



ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD nr. 8155

Depressieve stoornis: opvang van de patiënt en optimaal gebruik van het zorgsysteem en de therapeutische opties

In this science-policy advisory report, the Superior Health Council provides tools to help general practitioners to improve diagnosis and treatment of depressive disorder

Update 25/03/2014

SAMENVATTING

Stemmingsstoornissen zijn een frequente, vaak recidiverende aandoening die meestal in de eerstelijnszorg behandeld wordt. Huisartsen hebben dan ook nood aan hulp en ondersteuning. Dit advies biedt hen een hulpmiddel voor de diagnose en aanpak van depressieve stoornissen.

De stemmingsstoornissen moeten het voorwerp uitmaken van luisterbereidheid en empathisch begrip bij de gezondheidswerkers, in het bijzonder bij die van de eerstelijnszorg.

De zorg moet volgens een biopsychosociaal model benaderd worden. Hiervoor moet een volledige evaluatie van de situatie van de patiënt gemaakt worden.

De identificatie van de klachten op het gebied van de lichamelijke en psychologische gezondheid, van de relaties met anderen, het belang en de relevantie van het lijden alsook de functionele **weerslag** van de verschillende opgelopen handicaps zullen voor het hulptype en de opvang richtinggevend zijn.

De huidige pathologie zal eveneens in de geschiedenis van de persoon moeten worden gesitueerd ter verduidelijking van de adequate therapeutische interventies in functie van de desbetreffende processen (uni- of bipolaire depressie, gepaard gaand met persoonlijkheidskenmerken of existentiële factoren, vormen van comorbiditeit enz...).

Er zal een bijzondere aandacht besteed worden aan de stoornissen die optreden bij kinderen, jongeren of ouderen. In al die gevallen kunnen bijzondere aspecten van onrijpheid of verminderde zelfcontrole tot een verergering van de pathologische omstandigheden aanleiding geven, zoals bijvoorbeeld het risico van zelfmoord. Vooral dit laatste leidt tot verwijzing naar de gespecialiseerde zorg of zelfs tot ziekenhuisopname van de patiënt.

Een zorgproject zal aan de persoon voorgelegd en met hem besproken worden. Men zal aldus het respectieve belang beoordelen dat gehecht moet worden aan het voorschrijven van antidepressieve geneesmiddelen, aan interventies op het gebied van consulting, of nog aan het opstarten van een of andere vorm van psychotherapie. Deze verschillende wijzen van aanpak van de depressieve stoornis kunnen indien nodig uiteraard ook gecombineerd worden.

Telkens als dergelijke interventies nuttig en voor de persoon in kwestie aanvaardbaar lijken en mogelijk zijn, mag men niet aarzelen om op de hulp van tweedelijnspecialisten (psychiaters, psychologen, psychotherapeuten...) een beroep te doen om aldus - vaak in zorgteamverband verstrekte – multidisciplinaire hulp voor te stellen teneinde tegemoet te komen aan de behoeften

van de patiënt en dat zowel op biomedisch, psychologisch en sociale vlak en op het gebied van de mantelzorg. Maatregelen ter voorkoming van terugval moeten zo mogelijk worden genomen gelet op de - soms recidiverende - aard van de depressieve episoden. Dat kan zowel bestaan uit psychologische of medicamenteuze interventies als uit hulp van de mantelzorg.

EERSTELIJNSZORG VAN DEPRESSIEVE STOORNISSEN:

- ❖ **Globale evaluatie** (symptomen, intensiteit van de stoornissen, duur, terugslag en comorbiditeiten) is belangrijk om:
 - ↳ de persoon te helpen zijn toestand te begrijpen
 - ↳ de therapeutische optie beter te bepalen
 - ↳ complicaties te vermijden

- ❖ Diagnose van een majeure depressieve stoornis:

- ↳ Stemmingsstoornissen:

- ↳ Depressieve stoornis:

- ↳ Majeure depressieve stoornis:

- Een of meerdere majeure depressieve episoden: criteria DSM IV
 - (depressieve stemming of interesseverlies + 4 DSM-symptomen gedurende 2 weken, lijden of slechter functioneren)
- Gespecificeerd:
 - ernstgradatie: licht, matig of ernstig (met/zonder psychotisch kenmerk)
 - recurrent? (2 episoden gescheiden door 2 maanden)
 - chronisch? (2 jaar non-stop)
 - Specifieke kenmerken:
 - Catatonisch/melancholisch/seizoensgebonden/aanvang postpartum

Ander lijden en depressieve symptomen verdienen ook aandacht en begeleiding!

- ↳ Comorbiditeit (angststoornis en aan middelen verbonden stoornissen) en zelfmoordrisico?
- ↳ Differentiële diagnose (organische pathologie, persoonlijkheidsstoornis, angststoornis, bipolaire stoornis, rouw)
- ↳ Risico- en beschermende factoren (genetisch, biologisch, psychologisch en sociaal)?
- ↳ Specifieke doelgroepen:
 - oudere personen: verschillende symptomen, differentiële diagnose met dementie, belang van interesseverlies
 - kinderen en jongeren: opletten om niet te onderschatten, een beroep doen op een kinderpsychiater
- ❖ Zodra de diagnose gesteld is, een **therapeutisch project** (op lange termijn) volgens het **biopsychosociaal model** opzetten om:
 - ↳ de symptomen te verminderen
 - ↳ het psychosociaal functioneren te herstellen
 - ↳ het risico op herval te voorkomen

Verschillende therapeutische mogelijkheden moeten hierbij worden afgewogen:

- ↪ De keuze bespreken met de patiënt, hem/haar erover inlichten en bij de keuze betrekken om tot een betere therapietrouw te komen
- ↪ Niet-medicamenteuze behandeling:
 - psycho-educatie: de patiënt en zijn gezin informeren om de ziekte autonoom te kunnen beheren (+ psychologische ondersteuning)
 - activering en problemen oplossen: helpen om concrete problemen op te lossen; de patiënt activeren met een meer directe hulp
 - cognitieve gedragsbegeleiding: inwerken op de gedachten (indien bekwaam)
 - psychotherapie: doorverwijzing
 - andere (luminotherapie, psycholichamelijke therapie, korte therapieën, ECT, TMS ...)
- ↪ Medicamenteuze behandeling:
 - ↪ Wanneer?
 - in de eerste plaats bij een ernstige majeure depressie (in combinatie met een psychotherapeutische interventie)
 - bij een matige majeure depressie in geval van mislukking (of weigering) van andere strategieën
 - ↪ Geneesmiddelenkeuze op basis van:
 - doeltreffendheid SSRI of TCA
 - soort bijwerkingen/toxiciteit (> voor TC)
 - wisselwerkingen
 - comorbiditeiten
 - andere vorige behandelingen
 - andere eigenschappen
 - ↪ Specifieke doelgroepen:
 - zwangere vrouwen: bij voorkeur geen medicatie (een psychiater raadplegen)
 - ouderen: meer comorbiditeiten, belang van psychosociale begeleiding, eerder SSRI
 - kinderen en jongeren: kinderpsychiater raadplegen
- ↪ Regelmatig de patiënt opnieuw ontmoeten en aandacht hebben voor het zelfmoordrisico
- ↪ De behandeling afsluiten
- ↪ Preventie van herval

❖ GGZ-sector raadplegen, psychiater en eventueel ziekenhuisopname:

- ↪ naargelang de evolutie en kenmerken van de depressieve episode (zelfmoordrisico, recurrenente of resistente depressie, majeure angst en agitatie, melancholische kenmerken, relationele of complexe intrapsychische problematiek)
- ↪ in aanwezigheid van psychiatrische comorbiditeiten (bipolaire stoornis, angststoornis, verslaving aan alcohol of andere middelen, schizofrenie)
- ↪ ziekenhuisopname als de ambulante ondersteuning onvoldoende is bij complexe problematieken (zelfmoordgedachten, psychiatrische comorbiditeiten, angstgevoelens ...)

Sleutelwoorden

Keywords	MeSH terms*	Sleutelwoorden	Mots clés	Stichworte
Depression	Depressive disorder	Depressie	Dépression	Depression
Psychotherapy	Psychotherapy	Psychotherapie	Psychothérapie	Psychotherapie
Benzodiazepine	Benzodiazepines	Benzodiazepines	Benzodiazépines	Benzodiazepine
Treatment	Therapy	Behandeling	Traitement	Behandlung
Bio psycho social approach		Bio psychosociale aanpak	Approche bio-psycho-sociale	Biopsychosozialer Ansatz
Psychotropic	Psychotropic, drugs	Psychotrope	psychotropes	Psychotropika

* MeSH (Medical Subject Headings) is the NLM (National Library of Medicine) controlled vocabulary thesaurus used for indexing articles for PubMed.

INHOUDSTAFEL

1.	INLEIDING EN VRAAGSTELLING	6
2.	UITWERKING EN ARGUMENTATIE	7
2.1	Methodologie.....	7
2.2	Uitwerking.....	7
2.2.1	Diagnose	7
2.2.1.1	Belang van diagnose	7
2.2.1.2	Diagnose	8
2.2.1.2.1	Diagnose van depressieve stoornis	8
2.2.1.2.2	Specificaties.....	11
2.2.1.3	Comorbiditeiten en zelfmoordrisico	12
2.2.1.4	Differentiële diagnose.....	13
2.2.1.5	Leeftijdgebonden aspecten.....	13
2.2.1.5.1	Stemmingsstoornissen bij ouderen	13
2.2.1.5.2	Stemmingsstoornissen bij kinderen en jongeren	14
2.2.2	Depressiezorg	15
2.2.2.1	Biopsychosociaal model	15
2.2.2.2	Meedelen van de diagnose	16

2.2.2.3	Het therapeutisch project	17
2.2.2.4	De psychosociale of psychotherapeutische opvang.....	19
2.2.2.4.1	Psycho-educatie	19
2.2.2.4.2	Problemen oplossen en activering.....	20
2.2.2.4.3	Cognitieve gedragsbegeleiding	20
2.2.2.4.4	Psychotherapie.....	20
2.2.2.4.5	Andere therapieën	22
2.2.2.5	Geneesmiddelenbehandeling	22
2.2.2.5.1	Inleiding.....	22
2.2.2.5.2	Keuze van antidepressivum	24
2.2.2.5.3	Specifieke leeftijdsgebonden aspecten: ouderen, kinderen en adolescenten.....	25
2.2.2.6	Opvolging van depressieve patiënten	26
2.2.2.7	Preventie van recidives van de unipolaire majeure depressieve stoornis:	27
2.2.3	Een netwerk uitbouwen en de gespecialiseerde zorg raadplegen	28
2.2.3.1	Sectoren van geestelijke gezondheidszorg.....	28
2.2.3.2	Een beroep op gespecialiseerde zorg	29
2.2.3.3	Ziekenhuisopname	32
3	AANBEVELINGEN.....	32
4	BIJLAGEN	33
5	REFERENTIES.....	34
6	SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP	36
	OVER DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD (HGR).....	37

AFKORTINGEN EN SYMBOLEN

DSM IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition</i>
ECT	Electroconvulsietherapie
ESEMed	<i>European Study on the Epidemiology of Mental Disorders</i>
HGR	Hoge Gezondheidsraad
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
SNRI	Selectieve serotonine- en noradrenaline heropnameremmer / <i>Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors</i>

SSRI	<i>Selective serotonin reuptake inhibitors</i>
TCA	Tricyclisch Antidepressivum
TMS	<i>Transcranial magnetic stimulation</i>
WIV	Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid

1. INLEIDING EN VRAAGSTELLING

Gelet op de gestage toename de laatste jaren van het voorschrijven van psychofarmaca in België (zie de gezondheidsenquêtes van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid-WIV, 2004 en 2008), de cijfers en consensusconferenties over antidepressiva (2006 et 2007) van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) en de studies van de socialistische en christelijke mutualiteiten (resp. 2006 en 2008)), heeft de HGR het nodig geacht om aanbevelingen uit te werken, in de eerste plaats bestemd voor huisartsen om hen te helpen bij de globale aanpak van depressie en angststoornissen.

In de huidige maatschappij zijn de socio-economische omstandigheden soms moeilijk, is de werkomgeving vaak veeleisend en stresserend en belanden sommigen in bestaansonzekerheid. Gezinssituaties kunnen complex zijn en steeds meer personen (vaak ouderen) leven geïsoleerd. Moeilijke leefomstandigheden leiden tot een hogere prevalentie van dergelijke stoornissen. Enquêtes of epidemiologische studies wijzen op een prevalentie van depressie van ongeveer 15 % in de algemene bevolking.

De gegevens van de ESEMeD-studie (*European Study on the Epidemiology of Mental Disorders*) tonen aan dat ongeveer 2,1 miljoen Belgen tijdens hun leven een psychische stoornis ontwikkelen. Tussen 1,1 en 1,2 miljoen Belgen hebben tijdens hun leven een depressieve episode doorgemaakt, waarvan bijna 400 000 in de afgelopen 12 maanden (Bruffaerts et al., 2004).

Deze stoornissen hebben een grote invloed op het leven van de patiënt en zijn ook risicofactoren voor meerdere andere somatische pathologieën. Angst- en depressieve stoornissen kunnen het functioneren grondig verstoren en gaan vaak gepaard met cognitieve problemen, psychisch en soms fysiek lijden. Ze liggen ook vaak aan de grond van arbeidsongeschiktheid en kunnen een hoge economische kostprijs met zich meebrengen.

Deze stoornissen moeten dan ook snel en globaal aangepakt worden volgens een biopsychosociaal model. Vaak spelen meerdere factoren een rol en bij de behandeling moet hiermee rekening worden gehouden. In de begeleiding van de persoon die lijdt moeten ook alle gerelateerde actoren betrokken worden. De zorg moet multidisciplinair zijn in zowel het herkennen van de depressie als in het toepassen van de verschillende therapeutische strategieën.

43% van de patiënten met een depressieve episode hebben hulp gezocht bij professionele gezondheidswerkers. Van deze patiënten heeft het merendeel een medicamenteuze behandeling gekregen (al dan niet in combinatie met een psycho-therapeutische behandeling – 79%). Eén patiënt op tien heeft geen behandeling gekregen (Bruffaerts et al., 2004).

Talrijke studies in Europa en België bevestigen de centrale rol van de huisarts in de behandeling van depressieve stoornissen (huisartsen zouden instaan voor 80% van de gediagnosticeerde en behandelde depressies).

Wanneer een patiënt een dergelijk lijden wil bekampen (beginnende situatie van onbehagen met lichamelijke of psychologische klachten) richt hij zich in de eerste plaats het vaakst tot de huisarts (Pelc, 2009). Zij zijn dus de belangrijkste actoren in de behandeling van deze pathologieën. Vaak staan ze hier echter machteloos tegenover: huisartsen zijn niet altijd voldoende opgeleid om deze problemen te behandelen en de tweedelijnszorg (psychiaters, psychotherapeuten of zelfs de

spoeddiensten van de ziekenhuizen) is onvoldoende beschikbaar en toegankelijk om hen indien nodig te helpen. Een normale raadpleging **volstaat** niet om voldoende tijd te hebben om dergelijke pathologie te beheren.

Dat is dan ook de reden waarom de HGR na publicatie in juli 2011 van een advies over “**De impact van psychofarmaca op de gezondheid met een bijzondere aandacht voor ouderen**” (HGR 8571), heeft beslist om een hulpmiddel uit te werken voor huisartsen betreffende de opvang van de patiënt en het optimale gebruik van het zorgsysteem en therapeutische keuzemogelijkheden betreffende stemmingsstoornissen en angststoornissen.

Daarom heeft de HGR een ad hoc werkgroep opgericht met daarin deskundigen in psychiatrie en kinder- en jeugdpsychiatrie, welke gelijktijdig aan twee verschillende onderwerpen heeft gewerkt: de opvang van angst en van depressie. De permanente groep "geestelijke gezondheid" van de HGR en artsen hebben het advies nagelezen en herwerkt.

Het document omvat concrete voorstellen en aanbevelingen om de diagnose en de behandeling van **depressieve stoornissen** te verbeteren. Het advies HGR 8898 heeft betrekking op angststoornissen.

Het advies probeert duidelijke richtlijnen te geven voor de begeleiding en ondersteuning van patiënten in functie van de ernst van de depressie, alsook voor het goed gebruik van antidepressiva.

De rol en de houding van patiënt en omgeving worden ook besproken. Het is namelijk belangrijk dat de patiënt in het therapeutische proces tot een actieve partner uitgroeit door een betere communicatie en informatieverstrekking.

Het advies is bijgevolg opgebouwd rond drie hoofdthema's:

- ten eerste het goed herkennen en diagnosticeren van de depressie;
- ten tweede het aanreiken van denkpistes aan de huisarts voor een optimaal gebruik van de therapeutische opties (al of niet medicamenteus) bij de behandeling van stemmingsstoornissen;
- ten derde de aanpak van depressieve stoornissen door de arts in de ruimere context van geestelijke gezondheidszorg.

2. UITWERKING EN ARGUMENTATIE

2.1 Methodologie

Het advies berust op een overzicht van de wetenschappelijke literatuur, de grijze literatuur en het oordeel van de experts.

2.2 Uitwerking

2.2.1 Diagnose

2.2.1.1 Belang van diagnose

De term depressie dekt een hele waaier van ziektebeelden, gaande van normale droefheid tot ernstige depressieve stoornissen. In dit continuüm kunnen er geen precieze grenzen getrokken worden. Er bestaan wel enkele nuttige herkenningstekens om een “normale” van een “pathologische” toestand te onderscheiden.

Door de aanwezigheid van bepaalde symptomen kunnen depressieve stoornissen onderkend worden. Alvorens tot de diagnose van depressieve stoornis te komen, moet de arts de graad van het hiermee gepaard gaande lijden evalueren. Enkel de aanwezigheid van symptomen volstaat dus niet. De depressieve symptomen moeten gedurende een voldoende lange periode aanwezig zijn en ze moeten gepaard gaan met een relevante graad van psycho-functionele stoornissen.

Het is belangrijk om een depressieve stoornis vast te stellen (of gewoon het lijden of stoornissen aan de aanwezigheid van depressiesymptomen toe te schrijven), omdat dit reeds de patiënt helpt om zijn toestand te begrijpen.

Het duiden van de verschillende gevoelens, ongemakken en uitingvormen als behorend tot één depressieve episode heeft vaak een positief effect op de patiënt. Het geeft een zekere greep op de gebeurtenissen die de patiënt lijken te ontsnappen, het geeft een naam, dus een behandeling en een toekomstverwachting aan de problematiek. Ook dit is belangrijk.

De diagnose (met inbegrip van eventuele comorbiditeiten, risico- en beschermende factoren) laat ook toe de hulp beter op de behoeften van de persoon af te stemmen.

De keuze van de voorgestelde therapeutische optie (begeleiding, psychotherapie of medicamenteuze behandeling) moet geleid worden door een nauwgezette diagnostische aanpak. Deze diagnose dient gebaseerd te zijn op de observatie van het klinisch beeld, de beschrijving van de kenmerken en symptomen die aanwezig zijn op het moment van de evaluatie en de hieraan voorafgaande periode. Met een dergelijke systematische aanpak van de depressieve symptomatologie, kan men ook vaststellen welke klachten van de patiënt niet op een depressieve toestand wijzen en dus niet noodzakelijk het voorwerp van een behandeling hoeven uit te maken.

Een volledige anamnese, een evaluatie van de ernst van de depressieve toestand en een juist idee van de fenomenologie van depressie laten toe om complicaties te vermijden, zoals zelfmoordgedrag, afwezigheid van respons op behandeling, gedragsstoornissen of het chronisch worden van een depressie.

Wanneer de begeleiding of psychotherapie niet de verwachte respons heeft, wanneer een klassieke behandeling met antidepressiva niet de verbetering geeft volgens de verwachtingen van patiënt en arts, moet er een diagnostische re-evaluatie overwogen worden.

In bepaalde gevallen verstrijken er meerdere maanden of zelfs jaren voor de diagnose van depressie gesteld wordt en een behandeling gestart kan worden.

❖ **Een diagnose (symptomen, ernst, duur, veroorzaakte stoornissen en comorbiditeiten) is belangrijk om:**

- **de persoon te helpen zijn toestand te begrijpen**
- **de therapeutische optie beter te bepalen**
- **complicaties te vermijden**

2.2.1.2 Diagnose

2.2.1.2.1 Diagnose van depressieve stoornis

Depressieve stoornissen maken deel uit van stemmingsstoornissen en hebben als hoofdkenmerk een verstoorde stemming.

Stemmingsstoornissen worden onderscheiden in depressieve stoornissen en bipolaire stoornissen (aanwezigheid (of voorgeschiedenis) van manische of hypomane episodes die gewoonlijk gepaard gaan met de aanwezigheid of voorgeschiedenis van depressieve episodes).

Volgens de DSM IV bestaan er drie types depressieve stoornissen:

- dysthyme stoornis
- majeure depressieve stoornis
- niet-gespecificeerde depressieve stoornis

1. Dysthyme stoornis

Deze stoornis wordt gekenmerkt door een depressieve stemming die aanwezig is gedurende het grootste deel van de tijd en dat gedurende minstens twee jaar, in combinatie met depressieve symptomen die niet beantwoorden aan de criteria van een majeure depressieve episode.

2. Majeure depressieve stoornis

Een majeure depressieve stoornis wordt gekenmerkt door **een of meerdere majeure depressieve episodes**. De term is een vertaling van "*major depressive disorder*" en zegt niets over de ernst van de stoornis.

Een majeure depressieve episode betekent **een depressieve stemming of een verlies van belangstelling** gedurende **minstens twee weken** samengaand met **minstens vier andere symptomen** van depressie (zie ook de tabel uit de DSM IV in bijlage), deze symptomen veroorzaken een lijden en een slechtere functionering:

- Bij de ernstige depressieve toestanden is de **stemming over het algemeen triest**, onverschillig en *verbetert niet door omstandigheden die gewoonlijk genoeg verschaffen*. Het gaat hier niet om gewone droefheid; de patiënten spreken vaak van een droefheid die de hele psychische activiteit doordringt.
- Zeer vaak gaat die depressieve stemming gepaard met **pessimistische gedachten** of met een negatieve perceptie van verleden, heden en toekomst. Die gedachten leiden tot een verlies aan zelfwaarde en aan hoop, een gevoel van minderwaardigheid, schuld of ongeneeslijkheid.
- Dergelijke negatieve bekommernissen zijn tekenen van psychisch/mentaal lijden en kunnen leiden tot doodsgedachten of **zelfmoordideeën**.
- Het **verlies aan belangstelling en plezier** is frequent, hoewel dit maar zelden spontaan door de patiënt vermeld wordt. Dit symptoom is ook bekend onder de naam anhedonie en staat voor het verlies van plezierbeleving of affectieve gevoelloosheid. Het gaat vooral om het verlies van de subjectieve component van de plezierbeleving.
- **Gebrek aan energie** is kenmerkend voor een depressieve episode. De patiënt is niet meer in staat om de meest alledaagse taken uit te voeren en is geneigd om dit symptoom aan een somatische aandoening te wijten.
- Bij depressieve stoornissen leidt **het verlies aan eetlust** soms tot belangrijk gewichtsverlies. In andere gevallen is er gewichtstoename met boulimie.
- **Slaapstoornissen** zijn eveneens aanwezig en uiten zich door inslaapproblemen of herhaaldelijk wakker worden 's nachts. Het meest kenmerkend voor ernstige depressies is 's ochtends veel te vroeg wakker worden. Dat betekent dat de patiënt systematisch twee tot drie uur voor het normale uur van opstaan wakker wordt. Sommige klinici beschouwen dit als een typisch biologisch symptoom van de zogenaamde melancholische depressie.
- Andere symptomen zijn het **verlies aan seksuele lustgevoelens, irritabiliteit en angst** met mogelijk psychomotorische agitatie. Vooral bij ouderen kunnen **geheugen- en concentratiestoornissen** optreden, wat aan een klinisch beeld van dementie doet denken.
- **Fysieke of somatische klachten**, zoals pijn en constipatie zijn eveneens frequent.

Bepaalde signalen vertalen zich ook in het uiterlijk, onder meer lichamelijke verwaarlozing, een droevige of angstige gelaatsuitdrukking, hypomimie (vrijwel geen gelaatsuitdrukking) of beperkte bewegingen verwant met psychomotorische vertraging.

Dit laatste heeft ook tot gevolg dat denken en spreken trager is en vaak onderbroken wordt.

Deze lijst is verre van exhaustief en geeft enkel de meest kenmerkende en frequente symptomen van een depressieve episode. Deze elementen zal de clinicus moeten identificeren om een diagnose van majeure depressie te kunnen stellen.

De observatie van deze symptomen gebeurt bij het “mentaal onderzoek” en worden verkregen door aandachtig te luisteren naar de subjectieve klachten van de patiënt en de objectieve vaststellingen van de arts. Volledigheidshalve moet het mentaal onderzoek aangevuld worden met een gestructureerd gesprek, met als doel voldoende informatie in te winnen over de depressieve symptomatologie (zie bijvoorbeeld de volgende kadertekst.). Bepaalde schalen kunnen nuttig zijn bij het stellen van de diagnose zoals die van Hamilton, Montgomery of HAD (zie schalen in bijlage).

Bent u in uw leven gedurende een periode van twee of meer weken vrijwel de hele dag en dat bijna elke dag bijzonder triestig, down, gedeprimeerd geweest?

Is er in de loop van uw leven een periode van twee of meer weken geweest waarin u bijna steeds het gevoel had nergens zin, interesse of plezier meer te hebben in zaken die u gewoonlijk wel genot verschaffen?

Had u bijna elke nacht slaapproblemen (inslapen, nachtelijk of vroegtijdig ontwaken, te veel slapen)?

Sprak of bewoog u zich trager dan gewoonlijk of voelde u zich integendeel geagiteerd en dat bijna elke dag?

Voelde u zich vrijwel de hele tijd vermoeid, zonder energie?

Kostte het u meestal moeite u te concentreren of beslissingen te nemen?

Een majeure depressie onderscheidt zich door de aanwezigheid van talrijke symptomen, gedurende een langere periode (minstens 2 weken), samengaand met een aanzienlijk lijden en met een belangrijke impact op relationeel, familiaal, sociaal of professioneel vlak.

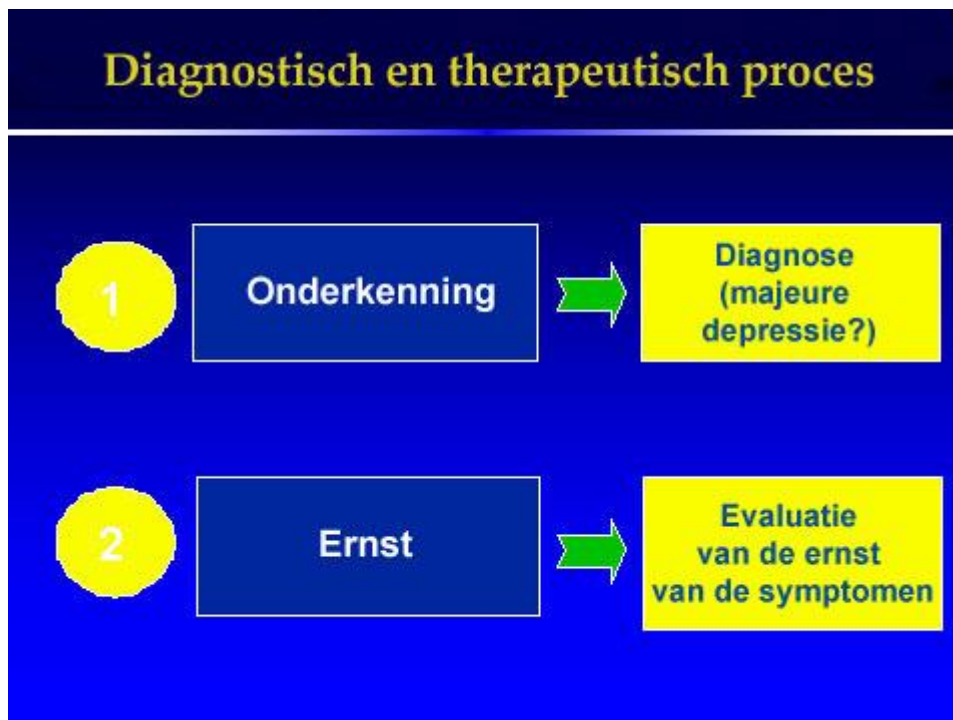
In bepaalde gevallen is het klinisch beeld moeilijk te beschrijven. Men spreekt van een **verborgen depressie**, wanneer weinig of geen elementen van de depressieve lijn kunnen worden geïdentificeerd of waargenomen, hoewel zogenaamde depressieve equivalenten aanwezig zijn. Denken we maar aan gedragsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, pijnsymptomen of eetstoornissen. Comorbiditeit tussen somatische pijn en depressie is zeer frequent. Migraine, hoofdpijn, lumbalgie, nekpijn of precordiale pijn zijn somatische tekenen die in

bepaalde situaties op een depressiesyndroom kunnen wijzen of op een onderliggende depressie die specifieke aandacht vereist.

2.2.1.2.2 Specificaties

Het beoordelingsproces van depressieve episodes beperkt zich niet tot het herkennen van de stoornis (diagnose), ook de ernst ervan moet worden beoordeeld (zie grafiek nr. 3).

Grafiek nr. 2 : Diagnostisch proces



Een majeure depressie kan licht, matig of ernstig zijn. De ernst van de depressie wordt beoordeeld volgens:

- aantal symptomen (< 6, 6-8, > 8) ;
- intensiteit van de symptomen ;
- het lijden en de functionele verstoringen die de symptomen veroorzaken.

Er moet overigens gespecificeerd worden of de ernstige depressieve stoornis **al dan niet gepaard** gaat met psychotische kenmerken (waanideeën of hallucinaties).

Het is eveneens mogelijk dat de symptomen in voldoende mate aanwezig zijn, maar slechts over een zeer korte periode. In dit geval spreekt men niet van ernstige depressie. Dat is van belang bij het kiezen van een therapeutische benadering. Ook deze lichte en matige depressiebeelden verdienen aandacht en begeleiding.

Bovendien moet bij de diagnose van een depressieve episode, de episode in de bredere context van de levensloop van de patiënt geplaatst worden, want de evolutie bepaalt de therapeutische opties op lange termijn.

Het ontstaan van meerdere majeure depressieve episodes (vanaf 2, gescheiden door minstens 2 opeenvolgende maanden waarin niet aan de criteria van een majeure depressieve episode wordt voldaan) wijst op de aanwezigheid van een **recurrente depressieve stoornis**.

In veel gevallen stelt men geen volledige remissie vast tussen de episodes die onderbroken kunnen worden door dysthyme toestanden, gekenmerkt door een blijvend gematigd depressieve

stemming over lange periodes. Als de criteria van een majeure episode continu aanwezig zijn gedurende ten minste 2 jaar spreekt men van een **chronische depressie**.

Tot slot kan de diagnose van een stemmingsstoornis ook gespecificeerd worden met de volgende kenmerken:

- catatonische kenmerken¹
- melancholische kenmerken²
- aanvang post-partum
- seizoensgebonden

2.2.1.3 Comorbiditeiten en zelfmoordrisico

Het samengaan van een depressieve episode met een andere psychische stoornis vormt een bijzondere uitdaging, zowel op diagnostisch als op therapeutisch vlak. De comorbiditeit tussen verschillende psychiatrische aandoeningen is aanzienlijk. Onder de bevolking van Belgische volwassenen die in de loop van hun leven een depressie ontwikkeld hebben, vermelden er 73% nog een andere psychische stoornis, waaronder 59% een angststoornis, 29% een somatisatie stoornis en 22% een alcoholgerelateerde stoornis (Barrufol & Thilmann, 1993). Op jaarbasis heeft 35% van de volwassen Belgische bevolking met een depressie een angststoornis ontwikkeld. (Neuville, 2006).

Hoewel de comorbiditeit tussen stemming- en angststoornissen vrij frequent is, werd een comorbiditeit tussen een stemming-, een angst- of een alcoholgerelateerde stoornis enkel bij 14% vastgesteld van de mensen met een psychische stoornis over het hele leven (Bruffaerts et al., 2004).

Het is belangrijk om de comorbiditeit te beoordelen zodat het zorgprogramma hierop wordt afgestemd.

Daarom moet de weerbaarheid van de patiënt geëvalueerd worden (somatisch, psychologisch en op sociaal vlak), alsook de aanwezige risico- en beschermende factoren.

Het **zelfmoordrisico** van de patiënt moet eveneens ingeschat worden door duidelijke vragen hieromtrent te stellen.

Zelfmoordgedachten zijn frequent bij majeure depressie. Het is soms moeilijk het risico op zelfmoord in te schatten. Het praten over zelfmoordgedachten met de patiënt maakt deel uit van het mentaal onderzoek. Het initiële contact met de suïcidale patiënt is hier zeer belangrijk, aangezien suïcidale personen over het algemeen meer tijd nodig hebben om iemand te vertrouwen. Door met een luisterend oor, eerlijk en open te praten, is het dikwijls mogelijk om de door wantrouwen, wanhoop en angst geslagen kloof te dichten. De zorgverleners aarzelen soms om vragen over zelfmoord te stellen, uit vrees op deze manier zelfmoordhandelingen te induceren of te versnellen. Er bestaat geen enkel bewijs om deze voorspelling te staven (Isometsa E T & coll, 1997, Welton, 2007).

Voorbeelden van met de patiënt te bespreken aangelegenheden:

¹ het klinisch beeld wordt gekenmerkt door een uitgesproken psychomotorische stoornis die het volgende kan inhouden: een motorische immobiliteit, een buitensporige motorische activiteit, een extreem negativisme, mutisme, vreemde vrijwillige bewegingen, echolalie of echopraxie

² vooral gekenmerkt door het verlies aan interesse of plezier in (bijna) alle activiteiten of geen reactie op stimuli die gewoonlijk als aangenaam worden bevonden.

Hebt u meermaals zwartgallige gedachten gehad, zoals de gedachte dat u beter dood zou zijn of hebt u al eens overwogen uzelf kwaad te berokkenen?

Hebt u in de afgelopen maand gedacht dat u beter dood zou zijn of gewenst dat u dood was?

Hebt u zichzelf kwaad willen berokkenen?

Gedacht aan zelfmoord?

Een manier uitgedacht om de hand aan uzelf te slaan?

Een zelfmoordpoging ondernomen?

Hebt u in de loop van uw leven, al een zelfmoordpoging ondernomen?

2.2.1.4 Differentiële diagnose

Een aantal klinische situaties bemoeilijken de diagnose van depressie. In andere gevallen wordt de diagnose te snel gesteld, zonder rekening te houden met eventuele (psychiatrische of somatische) comorbiditeit. Dit heeft gevolgen voor de prognose en de respons op de voorgestelde behandeling.

Er zijn klinische situaties die niet beschouwd mogen worden als een majeure depressie :

- Aanwezigheid van symptomen die geen relevant lijden veroorzaken en het normale functioneren van de patiënt niet verstoren. Er moet hier rekening gehouden worden met subjectieve elementen. Wat heeft de patiënt vroeger meegemaakt? Wat is zijn draagkracht? Wat is zijn capaciteit om persoonlijke hulpmiddelen en deze van zijn omgeving in te schakelen? De globale kennis van de patiënt, hoe hij in het verleden met problemen omging, hoe zijn omgeving hierop reageert, via het klinisch oordeel maar ook de empathie t.o.v. wat de patiënt meegemaakt heeft, blijven dan de enige instrumenten om beslissingen te nemen
- Depressieve stemming in het kader van een rouwproces. In tegenstelling tot de gewone rouw vormt de pathologische rouw een bijzondere situatie met een tragere evolutie (langer dan zes maand tot een jaar) waarin de depressie het niveau van klinische diagnose bereikt.
- Depressieve episode door een organische pathologie.
- Depressieve episode die kadert in een persoonlijkheidsstoornis
- Depressies secundair aan een angststoornis, meestal een veralgemeende angststoornis

2.2.1.5 Leeftijdsgebonden aspecten

Er moet bijzondere aandacht besteed worden aan het herkennen van depressie bij twee bijzondere leeftijdsgroepen: ouderen kinderen en adolescenten.

2.2.1.5.1 Stemmingsstoornissen bij ouderen

Bij ouderen kunnen gelijkenissen tussen depressieve symptomen en de kenmerken van het verouderingsproces (vertraging van het psychische ritme, zwakkere cognitieve functies,

wijzigingen in het ervaren van gevoelens, gewijzigd slaappatroon, enz.) de diagnose bemoeilijken. Verliessituaties die ouder worden met zich meebrengt, leiden vaak tot verdriet en rouwreacties die moeilijk van een depressieve episode te onderscheiden zijn (Bouckaert, 2003);

De in punt 2.2.1.2.1 beschreven kernsymptomen zijn niet voldoende voor het herkennen van depressie bij ouderen. Op vergevorderde leeftijd worden de uitingen van een depressieve stemming vaak vervangen door fysieke klachten, zoals thoracale en abdominale pijn, gevoel van beklemming, duizeligheid, slaapstoornissen en pijnsyndromen. Deze klachten trekken de aandacht en kunnen leiden tot een grondig medisch onderzoek. Vaak lijdt de oudere patiënt tegelijkertijd aan somatische ziekten.

Bij ouderen bestaan er naast apathie en concentratiestoornissen, die te wijten zijn aan depressie, ook cognitieve stoornissen (oriëntatie en geheugenstoornissen). In deze gevallen kan de depressie erg op een dementie syndroom lijken. Bij ongeveer 50% van de patiënten met seniele dementie zijn depressieve symptomen aanwezig en bij ongeveer 15-20% van de patiënten die aan Alzheimer lijden, zijn symptomen van majeure depressie aanwezig.

In vergelijking met andere leeftijdsgroepen gaat een depressieve episode bij ouderen vaker gepaard met psychotische kenmerken, hypochondrische wanen, schuldwanen of paranoïde ideeën.

Bij ouderen staat vooral het gebrek aan belangstelling op de voorgrond, eerder dan het subjectieve ervaren van een depressieve stemming. Om tot een diagnose van depressie te komen zijn dus vooral objectieve tekenen belangrijk, zoals teruggetrokken gedrag, zelfverwaarlozing, psychomotorische vertraging, ...

De prognose van depressie op gevorderde leeftijd is slechter dan die op jongere leeftijd. Dit geldt nog meer, als er een persoonlijke of familiale voorgeschiedenis van voorgaande depressie en een verslechtering van het functioneren is (WZC-formularium 2013).

2.2.1.5.2 Stemmingsstoornissen bij kinderen en jongeren

Huisartsen en pediaters bekleden een bevoorrechte plaats bij het opsporen van de eerste symptomen van depressie bij kinderen en adolescenten door de kennis van de voorgeschiedenis van het kind en zijn familiale omgeving. De focus om naar een somatische oorzaak voor elke klacht van het kind of adolescent te zoeken, leidt soms tot het onderschatten van een depressie.

Men kan een depressie uit de anamnese van de ouders en uit de klinische observatie van kind of adolescent afleiden. Een depressieve episode bij kinderen en adolescenten uit zich vaak door somatische klachten (min of meer chronische en losstaande abdominale pijn, hoofdpijn) en door gedragsstoornissen (minderwaardigheidsgevoelens, labiliteit, irritabiliteit, woede, teruggetrokkenheid). Dalende schoolresultaten moeten altijd de aandacht trekken.

Jongeren raadplegen weinig hun huisarts. Toch wenden ze zich het eerst tot hem bij problemen. Het is daarom noodzakelijk om elke ontmoeting (vaccinaties, sportcertificaten, contraceptie, enz.) ten bate te nemen om de geestelijke gezondheid te onderzoeken. Er bestaan verschillende hulpmiddelen, maar gewoon het stellen van vragen over de slaapgewoontes, de schoolresultaten, eventuele vermoeidheid, relaties met ouders en vrienden, het gebruik van cannabis, alcohol of andere middelen opent reeds deuren en geeft een idee van de situatie.

Wanneer een depressieve episode bij een kind of adolescent vermoed wordt, is het sterk aanbevolen om advies te vragen aan een kinderpsychiater, vooral door de specifieke aspecten van de behandeling van depressieve stoornissen in deze leeftijdsgroep.

Bij jongeren moet men ook steeds op geregeld drugsgebruik bedacht zijn, wat o.a. tot een chronische depressieve toestand kan leiden.

Diagnose:❖ **Stemmingsstoornissen**↳ **Depressieve stoornis:**↳ **Majeure depressieve stoornis:**

- Een of meerdere majeure depressieve episodes: criteria DSM IV TR

(depressieve stemming of interesseverlies + 4 symptomen DSM gedurende 2 weken, lijden of slechter functioneren)

- Gespecificeerd:

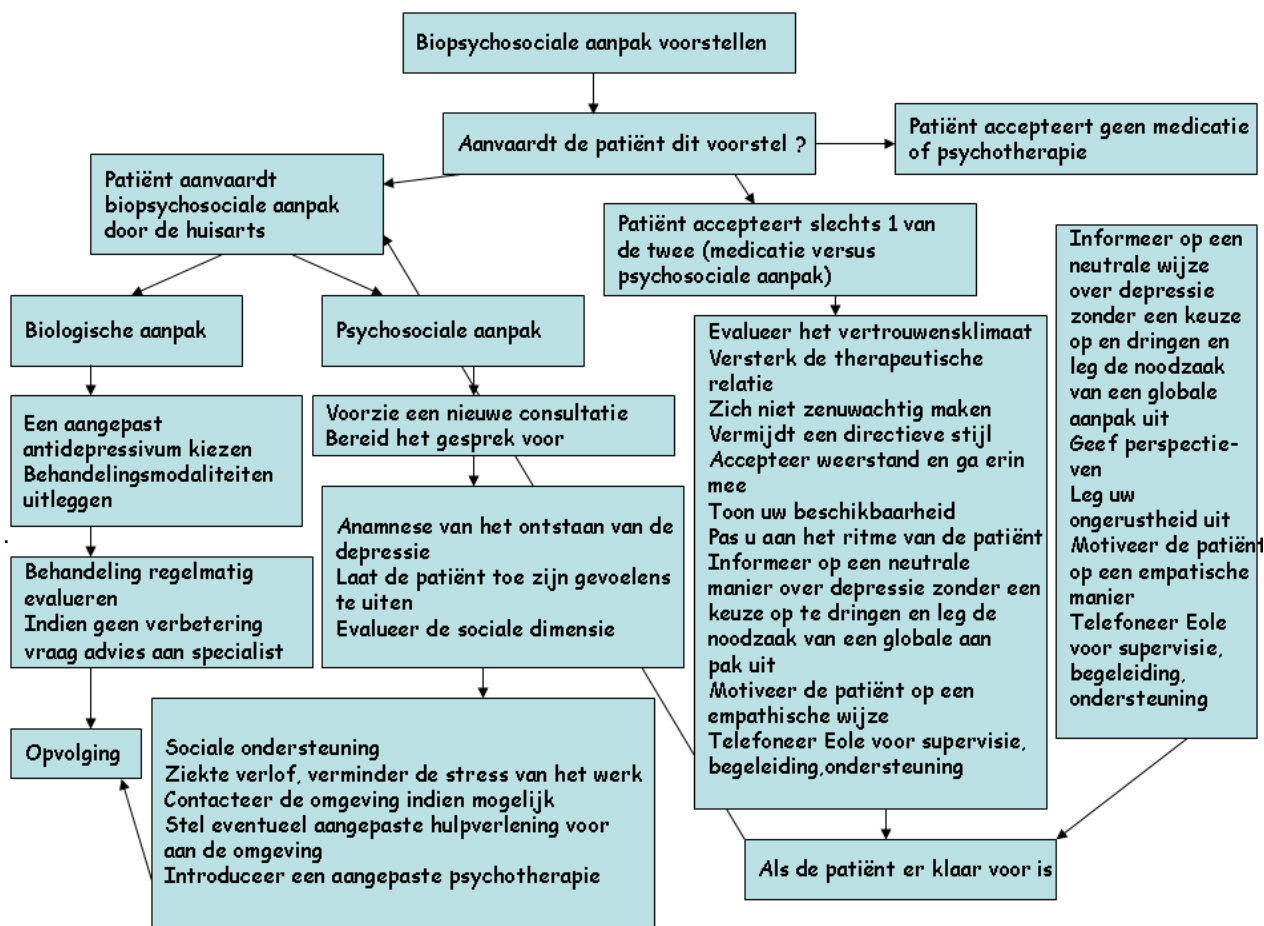
- Intensiteit:
licht, matig of ernstig (met/zonder psychotisch kenmerk)
- Recurrent? (2 episodes gescheiden door 2 maanden)
- Chronisch? (2 jaar non-stop)
- Specifieke kenmerken:
Catatonisch/melancholisch/seizoensgebonden/aanvang postpartum

- Comorbiditeit (angststoornis en aan middelen verbonden stoornissen) en zelfmoordrisico?
- Differentiële diagnose (organische pathologie, persoonlijkheidsstoornis, angststoornis, bipolaire stoornis, rouw)
- Risicofactoren, beschermende factoren
- Specifieke doelgroepen:
 - Oudere personen: verschillende symptomen, differentiële diagnose met dementie, belang van interesseverlies
 - Kinderen en jongeren: opletten om niet te onderschatten, een beroep doen op een kinderpsychiater

2.2.2 Depressiezorg**2.2.2.1 Biopsychosociaal model**

De depressie moet behandeld worden volgens een biopsychosociaal model (zie grafiek 3). Een goede beoordeling is dan ook nodig om het zorgplan op te zetten.

Grafiek 3 : Het biopsychosociaal model



(Eole, <http://www.eolepsy.be/boom%20depressie.htm>)

2.2.2.2 Meedelen van de diagnose

Het meedelen van de diagnose aan de patiënt is een eerste stap naar een geslaagde therapeutische relatie. De diagnose kan enkel meegedeeld worden, indien deze voldoende onderbouwd is met klinische observaties. Het is nuttig om met de patiënt op de symptomen van zijn depressie terug te komen.

« Op basis van ons gesprek, wat u me verteld hebt en wat ik heb kunnen vaststellen, denk ik dat u een depressie heeft. U zegt me immers dat u sedert meer dan drie maand meestal droevig bent en nergens meer zin in hebt. **In uw slechtste ogenblikken hebt u zelfs sombere gedachten**, soms zelfs zin om een einde aan uw leven te maken. Voorts slaapt u zeer slecht en hebt u meer dan 10 kilo verloren. Uw echtgenoot vindt bovendien dat u zich niet meer kan concentreren.

Dat lijkt erg op een depressie.

Die depressie lijkt me ernstig. Die duurt nu al verschillende maanden; u zegt zelf dat die een aanzienlijk lijden meebrengt en u er niet meer toe komt u met uw kinderen bezig te houden. U bent de laatste tijd ook al verschillende dagen op uw werk afwezig gebleven.

Ik zou de verschillende opties om u te helpen, met u willen bespreken.

Naast deze samenvatting is het van belang met de patiënt de omgevingscontext te bespreken (stressfactoren, bijzondere gebeurtenissen, verlies van een naaste,...) waarin de depressie voorkomt, alsook een eventuele vatbaarheid voor depressie (traumatische ervaring in de kindertijd, een moeilijk leven,...).

2.2.2.3 Het therapeutisch project

Wanneer de diagnose van een depressieve stoornis gesteld is, zijn de behandelingsdoelstellingen veelvoudig.

De behandeling heeft tot doel om eerst tot een vermindering van de symptomen te komen om daarna een remissie van de depressieve toestand te bereiken.

Het herstel van het psychosociaal functioneren en de preventie van het risico van herval en recidives vormen de andere krachtlijnen van de behandeling, waaraan de clinicus een bijzondere aandacht moet besteden. Depressie is vaak een recidiverende aandoening. Vanaf de eerste dagen van de behandeling moet er dus een therapeutisch plan op lange termijn opgesteld worden en dient er rekening gehouden te worden met een hoog risico op herval.

Men moet bedacht zijn voor gevaar voor zelfmoord en dient men soms een ziekenhuisopname te overwegen

De arts moet eveneens een goede arts-patiëntenrelatie **uitbouwen** en **deze** behouden, alle nuttige gegevens verzamelen en de zorgcontinuïteit gedurende de verschillende fasen van de behandeling, ook op lange termijn, verzekeren.

De patiënt een therapeutisch project uitleggen, is van uitzonderlijk belang. Het gaat immers om een therapeutisch bondgenootschap met de patiënt die zich de actor van zijn eigen gezondheid moet voelen.

Op basis van de met de patiënt besproken diagnose, is het nuttig met hem de verschillende therapeutische opties te bespreken. Het is noodzakelijk die verschillende opties in orde van belangrijkheid te bespreken. Verschillende therapeutische opties zijn mogelijk, zoals antidepressiva en psychotherapie of de combinatie van beide.

De keuze wordt bepaald door zowel klinische overwegingen van de huisarts als door de keuze en de voorkeur van de patiënt, de lokale beschikbaarheden (centra voor gezinsplanning, centra voor geestelijke gezondheidszorg, onafhankelijke psychotherapeuten, ...) en de financiële mogelijkheden van de patiënt (gedeeltelijke terugbetaling door bepaalde mutualiteiten).

Het is nodig om de verschillende opties in volgorde van belang te bespreken.

Als een behandeling met antidepressiva overwogen wordt, moeten de verschillende fasen aan de patiënt uitgelegd worden: doelstellingen, duur, frequentie van de raadplegingen, enz.

Die fase leidt tot een grotere therapietrouw en tot een vermindering van de risico's van de behandeling (bijvoorbeeld plots stoppen met de behandeling met antidepressiva) en tot grotere kansen voor respons op de behandeling.

Het "therapeutisch plan" moet dus uitvoerig met de patiënt besproken worden, zodat hij op elk moment van de beslissing mee betrokken wordt.

De huisarts moet zich steeds aanbieden als basisbegeleider. Een depressieve patiënt moet immers regelmatig opgevolgd worden en moet hierdoor een regelmatig houvast krijgen om zijn gevoelens, interpretaties en reacties te uiten. Vermits de huisarts werkt met korte consultaties moeten deze frequent worden afgesproken.

Het werken in een netwerk en de samenwerking met andere interveniërende personen is hier ook van primordiaal belang, ook voor de arts, als therapeutische ondersteuning bij een zeer moeilijke en tijdrovende problematiek (centra voor gezinsplanning, centra voor geestelijke gezondheidszorg, OCMW's, mutualiteiten, arbeidsgeneesheren, thuiszorg, enz.).

Psychotherapeutische verwijzing kan in het begin, maar ook later op elk moment worden voorgesteld. Hieromtrent moeten realistische verwachtingen worden gemaakt. Het is ook belangrijk duidelijke afspraken te maken over de relatie tussen huisarts en therapeut in de verdere begeleiding.

Bepaalde specifieke parameters van de geneeskundige zorg moeten voor elke klinische situatie herzien worden, zoals de diagnostische evaluatie, de evaluatie van de risico's (gevaar voor zelfmoord, gedragsstoornissen), beoordeling van de stoornissen van het functioneren, de beslissing over een eventuele ziekenhuisopname.

Bijvoorbeeld :

“Gelet op de ernst en de duur van uw depressie staan we voor een grote uitdaging. Je hebt hulp nodig om deze belangrijke episode in je leven te boven te komen. Ik kan en wil u zelf blijven begeleiden in deze periode. We kunnen daarnaast ook elders bij psychotherapeuten hulp gaan zoeken. Ik denk dat ook medicatie, met name een behandeling met antidepressiva eveneens bij u nuttig kan zijn. Medicatie helpt je dat negatieve gevoel te overwinnen, begeleiding helpt je sterker en meer weerbaar uit deze episode te komen”.

Het is nodig om alvorens met een behandeling te beginnen, over de opties van het therapeutisch project te praten. De patiënt moet zich bewust zijn van de duur van de behandeling, de grote inzet dat dit vraagt, de te verwachten voordelen maar ook van de mogelijke neveneffecten

« We gaan beginnen met een behandeling met antidepressiva. Ik denk aan xxx, dat is een antidepressivum dat u dagelijks moet innemen gedurende de volgende maanden. Wat we vooral verwachten van deze medicatie is dat ze de door u beschreven symptomen zal verlichten. Als die doeltreffend is, zou uw angst en uw droefheid moeten verminderen en u meer motivatie moeten verschaffen.

U moet weten dat die positieve effecten zich niet eerder dan na veertien dagen of zelfs drie weken zullen manifesteren. In het begin zullen er misschien enkele neveneffecten optreden zoals misselijkheid of hoofdpijn,. Over twee weken zien we elkaar terug, zodat we daarover eens kunnen praten.

U moet weten dat, als de behandeling doeltreffend is, u die zes maanden moet volhouden, ook al voelt u zich al goed na enkele weken.

Daarnaast moeten we samen een actief begeleidingsprogramma afspreken. Ik zou u, gedurende die periode, geregeld willen terugzien. Denk je er ook eens over na om een psychotherapeut in de begeleiding te betrekken. We moeten daar in de volgende dagen op terugkomen.”

2.2.2.4 De psychosociale of psychotherapeutische opvang

Elke depressieve episode, ook de lichte en matige, dienen in begeleiding te worden genomen door de huisarts.

Huisartsen hebben hiervoor een aantal specifieke mogelijkheden, zoals psycho-educatie, *problem-solving*, aktivering van de patiënt en elementen uit de cognitieve-gedragsbegeleiding.

2.2.2.4.1 Psycho-educatie

Psycho-educatie is het geven van informatie aan een patiënt rond een bepaald ziektebeeld. Het is een begeleiding waarbij de patiënt en zijn familie emotioneel ondersteund worden, door middelen en vaardigheden aan te leren om de ziekte, de persoonlijke, familiale en sociale

gevolgen zo autonoom mogelijk te dragen. Er zijn weinig studies hierover maar ze tonen toch duidelijk aan dat een programma van psycho-educatie de prognose kan verbeteren. Het leidt tot minder herval en een lager aantal ziekenhuisopnamen.

Psychiatrische stoornissen zijn nog te vaak stigmatiserend en bijzonder moeilijk te begrijpen en te aanvaarden; ze gaan met veel emotionele, sociale en relationele verwickelingen gepaard. In de psycho-educatie moet de psychologische ondersteuning de nodige informatie geven en het voorgestelde leerproces begeleiden en in evenwicht houden.

Bij depressie kan dit uitleg zijn over welbepaalde symptomen, behandelmogelijkheden, het belang van therapietrouw en over risico's van herval of van een nieuwe depressieve episode (Tylee & Walters, 2005).

Psycho-educatie vergroot het inzicht van de ziekte (bijvoorbeeld door het kunnen herkennen van de symptomen) en biedt de patiënt een kader waarbinnen de aandoening gesitueerd kan worden.

Psycho-educatie kan worden gecombineerd met andere behandelmogelijkheden, maar is ook op zichzelf belangrijk aangezien de patiënten hierbij geleerd wordt om de ziekte zo adequaat en zo autonoom mogelijk te beheren.

2.2.2.4.2 Problemen oplossen en activering

De arts kan de patiënt helpen om concrete oplossingen te zoeken voor bepaalde (concrete) problemen of informatie verstrekken over hoe bepaalde problemen kunnen worden opgelost. Hij speelt dus de rol van *counselor* die gewoonlijk een therapeut is die ondersteuning en informatie verstrekt en helpt bij het zoeken naar specifieke oplossingen voor een klant of patiënt.

De problemen die door een counselor worden behandeld, zijn meestal erg concreet, zoals problemen bij bepaalde keuzes van de patiënt (school- of jobkeuze, het werk anders opvatten).

De arts kan ook de patiënt activeren via sport of andere activiteiten waarin hij plezier vond vóór de depressieve episode. Hij speelt dan de rol van *coach*, dit ligt in het verlengde van de rol van *counselor*, maar is sturender en gericht van aard.

Het probleem van arbeidsongeschiktheid en het werk hernemen moet serieus overwogen worden, want het al dan niet hernemen van de beroepsactiviteit kan een grote invloed op de evolutie van de depressie hebben.

Tot slot moet er een onderscheid gemaakt worden tussen *counseling/coaching* enerzijds en psychotherapie anderzijds. In de psychotherapie ligt de nadruk immers op het toepassen van psychologische behandelmethodes. *Counseling* en *coaching* liggen sterk in de lijn van de huisarts-ondersteuning.

2.2.2.4.3 Cognitieve gedragsbegeleiding

Artsen die voldoende zijn opgeleid en met voldoende expertise, kunnen eveneens instaan voor een cognitieve gedragsbegeleiding van de patiënt, die er ondermeer uit bestaat om in te werken op de negatieve gedachten van de patiënt en zijn kijk op de dingen te veranderen

2.2.2.4.4 Psychotherapie

Personen met het vermoeden van meer dieperliggende gedrags- en/of psychologische problemen kunnen best worden doorverwezen naar een psychotherapeut.

Een gedetailleerde beschrijving en een evaluatie van de verschillende types van psychotherapie is te vinden in het advies N°7855 van de Hoge Gezondheidsraad « Psychotherapieën: definitie, praktijk, erkenningsvoorwaarden » (2005). In samenvatting, psychotherapie is :

- (a) een vorm van hulpverlening die door
- (b) het systematisch aanwenden van psychologische middelen
- (c) door gekwalificeerde personen als doel heeft

- (d) mensen te helpen met gestoorde belevingen, gedrag of interacties door deze
 (e) te veranderen waardoor ze makkelijker de problemen kunnen oplossen waarvoor ze
 consulteerden.

Therapeutische gesprekken zijn van belang omdat hierdoor duidelijk wordt hoe de patiënt de klachten ervaart, hoe lang die duren en waardoor die klachten worden veroorzaakt. Het procesmatig karakter van een psychotherapeutische behandeling is dan weer afhankelijk van het theoretisch kader.

Vóór de psychotherapie:

Vóór de psychotherapie van start kan gaan, moet eerst duidelijk zijn wat er aan de hand is. De patiënt die zich heeft aangemeld krijgt daarom vaak een uitnodiging voor een kennismakingsgesprek, meestal intakegesprek of indicatiestelling genoemd. De psychotherapeut probeert de problemen zo goed mogelijk in kaart te brengen. Hier worden de draagkracht en de draaglast ingeschat. Het is mogelijk dat de psychotherapeut een advies geeft om een andere vorm van hulp te kiezen (zoals medicamenteuze of residentiële behandeling). In een adviesgesprek zal worden uitgelegd wat psychotherapie inhoudt en zullen de mogelijkheden ervan besproken worden.

De verschillende richtingen in de psychotherapie:

Er bestaan veel richtingen in de psychotherapie, elk met hun eigen referentiekader, methode en doelstellingen. Ze hebben allen hun voor- en nadelen en zijn soms patiëntgebonden toepasbaar. Hoewel psychotherapieën vaak worden beschreven in termen van specifieke 'scholen' of richtingen, is een goede kennis van diverse therapeutische denkwijzen een meerwaarde voor een adequate uitoefening van de psychotherapie. Hoewel er verschillende richtingen bestaan, worden ze allen als doeltreffend beschouwd voor de behandeling van psychische problemen. Psychotherapie duurt meestal langere tijd: Belgische psychotherapeuten spenderen gemiddeld 43 sessies per psychotherapie.

Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie is een vorm van psychotherapie waarin het menselijk (leer)gedrag in wisselwerking met omgevingsfactoren centraal staat. In de loop van ons leven hebben we vele gedragingen aangeleerd, die –afhankelijk van de situatie en de context- een specifieke functie hadden. Met de gedragstherapeut wordt gezocht naar uitlokkende en onderhoudende factoren van het probleem. Zo kan men leren op een andere manier om te gaan met situaties of stimuli waarmee men het moeilijk heeft.

De initiële behandeling van een depressie met een cognitieve gedragstherapie is even efficiënt als antidepressiva. Door de toevoeging van een cognitieve gedragstherapie aan de behandeling met antidepressiva verbeteren de depressieve symptomen (RIZIV, 2007).

Psychoanalyse en psychoanalytische psychotherapie

De psychoanalyse gaat ervan uit dat we ons vaak niet bewust zijn van de drijfveren van ons gedrag. Vaak voelen mensen zich angstig, onzeker of gedeprimeerd zonder te begrijpen waar dat vandaan komt. Zulke gevoelens kunnen een onbevredigende impact hebben op ons leven en leiden soms tot ernstige verstoring van persoonlijke, sociale of professionele relaties. Het doel van de psychoanalyse en de psychoanalytische psychotherapie is het bewust(er) maken en kunnen bespreken en verwerken van verborgen gedachten en gevoelens.

Cliëntgerichte en experiëntiële psychotherapie

Een belangrijk uitgangspunt van deze vorm van psychotherapie is dat ieder mens ernaar streeft net dié persoon te zijn die hij werkelijk is en datgene te doen, wat hij werkelijk wil. Als iemand zich daarin belemmerd voelt, kunnen psychische problemen ontstaan. Daarbij kan sprake zijn van het gevoel dat men ver verwijderd is van diegene die men echt is. De focus ligt op de innerlijke

leefwereld, zoals die zich in het hier-en-nu aanbiedt. Door beperkingen onder ogen te zien en meer gebruik te maken van de eigen capaciteiten, gaan mensen er beter in slagen om met moeilijke situaties om te gaan.

Systeem- en familie therapie

Deze therapievorm veronderstelt een relatie tussen de manier waarop leden van een gezin met elkaar omgaan en het ontstaan/voortbestaan van psychische stoornissen. Een belangrijke implicatie is dat er niet zoiets bestaat als een 'objectieve werkelijkheid', maar dat de werkelijkheid essentieel een gevolg is van hoe deze wordt bekeken door het gezin. In systeemtherapie daagt de therapeut de patiënt en/of zijn familie uit om de hulpvragen in verband te brengen met de relatie met zijn partner, kinderen, ouders, grootouders en andere belangrijke familierelaties. Deze familieleden kunnen deelnemen aan de gesprekken, maar dit is niet noodzakelijk.

2.2.2.4.5 Andere therapieën

Er bestaat een grote diversiteit aan niet-medicamenteuze "therapieën" in de geestelijke gezondheidszorg, denken we maar aan lichttherapie, muziektherapie en psycho-corporele therapie. Ze zijn niet allemaal wetenschappelijk onderbouwd en er zijn er maar weinig waarover er kwaliteitsstudies bestaan. Als er beslist wordt om de psychosociale of psychotherapeutische opvang van de patiënt aan een specialist toe te vertrouwen, is het aan te bevelen om zich hierbij zo mogelijk door diens academische opleiding en reputatie te laten leiden.

Als het ziektebeeld ernstig is (psychotische symptomen, catatonie en hoge zelfmoordneigingen), is de elektroconvulsie therapie (ECT) een uitzonderlijk efficiënt alternatief voor medicamenteuze behandeling.

Ondanks zijn erkende doeltreffendheid, blijft ECT de meest controversiële behandeling in de psychiatrie en zelfs in de geneeskunde. De negatieve perceptie van ECT is het gevolg van een aantal onjuiste veronderstellingen, zoals het idee dat dit zonder de toestemming van de patiënt in onmenselijke omstandigheden zou gebeuren.

Een ECT-behandeling heeft nadelen (het is bijvoorbeeld een zware kuur en er treden geheugenstoornissen of verwarring op in de daarop volgende weken), maar deze zijn veel minder pijnlijk dan het lijden aan een melancholische of psychotische depressie en dan de mogelijke complicaties hiervan, zoals langdurige ziekenhuisopname en zelfmoord. De evolutie in de technieken en de veiligheid rond de praktijk van ECT vandaag zorgt voor een doeltreffende, veilige behandeling waarbij de basisprincipes van de medische ethiek worden nageleefd.

De indicaties van ECT zijn goed omschreven en de meest aanvaarde is ernstige depressie met of zonder psychotische symptomen. De melancholische en catatone toestanden, gekenmerkt door een psychomotorische vertraging en een invaliderende spierrigiditeit vormen een andere indicatie voor een ECT-behandeling, die niet als een laatste redmiddel moet worden beschouwd. Dit type depressie, in het bijzonder bij ouderen, is levensbedreigend.

De magnetische transcraniële stimulatie is een andere techniek die zich in het kader van de tweedelijnsbehandeling van resistente depressies, na falen van een antidepressivum, ontwikkelt (zie met name Health Council of the Netherlands, 2008; HGR 8878).

2.2.2.5 Geneesmiddelenbehandeling

2.2.2.5.1 Inleiding

Een geneesmiddelenbehandeling kan als therapie overwogen worden. Bij deze keuze moet rekening worden gehouden met de ernst van de depressie, het risico op bijwerkingen, de wensen en het profiel van de patiënt.

Een antidepressivumbehandeling is in de eerste plaats enkel aangewezen bij een ernstige majeure depressie.

In de volgende gevallen dient er geen antidepressivum gestart te worden:

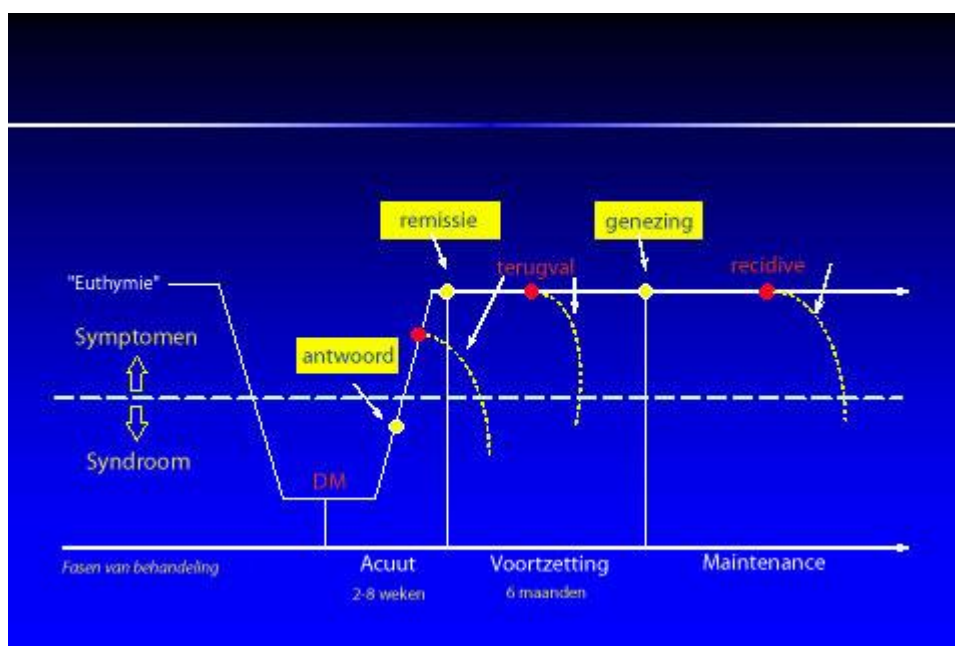
- depressieve symptomen die niet overeenstemmen met een majeure depressieve episode;
- depressieve episodes van lichte intensiteit;
- depressieve episodes van matige intensiteit, behalve bij mislukking van de andere strategieën.

Elke behandeling moet bovendien worden voorafgegaan door een volledige klinische evaluatie van de patiënt. Dit verhoogt de slaagkansen van de behandeling. Om de resultaten van de farmacologische behandeling te verbeteren en verwikkelingen te vermijden, moet er een ruime keuze aan interventies overwogen worden.

Een antidepressivumbehandeling verloopt in meerdere fases die overeenstemmen met de afname van de depressieve stoornis, bepaald door de ernst en de duur van de symptomen (zie grafiek nr.4).

Het is essentieel om vanaf het begin van de behandeling deze verschillende stappen met de patiënt te bespreken om tot een optimale medewerking te komen in een klimaat van vertrouwen en aldus de actieve rol van de patiënt in het therapeutisch proces te bevorderen.

Grafiek nr. 4 : Fasen van een depressiebehandeling



De patiënt moet ook informatie krijgen over:

- de wijze waarop de geneesmiddelen moeten worden ingenomen;
- hoelang het duurt voordat de gunstige gevolgen van de behandeling zich laten voelen (2 tot 4 weken);
- de noodzaak om de behandeling ook na een klinische verbetering voort te zetten;
- de meest frequente ongewenste bijwerkingen van de behandeling, invloed op rijvaardigheid en wisselwerking met andere stoffen (o.a. alcohol);
- de mogelijkheden om contact op te nemen met de arts bij vragen, problemen of zelfs verergering van de stoornissen;

- de noodzaak van een medisch advies bij het stopzetten van de behandeling of bij het beginnen met een ander geneesmiddel tijdens de behandeling.

De nadruk dient erop te worden gelegd dat het therapeutisch effect niet onmiddellijk is en dat, als de patiënt zich beter begint te voelen, de behandeling niet zonder het advies van een arts mag worden stopgezet.

2.2.2.5.2 Keuze van antidepressivum

Het geneesmiddel wordt in functie van meerdere criteria gekozen:

a. Doeltreffendheid

Voor de farmacologische behandeling bestaat er geen “evidence based” verschil in doeltreffendheid tussen de verschillende soorten antidepressiva in de overgrote meerderheid van ambulante klinische situaties.

In geval van een ambulante behandelde matige tot ernstige depressieve episode, wordt een **SSRI of een tricyclisch antidepressivum (TCA)** aanbevolen (Domus Medica, 2008).

b. Bijwerkingen en toxiciteit

De bijwerkingen van de verschillende klassen van geneesmiddelen zijn verschillend. Er moet dus een keuze worden gemaakt op basis van het profiel van de patiënt (bijvoorbeeld: anticholinerge effecten en cardiale risico's voor TCA; extrapyramidale, gastro-intestinale symptomen of effecten op het centraal zenuwstelsel voor SSRI – Domus Medica, 2008).

De toxiciteit in geval van (vrijwillige of onvrijwillige) overdosering en in het bijzonder het ongunstige profiel van de TCA (bij voorbeeld imipramine derivaten), moet bij de keuze van het geneesmiddel in overweging genomen worden.

Onmacht of een verminderd libido maken deel uit van de problematiek bij depressie, maar kunnen echter ook door psychofarmaca veroorzaakt worden. Het is belangrijk om rekening te houden of ten minste de vraag te stellen naar het belang van deze problematiek voor de patiënt, omdat deze bijwerkingen aanleiding geven tot het stopzetten van de behandeling. Op te merken valt dat onder meer mirtazapine weinig invloed heeft op het libido en het seksleven in het algemeen, net als trazodone (opletten voor het risico op priapisme!).

c. Wisselwerkingen

Er moet uiteraard rekening worden gehouden met andere geneesmiddelen die de patiënt eventueel al gebruikt en het risico op wisselwerking met onder andere serotoninerge geneesmiddelen, diuretica of antipsychotica.

Hertshooi (*Hypericum perforatum L.*, herba (Sint-Janskruid)) bijvoorbeeld, wordt, hoewel de doeltreffendheid ervan bij de behandeling van matige depressies is aangetoond, niet aanbevolen omwille van de onzekerheid over de geschikte dosissen en de mogelijke ernstige wisselwerkingen met andere geneesmiddelen (Nice, 2010).

d. Andere nuttige eigenschappen

Naast hun antidepressief effect kunnen antidepressiva ook sederende of stimulerende eigenschappen hebben. Deze treden op vanaf de eerste dagen van de behandeling en dit met een grotere individuele variabiliteit. Het sederende effect is gunstig bij angstige en/of depressieve patiënten met slaapstoornissen, terwijl het stimulerende effect bij patiënten met psychomotorische vertraging nuttig kan zijn.

e. Psychiatrische en somatische comorbiditeit

Geassocieerde somatische ziekten kunnen bepaalde voorzorgen vereisen inzake mogelijke interacties met geneesmiddelen. Bij de aanwezigheid van een geassocieerde psychiatrische stoornis (bijvoorbeeld een angststoornis) zal een antidepressivum gekozen worden, dat bij deze indicatie eveneens doeltreffend is.

Bovendien is in episodes met psychotische kenmerken (delirante melancholie, ...) de combinatie antidepressivum-antipsychoticum de meest doeltreffende behandeling.

Bij een depressieve episode in het kader van een bipolaire stoornis, is het voorschrijven van een antidepressivum als monotherapie af te raden, wegens het gevaar voor een manische episode of een versnelling van de cyclussen van de ziekte. Het voorschrijven van een antidepressivum mag enkel in associatie met een thymoregulator overwogen worden en kan in episodes van gematigde tot ernstige intensiteit overwogen worden. In deze indicatie leiden imipramine derivaten meer frequent tot een manische virage dan de andere antidepressiva.

f. Behandeling van vroegere depressieve episodes

Bij antecedenten van vroegere depressieve episodes dienen de efficiëntie, de tolerantie en de aanwezigheid van discontinuatiesymptomen bij vroeger toegediende antidepressieve behandelingen te worden nagegaan.

Zelfs als de therapeutische strategie onvoldoende geëvalueerd werd, wordt er aanbevolen om een antidepressivum te kiezen dat tijdens een vroegere episode doeltreffend was en goed verdragen werd.

Bij de keuze van een antidepressivum kan men zich ook baseren op de goede reactiviteit op een specifiek geneesmiddel bij een naast familielid met episodische van een gelijkaardige depressie.

g. Andere kenmerken

Bij de keuze van een antidepressivum kan men ook rekening houden met de halfwaardetijd van het geneesmiddel en de kostprijs (TCA's zijn minder duur dan SSRI's).

2.2.2.5.3 Specifieke leeftijdsgebonden aspecten: ouderen, kinderen en adolescenten

a. Ouderen

De bijzondere gevoeligheid voor het ontwikkelen van een depressieve episode van de oudere is afhankelijk van verschillende factoren.

De fysiologische veroudering leidt tot farmacologische veranderingen, die tezelfdertijd van farmacokinetische en farmacodynamische aard zijn. Het WZC-formularium (leidraad bij het voorschrijven van geneesmiddelen aan ouderen) adviseert ofwel nortriptyline, relatief veilig of een SSRI zoals sertraline of citalopram. Deze laatste worden ook aanbevolen door Domus Medica (2008).

Verder brengt de hoge leeftijd zeer vaak polypathologie mee, met als gevolg polymedicatie, waardoor voor elk nieuw voorschrift een analyse van de risico/batenverhouding nodig is.

Men moet er ook rekening mee houden dat de compliantie vaak matig is, waardoor duidelijke uitleg nodig is.

Het is belangrijk te beseffen dat een medicamenteuze behandeling niet kan volstaan voor de behandeling van een depressieve oudere en dat daar een psychotherapeutische en zelfs psychosociale behandeling bij moet komen. (Massol et al, 2005).

b. Zwangere vrouwen

Zwangere vrouwen zouden geen antidepressiva mogen gebruiken ofwel in minimale dosis, omwille van de mogelijke effecten van psychotropen op de foetus. In voorkomend geval moet een psychiater geraadpleegd worden om te beoordelen of een geneesmiddelenbehandeling moet worden voortgezet of begonnen. Als de behandeling absoluut noodzakelijk is, blijkt uit de literatuur dat amitriptyline en SSRI's (behalve paroxetine dat tijdens het eerste trimester verboden is) het minste risico inhouden tijdens de zwangerschap en het borstvoeden. Venlafaxine wordt afgeraden in het derde trimester en tijdens de borstvoeding. Voor alle gevallen is www.lecrat.org de te raadplegen website bij uitstek.

c. Kinderen en adolescenten

Het voorschrijven van antidepressiva bij kinderen en adolescenten moet gebeuren in het kader van een multidisciplinaire benadering. Het advies van een kinderpsychiater is hierbij nodig. Er zijn maar weinig studies beschikbaar over de doeltreffendheid van antidepressiva bij kinderen en adolescenten. De weinig beschikbare gegevens suggereren dat fluoxetine en in een mindere mate venlafaxine doeltreffend zijn. De richtlijnen (NICE, 2005) over het gebruik van antidepressiva in deze leeftijdsgroep beklemtonen de risico's om zelfmoordneiging te induceren of te verhogen. Er is echter nooit een toename van het werkelijk aantal zelfmoorden aangetoond. Er wordt een intensieve opvolging en regelmatige contacten met de ouders of andere naasten van het kind in aanbevolen. Opvolging van seksuele rijping en groei wordt eveneens aanbevolen.

2.2.2.6 Opvolging van depressieve patiënten

De behandelende arts moet zelf de depressieve patiënten regelmatig bij zich laten komen.

In een acute fase :

De raadplegingen zijn frequent in het begin van de behandeling, bijvoorbeeld: minstens één keer in de eerste week en de tweede week, minstens één keer na 4 weken, en vervolgens na 8 weken.

Telefonische contacten tussen twee raadplegingen kunnen nuttig zijn.

Het verschijnen of persisteren van zelfmoordideeën, verantwoordt een intensiever toezicht, met frequentere raadplegingen of indien nodig een gespecialiseerd advies en een ziekenhuisopname.

Het begin van de verbetering treedt op na een variabele termijn, afhankelijk van de depressieve symptomen:

- ▶ na enkele dagen behandeling wat angst en slaap betreft,
- ▶ na 1 à 2 weken voor psychomotorische vertraging en zelfmoordideeën,
- ▶ na 2 à 4 weken voor de eigenlijke stemmingsstoornis.

Zo ligt de reactie op antidepressiva tussen 2 à 4 weken. Er is geen duidelijk verschil volgens de klasse antidepressivum of volgens de toedieningsweg.

Behalve als de toestand van de patiënt verergert, wordt er dus aangeraden om, ook als er geen verbetering optreedt, een behandeling met antidepressiva niet vóór het einde van een 4 weken behandeling met efficiënte dosering te onderbreken.

In geval er geen respons is op de behandeling, kan de diagnose herzien worden en de patiënt naar de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg worden doorverwezen.

Een vroegtijdige verbetering binnen de eerste 2 weken van behandeling is predictief voor een latere gunstige respons.

De tijd nodig voor een volledige therapeutische respons bedraagt 6 tot 8 weken.

In het algemeen geldt na acht weken goed uitgevoerde behandeling het volgende:

- een derde van de met antidepressiva behandelde depressieve patiënten vertoont een volledige respons op de behandeling met remissie van de symptomen,
- een derde heeft maar een partiële of onvoldoende respons op de behandeling,
- en een derde reageert niet op de behandeling.

In een consolidatiefase:

De frequentie van de latere raadplegingen wordt samen met de patiënt bepaald en dit in functie van zijn klinische toestand, de efficiëntie en de tolerantie van de behandeling, de geassocieerde behandelingen en de kwaliteit van de therapeutische relatie.

De geneesmiddelenbehandeling moet 6 maanden duren en vervolgens geleidelijk aan worden afgebouwd.

In alle majeure depressieve episodes heeft het geneesmiddel dat een symptomatische remissie mogelijk maakte, de voorkeur als consolidatiebehandeling en dit met dezelfde dosering.

2.2.2.7 Preventie van recidives van de unipolaire majeure depressieve stoornis:

Het hervalrisico is erg reëel bij depressieve stoornissen (ongeveer de helft van de patiënten maakt een tweede episode van depressie door). Men moet dus bijzonder waakzaam zijn voor tekenen van een terugval.

Bij sommige risicopatiënten kan de behandeling met antidepressiva verlengd worden tot 9 of zelfs 12 maanden, in plaats van de gebruikelijke 6 maanden (Domus Medica, 2008).

Het verderzetten van de behandeling voor langere periodes (bijvoorbeeld meerdere jaren) vraagt om een gespecialiseerd advies waarbij rekening wordt gehouden met verschillende parameters: frequentie, duur en intensiteit van de episodes, niveau van functioneren van de patiënt en duur van de asymptomatische fasen. Er kan een stemmingsstabilisator gebruikt worden.

⇒ **Onmiddellijk na de diagnose een therapeutisch project (op lange termijn) opzetten om:**

- **de symptomen te verminderen**
- **het psychosociaal functioneren te herstellen**
- **het risico op herval te voorkomen**

Verschillende therapeutische mogelijkheden moeten hierbij worden afgewogen:

- **De keuze bespreken met de patiënt, hem/haar erover inlichten en bij de keuze betrekken om tot een betere therapietrouw te komen**
- **niet-medicamenteuze behandeling:**
 - **psycho-educatie: de patiënt en zijn gezin informeren om de ziekte autonoom te kunnen beheren (+ psychologische ondersteuning)**
 - **activering en problemen oplossen: helpen om concrete problemen op te lossen; de patiënt activeren met een meer directe hulp**
 - **cognitieve gedragsbegeleiding: inwerken op de gedachten (indien bekwaam)**
 - **psychotherapie: doorverwijzing**
 - **andere (luminotherapie, psycholichamelijke therapie, korte**

therapieën, ECT, TMS ...)

↳ medicamenteuze behandeling:

- Wanneer?
 - in de eerste plaats bij een ernstige majeure depressie (in combinatie met een psychotherapeutische interventie)
 - bij een matige majeure depressie in geval van mislukking (of weigering) van andere strategieën
- Het geneesmiddel kiezen op basis van:
 - doeltreffendheid: SSRI of TCA
 - bijwerkingen/toxiciteit (> voor TCA)
 - wisselwerkingen
 - comorbiditeiten
 - andere vorige behandelingen
 - andere eigenschappen
- Specifieke doelgroepen:
 - zwangere vrouwen: bij voorkeur geen medicatie (een psychiater raadplegen)
 - ouderen: meer comorbiditeiten, belang van psychosociale begeleiding
 - kinderen en jongeren: kinderpsychiater raadplegen

❖ Regelmatig de patiënt opnieuw ontmoeten en aandacht hebben voor het zelfmoordrisico

2.2.3 Een netwerk uitbouwen en de gespecialiseerde zorg raadplegen

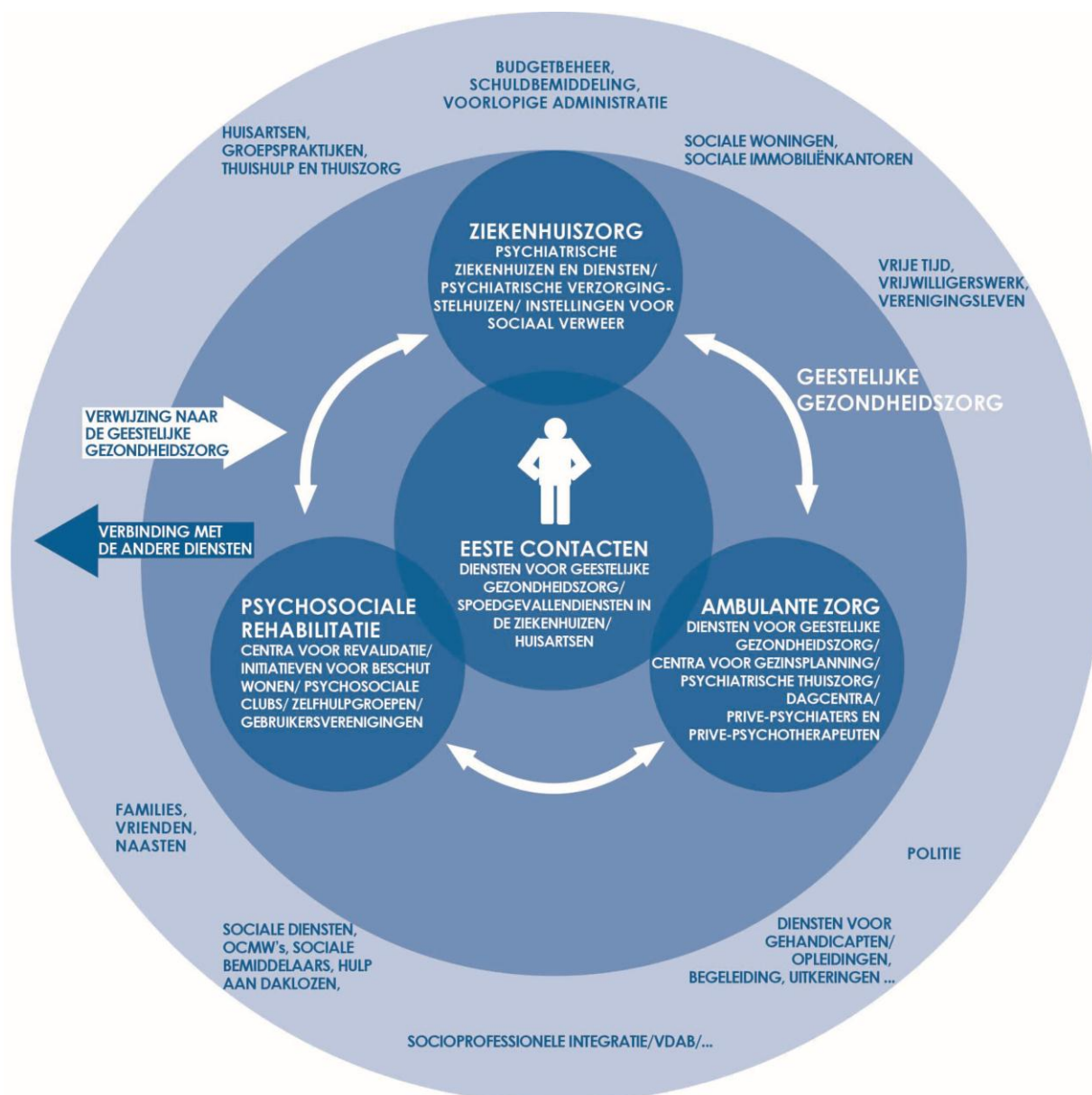
2.2.3.1 Sectoren van geestelijke gezondheidszorg

De huisarts staat er gelukkig niet alleen voor **bij de zorg voor** depressieve patiënten. Er bestaan in België verschillende initiatieven ter ondersteuning.

Ten eerste kan de informele hulp interessant zijn: onder meer de steun- en ondersteuningsgroepen en de omgeving van de patiënt waarvan het belangrijk is om die te informeren en te betrekken in het zorgproces. De patiënt zal zelf als een partner bij de zorg voor zijn gezondheid betrokken worden.

Vervolgens zijn er in het geestelijke gezondheidszorgsysteem verschillende structuren die de huisarts en de patiënt kunnen ondersteunen (zie grafiek nr. 4).

Grafiek nr.4 : Structuren in de geestelijke gezondheidszorg



VERWEZENLIJKT OP BASIS VAN EEN WERK VAN PSYTOYENS.ASBL/SEPTEMBRE 2006/WWW.PSYTOYENS.BE

Centra voor gezinsplanning, centra voor geestelijke gezondheid, zelfstandige psychologen, maar ook OCMW's, mutualiteiten, arbeidsgeneesheren, thuiszorgdiensten, mobiele crisisteams kunnen voor de huisarts nuttige hulpmiddelen zijn om de patiënt te helpen de verschillende moeilijkheden het hoofd te bieden. De arts kan ook een beroep doen op meerdere regionale samenwerkingsvormen in eerste lijn.

De huidige hervorming van het geestelijke gezondheidszorgsysteem in België in het kader van project "107" heeft als doel zorgnetwerken en -circuits op te richten voor een beter beheer van geestelijke gezondheidsproblemen buiten het ziekenhuis. Dit zal ook nieuwe vormen van ondersteuning aan artsen bieden voor de aanpak van een geestelijk gezondheidsprobleem bij patiënten (voor meer informatie: www.psy107.be).

2.2.3.2 Een beroep op gespecialiseerde zorg

Verskillende klinische situaties kunnen de huisarts ertoe brengen advies te vragen aan een psychiater over de evolutie van een depressieve stoornis bij zijn patiënt.

Hiervoor zijn verschillende mogelijkheden:

- Als hij een psychiatrische/psychotherapeutische opvolging of een gespecialiseerd psychiatrisch advies wenst, kan hij de patiënt rechtstreeks naar een privé psychiater/psychotherapeut of een centrum voor geestelijke gezondheidszorg verwijzen. De website www.lepsychologue.be kan van nut zijn om een psycholoog in de regio te vinden.
- De crisiseenheden van de grote universitaire ziekenhuizen zijn eveneens plaatsen waar patiënten acuut kunnen worden opgevangen om de situatie, de vraag te onderzoeken en de patiënt vervolgens voor adequate opvang te verwijzen.
- Projecten van telefonische hulpdienst voor alle gezondheidswerkers die met psychiatrische en psychologische spoedgevallen en crisissen te maken worden momenteel ontwikkeld in de **provincies Namen en Luxemburg**. Dergelijk centrum, het Eole project, bestond in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest maar dit nochtans doeltreffend "call-center" werd in 2010 opgeheven ingevolge de stopzetting van de subsidiëring.

Omstandigheden waarin een doorverwijzing noodzakelijk is:

a. Volgens de evolutie en de kenmerken van de depressieve episode

- **Bij verergering van de depressieve symptomatologie of in aanwezigheid van zelfmoordgedachten** : In die gevallen kan de huisarts advies vragen aan een psychiater. Eventueel kan hij zelf instaan voor de acute opvang van de patiënt.
- **aanwezigheid van erge angst en agitatie** : het betreft een vorm van depressie met toegenomen risico voor zelfmoord. Toezicht op de patiënt moet frequenter en van dichterbij gebeuren. Meestal is opname in een ziekenhuis nodig. Het beginnen met een anxiolytische behandeling tegelijk met een antidepressieve behandeling zal vaak nodig zijn. Gevaar voor zelfmoord is gedurende de eerste weken van de behandeling altijd aanwezig aangezien de patiënt minder angstig zal zijn, maar wel depressief zal blijven. Hij zal dus eventueel meer zelfvertrouwen hebben om tot autoagressie over te gaan.
- **Melancholische kenmerken**: het bestaan van een depressie met melancholische kenmerken vereist vaak een ziekenhuisopname en een geïntegreerde gespecialiseerde aanpak. Op psycho-farmacologisch vlak zal een behandeling met antidepressiva meestal met een antipsychotische behandeling aangevuld worden. De depressieve melancholische episode wordt gekenmerkt door een intense morele pijn, een groot gebrek aan motivatie, een motorische vertraging die naar inhibitie neigt, waanideeën die vaak met geslotenheid gepaard gaan en die steeds gefocust zijn op thema's als minderwaardigheidsgevoelens, mislukking, schuldgevoelens, ondergang of ongeneeslijkheid en met een constant doodsverlangen. De stemming is niet reactief en de psychomotorische vertraging is vaak invaliderend. Het vroegtijdig ontwaken 's morgens is bijna steeds aanwezig.
- **resistente depressie** : een depressieve episode wordt gedefinieerd als therapieresistent, wanneer minstens twee behandelingen met antidepressiva aan een adequate dosis en duur, zonder voldoende respons bleven. Alvorens van een therapieresistentie te spreken, moet de therapietrouw en de keuze van de antidepressiva worden geëvalueerd (bij voorbeeld stemmingsstabilisator in gebal van een bipolaire depressie). Wanneer een behandeling met antidepressiva aan de juiste dosis en duur wordt ingesteld en de patiënt hierop niet reageert, kan naar een andere molecule worden overgestapt. Als er op klinisch vlak nog steeds geen verbetering optreedt, vraagt hij beter een advies aan een collega-

psychiater. De keuze van een tweede behandeling met antidepressiva, berust vaak op het principe van **verandering van** klasse, bijvoorbeeld van een SSRI naar een TCA. Dit principe is echter niet voldoende door klinische studies onderbouwd. Heel vaak worden er twee SSRI's achtereenvolgens toegediend.

- **recurrente majeure depressie** : Men moet een herval, wat overeenstemt met een nieuwe verergering van depressieve symptomen van een nog niet genezen episode (bijvoorbeeld ten gevolge van te vlug stoppen met antidepressiva) onderscheiden van een recidive, **wat** het weer opduiken is van een depressief syndroom na volledige remissie gedurende verschillende maanden of jaren. In geval van recurrente majeure depressie is een gespecialiseerde zorg vaak wenselijk om de meest adequate psycho-farmacologische optie in de periode tussen de verschillende acute episodes te bepalen.
- **complex relationele problematiek** : Wanneer de huisarts een behandeling met antidepressiva start, maar hij vaststelt dat de depressieve problematiek in een delicaat of ingewikkeld relationeel kader (als een (echt)paarconflict, problematische ouder kind relaties) geworteld is, zal hij zich er vaak van bewust worden dat een psycho-farmacologische aanpak alleen niet volstaat. Het is hier nodig om de relationele problematiek door middel van een gespecialiseerde psychotherapeutische aanpak te behandelen, zoals een koppel- of gezinstherapie. De huisarts kan dan contact opnemen met een gespecialiseerd psychotherapeutisch team (centrum voor geestelijke gezondheidszorg).
- **complexe intrapsychische problematiek** : Wanneer de huisarts er zich rekenschap van geeft dat de depressie van de patiënt geworteld is in een complex intrapsychisch conflict en/of een ingewikkelde levensgeschiedenis, zal een individuele gespecialiseerde psychotherapeutische aanpak in combinatie met de psycho-farmacologische behandeling vaak nodig zijn. De arts kan dan voor dit gedeelte van de behandeling contact opnemen met een psychotherapeut.

b. In aanwezigheid van psychiatrische comorbiditeit

Wanneer de depressieve episode in combinatie voorkomt met andere psychiatrische aandoeningen of er een verwikkeling van is, moet de geassocieerde psychiatrische comorbiditeit door een gespecialiseerde aanpak opgevangen worden. Hieronder geven we enkele voorbeelden van vaak voorkomende situaties:

- **bipolaire stoornis** : Minstens 10 tot 15% van de ernstige depressies treden op in het kader van een bipolaire stoornis. Bovendien kan elk antidepressivum een hypomane fase veroorzaken. Zolang die gematigd is, zal de patiënt blij zijn dat zijn depressieve episode voorbij is. Wanneer dit een werkelijk manische episode wordt, zal de patiënt opnieuw zeer slecht slapen, zal hij tachypsychisch, geagiteerd en logoreïsch zijn, zal hij onbezonnen aankopen doen, enz. Met dit beeld zal de clinicus al vlug denken aan een typische stemmingsommekeer van bipolaire manische stoornissen, vroeger manisch-depressieve psychose geheten. Meestal is de opvang van de patiënt door een specialist of een ziekenhuisteam nodig en moet de patiënt soms in urgentie worden opgenomen.
- **Angstaandoening**: (als een obsessieve compulsieve stoornis, een posttraumatische stresstoornis, een gegeneraliseerde angststoornis). Het volstaat hier niet om enkel de depressieve episode te behandelen. De geassocieerde angststoornis zal eveneens door een gespecialiseerde psychotherapeutische aanpak moeten worden behandeld.
- **verslaving aan alcohol of andere middelen**: Er is eveneens een therapeutische aanpak op lange termijn nodig om de geassocieerde verslaving te behandelen.
- **schizofrenie**: In schizofrenie gebeurt het vaak dat na een acute psychotische episode (overwegend positieve symptomen), de patiënt in een fase terechtkomt waarin de negatieve symptomen overwegen en depressie vaak aanwezig is. Het gaat om een periode met uitzonderlijk veel gevaar voor zelfmoord. In dit geval zal de behandeling met antidepressiva met een antipsychotische onderhoudsbehandeling gecombineerd worden.

2.2.3.3 Ziekenhuisopname

Tot slot moet er overwogen worden om de depressieve patiënt in een ziekenhuis op te nemen in de volgende omstandigheden:

- Patiënt met zelfmoordideeën en afwezigheid van mogelijke ondersteuning door de familiale of sociale omgeving.
- Omvang van de psychiatrische comorbiditeit (alcoholisme, toxicomanie, anorexia nervosa) wanneer de ambulante opvang ontoereikend wordt.
- Marginalisering op sociaal vlak (alleenstaande patiënt, geen steun van burens)
- Depressies met melancholische kenmerken (waanideeën) met zelfmoordgedachten.
- Druk van de familie die niet meer weet hoe te handelen ten opzichte van de depressieve patiënt (wat de patiënt nog meer kan beangstigen en aanzetten tot zelfmoord);
- Mislukken van verschillende psycho-farmacologische behandelingen (resistente depressies);
- Geagiteerde angstige depressie.

⇒ **Een psychiater raadplegen:**

- **Naargelang de evolutie en kenmerken van de depressieve episode (zelfmoordrisico, recurrente of resistente depressie, majeure angst en agitatie, melancholische kenmerken, relationele of complexe intrapsychische problematiek)**
- **in aanwezigheid van psychiatrische comorbiditeiten (bipolaire stoornis, angststoornis, verslaving aan alcohol of andere middelen, schizofrenie)**

⇒ **Ziekenhuisopname als de ambulante ondersteuning onvoldoende is bij complexe problematieken (zelfmoordgedachten, psychiatrische comorbiditeiten, angstgevoelens ...)**

3 AANBEVELINGEN

Depressie is een frequente stoornis met een grote kans op herval die bij een groot deel van de bevolking voorkomt. De stoornis vereist een globale aanpak naar het biopsychosociaal model. Helaas beperkt depressiezorg zich vaak, omwille van verscheidene redenen, tot een medicamenteuze behandeling. Dit leidt tot een blijvende stijging van het antidepressivaverbruik, waarover vaak in de media bericht wordt. De huisartsen mogen echter niet verantwoordelijk worden gehouden voor deze stijging, ook al staan ze in voor de behandeling van de meeste depressieve stoornissen. De hele maatschappij kan immers meewerken aan de preventie van deze stoornis en **van** het overmatig verbruik van geneesmiddelen.

Dit kan in de eerste plaats door betere levensomstandigheden voor iedereen. Dit kan ook via een opvoeding tot welzijn, vanaf zeer jonge leeftijd. Tot slot moet ook het grote publiek ingelicht worden over de alternatieve zorgmogelijkheden versus antidepressiva en over de rol van de behandelende arts in de aanpak van deze problematiek.

Met de nodige middelen kan de huisarts immers de stoornis behandelen zonder een beroep op de gespecialiseerde zorg te doen. Die zorg moet echter toegankelijk zijn voor ondersteuning in een aantal andere gevallen.

De HGR beveelt voor een betere eerstelijnszorg van depressieve stoornissen het volgende aan:

- huisartsen de nodige middelen geven om de problemen in eerste lijn aan te pakken
 - o voldoende basisopleiding over geestelijke gezondheidsproblemen

- gemakkelijk beschikbare informatie over de zorgmogelijkheden; met name niet-medicamenteuze behandelingen van deze stoornissen
- langere raadplegingen mogelijk maken, financieel vergoed, om de nodig tijd met de patiënt te nemen (nomenclatuur "psycho-sociale raadpleging")
- huisartsen de mogelijkheid bieden om hun patiënten gemakkelijk te contacteren en door te verwijzen naar de gespecialiseerde zorg, indien nodig:
 - telefonisch contact tussen artsen en psychiaters vergemakkelijken en vergoeden
 - de (financiële) toegankelijkheid en de beschikbaarheid van tweedelijns werkers (psychiaters, psychotherapeuten) vergroten, met name door de titel van psychotherapeut af te bakemen en de psychotherapieën terug te betalen.
 - het project 107 (<http://www.psy107.be/site/site.asp>) en hulplijncentra voor huisartsen ontwikkelen (Namen en Eole te Brussel <http://www.eolepsy.be/>)

4 BIJLAGEN

Criteria voor het diagnosticeren van een depressieve episode volgens de DSM-IV-TR :

De volgende symptomen zijn binnen dezelfde periode van twee weken aanwezig geweest en wijzen op een verandering ten opzichte van het eerdere functioneren; ten minste een van de symptomen is ofwel depressieve stemming ofwel verlies van interesse of plezier.

- depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag, zoals blijkt uit subjectieve mededelingen (bijvoorbeeld voelt zich verdrietig of leeg) ofwel observatie door anderen (bijvoorbeeld lijkt erg somber of steeds bedroefd)
- duidelijke vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag (zoals blijkt uit subjectieve mededelingen of uit observatie door anderen)

Bij deze twee criteria moet worden uitgesloten dat ze zijn veroorzaakt door een lichamelijke aandoening, wanen of hallucinaties. Het volstaat om één van deze symptomen te hebben als deze samen gaat met minstens vier van de volgende symptomen:

- duidelijke gewichtsvermindering zonder dat dieet gehouden wordt of gewichtstoename (bijvoorbeeld meer dan vijf procent van het lichaamsgewicht in één maand), of bijna elke dag afgenomen of toegenomen eetlust
- insomnia (slapeloosheid) of hypersomnia (overmatige slaap en slaperigheid) bijna elke dag
- psychomotorische agitatie of remming (waarneembaar door anderen en niet alleen maar een subjectief gevoel van rusteloosheid of vertraagdheid), bijna elke dag. Veranderingen in activiteitsniveaus, rusteloosheid of zich beduidend langzamer bewegen dan normaal.
- moeheid of verlies van energie, bijna elke dag
- gevoelens (die waanachtig kunnen zijn) van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens (niet alleen maar zelfverwijten of schuldgevoel over het ziek zijn), bijna elke dag. Gevoel van schuld, hulpeloosheid, bezorgdheid, en/of vrees.
- verminderd vermogen tot nadenken of concentratie of besluiteloosheid (ofwel subjectief vermeld ofwel geobserveerd door anderen), bijna elke dag. Verminderde capaciteit om zich te concentreren of besluiten te nemen.
- terugkerende gedachten aan de dood (niet alleen de vrees dood te gaan), terugkerende suïcide-gedachten zonder dat er specifieke plannen gemaakt zijn, of een suïcidepoging of een specifiek plan om suïcide te plegen

B. De symptomen voldoen niet aan de criteria voor een gemengde episode (dit betekent dat je niet tegelijkertijd depressief en manisch bent)

- C. De symptomen veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen
- D. De symptomen zijn niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld hypothyroïdie = verlaagde schildklierwerking)
- E. De symptomen zijn niet eerder toe te schrijven aan een rouwproces, dat wil zeggen na het verlies van een dierbaar persoon zijn de symptomen langer dan twee maanden aanwezig geweest of zijn zij gekarakteriseerd door duidelijke functionele beperkingen, ziekelijke preoccupatie met gevoelens van waardeloosheid, suïcide-gedachten, psychotische symptomen of psychomotorische remming.

5 REFERENTIES

Allan CL, Ebmeier KP. The use of ECT and MST in treating depression. *Int Rev Psychiatry* 2011;23(5):400-12.

AFSSAPS - Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Recommandations; 2006. Internet :http://ansm.sante.fr/content/download/3923/38830/version/5/file/reco_antide_presseur_adultes.pdf

ANAES – SFMG. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé – Société Française de Médecine Générale. Rapport d'élaboration de référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles. Prise en charge par le médecin généraliste en ambulatoire d'un épisode dépressif isolé de l'adulte; 2004.

Ansseau M, Fischler B, Dierick M, Mignon A, Leyman S. Prevalence and impact of generalized anxiety disorder and major depression in primary care in Belgium and Luxemburg: the GADIS study. *Eur Psychiatry* 2005;20(3):229-35.

APA - American Psychology Association. Guideline watch : practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, 2nd ed.; 2000.

Baruffol E, Thilmann MC. Anxiety, depression, somatization and alcohol abuse. Prevalence rates in a general Belgian community sample. *Acta Psychiatr Belg* 1993;93(3):136-53.

Bouckaert F, Depressie bij ouderen : diagnostische, preventieve en therapeutische aspecten. *Neuron* 8 2003; 6: 205-210.

Bruffaerts R, Bonnewyn A, Van Oyen H, Demarest S, Demyttenaere K. Zorggebruik voor mentale stoornissen in België. Resultaten van de European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Tijdschrift voor Geneeskunde* 2004;60:790-99.

European commission. Actions against depression. Improving mental and well-being by combating the

adverse health, social and economic consequences of depression, Commission, 2004 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/depression_fr.htm)

Health Council of the Netherlands. Transcranial magnetic stimulation in psychiatry and neurology. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2008; publication no. 2008/21 ISBN 978-90-5549-731-7

HGR – Hoge Gezondheidsraad. Psychotherapieën: definities, praktijk, erkenningsvoorwaarden. Brussel: HGR;2005. Advies nr 7855.

HGR – Hoge Gezondheidsraad. De impact van psychofarmaca op de gezondheid met een bijzondere aandacht voor ouderen. Bruxelles: CSS; 2011. Avis n° 8571.

Isometsa ET, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Henriksson MM, Aro HM, Lonnqvist JK. The last appointment before suicide: is suicide intent communicated? Am J Psychiatry 1995;152(6):919-22.

MC – Mutualité chrétienne. Gebruik van antidepressiva en antipsychotica: een analyse van de ambulante sector op basis van gegevens van de leden van de christelijke mutualiteit. Bruxelles: MC;2008.

Neuville O, Marinus W, Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demyttenaere K. Prévalence de la dépression majeure associée à un trouble anxieux dans la population belge. Neuron 2006;11:368-372.2006

NICE (National Institute for Clinical Excellence). Depression ; Management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23 ; 2004.

NICE (National Institute for Clinical Excellence). Depression in children and young people. Identification and management in primary, community and secondary care. Care Guideline 28; 2005.

Nice (National Institute for Clinical Excellence). The treatment and management of depression in adults (updated version). National Clinical Practice Guideline 90; 2010

Pelc I. L'ami Psy. Écouter, comprendre et soigner la souffrance psychique. Collection sur la Colline, Éditions Pymédic, 2009, 115 pages

Petrides G, Tobias KG, Kellner CH, Rudorfer MV. Continuation and maintenance electroconvulsive therapy for mood disorders: review of the literature. Neuropsychobiology 2011;64(3):129-40.

RIZIV - Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Juryrapport van de consensus vergadering van 11 mei 2006. Het doelmatig gebruik van antidepressiva bij de behandeling van depressie; 2007

RIZIV - Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. Het doelmatig gebruik van antidepressiva in de behandeling van andere indicaties dan stemmingsstoornissen. Consensusconferentie. Brussel; 2007.

Welton RS. The management of suicidality: assessment and intervention. *Psychiatry (Edgmont)* 2007;4(5):24-34.

WIV – Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Gezondheidsonderzoek 2004. Brussel; 2006.

WIV – Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Gezondheidsonderzoek 2008. Brussel; 2010.

6 SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP

Al de deskundigen hebben **op persoonlijke titel** aan de werkgroep deelgenomen. De namen van de deskundigen van de HGR worden met een asterisk * aangeduid.

De volgende deskundigen hebben hun medewerking verleend bij het opstellen van het advies:

BRUFFAERTS Ronny	Psychiatrie	KUL
CLAES Stephan	Psychiatrie	KUL
CONSTANT Eric	Psychiatrie	UCL
CORTEN Philippe*	Psychiatrie	ULB
De NAYER André-Roch	Psychiatrie	Hôpital Sainte-Thérèse Montignies-sur-Sambre
FRANCOIS Anne*	Kinder- en jeugdpsychiatrie	ULB
PELC Isidore*	Psychiatrie	ULB
ROGIERS Anne	Psychiatrie	KUL
SOUERY Daniel	Psychiatrie	ULB

De volgende personen hebben het advies herlezen :

CUVELIER Laurence	Huisarts
DOR Bernard	Huisarts
EEKELEERS Patricia	Huisarts
LAMY Dominique	Huisarts
MIGEOTTE André	Huisarts
ORBAN Thomas	Huisarts

De volgende personen werden gehoord:

HEYRMAN Jan, Prof. Dr. aan de KUL, Departement
Maatschappelijke gezondheidszorg.

Het voorzitterschap werd verzekerd door Isidore PELC en het wetenschappelijk secretariaat door Sandrine MARTIN en Sylvie GERARD.

Over de Hoge Gezondheidsraad (HGR)

De Hoge Gezondheidsraad is een federale dienst die deel uitmaakt van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Hij werd opgericht in 1849 en geeft wetenschappelijke adviezen i.v.m. de volksgezondheid aan de ministers van volksgezondheid en van leefmilieu, aan hun administraties en aan enkele agentschappen. Hij doet dit op vraag of op eigen initiatief. De HGR neemt geen beleidsbeslissingen, noch voert hij ze uit, maar hij probeert het beleid inzake volksgezondheid de weg te wijzen op basis van de recentste wetenschappelijk kennis.

Naast een intern secretariaat van een 25-tal medewerkers, doet de Raad beroep op een uitgebreid netwerk van meer dan 500 experts (universiteitsprofessoren, medewerkers van wetenschappelijke instellingen), waarvan er 200 tot expert van de Raad zijn benoemd; de experts komen in multidisciplinaire werkgroepen samen om de adviezen uit te werken.

Als officieel orgaan vindt de Hoge Gezondheidsraad het van fundamenteel belang de neutraliteit en onpartijdigheid te garanderen van de wetenschappelijke adviezen die hij aflevert. Daartoe heeft hij zich voorzien van een structuur, regels en procedures die toelaten doeltreffend tegemoet te komen aan deze behoeften bij iedere stap van het tot stand komen van de adviezen. De sleutelmomenten hierin zijn de voorafgaande analyse van de aanvraag, de aanduiding van de deskundigen voor de werkgroepen, het instellen van een systeem van beheer van mogelijke belangenconflicten (gebaseerd op belangenverklaringen, onderzoek van mogelijke belangenconflicten, en een referentiecomité) en de uiteindelijke validatie van de adviezen door het College (eindbeslissingorgaan). Dit coherent geheel moet toelaten adviezen af te leveren die gesteund zijn op de hoogst mogelijke beschikbare wetenschappelijke expertise binnen de grootst mogelijke onpartijdigheid.

De adviezen van de werkgroepen worden voorgelegd aan het College. Na validatie worden ze overgemaakt aan de aanvrager en aan de minister van volksgezondheid en worden de openbare adviezen gepubliceerd op de website (www.hgr-css.be), behalve wat betreft vertrouwelijke adviezen. Daarnaast wordt een aantal onder hen gecommuniceerd naar de pers en naar doelgroepen onder de beroepsbeoefenaars in de gezondheidssector.

De HGR is ook een actieve partner binnen het in opbouw zijnde EuSANH netwerk (*European Science Advisory Network for Health*), dat de bedoeling heeft adviezen uit te werken op Europees niveau.

Indien U op de hoogte wil blijven van de activiteiten en publicaties van de HGR kan U een mailtje sturen naar info.hgr-css@health.belgium.be .