of het wenselijk is om de medicatie verder te zetten (GCP);
- bij patiënten met een verhoogd risico op herval is het aan te bevelen de behandeling ten minste twee jaar verder te zetten aan dezelfde dosis (GCP);
- bespreek met de patiënt na twee jaar opnieuw of het aangeraden is om de medicatie verder te zetten (GCP).

Afbouwen van antidepressiva:

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

Antidepressiva en/of psychotherapie:

- als een patiënt met matige tot ernstige depressie bereid is om de onderhoudsbehandeling met antidepressiva te combineren met psychotherapie, heeft een gecombineerde aanpak de voorkeur, vooral bij restsymptomen of recidiverende depressie (Grade 1B);
 - laat de keuze voor antidepressiva dan wel psychotherapie over aan de patiënt (Grade 1A). Indien mogelijk, wordt gekozen voor een therapeut met een specialisatie in de cognitieve gedragstherapie (Grade 1C);
 - geef de instructie om vroegtijdig contact op te nemen bij recidief van de depressieve klachten (GCP);
 - voor patiënten die minstens drie depressie-episodes hebben doorgemaakt, is het zinvol om door te verwijzen naar mindfulness based cognitieve therapie (Grade 1A). Overweeg bij patiënten die minstens vijf depressie-episodes hebben doorgemaakt, behandeling met kortdurende cognitieve gedragstherapie (Grade 2B);
 - ouderen: zie *vorige klinische vraag*.
-

Toelichting

Deze klinische vraag behandelt het beleid na een depressie-episode. De aanbevelingen gaan niet uitsluitend over patiënten in remissie en hebben zowel betrekking op continuation als op maintenance treatment. Het beschikbare wetenschappelijk bewijs laat immers niet toe de adviezen omtrent opvolgbeleid op te splitsen in een voortgezette en onderhoudsbehandeling.

Duur behandeling

Leg aan de patiënt uit dat het verderzetten van de behandeling de kans op herval vermindert en dat antidepressiva niet verslavend zijn. Spreek een opvolgfrequentie af. Deze frequentie

hangt af van de leeftijd van de patiënt en het suïciderisico. Patiënten die antidepressiva innemen en geen verhoogd risico hebben, ziet de huisarts best om de twee à vier weken gedurende de eerste drie maanden. Bij goede respons zijn langere intervallen mogelijk. Bij jonge personen (<30 jaar) en bij een verhoogd suïciderisico is een wekelijkse controle aangewezen tot het suïciderisico geweken is.

Volgende patiënten hebben een verhoogd risico op herval:

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

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

Het achtereenvolgens aanbieden van antidepressiva in de acute fase en psychotherapie in de onderhoudsfase is een valabel alternatief gebleken voor de voortzetting van de medicatie. De arts moet hierbij wel rekening houden met de volgende mogelijke hindernissen: de patiënt moet gemotiveerd worden om over te stappen op een kortdurende psychotherapie op het moment dat hij zich beter voelt en de arts moet doorverwijzen naar een therapeut terwijl hij de behandeling in eigen beheer kan verderzetten als hij antidepressiva blijft doorgeven.¹⁸⁶

Afbouwen van antidepressiva

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

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

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

Antidepressiva en/of psychotherapie

Hulpmiddelen voor verwijzing naar psychotherapie:

- website www.geestelijkgezondvlaanderen.be, waar de arts op zoek kan gaan naar een therapeut;
- website van de vereniging voor Gedragstherapeuten, www.vvgt.be, met een overzicht/kaart van alle therapeuten die lid zijn en volgens de principes van cognitieve gedragstherapie werken in een bepaalde regio;

- veel mutualiteiten bieden lijsten aan van psychologen en therapeuten naar wie zij doorverwijzen. Voor sommige patiëntgroepen bieden de mutualiteiten ook een financiële tussenkomst voor therapie bij deze hulpverleners. Een overzicht hiervan is te vinden via volgende link: users.myonline.be/allemeesch/KlinPsy/Terugbetaling.htm#overzicht.

Cognitieve (gedrags)therapie bij depressie

Depressieve patiënten hebben vaak negatieve gedachten over zichzelf en wat zij in het dagelijks leven meemaken (*'het wordt nooit wat met mij', 'alles wat ik aanpak gaat fout', 'iedereen is tegen mij',...*). Ze hebben een laag gevoel van eigenwaarde dat hun gedachten negatief kleurt en zij houden met deze gedachten onbewust en ongewild hun depressie in stand. Tijdens de behandeling leert de patiënt deze gedachten herkennen, uit te dagen en te vervangen door meer reële gedachten. Deze techniek wordt vaak gecombineerd met gedragstherapie. Hierin wordt door het geven van concrete opdrachten de patiënt gestimuleerd om activiteiten te ondernemen. In de eerste lijn wordt bij depressie uitgegaan van een behandeling van ongeveer twaalf tot zestien gesprekken van ongeveer een uur.¹⁸⁷

Mindfulness

Mindfulness is de belangrijkste component van MBCT (aandachtsgerichte cognitieve therapie). Mindfulness heeft twee componenten. De eerste betreft zelfregulatie van de aandacht. De aandacht is gericht op de onmiddellijke ervaringen en het herkennen van mentale gebeurtenissen in het huidige moment. De tweede component is de nieuwsgierige en accepterende houding tegenover dat wat ervaren wordt. Elke gedachte, elk gevoel en elke lichamelijke gewaarwording wordt toegelaten zonder er onmiddellijk een waardeoordeel over uit te spreken en zonder er iets aan te willen veranderen.¹⁸⁸

Verwijzing voor mindfulness:

- verschillende mutualiteiten bieden cursussen aan of geven een tegemoetkoming voor een gevolgde cursus;
- er is geen overkoepelende Vlaamse vereniging van mindfulness trainers.

Basis van de aanbeveling

Duur onderhoudsbehandeling met antidepressiva

Zowel NICE als NHG gebruiken een algemene formulering om te beslissen bij welke patiënten de behandeling met antidepressiva dient te worden voortgezet. Het gaat dus niet uitsluitend over patiënten in remissie (NICE: *'a person who has benefited from taking an antidepressant'* en NHG: *'bij een goede respons'*).¹⁸⁹

Het doel van het verderzetten van de behandeling is het voorkomen van herval. De minimale behandelingsduur van zes maanden berust op consensus, want er zijn geen studies die verschillende periodes van onderhoudsbehandeling onderling vergelijken. NHG stelt dat de behandeling 'bij voorkeur zes maanden' verdergezet wordt.¹⁹⁰ In NICE wordt 'ten minste zes maanden' als richtlijn gegeven omdat het wetenschappelijk bewijs ook studies bevat die herval aantonen bij het stopzetten van een behandeling langer dan zes maanden.¹⁹¹ Gezien het arbitraire van de cutoff van zes maanden verdient de formulering van NICE de voorkeur. Hoewel de meeste studies plaatsvonden bij patiënten met meerdere depressie-episodes, wordt in een subgroepanalyse van NICE geen ander resultaat vastgesteld bij patiënten met

een eerste depressie-episode (twee studies bij ouderen).¹⁹² Bijgevolg wordt de formulering algemeen gehouden.

Er zijn geen wetenschappelijke bewijstabellen beschikbaar over de studies die farmacotherapie onderzochten als onderhoudsbehandeling in de NHG- of NICE-richtlijn. Een probleem is dat dergelijke studies vaak veel uitval vertonen, een mogelijke bron van vertekening die ook in de Grade-procedure beoordeeld wordt, maar hierover wordt niets gezegd in de richtlijnen. Wat de beste strategie is na twee jaar behandeling, is niet onderzocht. Deze aanbevelingen gebaseerd op NICE, zijn bijgevolg consensus. Vanuit de patiëntenbevraging werden vragen gesteld rond wenselijkheid van levenslange behandeling, maar was er tezelfdertijd vrees voor herval bij (te) vroegtijdig stoppen van antidepressiva.

Regelmatige controle

De aanbeveling rond opvolgfrequentie is gebaseerd op de adviezen van NICE en NHG en louter gebaseerd op consensus.¹⁹³

Geleidelijk stoppen

De boodschap en toelichting over geleidelijk stoppen is een combinatie van de aanbevelingen uit NHG en NICE, omdat die laatste meer details geeft over hoe omgaan met ontweningsverschijnselen.¹⁹⁴ Bij het advies van NHG om geleidelijk te stoppen wordt de volgende toelichting gegeven: acuut stoppen met een antidepressivum wordt afgeraden vanwege het risico op onthoudingsverschijnselen (slaapklachten, agitatie, angst,...). Deze verschijnselen treden meestal binnen enkele dagen op en kunnen tot drie weken aanhouden. Het risico op onthoudingsverschijnselen is hoger bij een hogere dosering en langere gebruiksduur. Hier wordt geen wetenschappelijk bewijs bij vermeld.

In NICE wordt wel wetenschappelijk bewijs vermeld over afbouw van antidepressiva, o.a. over het hoger risico bij langere gebruiksduur en over het belang van de halfwaardetijd.¹⁹⁵ Er worden enkele referenties vermeld zonder kwaliteitsbeoordeling of details. De uitspraak over het belang van de halfwaardetijd is gebaseerd op slechts één kleine RCT (n=28) en er is geen informatie over de kwaliteit van deze studie.¹⁹⁶ Omdat NHG de uitspraak over de dosis niet onderbouwt en NICE deze niet als een risicofactor voor ontweningsverschijnselen vermeldt, is de opmerking over de dosis niet behouden in de kernboodschap.¹⁹⁷

Ten slotte wordt in één studie als rationale van een geleidelijke afbouw ook het uitstellen van herval vermeld, terwijl de dosis en de gebruiksduur geen invloed hebben op herval.¹⁹⁸ De adviezen rond de aanpak van ontweningsverschijnselen, afkomstig uit NICE, zijn te beschouwen als 'good clinical practice' (GCP) omdat wetenschappelijk bewijs ontbreekt.

Onderhoudsbehandeling met antidepressiva en/of psychotherapie

De aanbevelingen zijn geformuleerd aan de hand van de conclusies over 'maintenance treatment' voor vraag 2 (psychotherapie vs. antidepressiva) en vraag 3 (combinatietherapie vs. monotherapie) van het KCE-rapport.¹⁹⁹ We geven de voorkeur aan het KCE-rapport boven NICE omdat het wetenschappelijk bewijs beter gestructureerd en duidelijker gepresenteerd is, de consistentie is beter te beoordelen en het rapport is van recentere datum.²⁰⁰

De conclusie in het KCE-rapport dat 'maintenance treatment' met psychotherapie en 'maintenance treatment' met antidepressiva een even goed resultaat geven op langere termijn (acht maanden of meer na de start van de behandeling) voor de uitkomst 'sustained res-

ponse' (patiënt blijvend in remissie of vrij van herval), is gebaseerd op wetenschappelijk bewijs van hoge kwaliteit. De keuze voor psychotherapie dan wel antidepressiva kan dus aan de patiënt overgelaten worden.

De conclusie in het KCE-rapport dat het combineren van antidepressiva met psychotherapie tijdens 'maintenance treatment' een beter resultaat geeft op langere termijn (één jaar of meer) dan monotherapie voor de uitkomst 'sustained response' (patiënt blijvend in remissie of vrij van herval), is gebaseerd op wetenschappelijk bewijs van matige kwaliteit. Daarom gaat de voorkeur uit naar combinatietherapie indien de patiënt hiertoe te motiveren is. Er zijn geen studies gekend bij patiënten met een eerste episode van depressie. Alle studies die opgenomen zijn in het KCE-rapport, zijn uitgevoerd bij restsymptomen of recidiverende depressie. Om die reden wordt in de aanbeveling toegevoegd dat combinatietherapie vooral bij deze patiënten aan te bevelen is.

Er wordt uitdrukkelijk gekozen voor cognitieve gedragstherapie als de aangewezen behandelingsmethode, omdat in de grote meerderheid van de studies die combinatietherapie als onderhoudsbehandeling onderzochten, deze therapievorm toegepast werd. Omdat het KCE geen opsplitsing gemaakt heeft volgens type psychotherapie in de meta-analyse, werd het wetenschappelijk bewijs onderhoudsbehandeling met interpersoonlijke therapie (IPT) opgezocht in het NICE-rapport.²⁰¹ Daarin worden alleen twee studies vermeld die een lager risico van herval vinden bij de combinatie van IPT met antidepressiva dan met IPT + placebo (Frank 1990 en Reynolds 1999b). Interpersoonlijke therapie is onvoldoende onderbouwd als onderhoudsbehandeling in monotherapie (weinig studies met een hoog risico van bias en brede betrouwbaarheidsintervallen).²⁰²

Mindfulness based cognitieve therapie

Mindfulness based cognitieve therapie is bewezen effectief voor hervalpreventie bij patiënten met recidiverende depressie. Het wetenschappelijk bewijs is van een hoog niveau (RCT's van hoge kwaliteit, geen aanwijzingen voor publicatiebias, bevindingen consistent en toepasbaar op de doelgroep).²⁰³ Literatuur aangaande werd, mede op uitdrukkelijke vraag van de Franstalige collega's, hieronder mee opgenomen. De formulering in NHG "voor patiënten die meer dan drie episodes van een depressie hebben doorgemaakt" werd aangepast conform wat effectief aangetoond is in de literatuur, met name patiënten met drie of meer episodes van depressie.²⁰⁴ Bij patiënten met één of twee episodes kon geen significant effect in het kader van hervalpreventie aangetoond worden.²⁰⁵ Over mindfulness based cognitieve therapie heeft een grote studie van goede kwaliteit aangetoond dat zowel deze vorm van therapie als antidepressiva een te overwegen aanpak is voor hervalpreventie.²⁰⁶

Voor kortdurende cognitieve gedragstherapie is er eveneens wetenschappelijk bewijs voor een preventief effect, maar deze is beperkter dan voor mindfulness based cognitieve therapie.²⁰⁷ Bovendien is kortdurende cognitieve gedragstherapie niet algemeen beschikbaar in België. Op basis van expertcommentaar, en na nakijken van de door deze expert aangeleverde onderbouwende literatuur, werd beslist om deze laatste kernboodschap toe te voegen.

Ouderen

Zie vorige klinische vraag.

KERNBOODSCHAPPEN

DIAGNOSTIEK

- De diagnostiek van depressie verloopt in de eerste lijn in meerdere stappen:
 - **Stap 1:** Wees alert voor depressie en voor depressieve klachten bij uw patiënt (*Grade 1C*).
 - **Stap 2:** Stel bij vermoeden van depressie twee oriënterende vragen en exploreer verder bij een positief antwoord op één van beide (*Grade 1B*):
 - ben je de voorbije maand in je dagelijks leven frequent gehinderd geweest door depressieve gevoelens of hopeloosheid?
 - ben je de voorbije maand frequent gehinderd geweest door weinig interesse of weinig plezier in de dingen die je deed?
 - **Stap 3:** Stel een diagnostisch landschap op en verzamel argumenten voor of tegen de diagnose depressie door het stellen van volgende vragen (*GCP*):
 - zijn er ernstige en/of levensbedreigende behandelbare psychiatrische aandoeningen anders dan depressie aanwezig?
 - zijn er andere, behandelbare somatische problemen die zich met depressieve klachten kunnen aandienen?
 - zijn er behandelbare psychische of psychiatrische problemen die met depressieve klachten of depressie gepaard gaan, maar eerder een eigen aangepaste therapeutische benadering nodig hebben?
 - zijn er uitlokkende factoren of gekende risicofactoren die het vermoeden van een depressie kunnen versterken?
 - **Stap 4:** Exploreer ideas, concerns, expectations en coping, en bevraag expliciet het suïciderisico (*GCP*).
 - **Stap 5:** Stel op basis van de voorgaande vier stappen de diagnose depressie en toets zo nodig aan de DSM-5 criteria.
 - **Stap 6:** Schat de ernst van de depressie in (*GCP*). Beoordeel daarvoor:
 - de lijdensdruk die de patiënt ervaart;
 - de invloed die de depressie op het dagelijks leven/functioneren van de patiënt heeft.Samen vormen zij de intrinsieke ernst van de depressie. Beoordeel hiernaast de weerbaarheid, voorbeschikkende factoren en het al dan niet aanwezig zijn van steunfiguren.
- De huisarts kan zich in het diagnostisch proces door andere hulpverleners (eerstelijnspsycholoog, psychiater, ...) laten bijstaan (*GCP*).

SUÏCIDERISICO

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

VERWIJZING

- Indicaties voor verwijzing naar (of overleg met) een psychiater voor diagnostisch of therapeutisch advies:
 - depressie met psychotische kenmerken (*GCP*);
 - bipolaire stoornis (*GCP*);
 - suïciderisico (*GCP*);
 - onvoldoende verbetering of non-respons op de ingestelde behandeling (*GCP*);
 - bij onzekerheid over de ingestelde behandeling, bijwerkingen van de medicatie, het overschakelen van het ene op het andere antidepressivum of het gebruik van combinaties van medicatie (*GCP*);
 - recidief depressie met ernstig sociaal disfunctioneren, grote lijdensdruk of ernstige psychiatrische comorbiditeit (*GCP*).

BELEID (ALGEMEEN, NIET-MEDICAMENTEUS, MEDICAMENTEUS)

A. Algemeen

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

- Geef informatie over de diagnose en het verwachte verloop. Bied ondersteuning en streef naar een geïnformeerde toestemming over de behandeling (*Grade 1C*).
- Onderneem de volgende algemene maatregelen:
 - besteed, indien nodig, aandacht aan slaaphygiëne (*GCP*);
 - doe aan 'active monitoring': volg de betrokkene actief op en geef een vervolgspraak na een tweetal weken. Contacteer de betrokkene als hij de vervolgspraken niet nakomt (*GCP*).
- Overweeg om, in overleg met de patiënt, een van de volgende niet-medicamenteuze behandelingen op te starten:
 - dagstructurering (*GCP*) en activiteitenplanning (*Grade 1C*);
 - laagintensieve psychologische behandelingen, zoals begeleide zelfhulp (*Grade 2C*), groepsprogramma's voor fysieke activiteit (*Grade 2C*) en cognitieve gedragstherapie (*CGT*) in groep (*Grade 2B*).
- Schrijf niet routinematig antidepressiva voor bij patiënten met een milde en matige depressie (*Grade 1B*).

Stapsgewijs zorg- en therapieplan bij matige en ernstige depressie:

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

B. Niet-medicamenteus

Niet-medicamenteuze aanpak door de huisarts

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

Psychotherapie

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

C. Medicamenteus

- Schrijf bij milde en matige depressie niet routinematig antidepressiva voor (*Grade 1B*).
- Bij milde (en matige) depressies die meer dan twee jaar duren, de zogenaamde dysthyme of persisterende depressieve stoornissen, is een antidepressivum wel aangewezen (*Grade 2A*).
- Schrijf bij ernstige depressies ook een antidepressivum voor (*Grade 1A*).
- Kies in de eerste lijn voor een SSRI of een TCA (*Grade 1B*);
- Laat deze keuze afhangen van de te vermijden ongewenste effecten en de aanwezige comorbiditeit en/of comedatie (*GCP*);
- Er is binnen de groep van de SSRI's geen echt voorkeursproduct (*Grade 1B*);
- Binnen de groep van de TCA's is amitriptyline een sederend product met sterk anticholinerge werking. Nortriptyline is een eerder activerend product met minst anticholinerge werking (*Grade 1B*).
- Opstarten van antidepressiva praktisch (*GCP*):
 - bij de start van een SSRI is de startdosis gelijk aan de onderhoudsdosis;
 - bij de start van een TCA wordt gradueel opgebouwd tot de onderhoudsdosis. De onderhoudsdosis van een TCA is in de eerste lijn lager dan bij opgenomen patiënten. Bij de opstart van een antidepressivum moet de patiënt uitgebreid voorgelicht worden over de te verwachten gewenste en ongewenste effecten, alsook dient, zeker gedurende de eerste maand, een regelmatige opvolging (om de één à twee weken) gepland te worden;
 - bij patiënten jonger dan 30 jaar is bij de opstart van een antidepressivum een verhoogde aandacht voor eventuele toename van suïcidale ideatie gewenst;
 - (partiële) respons op het opgestarte antidepressivum wordt verwacht binnen de vier à zes weken.

- Om herval te voorkomen is het aanbevolen de behandeling met antidepressiva ten minste zes maanden voort te zetten na een goede respons op de initiële behandeling en dat aan dezelfde dosis (GCP).
- Bij de opstart van een antidepressivum kan er, althans in het begin van de behandeling, in uitzonderlijke gevallen, bijvoorbeeld bij een depressie met comorbide angst of bij een depressie met agitatie, plaats zijn voor een tijdelijk gebruik van een benzodiazepine (GCP).
- Er is in de eerste lijn omwille van grote vragen wat kosten-batenbilan betreft, geen plaats voor het opstarten van een antipsychoticum in de aanpak van depressie (GCP).

OPVOLGING

- **Duur behandeling:**
 - bij een goede respons op de initiële behandeling is het aanbevolen de behandeling met antidepressiva nog ten minste zes maanden verder te zetten (GCP);
 - bespreek met de patiënt na zes maanden of het wenselijk is om de medicatie verder te zetten (GCP);
 - bij patiënten met een verhoogd risico op herval is het aan te bevelen de behandeling ten minste twee jaar verder te zetten aan dezelfde dosis (GCP);
 - bespreek met de patiënt na twee jaar opnieuw of het aangeraden is om de medicatie verder te zetten (GCP).
- **Afbouwen van antidepressiva:**
 - adviseer de patiënt om het antidepressivum geleidelijk te stoppen onder controle van de klachten (GCP);
 - adviseer de patiënt dat hij de huisarts moet contacteren voor advies wanneer hij ontwenningssverschijnselen ervaart (GCP).
- **Antidepressiva en/of psychotherapie:**
 - als een patiënt met matige tot ernstige depressie bereid is om de onderhoudsbehandeling met antidepressiva te combineren met psychotherapie, heeft een gecombineerde aanpak de voorkeur, vooral bij restsymptomen of recidiverende depressie (Grade 1B);
 - laat de keuze voor antidepressiva dan wel psychotherapie over aan de patiënt (Grade 1A). Indien mogelijk, wordt gekozen voor een therapeut met een specialisatie in de cognitieve gedragstherapie (Grade 1C);
 - geef de instructie om vroegtijdig contact op te nemen bij recidief van de depressieve klachten (GCP);
 - voor patiënten die minstens drie depressie-episodes hebben doorgemaakt, is het zinvol om door te verwijzen naar mindfulness based cognitieve therapie (Grade 1A). Overweeg bij patiënten die minstens vijf depressie-episodes hebben doorgemaakt, behandeling met kortdurende cognitieve gedragstherapie (Grade 2B).

SAMENWERKING

- Werk, in overleg met uw patiënt, zo mogelijk samen met mantelzorgers, met hulpverleners uit de eerste lijn (bv. eerstelijnspsycholoog, kinesitherapeut en zelfstandig psycholoog), met hulpverleners uit de tweede lijn (bv. psychiater) of uit de derde lijn (bv. psychiatrische afdeling verbonden aan een algemeen ziekenhuis of PAAZ en psychiatrische ziekenhuis) (GCP).

- Volg hierbij de principes van getrapte zorg ('stepped care') (*GCP*). In een woon- en zorgcentrum (WZC) blijkt het principe van gestructureerd en multidisciplinair samenwerken, 'collaborative care' genoemd, werkzaam (*Grade 1B*).
- Zorgverstrekking kan individueel gebeuren, maar ook groepsgerichte initiatieven hebben een bewezen werkzaamheid (*GCP*).
- Overweeg ten slotte op maat gebruik van online hulpverlening (*GCP*).

OUDEREN

A. Diagnose

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

B. Beleid

- Schrijf ook bij ouderen bij een ernstige depressie antidepressiva voor (*Grade 1A*).
- Kies bij ouderen eerder voor een SSRI (lichte voorkeur) (*Grade 2B*); laat u bij ouderen, zoals bij niet-ouderen, in de uiteindelijke keuze tussen een SSRI en een TCA leiden door comorbiditeit en verwachte ongewenste effecten (*GCP*).
- Voorschrijven van antidepressiva praktisch (*GCP*):
 - start bij tachtigplussers en bij ouderen met ernstige comorbiditeit bij voorkeur met een verlaagde dosis (bv. halve dosis);
 - wacht bij ouderen minimaal zes tot acht weken vooraleer het effect van een antidepressivum kan worden beoordeeld; het kan soms tot twaalf weken duren vooraleer er respons gezien wordt;
 - kijk ondertussen potentiële ongewenste effecten actief na; monitor concreet wekelijks gedurende de eerste vier weken;
 - behandel ouderen minimaal zes maanden tot twaalf maanden (na remissie).
- Zowel het gebruik van benzodiazepines als dat van antipsychotica wordt bij ouderen omwille van de potentieel ernstige ongewenste effecten afgeraden (*GCP*).
- De aanbevolen niet-medicamenteuze aanpak van depressie bij ouderen is grotendeels dezelfde als bij niet-oudere volwassenen.
- Bied in een WZC specifieke vormen van psychotherapie best aan binnen een gestructureerde en multidisciplinaire aanpak, d.i. volgens de principes van 'collaborative care' (*Grade 1B*).

RANDVOORWAARDEN

Randvoorwaarden voor samenwerking met de psycholoog zijn *toegankelijkheid* en *betaalbaarheid van psychologische hulp voor iedereen*, d.w.z. voldoende psychologen in alle regio's en voldoende CGG's (tweede lijn) voorzien van een (gedeeltelijke) terugbetaling van de eerstelijnspsycholoog (eerste lijn). Een deel van deze randvoorwaarden (o.a. inzetten van een eerstelijnspsycholoog) valt onder Vlaamse bevoegdheid, een ander deel (o.a. terugbetaling) valt onder federale bevoegdheid (Riziv). Op het moment van de totstandkoming van deze aanbeveling wordt aan deze randvoorwaarden gewerkt, maar is de praktische uitwerking ervan nog niet helemaal duidelijk (zie KCE rapport 265A).²⁰⁸ Vermoed wordt dat naargelang de regio (Vlaams dan wel Waals) dit rapport ook anders zal vertaald worden. Voorlopig wordt, althans voor Vlaanderen, de druk op de overheden voor het invoeren van de eerstelijnspsychologische functie hoog gehouden en is de hoop dat op zijn minst een deel van deze functie nog in de legislatuur van 2014-2019 ingevuld zal worden.

Randvoorwaarden voor samenwerking met de psychiater zijn *voldoende beschikbaarheid van psychiaters met mogelijkheid tot snel psychiatrisch advies*, bijvoorbeeld na telefonisch contact door de huisarts (het zogenaamde eenmalig psychiatrisch consult). Concreet kan hieraan gewerkt worden door het continueren en bestendigen van de projecten binnen artikel 107. De collega's uit Antwerpen deden op vraag van de FOD Volksgezondheid bevraging onder huisartsen en psychiaters rond de verschillende verwachtingen en modaliteiten van beide beroepsgroepen in verband met samenwerking rond een ernstig depressieve patiënt. Uit deze bevraging bleek onder meer dan beide beroepsgroepen vragende partij zijn om mekaar en mekaars werk beter te leren kennen.²⁰⁹ De projecten onder artikel 107 dienen voldoende betoelaagd te worden en de noodzakelijke continuïteit in de tijd te kennen, wat helaas nu niet altijd het geval is. Op te merken valt dat voor de meeste art. 107-projecten er geen robuuste evaluatie van hun werkzaamheid en veiligheid heeft plaatsgevonden.

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

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

Na het bijzonder lange traject dat deze aanbeveling gekend heeft, zou het bijzonder jammer zijn mochten er geen mensen of middelen meer uitgetrokken worden ter implementatie van deze aanbeveling.

We herinneren de overheid eraan dat deze tekst o.a. is tot stand gekomen als aanzet voor bijvoorbeeld het trainen van huisartsen in de toepassing van niet-medicamenteuze aanpak. Deze opmerking werd tevens geformuleerd tijdens de patiëntenbevraging (zie verder).

TOETSELEMENTEN

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

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

RESEARCHAGENDA

Er is onder meer nog onderzoek nodig naar:

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

ECONOMISCHE OVERWEGINGEN

Het blijft een enorme uitdaging om voor alle patiënten met depressie de gepaste hulp te voorzien; uit studies vermoeden we dat inzetten op preventie een kosteneffectievere strategie zou kunnen zijn.²¹⁰ De overheid heeft (al te) lang gearzeld om psychologische hulp voor de bevolking (deels) terug te betalen. De implementatie van de KCE-aanbeveling zou een enorme stap vooruit kunnen zijn en mogelijk kunnen leiden tot een meer onder controle krijgen van de enorme kosten die o.a. het stijgend antidepressivagebruik in de voorbije jaren met zich mee heeft gebracht.

ICPC-2-CODES

Depressive disorder P76

Feeling depressed P03

TOTSTANDKOMING

Auteurs

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

Methodologie en literatuuronderzoek

Deze richtlijn is een herziening van de Domus Medica-aanbeveling 'Depressie bij volwassenen' gepubliceerd in 2008.²¹¹ Deze herziening gebeurde volgens de ADAPTE-procedure.²¹² Dit is een internationale procedure voor het adapteren van richtlijnen naar de lokale context. Deze procedure werd uitgewerkt door de ADAPTE Working Group. Adaptatie omvat een aantal specifieke stappen: zoeken naar richtlijnen en de methodologische kwaliteit ervan beoordelen, nagaan of de inhoud (kernboodschappen) overeenstemt met de gestelde klini-

sche vragen, nagaan of het wetenschappelijk bewijs up-to-date is, nagaan of er voldoende methodologische en klinische consistentie is tussen het onderbouwende wetenschappelijk bewijs en de kernboodschappen, nagaan of de kernboodschappen naar de Belgische setting toe aanvaardbaar en toepasbaar zijn en ten slotte selectief adapteren van relevante kernboodschappen.

Andere stappen (klinische vragen selecteren, de literatuur updaten, richtlijn toetsen bij experts en gebruikers (huisartsen) in LOK's en richtlijn implementeren) verlopen overeenkomstig de procedure voor de ontwikkeling van de novo richtlijnen, zoals vastgelegd in het stramien voor de ontwikkeling van richtlijnen, dat in 2007 met de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, de Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) en het Centre of Evidence Based Medicine (CEBAM) werd overeengekomen en schriftelijk vastgelegd.

De auteursgroep formuleerde twaalf klinische vragen op basis van de vorige richtlijn, eigen ervaring en een bevraging door studenten huisartsgeneeskunde.²¹³ Op 3 maart 2014 werd in de richtlijndatabase van GIN naar relevante richtlijnen gezocht. Deze zoektocht resulteerde in 108 richtlijnen, waarvan na een ruwe screening (taal, publicatiedatum, onderwerp) 43 richtlijnen werden behouden als potentieel relevante bronrichtlijnen. Richtlijnen over preventie van depressie en richtlijnen over depressie bij kinderen, adolescenten en zwangere vrouwen werden geëxcludeerd. Drie auteurs hebben in een tweede screeningsfase deze 43 richtlijnen herleid tot een kleiner pakket, op basis van relevantie voor de update. De vier geselecteerde richtlijnen werden vervolgens beoordeeld aan de hand van de criteria van het AGREE-instrument.²¹⁴ Voor iedere richtlijn werd door twee auteurs afzonderlijk een beoordeling gemaakt, en nadien in consensus een besluit geformuleerd.

De richtlijnen van NICE en SIGN werden behouden met een hoge AGREE-score.²¹⁵ De NHG-standaard werd uiteindelijk ook behouden gezien de gelijkaardige context, recente publicatiedatum en heldere formulering.²¹⁶ Ook de oorspronkelijke eerste versie van de Domus Medica-aanbeveling Depressie werd als bron gebruikt.

Voor de beoordeling van de inhoud van de geselecteerde richtlijnen werd een tabel opgesteld met de klinische vragen. Uit alle geselecteerde richtlijnen werden, indien beschikbaar, per klinische vraag sleutelboodschappen geëxtraheerd en in de tabel gezet. Voor elk van de kernboodschappen werd nagegaan of:

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

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

Aanvullende literatuursearch

Om de 'currency' na te gaan (stap 12 ADAPTE-procedure) werd nagegaan of meer recente publicaties de oorspronkelijke aanbevelingen wijzigden. Hiervoor werd de database van

FARMAKA geraadpleegd en werd een search naar systematic reviews uitgevoerd in de TRIP-database.

Meer gedetailleerde informatie over de gevolgde methodologie van de aanvullende literatuurscharches is op vraag verkrijgbaar.

Toekennen van Grade

Aan elke kernboodschap werd een niveau van bewijskracht (kwaliteit van bewijs) en graad van aanbeveling toegekend volgens het Grade-systeem.²¹⁷ Aanvullend werden kernboodschappen die volledig op consensus berusten, met ‘GCP’ (good clinical practice) gegra-deerd.

Het toekennen van het niveau van bewijskracht is een proces waarbij uitgegaan wordt van de kwaliteit van het onderbouwende wetenschappelijk bewijs - de graad van aanbeveling geeft de mate aan waarin een kernboodschap aanbevolen wordt. Op deze manier wordt de waarde van een aanbeveling meer genuanceerd. Concreet bestaat de code uit een letter waarbij A het sterkste niveau van bewijskracht en C het laagste niveau van bewijskracht (lage kwaliteit van bewijs) betekent en een cijfer waarbij 1 betekent dat de aanbeveling ook sterk aanbevolen wordt en 2 dat het onzeker is of de aanbeveling meer voordelen dan nade-len oplevert en dus minder sterk aanbevolen wordt.

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

Experts

De conceptringhtlijn werd door de Commissie Richtlijnen van Domus Medica en externe experts uit meerdere disciplines nagelezen. De externe experts waren: dr. Lieve Lemey (psychiater, AZ Sint-Jan Brugge), dr. Lieve Callewaert (huisarts, Brugge), Els Heene (psycholoog), prof. dr. Mirko Petrovic (geriater, UZ Gent), prof. dr. Filip Raes (psycholoog, KU Leuven). Aan deze experts werd gevraagd door wetenschappelijke literatuur onderbouwde opmerkingen te geven op de ontwertringhtlijn. De auteursgroep besprak alle commentaren systematisch en bij consensus werd een antwoord geformuleerd en werd de richtlijntekst waar nodig aangepast. Vermelding als expert betekent niet dat iedere expert de richtlijn op elk detail onderschrijft.

Na deze toetsing ging er nog een expertenronde door in Brussel waar een afvaardiging van

de auteursgroep (dr. Tom Declercq en prof. dr. Jan De Lepeleire) in discussie is gegaan met enkele experts (huisartsen en psychiater) uit het Franstalig landsgedeelte, afgevaardigd door de Franstalige wetenschappelijke vereniging van huisartsen (de SSMG), namelijk Thomas Orban (huisarts en voorzitter SSMG), Philippe Vansteenkiste (psychiater), Christine Vanoverbeke (huisarts), Patricia Eeckeels (huisarts) en Michel Vanhalewyn (huisarts, verantwoordelijk op de samenkomst, maar als expert betrokken bij de vooraf ingezonden commentaren). Voorafgaande commentaren werden door de auteurs schriftelijk beantwoord en voor de vergadering via e-mail aan de Franstalige experts bezorgd. Op het moment van de vergadering werden onduidelijkheden alsook noodzakelijke aanpassingen aan de Waalse context besproken en in de tekst mee opgenomen. Een deel van deze aanpassingen (bijvoorbeeld de opmerkingen over (es)citalopram geformuleerd in *La Revue Prescrire*) is terug te vinden in de Nederlandstalige en Franstalige tekst; een ander deel, bijvoorbeeld de verwijzing naar sommige internetadressen, is omwille van de specifieke regionale context ofwel in de Nederlandstalige ofwel in de Franstalige versie opgenomen.

Veldtoetsing

Omdat toetsing van de concepttekst door de doelgroep heel belangrijk is in de ADAPTE-procedure, werd hier veel aandacht aan besteed.²¹⁸ De richtlijn werd getoetst op praktische haalbaarheid en toepasbaarheid in vier Vlaamse Lok-groepen (Lauwe, Brugge, Deinze en Sint-Niklaas).

De belangrijkste toetsitems waren de haalbaarheid en toepasbaarheid van: adviezen rond diagnostiek en behandeling bij ouderen met depressie, niet-medicamenteuze behandeling van depressie als huisarts en samenwerking met psycholoog, de indicaties voor doorverwijzing naar een psychiater en samenwerking met een psychiater. Om de toetsing voldoende te laten aansluiten bij de werkgewoonten in de verschillende Lok-groepen werd op voorhand een toetsingsprocedure afgesproken. De resultaten van de toetsing bij huisartsen werden samengevat en de auteurs bepaalden nadien in consensus waar de ontwerprichtlijn moest worden aangepast.

Patiëntenbetrokkenheid

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

Na de voorstelling van de kernboodschappen was iedereen ervan overtuigd dat men *'met graagte en vertrouwen naar een huisarts zou stappen die de richtlijnen hanteert zoals ze voorgesteld worden'*. Er werd waardering geuit voor de zorgvuldige opbouw van de diagnostiek, het stepped care-idee en voor de combinatie van niet-medicamenteuze en medicamenteuze interventies. Het is allicht niet voldoende om huisartsen die tekst voor te schotelen;

een opleiding hierin is mogelijk ook aangewezen (zie randvoorwaarden). Er werden een aantal suggesties aangebracht voor de tekst, die resulteerden in volgende wijzigingen:

- problem solving-therapie is weinig voorkomend of bekend. Jammer genoeg is 'oplossings-gerichte therapie', een vorm die beter bekend is, niet hetzelfde. Deze suggestie werd in de tekst opgenomen;
- bij dagstructurering en activiteitenplanning de nadruk leggen op opvolging en dus op vervolgspraken: deze suggestie werd eveneens in de tekst opgenomen;
- bij opvolgbeleid minder insinueren dat de medicatie na twee jaar kan gestopt worden, maar zo iets als: 'of het niet wenselijk is' i.p.v. 'of het wenselijk is'. Een aangepaste formulering is niet in de kernboodschap, maar wel in de achtergrond van de kernboodschap opgenomen.

Validatie

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

Financiering

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

Update

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

Deze richtlijn kwam tot stand onder de coördinatie van de Commissie richtlijnen van Domus Medica vzw (dr. Hanne Cloetens, dr. Nicole Dekker, dr. Nicolas Delvaux, dr. Philip Koeck, dr. Evy Lenaerts, dr. Hilde Philips, dr. Paul Van Royen, Elissah Hendrickx) en met de steun van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu - Directoraat-generaal Gezondheidszorg - Dienst Psychosociale Gezondheidszorg - Cel Drugs.

REFERENTIES

ref. 1

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

ref. 2

- <https://intego.be/nl/Resultaten/Diagnosen>

ref. 3

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

ref. 4

- Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg. Vlaanderen 2010. <http://www.psy107.be/files/Vlaanderen.pdf>

ref. 5

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

ref. 6

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

ref. 7

- <https://trimbos.nl>

ref. 8

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

ref. 9

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

ref. 10

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

ref. 11

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

ref. 12

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

ref. 13

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

ref. 14

- <https://kce.fgov.be/nl/publication/report/burnout-bij-huisartsen-preventie-en-aanpak>

- <https://www.nhg.org/themas/publicaties/les-a-over-spanning-en-burn-out>

ref. 15

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

ref. 16

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

ref. 17

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

ref. 18

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

ref. 19

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

ref. 20

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

ref. 21

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

ref. 22

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

ref. 23

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

ref. 24

- Heyrman J, Declercq T, Rogiers R, et al. Aanbeveling

voor goede medische praktijkvoering. Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts. *Huisarts Nu* 2008;37:284-317.

ref. 25

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

ref. 26

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

ref. 27

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

ref. 28

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

ref. 29

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

ref. 30

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

ref. 31

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

ref. 32

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

ref. 33

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

ref. 34

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

ref. 35

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

ref. 36

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

ref. 37

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

ref. 38

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

ref. 39

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

ref. 40

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

ref. 41

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

ref. 42

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

ref. 43

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

ref. 44

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

ref. 45

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

ref. 46

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

ref. 47

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

ref. 48

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

ref. 49

- Van Weel C, Van Weel-Baumgarten E, Van Rijswijk E. Treatment of depression in primary care. *BMJ* 2009;338:b934.

ref. 50

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

ref. 51

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

ref. 52

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

ref. 53

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

ref. 54

- Loh A, Leonhart R, Wills CE. The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in

primary care of depression. *Patient Educ Couns* 2007.

- Saver B, Van-Nguyen V, Keppel G, Doescher M. A Qualitative study of depression in primary care: missed opportunities for diagnosis and education. *J Am Board Fam Med* 2007;20:28-35.
- Clever S, Ford D, Rubenstein L, et al. Primary care patients' involvement in decision-making is associated with improvement in depression. *Medical Care* 2006;44:398-405. DOI:10.1097/01.mlr.0000208117.15531.da.

ref. 55

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

ref. 56

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

ref. 57

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

ref. 58

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

ref. 59

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

ref. 60

- Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2012;55:252-9.
- Boudreau R, Moulton K, Cunningham J. Self-directed cognitive behavioural therapy for adults with diagnosis of depression: systematic review of clinical effectiveness, cost-effectiveness, and guidelines. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2010.

ref. 61

- The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Prac-

tice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90.

ref. 62

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

ref. 63

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

ref. 64

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

ref. 65

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

ref. 66

- Cameron IM. *J Affect Disord* 2014;166:48-58.

ref. 67

- Declercq T, Rogiers R, Habraken H, et al. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn. Antwerpen: WVVH; 2005.

ref. 68

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

ref. 69

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

ref. 70

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

ref. 71

- Loh A, Leonhart R, Wills CE. The impact of patient

participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. *Patient Educ Couns* 2007.

- Saver B, Van-Nguyen V, Keppel G, Doescher M. A Qualitative study of depression in primary care: missed opportunities for diagnosis and education. *J Am Board Fam Med* 2007;20:28-35.
- Clever S, Ford D, Rubenstein L, et al. Primary care patients' involvement in decision-making is associated with improvement in depression. *Medical Care* 2006;44:398-405. DOI:10.1097/01.mlr.0000208117.15531.da.

ref. 72

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

ref. 73

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

ref. 74

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

ref. 75

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

ref. 76

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

ref. 77

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

ref. 78

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

ref. 79

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

ref. 80

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

ref. 81

- Declercq T, Rogiers R, Habraken H, et al. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn. Antwerpen: WVVH; 2005.

ref. 82

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

ref. 83

- Murphy S, Irving CB, Adams CE, Driver R. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5. DOI:10.1002/14651858.CD001087.pub4.

ref. 84

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

ref. 85

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

ref. 86

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

ref. 87

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

ref. 88

- Loh A, Leonhart R, Wills CE. The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. *Patient Educ Couns* 2007.

- Saver B, Van-Nguyen V, Keppel G, Doescher M. A Qualitative study of depression in primary care: missed opportunities for diagnosis and education. *J Am Board Fam Med* 2007;20:28-35.

- Clever S, Ford D, Rubenstein L, et al. Primary care patients' involvement in decision-making is associated with improvement in depression. *Medical Care* 2006;44:398-405. DOI:10.1097/01.mlr.0000208117.15531.da.

ref. 89

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

ref. 90

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

ref. 91

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

ref. 92

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

ref. 93

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

ref. 94

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

ref. 95

- Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2012;55:252-9.
- Boudreau R, Moulton K, Cunningham J. Self-directed cognitive behavioural therapy for adults with diagnosis of depression: systematic review of clinical effectiveness, cost-effectiveness, and guidelines. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2010.

ref. 96

- The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Prac-

tice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90.

ref. 97

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

ref. 98

- Cooney GM, Dwan K, Greig CA, et al. Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;9. DOI: 10.1002/14651858.

ref. 99

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

ref. 100

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

ref. 101

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

ref. 102

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

ref. 103

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

ref. 104

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

ref. 105

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

ref. 106

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

ref. 107

- The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90.
- Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2012;55:252-9.
- Maund E, Tendal B, Hróbjartsson A, et al. Benefits and harms in clinical trials of duloxetine for treatment of major depressive disorder: comparison of clinical study reports, trial registries, and publications. *BMJ* 2014;34. DOI: 10.1136/bmj.g3510.
- Schueler YB, Koesters M, Wieseler B, et al. A systematic review of duloxetine and venlafaxine in major depression, including unpublished data. *Acta Psychiatr Scand* 2011;123:247-65. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2010.01599.x.

ref. 108

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

ref. 109

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

ref. 110

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

ref. 111

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

ref. 112

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

ref. 113

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

ref. 114

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

ref. 115

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

ref. 116

- <https://crediblemeds.org>

ref. 117

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

ref. 118

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

ref. 119

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

ref. 120

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

ref. 121

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

ref. 122

- Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, et al. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis

sis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 2008;5. DOI: 10.1371/journal.pmed.0050045.

- Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al. Anti-depressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA* 2010;303:47-53. DOI: 10.1001/jama.2009.1943.

ref. 123

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

ref. 124

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

ref. 125

- Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, et al. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med* 2008;358:252-60. DOI: 10.1056/NEJMsa065779.
- Trinquart L, Abbé A, Ravaud P. Impact of reporting bias in network meta-analysis of antidepressant placebo-controlled trials. *PLoS One* 2012;7. DOI: 10.1371/journal.pone.0035219.

ref. 126

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

ref. 127

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

ref. 128

- The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90.
- Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2012;55:252-9.
- Cuijpers P, Van Straten A, Schuurmans J, et al. Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2010;30:51-62.

ref. 129

- Levkovitz Y, Tedeschini E, Papakostas G. Efficacy of antidepressants for dysthymia: A meta-analysis of

placebo-controlled randomized trials. *J Clin Psychiatry* 2011;72:509-14.

ref. 130

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

ref. 131

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

ref. 132

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

ref. 133

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

ref. 134

- The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90.
- Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2012;55:252-9.
- Hickie IB. Antidepressants in elderly people. Comment on Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. *BMJ* 2011;343. DOI: 10.1136/bmj.d4660.

ref. 135

- Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2012;55:252-9.
- Heyrman J, Declercq T, Rogiers R, et al. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts. *Huisarts Nu* 2008;37:284-317.

ref. 136

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

ref. 137

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

ref. 138

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

ref. 139

- <http://nl.similes.be>
- <https://werkgroepverder.be>

ref. 140

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

ref. 141

- <http://psy107.be/index.php/nl>

ref. 142

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

ref. 143

- Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg. Vlaanderen 2010. <http://www.psy107.be/files/Vlaanderen.pdf>

ref. 144

- Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg. Vlaanderen 2010. <http://www.psy107.be/files/Vlaanderen.pdf>

ref. 145

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

ref. 146

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

ref. 147

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

ref. 148

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

ref. 149

- Leontjevas R, Gerritsen DL, Smalbrugge M, et al. A structural multidisciplinary approach to depression management in nursing-home residents: a multicentre, stepped-wedge cluster-randomised

trial. *Lancet* 2013;381:2255-64. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60590-5.

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

ref. 150

• <https://lifightdepression.com/en>

ref. 151

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

ref. 152

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

ref. 153

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

ref. 154

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

ref. 155

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

ref. 156

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

ref. 157

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

ref. 158

- <http://farmaka.be/nl/formularium/219#main>
- <http://bcfi.be/nl/articles/2058?folia=2040&matches=citalopram%7Cescitalopram>

ref. 159

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

ref. 160

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

ref. 161

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

ref. 162

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

ref. 163

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

ref. 164

- The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90.
- Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2012;55:252-9.
- Rodda J, Walker Z, Carter J. Depression in older adults. Clinical Review. *BMJ* 2011;343.
- <http://farmaka.be/nl/formularium/219#main>

ref. 165

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

ref. 166

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

ref. 167

- Banerjee S, Hellier J, Dewey M, et al. Sertraline or mirtazapine for depression in dementia (HTA-SADD): a randomised, multicentre, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2011;378:403-11. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60830-1.
- Tedeschi E, Levkovitz Y, Iovieno N, et al. Efficacy of antidepressants for late-life depression: a meta-analysis and meta-regression of placebo-controlled randomized trials. *J Clin Psychiatry* 2011;72:1660-8. DOI: 10.4088/JCP.10r06531.
- Nelson JC, Devanand DP. A systematic review and meta-analysis of placebo-controlled antidepressant studies in people with depression and dementia. *J*

Am Geriatr Soc 201;59:577-85. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2011.03355.x.

- Boyce RD, Hanlon JT, Karp JF, et al. A review of the effectiveness of antidepressant medications for depressed nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc* 2012;13:326-31. DOI: 10.1016/j.jamda.2011.08.009.

ref. 168

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

ref. 169

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

ref. 170

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

ref. 171

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

ref. 172

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

ref. 173

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

ref. 174

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

ref. 175

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

ref. 176

- Cipriani A, Barbui C, Butler R, et al. Depression in adults: drug and physical treatments. *BMJ Clin Evid* 2011.
- Chalder M, Wiles NJ, Campbell J, et al. A pragmatic randomised controlled trial to evaluate the cost-eff-

ectiveness of a physical activity intervention as treatment for depression: the treating depression with physical activity (TREAD) trial. *Health Technology Assessment* 2012;16. DOI: 10.3310/hta16100.

ref. 177

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

ref. 178

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

ref. 179

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

ref. 180

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

ref. 181

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

ref. 182

- Hunkeler EM, Katon W, Tang L, et al. Long term

outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *BMJ* 2006;332:259-63.

- de Jong FJ, van Steenberg-Weijenburg KM, Huijbregts KM. The Depression Initiative. Description of a collaborative care model for depression and of the factors influencing its implementation in the primary care setting in the Netherlands. *Int J Integr Care* 2009;9.
- Archer J, Bower P, Gilbody S. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;10.

ref. 183

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

ref. 184

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

ref. 185

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

ref. 186

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

ref. 187

- Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG,

Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2012;55:252-9.

ref. 188

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

ref. 189

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

ref. 190

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

ref. 191

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

ref. 192

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

ref. 193

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

ref. 194

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

ref. 195

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

ref. 196

- Tint A, Haddad PM, Anderson IM. The effect of rate of antidepressant tapering on the incidence of discontinuation symptoms: A randomised study. *J Psychopharmacol* 2008;22: 330-2.

ref. 197

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

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

ref. 198

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

ref. 199

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

ref. 200

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

ref. 201

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

ref. 202

- Cuijpers P, Donker T, Weissman MM, et al. Interpersonal psychotherapy for mental health problems: A comprehensive meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2016. DOI: 10.1176/appi.ajp.2015.15091141.

ref. 203

- The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. Updated Edition. National Clinical Practice Guideline 2010; 90.
- Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2012;55:252-9.
- Non-pharmaceutical management of depression in adults. A national clinical guideline. SIGN 2010.
- Bockting C, Schene A, Spinhoven P, et al. Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005;73:647-57.

ref. 204

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

ref. 205

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

ref. 206

- Kuyken W, Hayes R, Barrett B, et al. Effectiveness

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

ref. 207

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

ref. 208

- <https://kce.fgov.be/nl/publication/report/organisatie-en-financieringsmodel-voor-de-psychologische-zorg>

ref. 209

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

ref. 210

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

ref. 211

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

ref. 212

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

ref. 213

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

ref. 214

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

ref. 215

- The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. Updated Edition. Na-

tional Clinical Practice Guideline 2010;90; Non-pharmaceutical management of depression in adults. A national clinical guideline. SIGN 2010.

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

ref. 216

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

ref. 217

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

ref. 218

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

Deze richtlijn kwam tot stand onder de coördinatie van de Commissie richtlijnen van Domus Medica vzw (dr. Hanne Cloetens, dr. Nicole Dekker, dr. Nicolas Delvaux, dr. Philip Koeck, dr. Evy Lenaerts, dr. Hilde Philips, dr. Paul Van Royen, Elissah Hendrickx) en met de steun van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu - Directoraat-generaal Gezondheidszorg - Dienst Psychosociale Gezondheidszorg - Cel Drugs.

© **Domus Medica vzw**
Lange Leemstraat 187
2018 Antwerpen

Tel. 03 425 76 76
E-mail: info@domusmedica.be
www.domusmedica.be

