

Multidisciplinaire richtlijn Depressie - samenvatting

Vierde revisie, november 2023

1. Inleiding

Algemeen

Voor de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (2013) zijn in het kader van de onderhavige richtlijnherziening nieuwe modules ontwikkeld. In deze modules wordt ingegaan op de beantwoording van uitgangsvragen bij actuele knelpunten in de praktijk van de zorg voor depressie. Uitzondering hierop vormen de modules *Diagnostiek, Basisinterventies en eerste-stap interventies en Ondersteunende interventies*, voor deze module heeft alleen een tekstrevisie plaatsgevonden.

Scope van deze richtlijn

Het toepassingsgebied van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (2023) is de diagnostiek en behandeling van mensen met een depressieve stoornis (depressie), in elke levensfase: kinderen van 8 tot 12 jaar, adolescenten van 12 tot 18 jaar, jongvolwassenen (van 18 tot 25 jaar), volwassenen (van 25 tot 60 jaar) en ouderen (of oudere volwassenen) (vanaf 60 jaar en ouder). Deze richtlijn is bedoeld voor alle zorgverleners in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ¹) die betrokken zijn bij de zorg voor mensen met een depressie. In de totstandkoming van deze richtlijn is het patiëntenperspectief betrokken.

De Multidisciplinaire richtlijn Depressie beschrijft de samenhang en afstemming die hiervoor nodig is tussen de verschillende zorgdisciplines en tussen opeenvolgende fasen in het zorgproces bij depressie. De fasen in het zorgproces die kunnen worden onderscheiden, van preventie en vroege herkenning tot nazorg en terugvalpreventie, kunnen in verschillende echelons plaatsvinden. Verschillende zorgdisciplines in elk van deze zorgfasen en echelons kunnen betrokken zijn bij het zorgproces.

Deze multidisciplinaire richtlijn is een kwaliteitsinstrument en een beslissingsondersteunend instrument bij (gezamenlijke) beslissingen over het behandelbeleid. De richtlijn geeft aanbevelingen over het in te zetten en te volgen behandelbeleid, ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering.

Algemene aandachtsgebieden bij deze herziening

Deze richtlijnherziening is gericht op de volgende algemene aandachtsgebieden:

- Aandacht voor de volgende specifieke groepen bij iedere uitgangsvraag:
 - Kinderen en adolescenten
 - Ouderen
- Afstemmen richtlijn op DSM-5-TR, andere richtlijnen, etc.
- Stadiëring en profilering
 - Hoe dient in de uitwerking van de uitgangsvragen in de aanbevelingen, overwegingen en onderbouwing ervan, rekening te worden gehouden met een (bepaald) stadiëringsmodel en profileringskenmerken?

Voor deze richtlijnherziening zijn de nieuwe uitgangsvragen geformuleerd op basis van een veldraadpleging ter inventarisatie en analyse van huidige knelpunten in de zorg voor mensen met een

¹ Voor huisartsen is de NHG-Standaard Depressie leidend.

depressie. De geprioriteerde knelpunten resulteerden in de middels de EBRO-methodiek te beantwoorden uitgangsvragen.

De uitgangsvragen bij deze richtlijnherziening zijn weergegeven in schema 1.1.

Schema 1.1 Nieuwe uitgangsvragen

Organisatie van zorg

1. Op welke wijze dient bij het organiseren van de zorg rekening te worden gehouden met de fasen in het beloop van de depressie(symptomen)?
2. Welke organisatievormen zijn geschikt voor patiënten met een depressie?
3. Binnen welke organisatievormen dient diagnostiek en behandeling van depressie plaats te vinden, rekening houdend met de verschillende fasen van de behandeling?
4. Op welke wijze dient de continuïteit van zorg voor patiënten met een depressie gewaarborgd te worden?
5. Op welke wijze dient ervaringsdeskundigheid en samenwerking in de triade tussen patiënt, professional en naastbetrokkene(n) georganiseerd te worden?

Behandelbeleid en algoritme

1. Op welke manier moet het behandelbeleid worden ingezet en opgevolgd bij depressie?
2. Heeft het volgen van een algoritme bij farmacotherapie voordeel boven het ad hoc behandelen?
3. Wat is de volgorde van vervolgstappen (psychotherapie, farmacotherapie, neuromodulatie) bij onvoldoende respons op de eerste stap farmacotherapie bij depressie?

Psychotherapie

1. Wat is/zijn de psychotherapie/psychotherapieën van eerste keuze in de behandeling van depressie (dat wil zeggen een unipolaire depressieve stoornis)?
2. Welke psychotherapie(ën) wordt/worden aanbevolen om bij een depressie bij kinderen en adolescenten in te zetten?
3. Welke vorm(en) van psychotherapie wordt/worden aanbevolen om als eerste stap psychotherapie bij depressie bij ouderen vanaf 60 jaar in te zetten?
4. Welke psychotherapie is het meest effectief bij de behandeling van therapieresistente depressie?

Farmacotherapie

1. Welk(e) antidepressivum/antidepressiva wordt/worden aanbevolen om als eerste stap farmacotherapie bij depressie bij volwassenen in te zetten?
2. Welk(e) antidepressivum/antidepressiva wordt/worden aanbevolen om als farmacotherapie van eerste keuze bij depressie bij kinderen en adolescenten in te zetten?
3. Welk(e) antidepressivum/antidepressiva wordt/worden aanbevolen om als farmacotherapie van eerste keuze bij depressie bij jongvolwassenen (18-25 jaar) in te zetten?
4. Welk(e) antidepressivum/antidepressiva wordt/worden aanbevolen om als eerste stap farmacotherapie bij depressie bij ouderen ≥ 60 jaar in te zetten?
5. Welk antidepressivum geeft het minste risico op suïcidaal gedrag bij de behandeling van patiënten met een depressie?
6. Wat zijn de biologische behandelstappen bij een psychotische depressie?
7. Op welke wijze dienen farmacotherapeutische interventies na herstel te worden voortgezet in de (onderhouds)behandeling van een patiënt met een depressieve stoornis (niet-psychotisch),

unipolair), rekening houdend met aard, ernst en beloop (eerste episode, recidiverend) van de problematiek?

8. Welke kennis en praktijk is er ten aanzien van het afbouwen van antidepressiva bij een depressie in remissie?

Neuromodulatie

1. Wat is de effectiviteit/aanvaardbaarheid van rTMS bij patiënten met een depressie? Met de volgende subvragen:
 - 1a. Is er een verschil tussen eerste episode versus recidief?
 - 1b. Is er een verschil tussen psychotische versus niet-psychotische depressie?
 - 1c. Is er een verschil tussen lage mate van therapieresistentie versus hoge mate van therapieresistentie?
 - 1d. Is er een verschil tussen toepassing van rTMS als monotherapie versus add-on bij bestaande behandeling?

Combinatiebehandeling

1. Wat is de effectiviteit van combinatiebehandeling bij depressie, in vergelijking met psychotherapie of farmacotherapie als monotherapie, en wat is de effectiviteit van psychotherapie ten opzichte van farmacotherapie?
2. Welke combinatiebehandeling is aanbevolen om bij een depressie bij kinderen en adolescenten in te zetten?

Vaktherapie

1. Wat is de effectiviteit van psychomotorische therapie vergeleken met een andere vorm van (vak)therapie/standaardzorg/wachlijstconditie bij patiënten met een depressie?
2. Wat is de effectiviteit van muziektherapie vergeleken met een andere vorm van (vak)therapie/standaardzorg/wachlijstconditie bij patiënten met een depressie?

Arbeidsgerichte zorg bij depressie

1. Welke interventies zijn effectief voor het behouden van werk, terugkeren naar werk en voorkomen van langdurige arbeidsongeschiktheid bij volwassenen met een depressie?

Ter beantwoording van deze uitgangsvragen zijn de volgende nieuwe modules toegevoegd aan de Multidisciplinaire richtlijn Depressie:

- Fasen in beloop depressie
- Organisatie van zorg depressie
- Algemene principes behandelbeleid
- Algoritme behandeling depressie
- Algoritme vervolgstappen behandeling
- Psychotherapie eerste keuze volwassenen
- Psychotherapie eerste keuze kinderen en adolescenten
- Psychotherapie eerste keuze ouderen

Multidisciplinaire richtlijn Depressie - samenvatting

Vierde revisie, november 2023

- Psychotherapie therapieresistente depressie
- Farmacotherapie eerste keuze volwassenen
- Farmacotherapie eerste keuze kinderen en adolescenten
- Farmacotherapie eerste keuze jongvolwassenen
- Farmacotherapie eerste keuze ouderen
- Farmacotherapeutische behandeling psychotische depressie
- Risico suïcidaliteit door antidepressiva
- Combinatiebehandeling
- Combinatiebehandeling kinderen en adolescenten
- Neuromodulatie rTMS
- Vaktherapie
- Arbeidsgerichte zorg bij depressie
- Comorbiditeit
- Psychotherapie na herstel ter preventie terugval
- Voortzetten behandeling antidepressiva na herstel
- Afbouwen onderhoudsbehandeling antidepressiva

Voor de modules *Diagnostiek*, *Basisinterventies* en *eerste-stap interventies* en *Ondersteunende interventies* heeft alleen een tekstrevisie plaatsgevonden.

Onderwerpen die in deze versie van de richtlijn niet konden worden geadresseerd

Met het bovenstaande proces van veldraadpleging, formuleren en selecteren van uitgangsvragen zijn diverse onderwerpen niet aanbod gekomen in de huidige herziening van de richtlijn. Dit heeft tot gevolg dat er een ogenschijnlijke discrepantie bestaat tussen de aandacht voor sommige interventies versus een (zeer) beperkte aandacht voor andere interventies. Dit is geen reflectie van de (ir)relevantie van de niet uitgewerkte interventie(s).

De werkgroep is zich hiervan bewust en heeft mede op basis van de commentaren van externe collega's een (niet volledige) lijst van onderwerpen opgesteld. Voor deze onderwerpen moet bij toekomstige updates van de richtlijn de evidentie voor de effectiviteit en verdraagbaarheid door middel van nieuwe EBRO-modules worden samengevat.

De geïdentificeerde onderwerpen zijn:

- Leefstijl interventies bij depressie
- EHealth interventies bij depressie
- Basisinterventies bij depressie
- Evidentie voor de volgorde van stappen in het algoritme voor depressie
- Omega-3 vetzuren en plaats in de behandeling
- Esketamine behandeling (incl. toedieningsvorm)
- Diepe hersenstimulatie
- Lichttherapie (bij seizoensgebonden en niet-seizoensgebonden depressie)
- Brexanolon bij postpartum depressie

Werkgroep en werkwijze

De Multidisciplinaire richtlijn Depressie is ontwikkeld door de Werkgroep Depressie, in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

De Werkgroep bestond uit: psychiaters, psychologen, verpleegkundig specialisten, een huisarts en ervaringsdeskundigen, welke door de respectievelijke beroepsverenigingen en patiëntenverenigingen werden afgevaardigd. Voorafgaande aan het ontwikkeltraject werden kennismakingsgesprekken gevoerd met verscheidene kandidaat-leden voor werkgroep deelname. Naast de Werkgroep waren enkele adviseurs betrokken, welke delen hebben meegeschreven en die werden gevraagd voorafgaand aan de commentaarfase schriftelijk te reageren op onderdelen van de concepttekst. Deze adviseurs konden tevens worden gevraagd om tijdens een werkgroep bijeenkomst mee te denken over een specifieke uitgangsvraag. De Werkgroep werd methodologisch, inhoudelijk en organisatorisch ondersteund door het technisch team van het Trimbos-instituut. Dit technisch team bestond uit een projectleider, redacteur/richtlijnontwikkelaar, informatiespecialist, literatuur reviewers, een notulist en projectassistenten.

2. Diagnostiek

In de module Diagnostiek zijn algemene aanbevelingen geformuleerd, aanbevelingen specifiek voor kinderen en adolescenten en aanbevelingen specifiek voor ouderen.

Algemene aanbevelingen

Door de richtlijnwerkgroep wordt voor de classificatie van depressie in deze richtlijn voor alle echelons geadviseerd de DSM-5-TR als classificatiesysteem te hanteren. Om tot een voor het praktisch handelen relevante diagnose te komen, worden altijd meerdere aspecten beoordeeld.

- Stel de depressieve stoornis en de persisterende depressieve stoornis vast op basis van kernsymptomen en aanvullende symptomen. Onderscheid beide van de minder ernstige beelden. Doe dit op basis van het gegeven dat de symptomen in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren, of in het functioneren op andere belangrijke terreinen moeten veroorzaken.
- Bij het diagnosticeren en behandelen van depressie moet rekening worden gehouden met het recidiverende karakter van depressieve-stemmingsstoornissen. Het herstel is niet altijd volledig en een langdurig beloop komt voor bij één op de tien patiënten.
- Het is bij het beoordelen van een depressie van groot belang te letten op psychotische kenmerken, omdat deze samenhangen met een verhoogd suïciderisico en omdat deze consequenties hebben voor het te volgen medicatiebeleid.
- Bij het beoordelen van een depressie moet altijd gedacht worden aan een bipolaire-stemmingsstoornis en bij twijfel over de diagnose is het raadzaam een psychiater te consulteren. Indien de diagnose bipolaire-stemmingsstoornis is bevestigd, is het raadzaam voor het instellen van een behandeling naar een psychiater te verwijzen.
- Bij het diagnosticeren van depressie moet altijd aan een (mede)oorzakelijke samenhang met het gebruik van middelen worden gedacht. Het betreft zowel geneesmiddelen als drugs en genotmiddelen en in een uitzonderlijk geval andere middelen bijvoorbeeld die welke men in arbeidsomstandigheden kan tegenkomen.
- Bij het diagnosticeren van een depressie moet altijd worden gedacht aan een somatische ziekte als (mede)oorzakelijke factor.

- Bij het beoordelen van de ernst van een depressie wordt gelet op het aantal en de aard van de symptomen, op de gevolgen voor het algemeen functioneren, op de mate van suicidaliteit en op psychotische kenmerken.
- Bij het diagnosticeren van een depressie moet bij de afgrenzing van de minder ernstige psychische stoornissen worden gedacht aan spanningsklachten, overspanning, burn-out, een aanpassingsstoornis of een rouwreactie.
- Bij het diagnosticeren van depressieve-stemmingsstoornissen moet bij een afgrenzing ten aanzien van de ernstige psychische aandoeningen worden gedacht aan angststoornissen, bipolaire-stemmingsstoornissen, schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen en aan beginnende dementie.
- Bij de diagnostiek van depressie moeten persoonlijkheidskenmerken en persoonlijkheidsstoornissen in de overwegingen worden betrokken, omdat deze relevant zijn bij het ontstaan, behandelen en recidiveren van depressies. Voorzichtigheid is geboden bij het doen van uitspraken over de persoonlijkheid in de actieve fase van een depressie omdat een depressie persoonlijkheidskenmerken kan beïnvloeden. Bij het stellen van een diagnose van de persoonlijkheid is het van belang dat, naast autoanamnese, de heteroanamnese in acht wordt genomen omdat een depressie de autoanamnese kleurt.
- Depressie-stemmingsstoornissen hebben afhankelijk van ernst en duur gevolgen voor het algemeen functioneren. Bij de diagnostiek dient te worden beoordeeld in welke mate de depressie het functioneren in de verschillende sociale rollen (werk, relaties, sociale contacten, zelfverzorging etc.) heeft aangetast.
- Bij het diagnosticeren van een depressie dient aandacht te worden besteed aan de familiegeschiedenis, de levensloop en de stressvolle gebeurtenissen/verlieservaringen hierin, de persoonlijkheid, het sociale netwerk en recente stressvolle gebeurtenissen.
- De richtlijnwerkgroep kan vooralsnog geen aanbeveling formuleren om vrouwen en mannen met een depressie op verschillende wijze farmacotherapeutisch of psychotherapeutisch te behandelen. De Richtlijnwerkgroep is van mening dat vervolgonderzoek gewenst is naar genderverschillen bij de behandeling van depressie.
- Vooroordelen in de maatschappij ten aanzien van depressieve-stemmingsstoornissen dienen te worden tegengegaan. Psychohygiënische maatregelen in werk- en/of privé-omgeving kunnen belangrijk zijn.
- Hulpverleners dienen voldoende geschoold te zijn om adequaat te diagnosticeren en te behandelen. Communicatieve vaardigheden zijn hierbij een basisvoorwaarde. De hulpverlening dient goed toegankelijk te zijn voor patiënten.
- Hoewel in sommige gevallen de betrouwbaarheid en in alle gevallen de validiteit van de besproken screeners nog verder onderzocht moet worden, zijn zij toch in bepaalde situaties bruikbaar in de eerstelijns gezondheidszorg (voor de huisarts en de psycholoog in de generalistische Basis GGZ) en de bedrijfsgezondheidszorg.
- De richtlijnwerkgroep acht het niet wenselijk bij alle patiënten in de generalistische Basis GGZ een screener te gebruiken. Het gebruik van dergelijk instrument is mogelijk zinvol bij onverklaarde somatische klachten of onduidelijke symptomatologie; dan kan een screener een indicatie geven van een psychische aandoening. Het alternatief is bij het vermoeden van een depressie te vragen naar een depressieve stemming en/of naar het verlies van interesse of plezier, om bij een positief antwoord over te gaan tot nadere diagnostiek (Valenstein e.a., 2001; Williams e.a., 1999; Chochinov e.a., 1997; Whooley e.a., 1997).
- In de literatuur worden afkappunten gepresenteerd die het mogelijk maken te besluiten of een casus mogelijk tot de zieken of niet-zieken behoort. Afhankelijk van de populatie waarmee wordt

gewerkt en de doelstelling die men nastreeft - bijvoorbeeld zoveel mogelijk zieken vinden, of zoveel mogelijk niet-zieken uitsluiten - dient het meest bruikbare afkappunt te worden gekozen.

- De INSTEL en de DHS zijn korte interviews die in de generalistische Basis GGZ en de bedrijfsgezondheidszorg kunnen helpen om een snelle indicatie te krijgen of er sprake zou kunnen zijn van een depressieve stoornis, al dan niet in combinatie met (gegeneraliseerde) angst.
- De zelfinvulvragenlijst 4DKL kan vooral een rol spelen bij het maken van een onderscheid tussen 'echte' surmenageklachten en uitgebreidere, meer psychische symptomatologie. De MDQ-NL is een korte zelfinvulvragenlijst die kan helpen bij het opsporen van bipolaire-stemmingsstoornissen.
- De HADS is een korte zelfinvulvragenlijst die kan helpen psychische stoornissen op te sporen bij patiënten met somatische problemen.
- De uitkomst van een screener is geen diagnose, maar kan een 'verdenking' opleveren die moet worden getoetst. Er moet vervolgens worden nagegaan of er daadwerkelijk sprake is van een depressieve stoornis volgens een overeengekomen set van criteria, en hoe de stoornis volgens de nosologische classificatieregels moet worden benoemd.
- De (semi)gestructureerde interviews zijn bedoeld om de betrouwbaarheid en de validiteit van het gebruikelijke ongestructureerde klinisch gesprek dan wel interview te verhogen. De Richtlijnwerkgroep vindt dat het vooral zinvol is deze instrumenten te gebruiken in bijzondere situaties in de gespecialiseerde GGZ, bijvoorbeeld bij ingewikkelde differentiële diagnostiek.
- Wanneer er voldoende tijd is of het betrachten van volledigheid nodig is, kan (modules uit) de Structured Clinical Interview voor de DSM-5 (SCID-5) gebruiken. De SCID-5 is een semigestructureerd interview voor de classificatie van psychische stoornissen volgens de DSM-5 criteria.
- Patiënten die symptomen vertonen van een sterke cognitieve verslechtering, die zeer geagiteerd zijn of die ernstige psychotische symptomen vertonen, kunnen niet altijd goed met behulp van de SCID-5 geïnterviewd worden. De SCID-5 kan in deze gevallen dienen als een checklist bij het verzamelen van informatie uit andere bronnen. Een alternatief voor de SCID vormt de WHO-SCAN, waarvan de afname echter meestal meer tijd vergt, of de Mini-SCAN.
- Wanneer er minder tijd is en minder gedetailleerde informatie kan volstaan, kan gebruik worden gemaakt van de MINI-S-DSM-5.
- Alhoewel geen van de gepresenteerde meetinstrumenten voldoet aan alle psychometrische eisen, bieden zij toch de mogelijkheid om een betrouwbare en redelijk valide inschatting te maken van de ernst van een depressie en de veranderingen die hierin in de loop van de tijd optreden.
- Het wordt aangeraden het verloop van de ernst van een depressie te monitoren, ook als niet meteen tot behandeling wordt overgegaan. De Richtlijnwerkgroep beveelt aan hierbij gebruik te maken van de hier gepresenteerde meetinstrumenten en meetinstrumenten die goed zijn beoordeeld in de COTAN.
- Bij de keuze tussen het gebruik van zelfinvulvragenlijsten en een interview dan wel beoordeling door de clinicus moet rekening worden gehouden met de neiging van ernstig depressieve patiënten om de ernst van de symptomen te verkleinen, terwijl patiënten met lichtere symptomen deze neigen uit te vergroten. De
- De richtlijnwerkgroep beveelt aan voor de ernstige ziektebeelden te kiezen voor interview- en observatieschalen. Ook kan het gecombineerd gebruik van de IDS-C en de IDS-SR, en in mindere mate van de HRSD en de CRS, hier een optie zijn.
- Voor het evenwichtig in kaart brengen van de verschillende symptoomdimensies lijkt de IDS momenteel het beste perspectief te bieden. De psychometrische kwaliteiten van dit instrument moeten echter nog bij een Nederlandse populatie getest worden.

- Maak bij een vermoeden van recidiverende depressie een tijdlijn, waarin eerdere episodes en belangrijke gebeurtenissen in kaart worden gebracht. Breng ook instandhoudende en beschermende factoren in beeld.
- Evalueer de behandeling aan de hand van geschikt meetinstrumentarium.

Aanbevelingen specifiek voor kinderen en adolescenten

- Voor de standaarddiagnostiek bij het vermoeden van een depressieve stoornis bij 8-23 jarigen wordt geadviseerd om gebruik te maken van een gestandaardiseerd semigestructureerd interview, gericht op depressieklachten en veelvoorkomende comorbide aandoeningen. Gebruik hiertoe één van de in het onderdeel [Meetinstrumentarium specifiek voor kinderen en adolescenten](#) genoemde instrumenten: Disorder Inventory Schedule (ADIS)–plus (kind/jongere 8-18 jaar en ouders); Kiddie-SADS-Present and Lifetime DSM-5 (K-SADS-PL) (8-18 jaar); MINI-Internationaal Neuropsychiatrisch Interview (volwassenen, maar ook geschikt voor adolescenten); Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders–Clinician Version – junior (SCID-5 junior) (8-18 jaar); Structured Clinical Interview for DSM-5® Disorders–Clinician Version (SCID-5) (vanaf 18 jaar).
- Onderdeel van de standaarddiagnostiek bij kinderen en adolescenten (8-23 jarigen) zijn: (screenende) ontwikkelingsanamnese gericht op het beloop van de stemmingsklachten; familiale belasting; psychiatrisch onderzoek met specifiek aandacht voor (hypo)manie, persoonlijkheid en suïcidaliteit. Doe standaard een suïciderisicotaxatie (zie [richtlijn Suïcidaal gedrag](#)). Wees alert op eetstoornissen en slaapstoornissen, niet alle bovengenoemde instrumenten brengen dit voldoende in beeld.
- Bij kinderen en adolescenten (8-23 jaar) vindt op indicatie aanvullende diagnostiek plaats, waarbij veelal instrumenten ontwikkeld specifiek voor kinderen en/of adolescenten kunnen worden gehanteerd.
- Blijf gedurende de diagnostiekfase en de behandelfase steeds alert op comorbide stoornissen (of differentiaaldiagnosen), zoals: Neurobiologische ontwikkelingsproblematiek; Traumagerelateerde stoornissen; Slaapstoornissen; Psychotische stoornissen; Angststoornissen; Emotieregulatieproblematiek/persoonlijkheidspathologie; Eetstoornissen; Verslavingsproblematiek. Overweeg aanvullende behandeling voor deze aandoeningen of een switch naar diagnostiek en behandeling volgens een specifieke behandelrichtlijn gericht op deze problematiek.

Aanbevelingen specifiek voor ouderen

- Bij ouderen moet actiever naar het bestaan van somberheidsklachten worden gevraagd dan bij jongervolwassenen.
- Het uitvragen van een depressie met gebruik van ogenschijnlijk synonieme termen (neerslachtig, in de punt, somber, depressief) wordt aanbevolen.
- Bij de diagnostiek van depressies wordt geadviseerd een stepped-care-model te hanteren, waarbij uitvoerige diagnostiek zoals in deze richtlijn wordt beschreven, niet bij iedere patiënt geïndiceerd is.
- Een somatische anamnese en lichamelijk onderzoek, aangevuld met een (beperkt) laboratoriumonderzoek, dienen altijd plaats te vinden bij ouderen met een depressie.
- Indien niet zozeer stemmingsproblemen maar eerder remming (apathie, traagheid) en cognitieve problemen op de voorgrond staan, moet een 'vasculaire depressie' overwogen worden.
- Suïcidaliteit, 'levensmoeheid' of een andere doodswens bij ouderen die niet lijkt voort te komen uit een psychiatrische stoornis moet een reden zijn voor verdere diagnostiek, in het bijzonder naar persoonlijkheidsproblematiek.

- Vanwege de differentiële diagnostiek met dementie dienen standaard bij iedere oudere met verdenking op depressie expliciet en gericht enkele vragen naar oriëntatie in tijd en plaats en naar geheugenfuncties (zoals inprenting) te worden gesteld. Dit kan middels de MMSE of de MOCA. Bij twijfel over de diagnose dient eventueel neuropsychologisch onderzoek te worden gedaan.
- Voor het vaststellen van depressie bij alzheimerpatiënten wordt geadviseerd van de consensuscriteria van Olin e.a. (180) gebruik te maken.
- Bij depressies bij ouderen dient nagevraagd te worden of er sprake is van apathie.
- Bij de diagnostiek van depressies wordt geadviseerd bij diagnostische onduidelijkheid over de aard van de aanwezige lichamelijke klachten zowel de exclusieve als de inclusive benadering uit te voeren, gebruik te maken van een tijdas, en een heteroanamnese af te nemen.
- Voor het screenen van populaties 'at risk' is de GDS bij ouderen de beste keus, mits er geen sprake is van ernstige cognitieve stoornissen (MMSE moet ≥ 15 zijn).
- De werkgroep beveelt aan standaard bij oudere patiënten met een depressie te screenen op cognitieve achteruitgang met de gestandaardiseerde MMSE (S-MMSE).
- Het gebruik van meetinstrumenten voor psychiatrische diagnostiek of classificatie wordt vooral aanbevolen bij wetenschappelijk onderzoek of bij lastige differentieeldiagnostische problemen.
- Elke oudere die start met behandeling, medicamenteus of niet-medicamenteus, zou voor het starten en tijdens de behandeling minimaal elke drie maanden geëvalueerd moeten worden.
- Het evalueren van de behandeling, dan wel het bepalen van de ernst van een depressie kan het beste met de MADRS of HRSD, bij niet hierin getrainden is de GDS een redelijk alternatief.

3. Beloopkenmerken en -indeling van depressie

De werkgroep heeft de volgende aanbevelingen geformuleerd om bij het organiseren van de zorg rekening te houden met de fasen in het beloop van de depressie(symptomen):

- De zorg voor depressie dient rekening te houden met het episodische en veelal recidiverende beloop van de depressie(symptomen) met aandachtspunten ten aanzien van flexibiliteit en continuïteit van de zorg, georganiseerd op de volgende wijze.
 - Naar gelang de stadiëring of het stadium van de aandoening kan de intensiteit van de behandeling snel wisselen, ook tussen echelons.
 - Indien nodig kan de behandeling (in wisselende intensiteit) langdurig worden voortgezet en door een coördinerende (regie)behandelaar worden overzien.
 - Adequate behandeling van de depressie vraagt om continuïteit tussen echelons en snel en adequaat doorpakken in de behandelaanpak, inclusief snel (kunnen) doorverwijzen tussen echelons met behoud van continuïteit van zorg door goede overdrachten.
 - Behandeling van depressie bij kinderen en adolescenten moet snel gestart worden en plaatsvinden bij K&J-psychiaters. Transitie naar de volwassenenzorg moeten soepel verlopen en tijdig voorbereid worden.
 - De (lange termijn) behandeling vindt veelal plaats in de eerste lijn waarbij - indien betrokken (geweest) - de gespecialiseerde GGZ (sGGZ) aangeeft hoe de zorg er op lange termijn uit moet zien (t.a.v. voortzetten medicatie/psychotherapie, wat te doen bij terugval, aanvullende behandeling van eventuele comorbiditeit, eventuele somatische controles). Ook moet de sGGZ

garanties bieden om beschikbaar te zijn bij de noodzaak van opschaling van intensiteit, bijvoorbeeld bij recidieven; zie Module Organisatie van zorg.

- Om depressie optimaal te behandelen is naast symptomatisch herstel ook aandacht voor herstel van het sociaal functioneren (*recovery*), individuele re-integratie en/of arbeidsparticipatie noodzakelijk.
- De behandeling wordt, met name in de gespecialiseerde GGZ, multidisciplinair en multimethodisch uitgevoerd.
- Naastbetrokkenen hebben een actieve rol bij de behandeling.

4. Organisatie van de zorg voor depressie

De werkgroep heeft aanbevelingen geformuleerd voor de Huisartsenzorg, Kortdurend generalistische zorg (Basis GGZ) en chronische BGGZ, Specialistische GGZ: Ambulante, poliklinische zorg, Crisisdienst, Dagklinische zorg en/of 3e lijns/TOP-GGZ, Eerstelijns- versus tweedelijnszorg, Continuïteit van zorg, Arbeidsgerichte zorg, Naastbetrokkenen en ervaringsdeskundigheid.

Huisartsenzorg

- De NHG-Standaard Depressie is leidend bij de behandeling van depressie in de huisartsenzorg.
- De huisarts fungeert als poortwachter naar de GGZ. De huisartsenzorg differentieert welke patiënten met een depressie doorverwezen dienen te worden.
- Voor het goed functioneren van de huisartsenzorg voor mensen met depressie zijn voldoende en snel beschikbare verwijsmogelijkheden naar de GGZ noodzakelijk.
- De mogelijkheid van consultatie van een psychiater/GGZ-medewerker vanuit de huisartsenzorg is belangrijk voor het contact met de GGZ, de diagnostiek en de afwegingen voor verder behandelbeleid.
- Wanneer behandeling nodig is, gaat de voorkeur uit naar de meest passende en de minst ingrijpende interventie, afhankelijk van de klachten, context, coping stijl, voorkeur en lijdensdruk van de patiënt.

Kortdurend generalistische zorg (Basis GGZ) en chronische BGGZ

- In de kortdurende generalistische Basis GGZ wordt bij voorkeur gewerkt met een afgebakend aantal sessies (8-12 sessies). Dit creëert een startsituatie om realistische doelen op te stellen en wederzijdse verwachtingen te hanteren, waarmee ook de kans op herstel toeneemt.
- Voor kinderen en adolescenten kan behandeling in de generalistische basis-jeugd GGZ plaatsvinden bij lichte tot matig ernstige depressie zonder complicerende factoren. De diagnostiek van depressie dient niet plaats te vinden in de basis-jeugd GGZ, maar in de gespecialiseerde GGZ.

Specialistische GGZ: Ambulante, poliklinische zorg

- Patiënten met een matig ernstige of ernstige depressieve stoornis worden bij voorkeur behandeld in de ambulante (poliklinische) gespecialiseerde GGZ met een specifieke expertise op het gebied van (unipolaire) stemmingsstoornissen. Indien er sprake is van een hogere mate van complexiteit en/of therapieresistentie wordt een behandeling in een meer gespecialiseerde of hooggespecialiseerde (academische/Top-GGZ) behandelsetting aanbevolen.
- De behandeling dient multidisciplinair te zijn. Daarbij dient tenminste aangeboden te worden:
 - Diagnostiek

- Voorlichting en psychoeducatie
- Dagstructurering
- Psychologische behandeling
- Medicamenteuze behandeling van acute episoden en ter preventie van recidieven
- Somatische monitoring, deels samenhangend met farmacotherapie
- Behandelen van interepisodische (rest-)symptomen, en het beperken van de gevolgen daarvan voor de patiënt en diens omgeving
- Vaktherapie
- Systematische terugvalpreventie op middellange en lange termijn
- Interventies gericht op het integreren van de aandoening in het dagelijks leven en het leren omgaan met (tijdelijke of permanente) beperkingen (zelfmanagement)
- Hulp bij het herstel van functioneren in sociale en maatschappelijke rollen
- Behandeling van comorbide psychische aandoeningen bij depressie dient bij voorkeur bij de (eigen) behandelaar plaats te vinden, die ook de depressiebehandeling uitvoert (zo nodig met behulp van consultatie).
- Door het hoge risico op recidivering van depressieve stoornissen moet de zorg over langere tijd flexibel kunnen worden aangeboden, waarbij de continuïteit in de behandeling moet worden gewaarborgd.
- Een actieve follow-up is noodzakelijk wanneer patiënten uit beeld dreigen te raken, waarbij het mogelijk moet zijn om gedurende een beperkte periode in samenwerking met de huisartsenzorg en naasten outreachende zorg aan te bieden om de behandelrelatie in stand te houden. Eventueel kan outreachende zorg op van tevoren vastgestelde wijze tijdelijk worden gedelegeerd aan andere onderdelen van de zorgorganisatie. Bij noodsituaties moet de crisisdienst ingeschakeld worden.

Crisisdienst

- Om de continuïteit van zorg te waarborgen wordt aanbevolen dat de vaste behandelaars en de crisisdienst nauw samenwerken.
- De beoordeling van het psychiatrisch toestandbeeld is altijd gebaseerd op zowel de presentatie van de patiënt tijdens het crisiscontact, als op alle informatie van naastbetrokkenen en vaste behandelaars over diens recente gedrag en de risico's daarvan, en over het verloop in eventuele eerdere episodes.
- Bij het instellen van een acuut behandelbeleid (inclusief opname) moeten het beloop tijdens eerdere episoden, de toen gebleken veiligheidsrisico's, en de effecten van eerdere interventies worden meegewogen.
- Indien mogelijk zal de crisis gericht thuis worden behandeld, waarna de regie en de behandeling zo spoedig mogelijk overgenomen dienen te worden door een polikliniek of een sociaalpsychiatrische behandelsetting met specialistische kennis van de depressieve stoornis.
- Er dient (vaak in een later stadium) aandacht te zijn voor het bespreken van de vaak grote impact van de doorgemaakte crisissituatie op zowel patiënt als naastbetrokkenen. Dan kan ook een bestaand signaleringsplan geëvalueerd en eventueel aangepast worden.

Dagklinische zorg en/of 3e lijns/TOP-GGZ

- Op een algemene opnameafdeling moet -na eventuele diagnostiek- zo snel mogelijk adequate behandeling van een depressie worden gestart. Indien deze expertise ontbreekt is overplaatsing naar een (hoog)gespecialiseerde vervolgbehandeling geïndiceerd.

- De ambulante/poliklinische behandelaar moet bij de indicatiestelling en het beloop van de (dag-)klinische behandeling, ook in een (hoog)gespecialiseerde setting, betrokken blijven om de lange termijn behandelstrategie te vormen en vast te houden
- Hulpmiddelen bij de indicatiestelling voor hooggespecialiseerde behandeling (DTUD) of mate van therapieresistentie (DM-TRD) worden aanbevolen bij het doorverwijzen naar hooggespecialiseerde behandel-settingen.
- Het is van belang dat er (dag-)klinisch ook somatisch onderzoek plaatsvindt om somatische oorzaken uit te sluiten met name als de patiënt niet al bekend was met een unipolaire depressieve stoornis.
- Op een (dag-)klinische afdeling zijn met name verpleegkundigen betrokken bij de behandeling en begeleiding van patiënten. Het is belangrijk dat het team een eenduidige, gemeenschappelijke behandelvisie uitdraagt vanuit kennis over het psychiatrisch toestandbeeld. Coaching en intervisie om dit proces te sturen en evalueren wordt aanbevolen, mede gezien de impact op het team van het disadaptieve gedrag dat bij een moeilijk behandelbare depressie bij een patiënt kan ontstaan.
- Er dienen maatregelen te worden getroffen om de veiligheid van de acuut suïcidale depressieve patiënt (en diens omgeving) te waarborgen. De patiënt dient te worden beschermd tegen het nemen van beslissingen die verstrekende gevolgen kunnen hebben, en eventueel dient de patiënt hiervan actief weerhouden worden.
- Er dient tijdig aandacht te worden besteed aan een goede overgang tussen de verschillende behandelsettingen. Het tijdelijk inschakelen van een vorm van intensievere ambulante psychiatrische zorg kan wenselijk zijn om -met continuïteit van geboden zorg- de overgang van afdeling naar thuissituatie goed te laten verlopen.
- Ook tijdens een opnameperiode dient er voldoende aandacht te zijn vanuit het behandelende team voor de naastbetrokkenen (zie ook 25.4.6).
- Er moet meer (goed) onderzoek komen naar de meest effectieve vorm van gespecialiseerde GGZ voor kinderen en adolescenten met een depressie.

F-ACT en vergelijkbare vormen van zorg

- Outreachende psychiatrische zorg, die met flexibele intensiteit ingezet kan worden, wordt aanbevolen voor patiënten met een (persisterende) depressieve stoornis die voldoen aan de criteria voor ernstige psychische aandoeningen (EPA) (met daarbij problematiek op meerdere levensgebieden, zeker voor hen die moeilijk in zorg te houden zijn).
- Aanbevolen wordt dat (F-)ACT zorg deel uitmaakt van het aanbod voor alle patiënten met een (persisterende) depressieve stoornis die voldoen aan de EPA-criteria.

Eerstelijns- versus tweedelijnszorg

- We bevelen aan om in het kader van stepped en matched care - afhankelijk van de ernst van de problematiek, risico's, complexiteit en beloop van de klachten - de diagnostiek en behandeling plaats moet vinden in de daartoe geëigende setting: binnen de huisartsenpraktijk, bGGZ, sGGZ of via een (dag-)klinische behandeling.
- We bevelen doorverwijzing naar de specialistische GGZ aan bij een patiënt met een unipolaire depressieve stoornis die enkel wordt behandeld in de generalistische Basis GGZ of door de huisarts (+ POH GGZ), indien er is sprake van:
 - non-respons of partiële respons op de behandeling
 - toenemende beperkingen in het functioneren
 - problematische therapietrouw

- vermoeden op comorbiditeit (zoals alcohol- en drugsproblematiek)
- de wens van de patiënt om medicatie stoppen na een periode van relatieve stabiliteit in stemming en functioneren waarbij de huisarts twijfelt of deze keuze verantwoord is;
- een kinderwens of zwangerschap.
- We bevelen aan om diagnostiek van depressie bij kinderen en adolescenten plaats te laten vinden door een K&J-psychiater of een op K&J gespecialiseerde klinisch psycholoog in de sGGZ.
- De behandeling van depressie vraagt, gezien het risico van recidivering en persisteren van de aandoening, om de mogelijkheid om flexibel in verschillende echelons behandeld te worden. Hierbij dient het op en afschalen soepel te verlopen en is een overzicht behoudende coördinator wenselijk.
- Wij bevelen aan om laagfrequente controles aan te bieden binnen de bGGZ/sGGZ als de patiënt complexe medicatie gebruikt, zoals lithium, clozapine, tranylcypromine of fenelzine worden
- Overweeg terug te verwijzen naar de huisartsenzorg als:
 - Zowel patiënt, en eventueel naastbetrokkene(n), als de huisarts akkoord zijn met de overdracht
 - Ziekte-inzicht en zelfmanagement voldoende aanwezig zijn om ontregeling tijdig te signaleren en hulp te vragen
 - Er een actueel signaleringsplan is dat ook bij de huisarts bekend is
 - Er geen sprake is van comorbiditeit is met een psychische aandoening die nog behandeld kan moet worden (zoals angststoornis, middelenmisbruik, persoonlijkheidsstoornis), waarbij die comorbiditeit duidelijk van invloed is op de depressie.
- Wij bevelen aan om binnen de specialistische GGZ een signaleringsplan op te stellen met vroege signalen voor een stemmingsepisode en hoe te handelen in geval van dreigende terugval en/ of crisis. Binnen de eerstelijnszorg dient hier aandacht aan gegeven te worden. In het signaleringsplan moet voor de patiënt en diens naastbetrokkenen helder beschreven zijn hoe de zorg flexibel en snel toegankelijk kan worden opgeschaald. Dit signaleringsplan dient ook bij de huisarts bekend te zijn (conform de Landelijke samenwerkingsafspraken GGZ).
- Wij bevelen aan om de transitie van de kinder- en jeugdpsychiatrie naar de volwassenenzorg ruim tevoren (2 jaar of langer) in te zetten .
- Wij bevelen aan om in de bGGZ en de sGGZ bij elke patiënt de noodzakelijke somatische controles te verrichten, zoals bepaald binnen deze richtlijn en de Generieke module Bijwerkingen.

Continuïteit van zorg

- Vanwege de aard van de aandoening dient de zorg laagdrempelig en toegankelijk te zijn.
- Behandel (psychiatrische) comorbiditeit mee met de depressie en bij voorkeur door dezelfde/eigen behandelaar.
- Werk vanuit een collaboratieve-caremodel (zie par 3.3.2; pagina 8 e.v.) en volgens de Landelijke samenwerkingsafspraken GGZ:
 - Zorg voor actieve en frequente monitoring zodat de zorg tijdig bijgesteld kan worden
 - In de samenwerking is het van belang dat er duidelijk wordt afgesproken wie het zorgproces coördineert en monitort waarbij de patiënt dit ook zelf weet.
 - Bespreek met de patiënt, zijn naasten en medebehandelaars het opstellen en inzetten van een terugvalpreventieplan.
 - Vanwege het recidiverende karakter van een depressie en daarmee de kans op terugval moet de zorg eenvoudig op- en afgeschaald kunnen worden. De zorg moet flexibel kunnen worden aangeboden, waarbij de continuïteit in behandeling (en waar mogelijk in behandelaar) moet worden gewaarborgd.

- Wanneer passende hulpverlening op korte termijn niet beschikbaar is, dient er overleg plaats te vinden tussen de verschillende echelons hoe deze periode op een acceptabele manier te overbruggen.
- Voor goede zorg aan patiënten in de Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ gelden de volgende aandachtspunten:
 - Er is een vaste regiebehandelaar (psychiater, psycholoog of verpleegkundig specialist)
 - Er is op regelmatige basis contact met naastbetrokkenen
 - Er wordt gebruik gemaakt van meetinstrumenten (zoals een SCID of MINI) en gevalideerde stemmingsvragenlijsten (MADRS, (Q)IDS, HDRS, CGI-BP) om regelmatig te monitoren
 - Er wordt een standaard psychoeducatie cursus aangeboden
 - Er wordt in de acute behandeling binnen de geldende termijnen van stapsgewijze behandeling behandeld met opeenvolgende stappen van psychotherapie en/of farmacotherapie
 - Er wordt in de onderhoudsfase farmacotherapie voorgeschreven conform de richtlijn
 - Er is in de onderhoudsfase van de behandeling een actueel terugvalpreventieplan.
- De behandeling van patiënten met een depressie kan monodisciplinair zijn maar bij meer ernst of grotere complexiteit zal deze bij voorkeur multidisciplinair zijn.
- Bij recidive moeten ervaringen uit eerdere fasen van de behandeling optimaal hergebruikt worden.
- Wanneer patiënten minderjarige (en evt. nog thuiswonende) kinderen hebben wordt verplicht een kindcheck afgenomen.
- Er moeten duidelijke afspraken worden gemaakt en vastgelegd, wie in de behandeling de coördinerende functie heeft.
- Het wordt aanbevolen om de somatische zorg voor patiënten met een depressieve stoornis in nauwe samenwerking met huisarts, internist of andere medisch specialist, diëtist en laboratorium te organiseren.
- Bij de overdracht van zorg tussen (en binnen) echelons wordt essentiële behandelinformatie tenminste schriftelijk overgedragen en bij voorkeur mondeling toegelicht. De patiënt is hierbij op de hoogte van de overgedragen informatie.
- Bij de overdracht van de behandeling is naast schriftelijke correspondentie vaak aanvullende afstemming gewenst. Goed overleg met en inzet van de huisarts en POH-GGZ is hierbij belangrijk. Bij depressie moet specifieke aandacht worden gegeven ten aanzien van voortzetting van het medicatiebeleid (monitoring) en een terugvalpreventieplan. Bij een tijdelijke opname wordt bij voorkeur een zorg-afstemmingsgesprek gepland. Speciale aandacht dient er te zijn voor de overgang tussen verschillende echelons en de terugkeer naar huis na een opname. Hierbij moet ook ondersteuning van de naasten in de thuissituatie niet worden vergeten.

Arbeidsgerichte zorg

- We bevelen arbozorg aan (conform de [NVAB richtlijn Depressie](#)) voor alle werknemers en werklozen met een depressieve stoornis met (potentiële) belemmeringen voor arbeidsparticipatie.
- Overweeg om samen met de patiënt mogelijke belemmeringen voor werken te inventariseren, zodat maatwerk (bijv. participatieve aanpak) kan worden geboden door de arbozorg en geestelijke gezondheidszorg.
- Stem in overleg en met toestemming van de patiënt zo mogelijk af met de bedrijfsarts.

Naastbetrokkenen en ervaringsdeskundigheid

- Betrek naastbetrokkene(n) zoveel mogelijk in alle gevallen (vanaf het begin) bij de behandeling en motiveer - indien nodig - de patiënt hiervoor.
- In crisissituaties zoals bij suïcidaliteit is samenwerking met naastbetrokkene(n) zeer belangrijk, waarbij - zeker bij wilsonbekwaamheid - informatie-uitwisseling kan plaatsvinden en (soms) ingrijpende maatregelen kunnen en moeten worden genomen in het belang van de patiënt.
- Werk in een triade, waarbij de patiënt, de naaste(n) en de hulpverlener(s) met elkaar overleggen om samen de behandeling en het herstel van de patiënt te ondersteunen.
- Zorg er als behandelaar voor ook beschikbaar te zijn voor naastbetrokkenen (indien er toestemming is van de patiënt).
- Besteed aandacht aan de belasting van naastbetrokkenen die zorg bieden.
- Besteed naast symptoomreductie ook aandacht aan persoonlijk herstel. Voor de patiënt is het leren omgaan met (rest)symptomen en het weer oppakken van het dagelijkse leven soms belangrijker dan verdere symptoomreductie.
- Attendeer patiënten en naastbetrokkenen op het bestaan en de mogelijkheden van de Depressie Vereniging voor lotgenotencontact.
- Wijs patiënten op de mogelijkheden voor lotgenotencontact en contact met ervaringsdeskundigen binnen en buiten de GGZ-instelling, zoals lotgenoten- en herstelgroepen en zelfmanagementprogramma's (Wellness Recovery Action Plan, Herstellen doe je zelf).
- Besteed aandacht aan de eventuele kinderen van een patiënt met een depressieve stoornis, gezien de impact die het hebben van de stoornis binnen het gezin kan hebben (zie [Generieke module KOPP/KOV](#)).

5. Algemene principes voor de behandeling van depressie

De werkgroep heeft de volgende aanbevelingen geformuleerd voor algemene behandelprincipes ten aanzien van het behandelbeleid bij de behandeling met antidepressiva, psychotherapie en neuromodulatie:

- Maak bij elke stap de behandelkeuze (antidepressiva, psychotherapie en/of neuromodulatie) in overleg met de patiënt (gezamenlijke besluitvorming) op basis van verwachte effectiviteit, eventuele contra-indicaties, het gebruikersgemak en bijwerkingenprofiel dat voor de patiënt acceptabel is.
- Samenspraak met de patiënt is essentieel voor de indicatie van antidepressiva, psychotherapie, neuromodulatie of de combinatie hiervan. Factoren die hierbij meespelen zijn ernst van de klachten, suïcidaliteit en eerdere ervaringen met behandeling (bij eerdere episodes).
- Inventariseer voor de start met antidepressiva of neuromodulatie relevante somatische voorgeschiedenis en comorbiditeit, intoxicaties en eventuele contra-indicaties voor antidepressiva, psychotherapie of neuromodulatie, en doe op indicatie aanvullend onderzoek.
- Maak met de patiënt een behandelplan met concrete behandeldoelen, gewenste interventie(s), het signaleren van risico's op suïcidaliteit, behandelafspraken en follow-up.
- Bespreek de aan-/afwezigheid van suïcidaliteit (en blijf dit consequent doen).
- Bij de inschatting suïciderisico matig tot ernstig: maak gebruik van een signalerings- en/of veiligheidsplan. Overweeg intensieve zorg (zoals verbreding behandelteam, intensieve thuishulp, IHT, FACT, deeltijdbehandeling, opname).

- Betrek zowel in de beginfase van de behandeling als bij onderhouds- of voortgezette behandeling de bij 'Algemene overwegingen' genoemde aandachtspunten in het behandelbeleid.
- Continuïteit van zorg wordt door patiënten en naastbetrokkenen als zeer belangrijk ervaren. Zowel tijdens ambulante als klinische behandeling is transparant en eenduidig behandelbeleid nodig. De continuïteit van behandelaars betrokken bij de behandeling is gewenst. Dit geldt ook bij eventuele somatische en psychiatrische comorbiditeit.
- Stel altijd een terugvalpreventie plan op. Adviseer in de uitschrijfbrief aan de verwijzer om actief naar signalen van terugval te vragen.
- Terugvalpreventie: maak eventueel gebruik van het programma [StayFine](#) (vanaf 13 jaar).

6. Noodzaak voor algoritme

De werkgroep geeft de volgende aanbevelingen ten aanzien van de noodzaak van het volgen van een algoritme:

- Wij bevelen aan om bij de behandeling van depressie een behandelalgoritme te volgen.
- Wij bevelen aan om bij het volgen van het behandelalgoritme het risico op uitval te verminderen door de keuzes voor vervolgstappen en eventuele alternatieven in gezamenlijke besluitvorming te overwegen en om bij onacceptabele bijwerkingen de behandelstap direct te heroverwegen.

7. Basisinterventies en eerste-stap interventies (2013)

De werkgroep geeft de volgende aanbevelingen ten aanzien van basisinterventies en eerste-stap interventies:

A. Basisinterventies

Aanbevelingen

De basisinterventies worden aan alle patiënten gegeven en betreffen:

- Psychoeducatie
- Activeren (Activerende begeleiding en dagstructurering)
- Monitoren en evalueren van behandelresultaten
- Overweeg daarnaast individuele re-integratie

Algemene aanbevelingen

- Het is belangrijk de patiënt te behandelen in diens sociale context (partner/gezin/familie). Met toestemming van de patiënt kunnen partner/gezinsleden/familie bij de behandeling worden betrokken.
- De behandelaar spreekt begrijpelijke taal en vermijdt overbodig medisch jargon. De behandelaar voorziet psychoeducatie, patiënten informatie en interventies in een taal die de patiënt beheerst, voor zover mogelijk.
- Aanbevelingen Psychoeducatie
- Verstrek informatie aan de patiënt en diens familie/omgeving over de aandoening, de prognose en de verschillende behandel mogelijkheden.

Aanbevelingen Psychoeducatie

- Verstrek informatie aan de patiënt en diens familie/omgeving over de aandoening, de prognose en de verschillende behandelmogelijkheden.

Aanbevelingen Activeren (activerende begeleiding en dagstructurering)

- Geef adviezen om actief te blijven en om de dag te structureren. In geval van angstsymptomen worden deze aangevuld met adviezen om zoveel mogelijk niet toe te geven aan de neiging om angstige situaties te vermijden.

Aanbevelingen Monitoren (en evalueren van behandelresultaten)

- Volg actief het beloop van de depressieve episode. Monitor en evalueer de behandelresultaten.

Aanbevelingen Individuele re-integratie

- Overweeg altijd om interventies gericht op individuele re-integratie en op het gebied van maatschappelijke participatie in te zetten. Overweeg hierbij ook de inzet van arbeidsgerichte interventies in afstemming met de arbeidsgerichte zorgprofessional (zie de module Arbeidsgerichte zorg bij depressie).

B. Eerste stap interventies

- Het inzetten van fysieke inspanning/lichamelijke activiteit en running therapie wordt besproken in de sectie [Psychomotorische therapie bij depressie](#) in de module [Vaktherapie](#).

8. Algoritme(s) voor de behandeling van depressie

De werkgroep heeft de volgende aanbevelingen geformuleerd voor de volgorde van stappen (psychotherapie, farmacotherapie, neuromodulatie en de combinatie daarvan) bij de behandeling van depressie:

- Conform de voorgaande Multidisciplinaire richtlijn voor Diagnostiek en Behandeling van Depressie (2013) en de algemene uitgangspunten voor goede zorg, beveelt de Werkgroep aan om elke depressie te behandelen volgens een vast algoritme volgens het adagium: behandel goed en consequent.

9. Psychotherapie van eerste keuze bij volwassenen

De werkgroep heeft de volgende aanbevelingen geformuleerd voor psychotherapie/psychotherapieën van eerste keuze in de behandeling van depressie bij volwassenen:

- Aangezien de volgende vormen van psychotherapie (cognitieve gedragstherapie (CGT), gedragsactivatie therapie (BAT), interpersoonlijke psychotherapie (IPT), Mindfulness Based Cognitieve Therapie (MBCT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT), psychodynamische therapie (DYN), probleem-oplossende therapie (PST) en Life review therapie (LRT)) vergelijkbare resultaten geven, bevelen we aan om bij de keuze voor een bepaalde psychologische interventie uit te gaan van de voorkeuren van de patiënt en zijn naasten. Daarnaast zijn voorlichting over het beschikbare aanbod en de expertise van de behandelaar van belang om te komen tot de best mogelijke optie.

- Overweeg cognitieve gedragstherapie (CGT) in de acute fase van een depressie, mede vanwege de beschikbaarheid, het grote aantal studies (N = 211) dat de effectiviteit heeft aangetoond en de aangetoonde duurzaamheid van de effecten ten opzichte van andere psychotherapieën over 6-24 maanden.
- Overweeg gedragsactivatie therapie (BAT) of interpersoonlijke psychotherapie (IPT) of Mindfulness Based Cognitieve Therapie (MBCT) in de acute fase van een depressie, indien de patiënt hier voorkeur voor heeft of al eens CBT zonder respons heeft gehad.
- Overweeg Acceptance and Commitment Therapy (ACT), psychodynamische therapie (DYN), probleem-oplossende therapie (PST), of Life review therapie (LRT) in de acute fase wanneer de patiënt daar de voorkeur aan geeft.
- We bevelen non-directieve steunende therapie (SUP) niet aan als behandeling van een depressie in de acute fase.
- We bevelen aanbieders aan om een duidelijk keuze te maken voor een specifieke psychologische interventie of interventies in hun aanbod en deze blijvend aan te bieden.
- We bevelen bij ouderen CGT en Life Review aan.
- Overweeg bij de keuze voor psychotherapie ook andere factoren, zoals het cognitieve functioneren (voor licht verstandelijke beperking).
- Ook bij patiënten met een 'ernstige of recidiverende' depressieve stoornis dient een psychologische/psychotherapeutische interventie in overweging worden genomen, mede gezien het profylactische effect van met name C(G)T op toekomstige terugval.
- CGT (en mogelijk ook gedragsmatige activatie en IPT), is aanbevolen in de acute fase van behandeling van depressie, vanwege de duurzaamheid van het effect ten aanzien van preventie van terugval.
- Ter voorkoming van een recidief wordt ook een combinatie van farmacotherapie en CGT aanbevolen; dit heeft de voorkeur boven antidepressiva alleen.
- De richtlijnwerkgroep is van mening dat, als er naast de depressie ook relatieproblemen bestaan, (gedragstherapeutische) relatietherapie overwogen kan worden.
- De richtlijnwerkgroep is van mening dat groepstherapie, bij daarvoor gemotiveerde patiënten met een lichte of matig ernstige depressie, als 'even effectieve behandeling' kan worden aangeboden als individuele psychotherapie. In geval van CGT lijkt individuele CGT effectiever dan groeps-CGT.
- De richtlijnwerkgroep adviseert verwijzers rekening te houden met therapeutvariabelen, zoals ervaring en de vaardigheid om een goede therapeutische relatie tot stand te brengen en te onderhouden. Dit geldt niet exclusief voor psychologische/psychotherapeutische interventies.
- De richtlijnwerkgroep geeft ter overweging om in een multiculturele samenleving als de Nederlandse, rekening te houden met de eventueel geringe generaliseerbaarheid van de resultaten van overwegend Amerikaans en Brits onderzoek. In geval van gebleken (grote) cultuurverschillen zou een niet-standaardbenadering overwogen kunnen worden.

10. Psychotherapie van eerste keuze bij kinderen en adolescenten

De werkgroep heeft de volgende aanbevelingen geformuleerd voor psychotherapie van eerste keuze in de behandeling van depressie bij kinderen en adolescenten:

- Overweeg CGT of IPT (vanaf 12 jaar) als eerste stap interventie bij kinderen en adolescenten.
- Overweeg gezinstherapie (ABFT in het bijzonder), probleem oplossende therapie en ondersteunende therapie als tweede stap of als eerste stap als CGT of IPT niet beschikbaar is.

- Monitor het verloop van de depressie en zo nodig suïcidaliteit tijdens de behandeling zodat het behandelplan aangepast kan worden.
- We bevelen aan om bij kinderen (8-11 jaar) altijd te starten met psychotherapie (en niet met farmacotherapie of combinatie behandeling), daarbij moet het kind wel gemonitord worden en als deze na 4 tot 6 sessies de symptomen niet verminderen dan overwegen om over te stappen naar een combinatiebehandeling (zie module Combinatiebehandeling bij kinderen en adolescenten)
- We bevelen aanbieders aan om een duidelijk keuze te maken voor een specifieke psychologische interventies in hun aanbod en deze blijvend aan te bieden.
- Aangezien de diverse vormen van psychotherapie vergelijkbare resultaten geven, bevelen we aan om bij de keuze voor een bepaalde psychologische interventie uit te gaan van de voorkeuren van de patiënt en zijn/haar ouders. Daarnaast is voorlichting over het beschikbare aanbod en de expertise van de behandelaar van belang om te komen tot de best mogelijke optie.
- Betrek ouders bij de behandeling en zorg dat hulpverleners geschoold zijn in ouderbegeleiding.

11. Psychotherapie van eerste keuze bij ouderen (≥60 jaar)

De werkgroep heeft de volgende aanbevelingen geformuleerd voor psychotherapie van eerste keuze in de behandeling van depressie bij ouderen:

- We bevelen cognitieve gedragstherapie (CGT) en life review-therapie aan in de acute fase van een depressie bij ouderen.
- Overweeg mindfulness, gedragsactivatie en problem solving therapie in de acute fase van een depressie, indien de patiënt hier voorkeur voor heeft of al eens een andere psychotherapeutische behandeling zonder respons heeft gehad.
- Overweeg life reviewtherapie bij oude ouderen en ouderen met frailty.
- We bevelen aanbieders in de Basis GGZ, de specialistische GGZ en de VVT-sector aan om een keuze te maken voor een specifieke psychologische interventie of interventies in hun aanbod en deze blijvend aan te bieden.
- Aangezien de diverse vormen van psychotherapie vergelijkbare resultaten geven, bevelen we aan om bij de keuze voor een bepaalde psychologische interventie uit te gaan van de voorkeuren van de patiënt en zijn/haar ouders. Daarnaast is voorlichting over het beschikbare aanbod en de expertise van de behandelaar van belang om te komen tot de best mogelijke optie.

12. Psychotherapie voor therapieresistente depressie

De werkgroep heeft de volgende aanbevelingen geformuleerd voor psychotherapie bij therapieresistente depressie:

- We bevelen psychotherapie aan bij therapieresistente depressie bij volwassenen zoals CGT, CBASP en MBCT.
- We bevelen een combinatiebehandeling aan bij een therapieresistente depressie bij volwassenen.

13. Farmacotherapie van eerste keuze bij volwassenen

De werkgroep formuleert de volgende aanbevelingen voor farmacotherapie eerste keuze bij volwassenen:

- We bevelen aan om bij een indicatie voor medicamenteuze behandeling van een depressie als eerste stap bij voorkeur één van de volgende middelen voor te schrijven: citalopram, sertraline, escitalopram of fluoxetine. Deze middelen zijn vergelijkbaar met betrekking tot werkzaamheid, hoeveelheid en ernst van bijwerkingen, interacties, contra-indicaties, toepasbaarheid, gebruiksgemak en kosten. De overige middelen hebben een gelijkwaardige werkzaamheid en uitval, maar hebben óf veel en/of belangrijke bijwerkingen en/of onttrekkingsverschijnselen bij het staken (agomelatine, amitriptyline, paroxetine, venlafaxine) óf veel nadelen op het gebied van toepasbaarheid of gebruiksgemak (bupropion, duloxetine, mirtazapine) óf een lagere GRADE-waardering (vortioxetine) (Claassen et al., 2022). TCA's worden door de Werkgroep niet als eerste keus antidepressivum gezien. Deze aanbeveling wil niet zeggen dat gebruik van andere middelen dan citalopram, sertraline, escitalopram of fluoxetine ontraden wordt. In specifieke gevallen, bijvoorbeeld bij eerdere werkzaamheid en tevredenheid, kan besloten worden een van deze middelen ook als eerste stap voor te schrijven. Andere middelen dan citalopram, sertraline, escitalopram of fluoxetine zijn ook te gebruiken als vervolgstap in het algoritme voor medicamenteuze behandeling.
- We bevelen aan om bij de start van de behandeling in samenspraak met de patiënt een keuze tussen de voorkeursmiddelen te maken o.b.v. voorkeuren qua bijwerkingenprofiel van de patiënt. Neem hierbij ook een langetermijnperspectief mee.
- We bevelen aan om alleen in specifieke gevallen af te wijken van de algemene voorkeursmiddelen, bijvoorbeeld bij eerdere effectiviteit en tevredenheid m.b.t. een ander middel of eerdere non-respons op citalopram, sertraline, escitalopram en fluoxetine.
- Overweeg bij opgenomen patiënten een behandeling met een TCA. Omdat bij opgenomen patiënten de kans op non-respons op eerdere behandelstappen groter is beveelt de Werkgroep aan ook bij opgenomen patiënten vooral het stappenplan (zie module Algoritme(s) voor de behandeling van depressie) voor behandeling te volgen.
- We bevelen aan om in het begin van de behandeling frequent (minimaal 1x/week) contact met de patiënt te hebben om bijwerkingen, suïcidaliteit en mogelijke verbetering van de klachten te monitoren.
- We bevelen aan om (bij herhaling) adequate voorlichting te geven over de kans op effect, c.q. het aanslaan van antidepressiva en de voor- en nadelen ervan. Ook is het van belang eventuele noodzakelijke vervolgstappen vroegtijdig te bespreken.
- We bevelen aan om bij jongvolwassenen (18-25 jaar) te benoemen dat er in het begin van de behandeling een verhoogde kans is op suïcidaliteit waarvoor frequente monitoring geadviseerd wordt.
- We bevelen aan het effect van de behandeling met een antidepressivum te objectiveren met een specifieke depressie ernst-meetschaal.
- We bevelen aan om naast een behandeling met antidepressiva altijd ook aandacht te hebben voor leefstijl; gezondheid, voeding, bewegen, bioritme en in het bijzonder slaappatroon.

14. Farmacotherapie van eerste keuze bij kinderen en adolescenten

De werkgroep formuleert de volgende aanbevelingen voor farmacotherapie van eerste keuze bij kinderen en adolescenten:

- We bevelen aan om behandeling met antidepressiva te combineren met psychoeducatie voor kinderen en ouders (zo nodig school), en psychologische begeleiding van de kinderen
- We bevelen aan om ouders/verzorgers en het kind of de adolescent actief te betrekken bij het besluitvormingsproces over de behandelstrategie.
- We bevelen aan om bij het voorschrijven van medicatie bij kinderen en jongeren met een depressie zorgvuldige informatie te geven over de reden voor de medicatie, over de tijd die het duurt voordat therapeutische effecten zichtbaar worden, de mogelijke bijwerkingen inclusief mogelijke toename van suïcidale gedachten en handelingen, het risico op terugval bij afbouwen van medicatie en over het belang van een goede therapietrouw.
- We bevelen aan om in de behandeling van depressies bij kinderen en adolescenten voortdurend de gevaren van de stoornis (risico op geslaagde suïcide, langdurige uitval van functioneren op sociaal, emotioneel en cognitief gebied) af te wegen tegen de risico's van de behandeling (met name risico op toename van suïcidale gedachten bij behandeling met SSRI's) en de beschikbaarheid van psychotherapie.
- Overweeg bij een matig ernstige of ernstige depressie waarbij gestart is met cognitieve gedragstherapie of IPT, bij onvoldoende resultaat na 6 weken met medicatie (fluoxetine) te starten. Hierbij dient vastgesteld te worden dat er nog steeds sprake is van een matig ernstige tot ernstige depressie die medicamenteuze behandeling behoeft.
- Overweeg fluoxetine of citalopram als eerste stap in de behandeling van een ernstige depressies bij kinderen ouder dan 8 jaar. Deze farmacotherapie moet gecombineerd plaatsvinden met CGT om een sneller resultaat te verkrijgen (zie module 'Combinatiebehandeling').
- We bevelen niet aan om kinderen en jongeren (<16 jaar) met een depressie met TCA's te behandelen. Overweeg deze stap bij kinderen >16 jaar bij onvoldoende respons op een SSRI (fluoxetine, citalopram of sertraline) (volwassen richtlijn).
- We bevelen aan om jeugdigen met ernstige depressies wekelijks te zien. Frequente monitoring is noodzakelijk. Vooral in het begin van de behandeling moet controle plaats vinden van mogelijke suïcidale gedachten, intenties en handelingen. De patiënt en zijn ouders/verzorgers dienen te worden geïnstrueerd om contact op te nemen met de behandelaar bij het (later) optreden of onvoldoende verminderen van dit soort symptomen.
- Bij het optreden van een klinische respons op antidepressiva beveelt de Werkgroep aan om gedurende tenminste 6-9 maanden de medicatie te continueren. Nader onderzoek is nodig naar de duur van de voortgezette behandeling bij respons op medicatie of CGT en IPT, en naar effectieve strategieën ter voorkoming van terugval. De medicatie dient over een periode van tenminste 4-6 weken afgebouwd te worden. Hierbij dient altijd psychologische ondersteuning aangeboden te worden gezien het risico op terugval.
- Wij bevelen aan om bij een non-respons op behandeling met fluoxetine (of citalopram) gedurende 6 weken over te gaan op een ander middel (sertraline of citalopram (of fluoxetine)), wederom in combinatie met cognitieve gedragstherapie. Hierbij dient vastgesteld te worden dat er nog steeds sprake is van een matig ernstige tot ernstige depressie die medicamenteuze behandeling behoeft.
- Wij bevelen onderzoek aan naar de verschillende behandelstrategieën waarbij psychologische interventies en medicatie (apart en in combinatie) met elkaar vergeleken worden. Onderzoek is ook nodig naar de meest effectieve behandeling van depressies die optreden als eerste manifestatie van een bipolaire stoornis bij kinderen en adolescenten.

15. Farmacotherapie van eerste keuze bij jongvolwassenen (18-25 jaar)

De werkgroep formuleert de volgende aanbevelingen bij farmacotherapie van eerste keuze bij depressie bij jongvolwassenen (18-25 jaar):

- Wij bevelen aan om bij een indicatie voor antidepressiva bij jongvolwassenen (18-25 jaar), net als bij oudere volwassenen met een van de middelen die op basis van effectiviteit, verdraagbaarheid en andere factoren aangeraden worden als voorkeursmiddelen. Ten aanzien van effectiviteit en algemene verdraagbaarheid zijn er geen redenen om bij jongvolwassenen een andere afweging te maken dan bij oudere volwassenen.
- Wij bevelen aan om bij jongvolwassenen expliciet de aanwezigheid van suicidaliteit te bespreken en monitor gedurende ten minste de eerste maand wekelijks een eventuele verandering hierin. Bespreek de mogelijke toename van suicidaliteit vooraf met de jongvolwassene en instrueer de patiënt om in dat geval laagdrempelig contact te zoeken.

16. Farmacotherapie van eerste keuze bij ouderen (≥60 jaar)

De werkgroep formuleert de volgende aanbevelingen bij farmacotherapie als eerste stap bij depressie bij ouderen ≥60 jaar:

- Wij bevelen bij oudere volwassenen vanaf 60 jaar (es)citalopram, sertraline, duloxetine of mirtazapine aan als eerste-stapbehandeling. Besteed hierbij aandacht aan valpreventie en monitor het optreden van (sedatieve) bijwerkingen.
- Wij bevelen aan om langzame opbouw slechts te overwegen indien bijwerkingen optreden die snellere opbouw belemmeren.
- Wij bevelen aan om na 4-6 weken zonder response over te stappen naar een ander middel zoals genoemd bij deze eerste stap of een andere SSRI.

17. Farmacotherapeutische behandeling van psychotische depressie

De werkgroep formuleert de volgende aanbevelingen bij de biologische behandelstappen bij een psychotische depressie:

- Wij bevelen als eerste stap een combinatie van een antidepressivum en een antipsychoticum aan bij patiënten met een psychotische depressie.
- Overweeg een TCA (onder spiegelcontrole) of venlafaxine in combinatie met een atypisch antipsychoticum als voorkeursmiddelen te overwegen, bespreek de voor- en nadelen.
- Overweeg ECT bij een oudere patiënt (≥ 60 jaar) met een psychotische depressie als alternatief voor een eerste stap met een farmacologische behandeling.
- Wij bevelen ECT aan als eerste stap bij een psychotische depressie waar sprake is van gevaar door risicovol gedrag (suïcidaliteit, weigeren vocht en voeding).

- We bevelen een monotherapie van een antidepressivum of antipsychoticum niet aan om een psychotische depressie te behandelen.
- Wij bevelen ECT als 2^e stap aan indien een patiënt (>65 jaar) met een psychotische depressie onvoldoende reageert op een combinatiebehandeling van een antidepressivum met een antipsychoticum.
- Overweeg na herstel van een psychotische depressie (met behulp van de combinatiebehandeling) het antidepressivum tenminste 1 jaar te continueren en het antipsychoticum 4 maanden na herstel te proberen af te bouwen.

18. Risico op suïcidaliteit door antidepressiva

De werkgroep formuleert de volgende aanbevelingen bij welk antidepressivum het minste risico op suïcidaal gedrag geeft bij de behandeling van patiënten met een depressie:

- Op basis van de literatuur zijn geen uitspraken te doen over eventuele verschillen in het risico op suïcidaliteit tussen verschillende individuele antidepressiva.

19. Combinatiebehandeling van psychotherapie en farmacotherapie

De werkgroep formuleert de volgende aanbevelingen bij de effectiviteit van combinatiebehandeling bij depressie, in vergelijking met psychotherapie of farmacotherapie als monotherapie, en bij de effectiviteit van psychotherapie ten opzichte van farmacotherapie:

- We bevelen een combinatiebehandeling van farmacotherapie en psychotherapie aan bij patiënten met een matig ernstige of ernstige depressie.
- Indien de patiënt met een matig ernstige of ernstige depressie geen combinatiebehandeling wenst, dient psychotherapie overwogen te worden gezien de goede langetermijneffecten.
- Indien de patiënt met matig ernstige of ernstige depressie geen psychotherapie wenst, dient farmacotherapie overwogen te worden. Daarbij dient na 4-6 weken te worden geëvalueerd of de behandeling voldoende effect heeft en dient opnieuw samen besproken te worden of de patiënt open staat voor een combinatiebehandeling.
- We bevelen bij een lichte depressie een enkelvoudige behandeling met psychotherapie aan.
- We bevelen aan om de voor- en nadelen van de drie behandelopties (psychotherapie, farmacotherapie, combinatiebehandeling) met de patiënt en indien mogelijk/gewenst met diens naaste te bespreken.

20. Combinatiebehandeling bij kinderen en adolescenten

In de module Combinatiebehandeling bij kinderen en adolescenten zijn algemene aanbevelingen geformuleerd, aanbevelingen specifiek voor adolescenten (12-18 jaar) en aanbevelingen specifiek voor kinderen (8-12 jaar).

Algemene aanbeveling

- We bevelen aan om per casus in een multidisciplinair overleg zorgvuldig een afweging te maken tussen de voor- en nadelen met betrekking tot effectiviteit, aanvaardbaarheid en suïciderisico ten aanzien van alle actieve interventies.

Aanbevelingen Adolescenten (12-18 jaar)

- We bevelen aan om, na multidisciplinair overleg, de behandelopties psychologische behandeling of combinatiebehandeling met de adolescent en ouders (afhankelijk van leeftijd van de adolescent) te bespreken als er sprake is van een matig ernstige of ernstige depressie.
- Overweeg om direct te starten met een combinatiebehandeling bij patiënten met een matig ernstige of ernstige depressie.
- Overweeg om op basis van shared decision making na 4-6 sessies psychologische behandeling zonder respons voor een combinatiebehandeling gekozen worden bij patiënten met een matige of ernstige depressie.
- We bevelen aan om bij matig ernstige of ernstige depressie farmacotherapie (zie ook module 10 Farmacotherapie bij kinderen en adolescenten) te gebruiken in combinatie met psychotherapie.

Aanbevelingen Kinderen 8-12 jaar

- We bevelen aan om een psychologische behandeling te starten bij kinderen van 8 tot en met 11 jaar met een matig ernstige of ernstige depressie.
- Overweeg bij non response op psychologische behandeling na 4 tot 6 sessies om na multidisciplinair overleg fluoxetine toe te voegen bij matig ernstige of ernstige depressie.

21. Neuromodulatie met rTMS

De werkgroep formuleert de volgende aanbevelingen bij de effectiviteit/aanvaardbaarheid van rTMS bij patiënten met een depressie:

- We bevelen een rTMS behandeling met hoogfrequente rTMS links of alternatief laagfrequente rTMS rechts aan bij patiënten met een depressie zonder psychotische kenmerken, die niet gereageerd hebben op twee eerdere antidepressieve behandelingen.
- We bevelen een rTMS behandeling voor ouderen met een depressieve stoornis aan, die niet gereageerd hebben op twee eerdere antidepressieve behandelingen.
- Overweeg een rTMS behandeling eerder dan na twee niet succesvolle antidepressieve behandelingen bij patiënten met een depressie die veel last hebben van de bijwerkingen van medicatie of waarbij psychotherapie niet mogelijk blijkt.
- We bevelen een rTMS aan zowel als monotherapie of als additie bij behandeling met antidepressiva. We adviseren voor patiënten met een matig en ernstige depressie een rTMS behandeling in combinatie met psychotherapie, conform de aanbevelingen bij antidepressiva.

22. Vaktherapie

De werkgroep heeft aanbevelingen geformuleerd bij psychomotorische therapie bij depressie en muziektherapie bij depressie.

Psychomotorische therapie bij depressie

De werkgroep formuleert de volgende aanbevelingen bij de effectiviteit van psychomotorische therapie vergeleken met een andere vorm van (vak)therapie/standaardzorg/wachttijstconditie bij patiënten met een depressieve stoornis:

- We bevelen fysieke activering door PMT aan voor het behandelen van een depressieve stoornis, met als aangrijpingspunten het bewegingsgedrag en de lichaamsbeleving van patiënten, waaronder running therapie. Bespreek met de patiënt de voor- en nadelen ervan.
- We bevelen fysieke activering door PMT aan bij jongeren, volwassenen en ouderen.
- Overweeg ontspanningstechnieken (relaxatie) door PMT voor volwassenen voor het behandelen van een depressieve stoornis. Bespreek met de patiënt de voor- en nadelen van.
- We bevelen aan om fysieke activering, zoals runningtherapie, uit te laten voeren door een psychomotorisch therapeut, omwille van de professionele benadering van psychische en lichamelijke belastbaarheid, bevordering van therapietrouw en transfer naar een actieve levensstijl.
- Overweeg de psychotherapeutische benadering van PMT gericht op het verminderen van klachten die zich uiten in het bewegen en de lichaamsbeleving, waarbij inzicht in sociaal-affectief functioneren van belang is en geoefend wordt met gedragsalternatieven in bewegingssituaties

Vaktherapie: Muziektherapie bij depressie

De werkgroep formuleert de volgende aanbevelingen bij de effectiviteit van muziektherapie vergeleken met een andere vorm van (vak)therapie/ standaardzorg/wachttijstconditie bij patiënten met een depressieve stoornis:

- Overweeg, naast standaardbehandeling, receptieve of actieve muziektherapie aan te bieden bij een depressieve stoornis, bespreek de voor- en nadelen.
- Overweeg receptieve of actieve muziektherapie bij jongeren, volwassenen en ouderen bij een depressieve stoornis, bespreek de voor- en nadelen.

23. Ondersteunende interventies (versie 2013)

De werkgroep heeft aanbevelingen geformuleerd bij supportgroepen (versie 2005), gedragstherapeutische interventies (versie 2010) en ondersteunende interventies bij ouderen.

Supportgroepen (versie 2005)

- Supportgroepen kunnen bij depressie tegemoetkomen aan een door patiënten gevoelde behoefte. De Richtlijnwerkgroep is daarom van mening dat deze mogelijkheid aangeboden moet worden.

Gedragstherapeutische interventies (versie 2010)

Ondanks het feit dat er geen wetenschappelijke onderbouwing is, beveelt de werkgroep het volgende aan:

- De verpleegkundige levert een bijdrage aan cognitieve gedragstherapie door het ondersteunen van de gedragstherapeut dan wel het onder supervisie van de gedragstherapeut uitvoeren van cognitieve gedragstherapie indien een opleiding tot gedragstherapeutisch medewerker is afgerond.
- Bij cognitieve gedragstherapie geeft de verpleegkundige uitleg over de rationale van cognitieve gedragstherapie. Daarnaast helpt de verpleegkundige de patiënt een start te maken met het herkennen en veranderen van negatieve denkpatronen en het onder woorden brengen van de betekenis van de daarmee samenhangende gebeurtenissen. Tot slot geeft de verpleegkundige psychoeducatie.
- Bij gedragstherapeutische interventies registreert de verpleegkundige de activiteiten van de patiënt en maakt een activiteitenrapport. Op basis van dit rapport stelt de verpleegkundige samen met de patiënt een gebalanceerd activiteitenplan op, oplopend van dag- naar een weekprogramma tot aan een programma voor de thuissituatie.
- De verpleegkundige maakt samen met de patiënt een terugvalpreventieplan.
- De Richtlijnwerkgroep beveelt aan onderzoek te doen naar de (kosten)effectiviteit van verpleegkundige interventies bij patiënten met een depressie.
- De Richtlijnwerkgroep beveelt aan onderzoek te doen naar de (kosten)effectiviteit van interventies vanuit de cognitieve gedragstherapie door (geschoolde) verpleegkundigen bij patiënten met een depressie.

Ondersteunende interventies bij ouderen

Combinaties van interventies bij ouderen

- Interventies waarin de huisarts samenwerkt met andere disciplines en waar een multimodaal diagnostiek- en behandelprogramma wordt aangeboden verdienen vanwege de aangetoonde effectiviteit de voorkeur boven interventies door de huisarts alleen.

Gedragstherapeutische interventies bij ouderen

De belangrijkste activiteiten die verpleegkundigen kunnen ondernemen om de individuele depressieve patiënt (ambulant of opgenomen) te ondersteunen in het dagelijkse leven, zijn:

- crisis/suïcidepreventie: het toepassen van een (crisis)signalerings/interventieplan en begeleidende interventies gericht op het bieden van veiligheid
- steunende begeleiding: gesprekken en activiteiten gericht op praktische en mentale ondersteuning van de oudere, waaronder het bieden van troost, het verlichten van lijden, het helpen maken van keuzes en coaching
- structurerende begeleiding: gesprekken en activiteiten gericht op ordening in tijd, ruimte en het creëren van veiligheid
- activerende begeleiding: gesprekken en activiteiten gericht op het stimuleren van fysieke inspanning, beweging en het verdelen van energie

24. Arbeidsgerichte zorg bij depressie

De werkgroep formuleert de volgende aanbevelingen bij welke interventies effectief zijn voor het behouden van werk, terugkeren naar werk en voorkomen van langdurige arbeidsongeschiktheid bij volwassenen (18-67 jaar) met een depressieve stoornis:

- Wij bevelen behandeling aan voor (ziekgemelde) werkenden (werknemers, zelfstandigen, werklozen) met een depressieve stoornis, conform de adviezen uit deze multidisciplinaire richtlijn. Zie hiervoor de aanbevelingen uit de modules Farmacotherapie (jongvolwassenen, volwassenen, ouderen), Psychotherapie (volwassenen, ouderen) en Combinatiebehandeling.
- We bevelen arbeidsgerichte zorg² aan (conform de NVAB richtlijn Depressie) voor alle werkenden met een depressieve stoornis.
- We bevelen een arbeidsgerichte interventie (zoals geleidelijke opbouw van werkzaamheden, vaardigheidstraining, intensieve re-integratiebegeleiding en aanpak van werkgebonden risicofactoren) aan, indien deze wordt gecombineerd met adequate (psycho)therapeutische behandeling of een specifieke werkgerichte psychotherapeutische interventie (zoals werkgerichte e-cognitieve gedragstherapie) bij werkenden die ziekgemeld zijn met een depressieve stoornis. Samenwerking en communicatie tussen de arbeidsgerichte zorg en geestelijke gezondheidszorg is hierbij van belang. Tevens dient arbeid als behandeldoel te worden genomen in de geestelijke gezondheidszorg, indien dit bij een individuele patiënt van toepassing is.
- We bevelen arbeidsgerichte psychotherapeutische interventies (zoals oplossingsgerichte interventies en psychotherapeutische interventies waaronder e-cognitieve gedragstherapie) aan bij werkenden die ziekgemeld zijn.
- Inventariseer samen met de werkende mogelijke beschermende en belemmerende werkgebonden factoren, zodat maatwerk (bijv. participatieve aanpak) kan worden geboden door de arbeidsgerichte zorg en geestelijke gezondheidszorg.
- Overweeg in de geestelijke gezondheidszorg geïntegreerde arbeidsgerichte interventie Individuele Plaatsing en Steun (IPS) bij werklozen met een depressie, indien de patiënt gemotiveerd is voor arbeidsparticipatie.

25. Hoe beïnvloedt comorbiditeit de behandeling van depressie?

De werkgroep heeft aanbevelingen geformuleerd bij comorbiditeit angststoornis, comorbiditeit posttraumatische stresstoornis (PTSS), comorbiditeit autisme spectrum stoornis (ASS), comorbiditeit persoonlijkheidsstoornissen, comorbiditeit alcoholmisbruik en comorbiditeit somatische aandoeningen.

Comorbiditeit angststoornis

De werkgroep formuleert de volgende aanbevelingen bij de behandeling met farmacotherapie en psychotherapie bij depressie met een comorbide angststoornis:

² In dit hoofdstuk wordt de zorg gericht op het bevorderende van participatie in passend werk 'arbeidsgerichte zorg' genoemd. In Nederland wordt de arbeidsgerichte zorg door verschillende partijen uitgevoerd. Het hangt van de werk/uitkeringssituatie van iemand af welke partij en bijbehorende arbo-professionals betrokken zijn. In de module Organisatie van zorg wordt dit nader beschreven.

- Patiënten met een depressie én met een comorbide angststoornis moeten vanuit een geïntegreerde visie (parallel, sequentieel of geïntegreerd) behandeld worden in afstemming met de patiënt.
- In het algemeen geldt dat aandacht voor depressie én de comorbide stoornis nodig is, omdat behandeling van depressie niet altijd effect heeft op de andere (comorbide) stoornis.
- Bij comorbide angststoornis of hoge mate van angstklachten kan de depressiebehandeling conform de richtlijn Depressie worden gevolgd.
- Bij comorbiditeit kan het lastig zijn om vast te stellen wat de primaire stoornis is. Bij comorbiditeit kan er soms pragmatisch gekozen worden voor een focus op een van de aandoeningen, mits deze behandeling consistent en volgens de richtlijnen vormgegeven wordt
- Let op dat de focus gedurende de behandeling kan veranderen, zeker als effect van de behandeling uitblijft.
- Bij uitblijven van respons kan eerder worden overwogen om de behandeling te intensiveren of de angststoornis gericht aan te pakken.

Comorbiditeit posttraumatische stresstoornis (PTSS)

De werkgroep formuleert de volgende aanbevelingen bij de behandeling met farmacotherapie en psychotherapie bij depressie met een comorbide PTSS:

- Patiënten met een depressie én met een comorbide PTSS moeten vanuit een geïntegreerde visie (parallel, sequentieel of geïntegreerd) behandeld worden in afstemming met de patiënt.
- Behandel PTSS eerst met psychotherapeutische interventies. Hierdoor zullen ook depressieve klachten waarschijnlijk afnemen. Voor details over de traumabehandeling verwijzen wij naar de [zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen](#).
- Indien er sprake is van een ernstige depressie die behandeling PTSS belemmert: behandel dan eerst depressie; tot PTSS-behandeling weer mogelijk is. Behandel bij ernstige depressie met comorbide PTSS bij voorkeur met een geïntegreerde benadering gericht op zowel PTSS als depressie.
- Medicamenteuze behandeling van depressie met comorbide PTSS is geïndiceerd o.b.v de ernst/beperking door de depressie. Gebruik hiervoor antidepressiva (zie de module [Farmacotherapie van eerste keuze bij volwassenen](#)). Bouw sederende medicatie zo veel mogelijk af.
- Bij comorbiditeit kan het lastig zijn om vast te stellen wat de primaire stoornis is. Bij comorbiditeit kan er soms pragmatisch gekozen worden voor een focus op een van de aandoeningen, mits deze behandeling consistent en volgens de richtlijnen vormgegeven wordt
- Let op dat de focus gedurende de behandeling kan veranderen, zeker als effect van de behandeling uitblijft.

Bovengenoemde aanbevelingen gelden ook voor specifieke doelgroepen, zoals jeugd, ouderen en zwangere vrouwen. Bij uitblijven effect, overweeg overleg met een gespecialiseerd PTSS team.

Comorbiditeit autisme spectrum stoornis (ASS)

De werkgroep formuleert de volgende aanbevelingen bij de behandeling met farmacotherapie en psychotherapie bij depressie met een comorbide ASS:

Multidisciplinaire richtlijn Depressie - samenvatting

Vierde revisie, november 2023

- Patiënten met een depressie én met een comorbide autisme spectrum stoornis (ASS) moeten vanuit een geïntegreerde visie (parallel, sequentieel of geïntegreerd) behandeld worden in afstemming met de patiënt.
- In het algemeen geldt voor comorbide aandoeningen dat aandacht voor depressie en de comorbide stoornis nodig is, omdat behandeling van depressie in het algemeen onvoldoende effect heeft op de andere (comorbide) stoornis.
- Er is weinig overtuigend wetenschappelijk bewijs of ASS de depressiebehandeling beïnvloedt. Er zijn geen doorslaggevende redenen om bij een depressie met een comorbide ASS af te wijken van deze richtlijn.
- Bij comorbiditeit kan het lastig zijn om vast te stellen wat de primaire stoornis is. Bij comorbiditeit kan er soms pragmatisch gekozen worden voor een focus op een van de aandoeningen, mits deze behandeling consistent en volgens de richtlijnen vormgegeven wordt
- Let op dat de focus gedurende de behandeling kan veranderen, zeker als effect van de behandeling uitblijft. Bij uitblijven effect, overweeg overleg met een gespecialiseerd ASS-team.
- Bovengenoemde aanbevelingen gelden ook voor specifieke doelgroepen, zoals jeugd, ouderen en zwangere vrouwen.

Comorbiditeit persoonlijkheidsstoornissen

De werkgroep formuleert de volgende aanbevelingen bij de behandeling met farmacotherapie en psychotherapie bij depressie met een comorbide persoonlijkheidsstoornis:

- Patiënten met een depressie én met een comorbide persoonlijkheidsstoornis moeten vanuit een geïntegreerde visie behandeld worden in afstemming met de patiënt. De behandeling kan parallel, sequentieel of geïntegreerd uitgevoerd worden waarbij indien mogelijk, de sequentiële benadering de voorkeur heeft.
- Bij patiënten met depressie en comorbide persoonlijkheidsstoornis, waarbij depressie het aandachtspunt is voor behandeling, dient deze richtlijn in principe gevolgd te worden.
- Bij comorbiditeit kan het lastig zijn om vast te stellen wat de primaire stoornis is. Bij comorbiditeit kan er soms pragmatisch gekozen worden voor een focus op een van de aandoeningen, mits deze behandeling consistent en volgens de richtlijnen vormgegeven wordt.
- Let op dat de focus gedurende de behandeling kan veranderen. Bij uitblijven effect, overweeg overleg met een gespecialiseerd team met expertise in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen.

Bovengenoemde aanbevelingen gelden ook voor specifieke doelgroepen, zoals jeugd, ouderen en zwangere vrouwen. Voor jeugdigen geldt dat het onderkennen van eventuele persoonlijkheidsproblematiek extra alertheid vraagt.

Comorbiditeit alcoholmisbruik

De werkgroep formuleert de volgende aanbevelingen bij de behandeling van farmacotherapie en psychotherapie bij depressie met comorbide alcoholmisbruik:

- Patiënten met een depressie én met een comorbide stoornis in het gebruik van alcohol (AUD) moeten vanuit een geïntegreerde visie (parallel, sequentieel of geïntegreerd) behandeld worden in afstemming met de patiënt.

- Het heeft de voorkeur om depressie en AUD tegelijk te behandelen.
- Qua depressiebehandeling kan de richtlijn depressieve stoornissen gevolgd worden voor patiënten met depressie en comorbide AUD.
- Bij een lichte depressie kan een AUD eerst behandeld worden vanwege een mogelijk gunstig effect van abstinentie op de depressie.
- Bij persistenten of hoge ernst van de AUD, behandel conform de richtlijn voor alcoholmisbruik en behandel tegelijkertijd ook de depressie.
- Bij comorbiditeit kan het lastig zijn om vast te stellen wat de primaire stoornis is. Bij comorbiditeit kan er soms pragmatisch gekozen worden voor een focus op een van de aandoeningen, mits deze behandeling consistent en volgens de richtlijnen vormgegeven wordt
- Let op dat de focus gedurende de behandeling kan veranderen, zeker als effect van de behandeling uitblijft. Bij uitblijven effect, overweeg overleg met een gespecialiseerd verslavingsteam.

Bovengenoemde aanbevelingen gelden ook voor specifieke doelgroepen, zoals jeugd, ouderen en zwangere vrouwen.

Comorbiditeit somatische aandoeningen

De werkgroep formuleert de volgende aanbevelingen bij de behandeling met farmacotherapie en psychotherapie bij depressie met een comorbide somatische aandoening:

- Patiënten met een depressie én met een comorbide somatische stoornis moeten vanuit een geïntegreerde visie (parallel, sequentieel of geïntegreerd) behandeld worden in afstemming met de patiënt.
- In het algemeen geldt voor comorbide somatische aandoeningen dat aandacht voor depressie en de comorbide aandoening nodig is, en dat adequate behandeling van de depressie vaak een gunstige invloed heeft op de prognose van de comorbide somatische aandoening.
- Bij patiënten met een depressieve stoornis en somatische comorbiditeit, waarbij de depressie het primaire aandachtspunt is voor psychiatrische behandeling, kan in principe deze richtlijn depressieve stoornissen gevolgd worden. De behandeling van de depressieve klachten en de somatische morbiditeit dienen op elkaar afgestemd te worden. Goede samenwerking met de somatische behandelaars is vereist.
- Bij comorbiditeit kan het lastig zijn om vast te stellen wat de primaire stoornis is. Bij comorbiditeit kan er soms pragmatisch gekozen worden voor een focus op een van de aandoeningen, mits deze behandeling consistent en volgens de richtlijnen vormgegeven wordt
- Let op dat de focus gedurende de behandeling kan veranderen, zeker als effect van de behandeling uitblijft.
- Voor de behandeling van patiënten met een depressie in de palliatieve fase wordt verwezen naar de IKNL Richtlijn van 2022.

26. Psychotherapie na herstel ter preventie van terugval

De werkgroep formuleert de volgende aanbevelingen bij welke psychotherapie, al dan niet in combinatie met het stoppen of afbouwen van antidepressiva, het meest effectief ten behoeve van terugvalpreventie is:

- Wij bevelen bij volwassen patiënten na het herstel van een depressie, terugvalpreventieve psychotherapeutische interventies aan (te weten PCT, MBCT, C-CT) om terugval te voorkomen.
- Overweeg om PCT of MBCT in te zetten als alternatief voor het continueren van antidepressiva na herstel van recidiverende depressie indien men een sterke wens heeft tot afbouwen of genoodzaakt is om af te bouwen, ook bij aanwezige klinische risicofactoren voor terugval.
- Kortdurende vormen van psychologische terugvalpreventie interventies, zoals MBCT en PCT, verdienen de voorkeur na herstel op reguliere vormen van zorg. Deze terugvalpreventie interventies bestaan doorgaans uit 8 sessies en kunnen binnen 2 maanden na (gedeeltelijk) herstel afgerond worden.
- Overweeg een aanvullende psychologische interventie na herstel van een recidiverende depressies ook indien antidepressiva gecontinueerd worden (met name PCT, CGT en continuatie-CT is effectief gebleken in gerandomiseerd onderzoek).

27. Voortzetten van de behandeling met antidepressiva na herstel (herzien 2023)

De werkgroep formuleert de volgende aanbevelingen bij de wijze waarop farmacotherapeutische interventies na herstel dienen te worden voortgezet in de (onderhouds)behandeling van een patiënt met een depressieve stoornis (niet-psychotisch, unipolair), rekening houdend met aard, ernst en beloop (eerste episode, recidiverend) van de problematiek:

- We bevelen bij patiënten aan die zijn hersteld van een episode van een depressieve stoornis (remissie gedefinieerd als score op een meetschaal beneden een cut-off; bijvoorbeeld HDRS ≤ 7 , MADRS ≤ 10 , IDS ≤ 14 ; zie [module Diagnostiek - Meetinstrumentarium](#)) na herstel bij behandeling met een antidepressivum, de behandeling te worden voortgezet. Daarbij beveelt de Werkgroep aan dezelfde dosis voor te schrijven die in de acute behandeling effectief was.
- De optimale duur van de voortgezette behandeling is niet bekend en we bevelen aan op grond van patiëntkarakteristieken en in overleg met de patiënt dit vast te stellen. Voorspellende factoren voor een recidief zijn: eerdere recidieven en restsymptomen van een depressieve episode. Bij patiënten die twee of meer episodens hebben gehad is de kans op hernieuwde recidivering groter en is om deze reden de duur van de onderhoudsbehandeling ook langer, maar opnieuw is de optimale duur niet goed vast te stellen. De lang gehanteerde norm van 6 maanden voortzetten van behandeling bij een eerste depressieve episode en een jaar (of langer) bij recidief-episoden heeft geen stevige onderbouwing, maar kan toch een leidraad zijn voor de behandelpraktijk.
- Bij het afsluiten van een behandeling door een regiebehandelaar en terugverwijzing naar de huisarts, bevelen wij aan om in de afsluitbrief een tekst over het gebruik van antidepressiva en evaluatie ervan op te nemen. Zie hiervoor ook de module [Algemene principes voor de behandeling van depressie](#).
- We bevelen aan om bij een onderhoudsbehandeling met antidepressiva in ieder geval jaarlijks met de patiënt te evalueren (aan de hand van voor- en nadelen) of het gebruik van de antidepressiva voortgezet moet worden.

- Overweeg voor een verdere reductie van het risico op recidief om naast het voortzetten van het gebruik van antidepressiva een Preventieve Cognitieve Therapie te volgen. Zie ook de verdere aanbevelingen in de module [Psychotherapie na herstel ter preventie van terugval](#).

28. Afbouwen van onderhoudsbehandeling met antidepressiva

Voor de begeleiding van patiënten die antidepressiva gebruiken in de onderhoudsfase en eventueel willen afbouwen beveelt de werkgroep aan:

- Overweeg het toevoegen van PCT en MBCT voor, tijdens en na het afbouwen van onderhoudsbehandeling met antidepressiva.
- Plan als voorschrijver in de eerste en tweede lijn regulier een gesprek met patiënten die antidepressiva gebruiken om het gebruik te evalueren en de invloed van bijwerking(en) op persoonlijk herstel hierbij mee te nemen.
- Vertel patiënten dat ze vanwege het risico op antidepressiva discontinueringssymptomen (ADS, ook wel onttrekkingsklachten genoemd) nooit zelf abrupt moeten stoppen, maar dit altijd moeten overleggen met hun behandelaar. Dit geldt voor alle antidepressiva.
- Geef bij het afbouwen van antidepressiva uitleg over het mogelijk kunnen optreden van ADS.
- Maak afspraken met de patiënt over het tempo en de doseringsstappen bij afbouwen van antidepressiva op basis van gedeelde besluitvorming. Overweeg de gepresenteerde afbouwschema's uit het Multidisciplinaire Document te gebruiken, op geleide van aan- of afwezigheid van risicofactoren voor ADS.
- De snelheid van het doorlopen van de stappen is onderwerp van gedeelde besluitvorming en afhankelijk van het verloop van het proces. Een afbouwplan is altijd een plan op maat in overleg tussen professional, patiënt en naaste.
- Overweeg de in de Multidisciplinaire Documenten opgenomen afbouwschema's als leidraad te gebruiken, op geleide van aan- of afwezigheid van risicofactoren voor ADS.
- Maak vooraf een terugvalpreventieplan, en maak afspraken met de patiënt over de mogelijkheid van tussentijds contact.
- Betrek laagdrempelig de apotheker bij het afbouwen van antidepressiva, zowel in de besluitvorming als in de begeleiding tijdens het afbouwen.
- Bagatelliseer ADS niet. Bied bij lichte tot matige ADS begeleiding met behulp van geruststelling, uitstellen van de volgende verlaging en/of ondersteunende medicatie.
- Keer bij het optreden van ernstige symptomen van ADS terug naar de laagste dosis zonder ADS, kies voor een meer geleidelijke afbouw (qua tempo en/of doseringsstappen) vanaf deze dosis, en overweeg opties voor aanvullende behandeling.

Aarzel niet bij ernstige ADS de dosering weer te verhogen. Dit maakt het onderscheid tussen ADS en terugval of recidief helder. Leg dit goed uit aan de patiënt en diens naaste(n).