

Zorgpad Depressie

Herziene versie november 2014



Redactie

Gerdien Franx en Peter van Splunteren, Trimbos-instituut

Aan de totstandkoming van deze tekst werkten mee:

Ton Mutsaars (POH GGZ), Fanny Schilderinck (POH GGZ), Frank Verhulst (psycholoog), Sylvia van Manen (huisarts), Christina van der Feltz-Cornelis (psychiater/onderzoeker), Kees Korrelboom (psychotherapeut/onderzoeker), Marlene de Regt (Ros Netwerk/Ineen)

De publicatie werd financieel ondersteund met een bijdrage van Lundbeck.

Utrecht november 2014

Zorgpad Depressie

Herziene versie november 2014

Inleiding

Inleiding	3
1. Afbakening en verantwoording	4
2. Herkennen van klachten en risicofactoren	4
3. Screenen en diagnose stellen	6
3.1 Screenen en diagnostiek	6
3.2 Bepalen van ernst	6
3.3 Suïcidaliteit	7
4. Behandelinterventies	9
4.1 Basisinterventies	9
4.2 Begeleide zelfhulp en e-health	10
4.3 Fysieke inspanning, lichamelijke activiteit, running therapie en relaxatie	10
4.4 Psychosociale interventies	10
4.5 Kortdurende psychologische behandeling (KPB)	11
4.6 Psychotherapeutische technieken	12
4.7 Medicatie	13
5. Monitoren en terugvalpreventie	15
6. Bijlage	16

Van de Nederlandse bevolking tussen de 18-64 jaar heeft 18,7% ooit in het leven met een depressieve stoornis te kampen gehad en krijgt jaarlijks 5,2% van de Nederlanders last van een depressieve stoornis¹. Depressieve stoornissen hebben een negatieve impact op het dagelijkse leven en veroorzaken hoge maatschappelijke kosten als gevolg van ziekteverzuim en ziektekosten. Depressie kan zeer belastend zijn voor de patiënt maar ook voor de directe omgeving.

In de herziene versie van de NHG Standaard Depressie² wordt er onderscheid gemaakt tussen drie vormen van depressiviteit: depressieve klachten, (lichte tot matige) depressie, en ernstige depressie. Bij depressieve klachten wordt er niet voldaan aan de DSM-IV-criteria voor een depressie, maar is er sprake van een sombere stemming waar de patiënt hinder van ondervindt. De term depressie houdt in: een sombere stemming en/of een duidelijke vermindering van interesse of plezier in bijna alle activiteiten, bijna dagelijks en gedurende het grootste deel van de dag, gedurende ten minste twee weken. Voor het stellen van de diagnose depressie moeten tenminste vijf symptomen zoals vermeld in de definitie van de DSM-IV aanwezig zijn, waaronder één van de kernsymptomen (sombere stemming en/of interesseverlies) gedurende tenminste twee weken. Bij een ernstige depressie is er vaak sprake van ernstig sociaal disfunctioneren, grote lijdensdruk en/of psychische comorbiditeit. Naast verschillende vormen van een depressieve stoornis zijn er ook meerdere soorten depressies te onderscheiden, waaronder postpartumdepressie, winterdepressie, dysthymie.

Een depressie herstelt vaak vanzelf. Dit gebeurt bij de helft van alle mensen met een depressie binnen drie maanden. Bij mensen bij wie een depressie langer duurt, duurt het herstel gemiddeld zes maanden. Dit kan komen door spontaan herstel of door behandeling. Bij ongeveer de helft van alle mensen met een depressie komt de aandoening na verloop van tijd terug.

Net als bij de behandeling van andere psychische aandoeningen, zoals angststoornissen, is bij de behandeling van depressie sprake van een combinatie van *matched-* en *stepped care*. *Stepped care* staat voor: lichte interventies waar het kan, intensievere behandeling waar het moet, gevolgd door periodieke evaluatie. Bij *matched-care* gaat het om het afstemmen van de behandeling op patiëntvariabelen zoals ernst van het probleem, mentale vaardigheden en sociale rollen. Belangrijk is dat de patiënt meteen bij de juiste hulpverlener terecht komt en dat er niet onder- of overbehandeld wordt.

Onnodig verwijzen naar de SGGZ kan voorkomen worden door de implementatie van een *collaborative care* aanpak, een kosteneffectieve methode uit de Verenigde Staten. Bij deze methode werken huisartsen intensief samen met andere hulpverleners uit de eerstelijnszorg. De huisarts houdt de regie, maar wordt ondersteund door een *care manager*. Dit kan een maatschappelijk werker, verpleegkundige of psycholoog zijn. De *care manager* houdt de voortgang van de behandeling in de gaten en biedt korte gesprekstherapieën aan. Bij *collaborative care* wordt de behandeling van depressie dus grotendeels opgevangen door de eerstelijnszorg. De psychiater blijft echter bereikbaar voor overleg en advies. Samen met de patiënt bepalen de huisarts en *caremanager* welke stappen in de behandeling worden gezet, die *stepped care* is opgebouwd³.

¹ Voorkomen van depressieve stoornis in de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar gebaseerd op resultaten van NEMESIS-2, meetperiode 2007-2009. Veerbeek M., Knispel A., Nuijen J. GGZ in tabellen. Trimbos Instituut 2012

² Van Weel-Baumgarten E.M., Gelderen M.G. van, Grundmeijer H.G.L.M., Licht-Strunk E., Marwijk H.W. van, Rijswijk H.C.A.M. van, Tjaden B.R., Verduijn M., Wiersma T.J., Burgers J.S., Avendonk M.J.P. van, Weele G.M. van der. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;2:55(6): 252-9

³ Huijbregts K.M.L., Collaborative care for depression in primary care, and the influence of concomitant physical symptoms. A thesis from the Netherlands Depression Initiative. Proefschrift (2013): Vrije Universiteit van Amsterdam

1. Afbakening en verantwoording

Dit zorgpad is een herziening van een eerdere versie. Aanleiding voor de herziening was de update van onderliggende richtlijnen en standaarden en nieuwe regelgeving.

Het zorgpad is gericht op volwassenen vanaf 18 jaar met depressieve klachten of een depressieve stoornis. De behandeling van chronische problematiek wordt niet in dit zorgpad beschreven. Voor aanvullende informatie over signalering en aanpak van depressieve klachten bij patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond kunt u www.huisarts-migrant.nl raadplegen.

Het zorgpad beschrijft de bouwstenen voor de ontwikkeling van 'evidence-based' zorgprogramma's of zorgpaden voor de huisartsenzorg en de generalistische basis ggz (HA + BGGZ), waar vooral zorg wordt verleend door huisartsen, POHs-GGZ en psychologen. De relatie met de gespecialiseerde GGZ (SGGZ) wordt tevens aangegeven. Het zorgpad is inhoudelijk gebaseerd op de belangrijkste kwaliteitsinstrumenten van beroepsverenigingen (NHG Standaard², Multidisciplinaire richtlijn⁴, NHG publicatie Protocollaire GGZ⁵) en wat betreft de vormgeving aangepast aan het verwijzingsmodel en productbeschrijvingen van bureau HHM⁶, die per 1 januari 2014 van kracht werden.

Deze laatste beleidskaders geven als algemeen richtsnoer dat:

1. Behandeling door HA + POH GGZ vindt plaats als:
 - Er geen vermoeden is van een stoornis volgens DSM-criteria maar sprake van depressieve klachten;
 - er is sprake van een DSM-stoornis of een vermoeden daarop, maar daarbij is de ernst van de stoornis licht, het risico laag, de complexiteit meestal afwezig en de duur (beloop) van de symptomen beantwoordt (nog) niet aan de criteria uit de richtlijn voor depressieve stoornis; of
 - er sprake is van stabiele chronische problematiek, niet crisisgevoelig en met een laag risico.
2. Verwijzing naar de SGGZ is aan de orde bij:
 - Een hoog risico en/of hoge complexiteit bij vermoeden van een DSM-benoemde stoornis.
3. In alle andere gevallen ligt verwijzing naar de BGGZ voor de hand.

Toegepast op depressieproblematiek betekent dit in zijn algemeenheid dat lichte en matige vormen van depressie goed te behandelen zijn in de huisartsenzorg - door HA + POH GGZ - of in de BGGZ. Voorwaarde is dat de POH GGZ goed getraind is om behandelingen uit te voeren. Wanneer er sprake is van (een vermoeden van) ernstige/complex depressiestoornissen met hoog risico en grote lijdensdruk is behandeling in de BGGZ of SGGZ aangewezen.

⁴ Spijker J., Bockting C.L.H., Meeuwissen J.A.C., Vliet I.M. van, Emmelkamp P.M.G., Hermens M.L.M., Balkom A.L.J.M. van namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie. Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis. Utrecht: Trimbos-instituut 2012

⁵ Venrooij M.H. van. Protocollaire GGZ. Nederlands Huisartsen Genootschap, 2014

⁶ Bakker P. en Jansen P. Generalistische Basis GGZ: Verwijzingsmodel en productbeschrijvingen. Bureau HHM, 2013.

2. Herkennen van klachten en risicofactoren

Het is belangrijk om risicofactoren voor het ontwikkelen van een depressie vroeg te signaleren. Extra alertheid is geboden bij mensen met (chronische) lichamelijke klachten, sociale problematiek (in werk of relaties), na heftige levensgebeurtenissen of als er sprake is van vroegere of andere psychische problemen (angst of verslaving). Door tijdige herkenning en aanpak van deze signalen kan een (nieuwe) depressieve episode worden voorkomen (terugvalpreventie) en een passende behandeling al in een vroeg stadium worden ingezet.

Wanneer één of beide kernsymptomen aanwezig is/zijn en in totaal minimaal vijf van de negen andere symptomen zijn geïdentificeerd, is verder diagnostisch onderzoek aangewezen.

Figuur 2.1 geeft een overzicht weer van depressieve symptomen.

FIGUUR 2.1. SYMPTOMEN VAN DEPRESSIE

KERNSYMPTOMEN:

ZEKER TWEE AANEENGESLOTEN WEKEN, HET GROOTSTE DEEL VAN DE DAG AANWEZIG

- Depressieve stemming.
- Duidelijk vermindering van plezier.

OVERIGE SYMPTOMEN

- Gewichtsverandering.
- Slapeloosheid of overmatig slapen.
- Agitatie of remming.
- Moeheid of verlies van energie.
- Besluiteloosheid of concentratieproblemen.
- Gevoelens van waardeloosheid.
- Buitensporige of onterechte schuldgevoelens.
- Terugkerende gedachten aan de dood, suicide of suicidepoging.
- Verminderde interesse.

3. Screenen en diagnose stellen

Bij vermoeden van depressieve stemming volgt in de regel een gesprek over de klachten van de patiënt (klachtenanalyse), eventueel gevolgd door een afname van een screeningsvragenlijst. Er is geen standaard screeningsinstrument van kracht: de NHG-standaard beveelt geen enkel meetinstrument aan en de multidisciplinaire richtlijn depressie beveelt een aantal screeningsinstrumenten aan, maar spreekt geen voorkeur uit.

3.1 Screenen en diagnostiek

De screening wordt in eerste instantie uitgevoerd door huisarts of POH-GGZ. Wanneer een andere discipline, waaronder fysiotherapeuten en diëtisten, in de eerstelijns depressie vermoedt verwijst hij naar de huisarts.

Bij een nader vermoeden van een depressie informeert de huisarts of POH-GGZ naar somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale dimensies (SCEGS), de context, en het functioneren van de patiënt die met de klacht kunnen samenhangen.

De diagnostiek wordt uitgevoerd volgens de NHG standaard of DSM IV (beide hanteren identieke criteria). Bij de diagnose van een patiënt kan een screeningsinstrument gebruikt worden, zoals de veelgebruikte 4DKL, om een globale inschatting te geven van de aard en ernst van de problematiek. Ook de PHQ-9 kan worden gebruikt bij de diagnostiek en follow-up in de eerstelijns. Voor screening bij ouderen (65 jaar en ouder) wordt vaak gebruik gemaakt van de Geriatrische Depressie Schaal (GDS-15 of GDS-30).

De hoofdbehandelaar (huisarts in de huisartsenzorg of psycholoog in de BGGZ) is verantwoordelijk voor het stellen van de diagnose. Consultatie van een hulpverlener uit de SGGZ is hierbij mogelijk. Desgewenst kan voor diagnose direct verwezen worden naar een instelling voor SGGZ. Depressieve klachten zijn soms moeilijk te onderscheiden van andere klachten zoals: stress gerelateerde problemen (spanning, overspanning, burn-out), angststoornissen, psychotische stoornissen, dysthyme stoornis, stemmingsstoornissen door geneesmiddelen, klachten veroorzaakt door somatische aandoeningen, aanpassingsstoornis en rouwreactie. Het is van belang goed door te vragen naar eerdere manische, hypomanische of gemengde episodes. Naast consultatie van een gespecialiseerde hulpverlener is het ook een optie om de partner en/of eventueel familieleden van de patiënt te betrekken. Naast kunnen informatie geven over het gedrag van de patiënt en over de aanwezigheid van depressie in de familie, en/of ondersteuning bieden bij de preventie- en behandelinterventies. Het betrekken van de sociale omgeving gebeurt altijd in overleg met de patiënt (informed consent).

3.2 Bepalen van ernst

Om een indicatie te stellen, is het mede van belang de ernst van de stoornis te bepalen. De ernst van de diagnose bepaalt mede welke behandeling de patiënt nodig heeft, en in welke bouwstenen deze valt. Wanneer één of beide kernsymptomen van depressie aanwezig zijn en minimaal vijf van de negen andere symptomen (zie figuur 2.1), is verder onderzoek op depressie voor bepaling van ernst aangewezen.

Naast het identificeren van de symptomen en het aantal symptomen, vindt de ernstbepaling ook plaats door het in kaart brengen van:

- algemeen sociaal en maatschappelijk functioneren en beperkingen daarin;
- mate van subjectief lijden;
- psychotische kenmerken, suïcidaliteit;
- duur van de depressie, stagnatie in herstel/recidivering;
- comorbiditeit;
- opsporen van luxerende en in stand houdende psychosociale factoren.

Voor de ernstbepaling kunnen ook uiteenlopende instrumenten gebruikt worden, waaronder semigestructureerde diagnostische interviews en/of psychologische vragenlijsten zoals de Beck Depression Inventory (BDI).

Er is sprake van een **lichte depressie** wanneer de eerste episode korter is dan drie maanden of de eerste episode langer is dan drie maanden maar met maar vijf symptomen. Er is sprake van een **matig tot ernstige depressie** wanneer er tijdens de eerste episode zes tot negen symptomen zich voordoen. Minder symptomen of een kortere tijd van somberheid kunnen duiden op een normale 'dip' in het leven.

Is er in de huisartsenpraktijk sprake van een (vermoeden van een) ernstige depressie dan volgt in de regel consultatie van of verwijzing naar de BGGZ of SGGZ voor nadere diagnostiek en behandeling.

3.3 Suïcidaliteit

De huisarts en/of POH GGZ kunnen te maken krijgen met patiënten met elke vorm van suïcidaal gedrag: gedachten aan de dood, suïcidegedachten, suïcideplannen, na een suïcidepoging, of met naasten van personen overleden door suïcide. In de landelijke multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag staan onderstaande aanbevelingen voor de eerstelijns opgenomen⁷.

Voor de huisarts gelden de volgende taken:

- patiënten met gedachten aan de dood, maar zonder plannen er een eind aan te maken, psychiatrisch onderzoeken, vooral naar de aanwezigheid van depressieve symptomen;
- patiënten die denken er een einde aan te maken maar geen (gedetailleerd) plan hebben, verwijzen naar een bevoegd en bekwaam deskundige. De huisarts dient zich zo mogelijk ervan te vergewissen dat de verwijzing daadwerkelijk tot stand is gekomen;
- patiënten met concrete plannen met spoed verwijzen naar een deskundige, meestal de ggz;
- na een suïcidepoging de patiënt somatisch onderzoeken, en beoordelen of (verwijzing voor) somatische behandeling nodig is;
- na suïcide van een patiënt zo nodig de gemeentelijk lijkschouwer inschakelen;
- na suïcide van een patiënt naasten informeren en beoordelen welke nazorg nodig is.

⁷ Van Hemert A.M., Kerkhof A.J.F.M., Keijser J. de, Verwey B., Boven C. van, Hummelen J.W., Groot M.H. de, Lucassen P., Meerdinkveldboom J., Steendam M., Stringer B., Verlinde A.A., Glind G. van de. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Samenvatting. 2012. De Tijdstroom. www.ggzrichtlijnen.nl

De huisarts kan de continuïteit van zorg bevorderen en daarmee de veiligheid van de suïcidale patiënt als volgt vergroten:

- zo veel mogelijk relevante informatie verstrekken bij de verwijzing van de patiënt naar een andere behandelsetting;
- de doktersdienst informeren over suïcidaal gedrag van de patiënt;
- de rol van de huisarts in de zorg voor de suïcidale patiënt (laten) beschrijven in een eventueel veiligheidsplan van de patiënt en dit afstemmen met andere betrokken disciplines, en eveneens met de naasten van de patiënt;
- herhaald en geregeld contact maken over de suïcidegedachten van de patiënt, in het bijzonder bij patiënten die herstellende zijn van een klinische depressie;
- geregeld proactief navraag doen naar suïcidegedachten bij patiënten die in het (recente) verleden suïcidaal gedrag hebben vertoond.

4. Behandelinterventies

Er worden vier behandelinterventies - ook wel de bouwstenen voor het zorgpad - voorgeschreven voor depressie, bestaande uit:

- 1) basisinterventies;
- 2) begeleide zelfhulp/e-health, fysieke inspanning, en psychosociale interventies;
- 3) kortdurende psychologische behandeling;
- 4) medicatie en psychotherapie.

Afhankelijk van de ernst van de klachten worden bouwstenen ingezet. Hieronder worden de verschillende behandelinterventies verder uitgelegd.

4.1 Basisinterventies

De volgende basisinterventies worden aanbevolen:

Psycho-educatie

Psycho-educatie bestaat uit het planmatig aanbieden van informatie aan de patiënt afgestemd op zijn/haar kennis en belevingswereld. De patiënt ontvangt informatie over de verschijnselen die horen bij een depressie, de complexiteit van de klachten, de behandelmogelijkheden, het belang van therapietrouw bij de behandeling en de risico's op terugval of herhaling. Het gaat hier om psycho-educatie als zelfstandige interventie.

Psycho-educatie komt als onderdeel van de behandeling terug op verschillende momenten. Psycho-educatie is mogelijk in voorlichtende gesprekken, als onderdeel van bibliotherapie/zelfmanagement of als onderdeel van e-health-interventie, een (groeps)cursus of therapeutische behandeling. Een goede uitleg van de behandelmogelijkheden is noodzakelijk om de patiënt in staat te stellen te komen tot een weloverwogen keuze. Bovendien bevordert een goede voorlichting de therapietrouw. Bijvoorbeeld, ten aanzien van medicatie is een goede uitleg nodig over de werking, het doseringsschema en de te verwachten bijwerkingen. Psycho-educatie kan ook zinvol zijn voor partner of familieleden van patiënten.

Advisering

Het is inmiddels algemeen bekend dat een gezonde leefwijze met gezonde voeding en regelmatige beweging het herstel van ziekte en psychische klachten bevordert. Het is goed mogelijk om patiënten te helpen bij het realiseren van een gezonde leefstijl. Voorbeelden van websites waar adviezen te vinden zijn over een gezonde leefstijl zijn: www.mentaalvitaal.nl en www.thuisarts.nl.

Naast psycho-educatie kunnen praktische adviezen of leefstijladviezen over dagbesteding en activiteiten, slaap- en waakritme, ontspanning en beweging, voeding en middelengebruik, de patiënt helpen om weer beter te worden en de veerkracht vergroten. Bij het ontwikkelen van psychische klachten is er vaak minder aandacht voor leefstijl. Het bereiden van een maaltijd wordt eerder overgeslagen, even geen zin in de sportavond(en) etc. Ook adviezen over zingeving, in de vorm van vrijwilligerswerk, verzorging van iets of iemand, kunnen zinvol zijn.

⁸ Hermens, M, Wetten, H. van, & Sinnema, H. (2010). Kwaliteitsdocument Ketenzorg suïcidaliteit: Aanbevelingen voor zorgvuldige samenwerking in de keten. Utrecht: Trimbos-instituut.

4.2 Begeleide zelfhulp en e-health

Begeleide zelfhulp is een effectieve en goed toepasbare eerste stap voor het behandelen van depressieve stoornissen. De patiënt werkt zelfstandig, eventueel met beperkte begeleiding, met een zelfhulpboek met huiswerkopdrachten. Ook zijn er e-health cursussen beschikbaar. Enkele voorbeelden van zelfhulpinterventies voor depressieve stoornissen waarvan de effectiviteit wetenschappelijk is bewezen zijn: 'Grip op je dip' (zowel groepscursus als internetcursus), 'Een stap op weg', 'In de put, uit de put', en 'Alles onder controle'⁹.

Indien er gekozen wordt om zelfhulpinterventies in te zetten, dan is het van belang dat de patiënt in contact blijft met de zorgverlener om het effect van de interventie te evalueren en te bespreken of andere interventies nodig zijn. Sommige internet interventies worden vergoed door de zorgverzekeraar. Bij e-health moet goed opgelet worden of patiënt voldoende digitale vaardigheden heeft.

4.3 Fysieke inspanning, lichamelijke activiteit, running therapie en relaxatie

In de richtlijnen wordt aanbevolen dat depressieve patiënten (niet-suïcidaal, niet-psychotisch) vanaf de eerste stap in de behandeling fysieke inspanning of lichamelijke activiteit verrichten. Bij patiënten met een lichte depressie (niet-suïcidaal, niet-psychotisch), met een eerste episode die korter dan 3 maanden bestaat, kan fysieke inspanning, lichamelijke activiteit of running therapie gegeven worden als eerste-stap interventie. Als na een periode van 3 maanden geen of onvoldoende effect blijkt, zal een andere interventie overwogen moeten worden. De activiteiten dienen aangepast te zijn aan de leeftijd, belangstelling en fysieke belastbaarheid van de patiënt.

Bij patiënten met een langer durende lichte, matige of ernstige depressie (niet-suïcidaal, niet-psychotisch), kunnen fysieke inspanning, lichamelijke activiteit of running therapie toegevoegd worden aan andere interventies.

Relaxatie bestaat uit ontspanningsoefeningen als bruikbare aanvulling bij de behandeling en terugvalpreventie van depressie. Relaxatie is niet als losse behandelvorm onderzocht.

4.4 Psychosociale interventies

Het gaat bij deze interventies om begeleiding bij psychosociale problemen, met veelal een combinatie van materiële en immateriële problematiek. Praktische hulp wordt gegeven vanuit het psychosociale model. De laagdrempelige hulp is vooral gericht op het verbeteren van sociaal functioneren. Het gaat om ondersteunen bij het leven van alledag, adviseren over instanties, bemiddelen met instanties en aanleren van praktische vaardigheden. Hiervoor kan doorverwezen worden naar het algemeen maatschappelijk werk (AMW). Het AMW begeleidt cliënten met psychosociale problemen (waaronder rouwverwerking, eenzaamheid en relatieproblemen), opvoedingsproblemen, en sociaal-materiële problemen (waaronder financiën en huisvesting).

⁹ Meijer SA, Smit F, Schoemaker CG, Cuijpers P. Gezond verstand: evidence-based preventie van psychische stoornissen. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven 2006.

4.5 Kortdurende psychologische behandeling (KPB)

In bouwsteen 3 wordt, afhankelijk van de voorkeur en klachten van de patiënt en de beschikbare deskundigheid, kortdurende begeleiding, problem solving therapy (PST), KOP-model of behandeling op basis van principes uit de cognitieve gedragstherapie (CGT) aangeboden. De kortdurende behandeling gebeurt op basis van principes uit de cognitieve gedragstherapie. Daarnaast kan 'lichttherapie' worden overwogen bij een winterdepressie. Afhankelijk van de situatie van de zorgverlener (taakverdeling, vaardigheden e.d.) kan worden besloten om de kortdurende begeleiding zelf uit te voeren of door te verwijzen naar andere zorgverleners.

Behandeling op grond van cognitieve gedragstherapeutische (CGT) principes

Doelen zijn gericht op zicht krijgen op de relatie tussen gedachten, gevoel en gedrag en daarnaast op het onderkennen van irreële gedachten, meer realistisch, positief leren denken. Het oefenen met ander gedrag staat centraal. Verder wordt gebruik gemaakt van registratieopdrachten, exposure oefeningen, uitdagen van gedachten en psycho-educatie. Deze interventie past goed binnen de huisartsenpraktijk. Patiënten die geprotocolleerde psychotherapie, zoals CGT, nodig hebben worden verwezen naar de BGGZ of SGGZ (zie 4.4).

Problem solving treatment (PST)

PST is een behandeling waarbij met behulp van een beperkte inzet van therapeutische middelen, via een zich snel ontwikkelende werkrelatie, de competentie van de patiënt in het omgaan met problemen en in het gebruiken van sociale steun zodanig wordt bevorderd of hersteld, dat hij of zij in staat is weer richting aan het eigen leven te geven. Doel is om meer en verbeterde controle over de klacht te verkrijgen. De behandeling richt zich op het hier en nu. Een belangrijk kenmerk is de snelle start.

PST is erop gericht patiënten een gestructureerde methode aan te leren om hun problemen in het dagelijks leven op te kunnen lossen. Daaraan ligt de aanname ten grondslag dat psychologische symptomen van angst of depressie vaak veroorzaakt worden door praktische problemen. Tijdens de PST werkt de patiënt aan onderstaande doelen:

- Meer begrip over verband tussen symptomen en problemen;
- Betere omschrijving van huidige problemen en stellen van realistische doelen;
- Aanleren en oefenen van procedure om problemen aan te pakken;
- Stimuleren dat patiënt meer positieve ervaringen met probleem oplossen ervaart, waardoor zelfvertrouwen toeneemt.

De eerste sessie duurt ongeveer 60 minuten, gevolgd door 4-6 sessies van 30 minuten.

KOP-model

Behandeling met het KOP-model (Klachten = Omstandigheden x Persoonlijke stijl) is gericht op het aangeven van grenzen en het zoeken naar steun en rust/ontspanning. Doel hiervan is zicht krijgen op draagkracht/draaglast en balans tussen mogelijkheden en beperkingen van de patiënt. Daarnaast is een belangrijke doel het vergroten van effectieve en verminderen van niet effectieve vaardigheden. Er wordt gebruik gemaakt van een draagkracht-draaglast overzicht, de Utrechtse Coping Lijst, psycho-educatie, het oefenen van nieuwe vaardigheden tijdens de sessie, het oefenen in de praktijk d.m.v. opdrachten. Eventueel volgt een verwijzing naar specifieke sociale vaardigheidstraining.

Lichttherapie

Wanneer correct gediagnosticeerd en gemonitord, is lichttherapie een betrekkelijk eenvoudige, maar effectieve behandeling. Lichttherapie bestaat uit blootstelling aan een lichtbron van 10.000 lux op ooghoogte. De behandeling begint met een sessie per dag van 10-15 minuten en kan oplopen tot sessies van 30-45 minuten. Wanneer er na 4-6 weken nog geen effect is opgetreden, is verdere blootstelling zinloos.

4.6 Psychotherapeutische technieken

Onder psychotherapie wordt een groep behandelmethodes verstaan waarin met behulp van gesprekken en/of cognitieve en gedragsoefeningen wordt getracht de patiënt tot nieuwe, meer functionele inzichten en/of gedragingen te stimuleren. Gesprekken tussen de patiënt en de zorgverlener staan centraal. De patiënt kan een individu, een paar, een gezin of groep zijn. Het doel is het verminderen of beter hanteerbaar maken van klachten. Daarbij is de inzet van de cliënt essentieel. Het resultaat is daarmee dus niet alleen afhankelijk van de aard van het probleem, maar ook iemands eigen kunnen. Voor intensieve psychotherapie (> 750 minuten) is verwijzing naar de SGGZ nodig. Voor behandeling in de BGGZ tot 750 minuten zijn onderstaande psychotherapieën geschikt.

Cognitieve gedragstherapie (CGT)

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een combinatie van twee vormen van psychotherapie: cognitieve therapie en gedragstherapie. Bij CGT gaat het om het beïnvloeden van gedrag en emoties door middel van het beïnvloeden van gedrag in combinatie met het beïnvloeden van (negatief) denken over het gedrag. Cognitieve gedragstherapie richt zich, met andere woorden, op het gedrag en de negatieve gedachten die de problemen in stand houden. CGT is onder meer effectief bij angsten, depressie, verslaving en eetstoornissen.

Gedragstherapie (GT)

Gedragstherapie is een vorm van therapie met als doel ongewenste gedragingen en emoties te doen verdwijnen of te veranderen, door de prikkel hiervan te koppelen aan ander, constructiever gedrag. Het is een techniek om op een opbouwende wijze gedrag te veranderen. Gedragstherapie wordt veelvuldig toegepast bij fobieën, zoals niet de straat op durven of bij dwangstoornissen, zoals smetvrees, en zogenaamde impulsstoornissen, zoals het dwangmatig uittrekken van haren en eetstoornissen. Vaak is het een onderdeel van een bredere therapeutische aanpak, waarbij ook gesprekstherapie en directieve therapie worden toegepast.

Interpersoonlijke therapie (IPT)

IPT gaat uit van het idee dat veranderingen in belangrijke relaties depressie kunnen uitlokken bij mensen die daar gevoelig voor zijn. In de therapie wordt onderzocht hoe de contacten met belangrijke anderen in de omgeving verlopen. Daarna wordt gekeken hoe deze contacten bijdragen aan het ontstaan, of in stand houden van de depressieve gevoelens. Bijvoorbeeld wanneer iemand het moeilijk vindt om conflicten aan te gaan en zijn mening uit te spreken. Hierdoor kunnen mensen zich steeds meer gaan ergeren en/of terugtrekken uit contacten. Isolatie en depressieve gevoelens kunnen daardoor verergeren. Rouw, rolverandering, tekort aan sociale contacten en ontwikkelingsmoeilijkheden zijn andere aandachtsgebieden van IPT.

Kortdurende psychodynamische therapie (KPT)

De psychodynamica beschouwt mensen als een complex geheel aan bewuste en onbewuste drijfveren die in sommige gevallen kunnen botsen. Gedurende de psychodynamische therapie wordt getracht contact te maken met de onbewuste processen waarbij de therapeut zijn patiënt begeleidt bij zijn oplossingsvermogen. De therapie richt zich op veranderingen die aanleiding waren voor de klachten of deze in stand houden. De gekozen focus bepaalt of de bespreking van de problematiek plaats vindt op niveau van:

- Symptomen en coping
- Interpersoonlijk functioneren
- Intrapersoonlijk functioneren

Mede afhankelijk van de persoonlijkheidsontwikkeling kunnen de interventies meer psycho-educatief en steunend van aard zijn, of meer gericht op het verwerven van inzicht.

4.7 Medicatie

Bij de behandeling van depressieve stoornissen met medicatie worden antidepressiva voorgeschreven. Serotonineheropnameremmers (SSRI's) zijn de moderne antidepressiva. Deze worden zo genoemd omdat ze recenter zijn dan de klassieke antidepressiva zoals tricyclische antidepressiva (TCA). De keuze van een antidepressivum bij de behandeling van een depressie geschiedt op basis van de ernst van de aandoening, terwijl daarnaast andere factoren, waaronder bijwerkingen, gevaar voor overdosering, bijkomende psychische en lichamelijke stoornissen en kosten een rol spelen. Er zijn voldoende bewijzen uit de wetenschappelijke onderzoeken dat antidepressiva alleen bij matig tot ernstige depressies een bewezen en klinisch relevante werkzaamheid hebben. Bij lichte en matige depressies - die in de huisartsenpraktijk het meest worden gezien - is farmacotherapie niet aangewezen als eerste keus behandeling.

In de eerstelijns is er een keuze tussen SSRI of TCA, afhankelijk van de aanwezigheid van (relatieve) contra-indicaties en comorbiditeit, en potentiële bijwerkingen, eerdere ervaringen, prijs en voorkeur van de patiënt. Vanwege de wat lagere kans op bijwerkingen hebben SSRI's een lichte voorkeur als eerste keuze middel. Bij de keuze voor het een of het ander kan meespelen:

- Een SSRI bij voorkeur niet bij patiënten met maag- en darmbloeding in de voorgeschiedenis of (chronisch) NSAID gebruik. Of bij patiënten met psychotrope comorbiditeit in verband met hoog risico op serotonine syndroom;
- Bij gewichtstoename komt ook fluoxetine in aanmerking;
- Agomelatine als antidepressivum heeft geen aangetoonde voordelen boven andere antidepressiva. Het middel helpt bij verstoring van slaap-waak ritme. Nadelen zijn dat de werkzaamheid bij ouderen niet is aangetoond en dat tijdens de behandeling controle van levertransaminasen is aangewezen. Daarnaast wordt het middel, in tegenstelling tot wat de fabrikant aangeeft, niet volledig vergoed door de zorgverzekeraars.

De keuze van een antidepressivum dient mede gebaseerd te zijn op individuele patiëntfactoren zoals (in willekeurige volgorde):

- Comorbide psychische stoornissen: bijvoorbeeld SSRI bij patiënten met ook een angststoornis, een obsessief-compulsieve stoornis of boulimia nervosa;
- een eventueel ander beoogd effect: bijvoorbeeld extra beïnvloeding van het slaappatroon met trazodon of mirtazapine;
- comorbide somatische aandoeningen, die kunnen gelden als eventuele contra-indicatie;

- eerdere positieve respons op een bepaald antidepressivum, dat dan opnieuw toegepast kan worden;
- positieve respons van een eerstegraads familielid op een bepaald antidepressivum, dat dan ook bij de betreffende patiënt toegepast kan worden. Individuele verschillen in risico's op bijwerkingen;
- mogelijke interacties, zoals bij SSRI's bij comedatie van ontstekingsremmers (NSAID's) een verhoogd risico op maagdarmbloedingen en bij psychotrope comedatie op een serotoninesyndroom (in verband met interacties);
- de wens van de patiënt. Als de patiënt geen voorkeur heeft en medicatie en psychotherapie zijn beide geïndiceerd, dan heeft psychotherapie de voorkeur.

Ook andere factoren kunnen een rol spelen zoals de vergoeding van het antidepressivum en de ervaring van de behandelaar met het antidepressivum. Het is belangrijk dat gevraagd wordt naar het gebruik van alternatieve geneesmiddelen, zoals passiflora, valeriaan en sint-janskruid, omdat door combinatie van deze middelen met reguliere medicijnen interacties kunnen ontstaan. Sommige interacties kunnen gevaarlijk zijn, zoals tussen sint-janskruid en een SSRI. Er is periodiek contact tussen apotheek en huisarts over de keuze voor farmacotherapie gedurende de behandeling.

Bijwerkingen

Het is niet altijd duidelijk of een symptoom een bijwerking is of een symptoom van de depressie is. Reeds bestaande suïcidegedachten kunnen ook sterker worden bij start van de antidepressiva.

Bij SSRI staan klachten als misselijkheid/braken en seksuele functiestoornissen op de voorgrond. Voorts kan er sprake zijn van een toename van angst- en spanningsklachten, met name in de eerste week van de behandeling en bij verhogen van de dosis. Dan kan overwogen worden voor korte tijd een benzodiazepine voor te schrijven.

Bij TCA komen vooral droge mond, verstopping, hartkloppingen, slaperigheid, duizeligheid, transpireren en moeilijk plassen als bijwerkingen voor. Verder kan er een risico op cardiovasculaire complicaties ontstaan. Nortriptyline vormt hierop een uitzondering.

ALARMSIGNALLEN BIJ GEBRUIK MEDICATIE

Oververhitting.

Lage bloeddruk.

Problemen met de ademhaling.

Sufheid.

5. Monitoren en terugvalpreventie

Er wordt geadviseerd de voortgang van de behandeling periodiek – bij voorkeur eens in de zes tot acht weken – te monitoren met behulp van een meetinstrument, bijvoorbeeld de BDI. Na uiterlijk vier maanden vindt de behandelbeoordeling plaats. Wanneer de score gedurende de behandeling niet verbetert (bijvoorbeeld na 18 weken met periodieke monitoring, bij voorkeur een keer per 6 of 8 weken), volgt een herbeoordeling van de ernst van de stoornis door middel van vervolganamnese en hernieuwde toepassing van de DSM-IV criteria. Ook kunnen mogelijke bijkomende of onderhoudende problemen in kaart worden gebracht. Bij voldoende respons vindt terugvalpreventie en individuele re-integratie plaats. Behandelaars stellen elkaar op de hoogte over het verloop van de behandeling.

Als monitor of als instrument voor ROM (Routine Outcome Monitoring) kunnen de 4DKL of BDI worden gebruikt. De gegevens kunnen als spiegelinformatie worden uitgewisseld. Psychologen in de BGGZ kunnen de landelijke gekozen ROM-instrumenten gebruiken.

Na een eerdere periode van depressieve klachten neemt de kans op terugval toe. Vooral patiënten met meerdere episodes van depressie moeten dus alert zijn op terugval. Belangrijke manieren om terugval te voorkomen zijn: dagbesteding of werk, sociale contacten of sport en ontspanning. Andere vormen van terugvalpreventie zijn: het continueren van de medicatie, preventieve CGT of MBCT (Mindfulness Based Cognitieve Gedragstherapie) of interpersoonlijke therapie.

6. Bijlage

Over depressie

Van de volwassen Nederlandse bevolking tot 65 jaar heeft 18,7% ooit in het leven met een depressieve stoornis te kampen gehad. Hiervan behoort 17,2% tot de werkende bevolking. Bijna een kwart (24,3%) van de vrouwen heeft ooit in het leven een depressieve stoornis gehad, tegenover 13,1% van de mannen. Per jaar krijgt ongeveer 5,2% van de volwassen Nederlandse bevolking tot 65 jaar een depressieve stoornis (mannen 4,1%, vrouwen 6,3%). In totaal hebben jaarlijks ongeveer 546.500 inwoners van Nederland een depressieve stoornis.

Gevolgen

Depressies kunnen zeer ingrijpende gevolgen hebben voor de persoon en diens omgeving. Naast het psychisch lijden en de beperkingen in het sociale leven van de patiënt, hebben depressies vaak grote gevolgen voor sociale relaties. Partners kunnen overbelast worden en sociale relaties of de relatie met de kinderen raakt mogelijk verstoord. De depressie kan ook leiden tot een toenemend isolement.

Maatschappelijk gezien kan er sprake zijn van ziekteverzuim, verlies van werk of (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid met bijkomende financiële gevolgen. In het ergste geval kunnen mensen met een ernstige depressie suïcidepogingen doen of daadwerkelijk suïcide plegen. Depressie is de meest voorkomende reden van zelfmoord.

Een depressieve patiënt heeft vaak te kampen met onbegrip of zelfs negatieve reacties uit zijn of haar omgeving, die de depressie soms ziet als 'aanstellerij' of 'zwakheid', wat uiteraard gevoelens van schaamte en falen versterkt.

Beloop

Depressie kan vanzelf herstellen. Dit gebeurt bij de helft van alle mensen met een depressie binnen drie maanden. Bij mensen bij wie een depressie langer duurt, herstelt hij na gemiddeld zes maanden. Dit kan komen door spontaan herstel of door behandeling. Bij ongeveer de helft van alle mensen die eerder een depressie kreeg, komt de aandoening na verloop van tijd terug. Het risico op een volgende depressie is afhankelijk van het aantal eerdere episoden en de kans op een volgende depressie stijgt bij drie eerdere episoden tot zo'n 80%. Een terugkerende depressie kan in de vorm van langere of kortere episodes gedurende (vele) jaren of zelfs een leven lang zijn. Het kan gaan om lichte tot ernstige depressieve episodes. De episodes van somberheid kunnen elkaar afwisselen met episodes waarin mensen minder of helemaal niet depressief zijn. Er zijn ook mensen die voortdurend depressief zijn. Dit gebeurt bij ongeveer 15%-20% van de mensen met een depressie en wordt 'chronische depressie' genoemd, wat wil zeggen dat de klachten langer dan twee jaar aanwezig zijn. Bij terugkerende depressies bestaat er steeds een kans dat de depressie uiteindelijk een chronische vorm aanneemt.