

Workshop 2:

What's new in de richtlijn depressie?

dr. Eric Ruhé, vice voorzitter MD RL commissie

dr. Ellen Driessen, lid topicgroep psychotherapie

NedKAD conferentie 2023

Programma

14.30-14.40u	Inleiding
14.40-14.50u	Patiëntenperspectief
14.50-15.15u	Psychotherapie
15.15-15.40u	Farmacotherapie
15.40-16.00u	Discussie & patiëntenperspectief

SLIDO:

www.slido.com

Code: 3332111



← Terug naar zoekresultaten

Depressie

+ VOLGEN

Initiatief: NVvP

Aantal modules: 83

Bijlagen

Download richtlijn

Depressie

Zoeken binnen deze richtlijn 🔍

Alles openklappen +

- 1. Startpagina - Depressie**
2. Diagnostiek van depressie +
3. Eerste-stap interventies bij depressie +
4. Farmacotherapeutische behandeling depressie +
5. Psychologische interventies depressie +

Startpagina - Depressie

Beoordeeld: 01-08-2013

Waar gaat deze richtlijn over?

Deze richtlijn richt zich op wat volgens de huidige maatstaven de beste zorg is voor patiënten met een depressie. In de richtlijn komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- Onderzoeksmethodes en -instrumenten voor het herkennen, vaststellen en classificeren van een depressie bij volwassenen
- Het ontstaan, het voortbestaan, het terugkerende karakter en de gevolgen van een depressie
- Mogelijke andere psychische of lichamelijke aandoeningen, persoonlijkheidsproblematiek of (genees)middelengebruik in combinatie met een depressie
- De eerste stappen in de behandeling van patiënten met een depressie, met name gericht op zelfhulp, activerende begeleiding en counseling
- De behandelmogelijkheden bij een depressie: medicamenteus, psychologisch of een combinatie
- De behandeling ter voorkoming van een terugval van een depressie
- De behandeling en organisatie van de zorg indien sprake is van een chronische depressie, waarbij onvoldoende verbetering is opgetreden met eerdere behandelingen (therapieresistente depressie)

Slido 1: Wat hoopt u dat er veranderd is, of waarover wilt u meer aanbevelingen in de multidisciplinaire richtlijn depressie ?

Programma

14.30-14.40u	Inleiding
14.40-14.50u	Patiëntenperspectief
14.50-15.15u	Psychotherapie
15.15-15.40u	Farmacotherapie
15.40-16.00u	Discussie & patiëntenperspectief

PATIËNTEN PERSPECTIEF BEHANDELING DEPRESSIE

- 'Tijd is niet je bondgenoot'
- 'Het zal toch wel niet werken'
- Bij langere duur en meer mislukte behandelingen: demotivatie

Do's

- Psychoeducatie
- Geef realistische hoop
- Plan behandeling vooruit
- Sla piketpalen voor evaluaties
- Behandel zorgvuldig/intensief en consequent

DON'TS

- Blame the victim ('persoonlijkheidsstoornis')
- Te snel wisselen o.b.v. appèl
- Medicatie die niet werkt niet stoppen
- ECT en 2nd opinion vergeten

Slido 2: Wat vinden patiënten het belangrijkste bij de behandeling van depressie ?

PATIËNTEN PERSPECTIEF IN DE NIEUWE MD RL DEPRESSIE

- Patiëntenvertegenwoordiger bij elke Topicgroep
- Gehele proces van vragen, literatuur, discussie en aanbevelingen
- Betrokken bij hoofdstuk 'Organisatie van zorg'
- Duidelijke input tav 'Algemene principes voor de behandeling van depressie'
 - Gezamenlijke besluitvorming / Shared Decision Making
 - Behandelplan en continuïteit van zorg en behandelaar
 - Kijk voorbij de grenzen van je instelling

HOOFDSTUK 5

5 Algemene principes voor de behandeling van depressie

5.1 Uitgangsvragen

Wat zijn algemene behandelprincipes ten aanzien van het behandelbeleid bij de behandeling met antidepressiva, psychotherapie en neuromodulatie?

5.2 Aanbevelingen

- Maak bij elke stap de behandelkeuze (antidepressiva, psychotherapie en/of neuromodulatie) in overleg met de patiënt (gezamenlijke besluitvorming) op basis van verwachte effectiviteit, eventuele contra-indicaties, het gebruikersgemak en bijwerkingenprofiel dat voor de patiënt acceptabel is.
- Samenspraak met de patiënt is essentieel voor de indicatie van antidepressiva, psychotherapie, neuromodulatie of de combinatie hiervan. Factoren die hierbij meespelen zijn ernst van de klachten, suïcidaliteit en eerdere ervaringen met behandeling (bij eerdere episodes).

HOOFDSTUK 5 (VERVOLG)

- Maak met de patiënt een behandelplan met concrete behandeldoelen, gewenste interventie(s), het signaleren van risico's op suïcidaliteit, behandelafspraken en follow-up.
- Bespreek de aan-/afwezigheid van suïcidaliteit (en blijf dit consequent doen).
- Bij de inschatting suïciderisico matig tot ernstig: maak gebruik van een signalerings- en/of veiligheidsplan. Overweeg intensieve zorg (zoals verbreding behandelteam, intensieve thuishulp, IHT, FACT, deeltijdbehandeling, opname).
- Betrek zowel in de beginfase van de behandeling als bij onderhouds- of voortgezette behandeling de bij 'Algemene overwegingen' genoemde aandachtspunten in het behandelbeleid.
- Continuïteit van zorg wordt door patiënten en naastbetrokkenen als zeer belangrijk ervaren. Zowel tijdens ambulante als klinische behandeling is transparant en eenduidig behandelbeleid nodig. De continuïteit van behandelaars betrokken bij de behandeling is gewenst. Dit geldt ook bij eventuele somatische en psychiatrische comorbiditeit.
- Stel altijd een terugvalpreventie plan op. Adviseer in de uitschrijfbrief aan de verwijzer om actief naar signalen van terugval te vragen.

HOOFDSTUK 5 (VERVOLG)

5.3.2 Gezamenlijke besluitvorming (shared decision making)

Samen beslissen is een proces dat bij iedere afweging moet plaatsvinden. Samen beslissen betekent dat de patiënt samen met de zorgverlener beslist over welke zorg of behandeling het beste past en waar deze het beste kan plaatsvinden. Hierbij staan de medische mogelijkheden én persoonlijke voorkeuren van de patiënt centraal. Geef actief aan waar hulpmiddelen voor Samen Beslissen beschikbaar zijn. Dat kunnen hulpmiddelen zijn als handige links, e-learnings, consultkaarten, keuzehulpen en/of informatie voor patiënten.

Om 'Samen Beslissen' mogelijk te maken moet met de patiënt worden besproken:

- Alle behandelmogelijkheden (incl. niet-behandelen, afwachten of afzien van behandeling en leefregels met betrekking tot bijvoorbeeld voeding en beweging); De gevolgen van deze keuzes en van niet behandelen. En inzicht in de vergoedingen van deze behandelingen; Mogelijke keuzehulpen of andere beslis hulpmiddelen die er zijn
- Per behandelingsmogelijkheid álle voor- en nadelen;
- Deelname aan wetenschappelijk onderzoek of trials als onderdeel van de behandelmogelijkheden. Ook als deze trials in andere ziekenhuizen lopen.
- De mogelijke late gevolgen en effecten van de voor- en nadelen op kwaliteit van leven,

HOOFDSTUK 5 (VERVOLG)

- Houdt tevens rekening met:
 - De begrijpelijkheid van de informatie;
 - Ondersteuning van mondelinge informatie door schriftelijke informatie en eventueel aanbeveling van betrouwbare online bronnen;
 - Aandacht voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden;
 - De tijd die nodig is om na te denken over belangrijke keuzes (maak een vervolgspraak na het diagnosegesprek waar na een pauze nog eens de keuze voor behandeling en een eventuele wisseling van behandelaar (binnen of buiten de instelling) te bespreken);
 - De plaats waar de zorg plaatsvindt: dichtbij waar het kan, ver weg als het moet (als de benodigde expertise dichtbij niet aanwezig is). Indien de patiënt andere wensen of behoeftes heeft dan moet dit bespreekbaar zijn.
 - Eventuele verschillen zijn tussen instellingen in de behandelmogelijkheden.
 - De risico's van eventuele onder- of overbehandeling. Een nauwkeurige en correcte, tijdige diagnose verkleint de kans op onder- of overbehandeling.
 - De twijfels en onzekerheden van de patiënt met betrekking tot de behandeling. Als er een verschil in gezichtspunt is of twijfel bij de patiënt over de aangeboden behandeling, bespreekt de behandelaar de mogelijkheid van een second opinion. Indien de patiënt dit wenst, helpt de behandelaar waar nodig om hiervoor een geschikte arts te vinden. Een second opinion is voor een patiënt waardevol omdat er verschillen kunnen zijn tussen instellingen in het zorgaanbod, maar ook om een volgende stap te kunnen zetten in het omgaan met de ziekte door het krijgen van meer vertrouwen door bevestiging van de diagnose / voorgestelde behandeling.

Programma

14.30-14.40u	Inleiding
14.40-14.50u	Patiëntenperspectief
14.50-15.15u	Psychotherapie
15.15-15.40u	Farmacotherapie
15.40-16.00u	Discussie & patiëntenperspectief

Slido 3: De aanbevolen behandeling voor matig ernstige depressie is:

Slido 4: Welke behandeling dient overwogen te worden als de patiënt geen combinatiebehandeling wenst?

Combinatiebehandeling (farmacotherapie + psychotherapie)

- Matig ernstige of ernstige depressie: combinatiebehandeling aanbevolen.
- Patiënt wenst geen combinatiebehandeling: psychotherapie overwegen (langetermijneffecten).
- Patiënt wenst geen psychotherapie: farmacotherapie overwegen, na 4-6 weken evalueren en combinatiebehandeling opnieuw overwegen.
- Lichte depressie: enkelvoudige behandeling met psychotherapie aanbevolen.

Slido 5: Wat is de eerste keuze psychotherapie bij volwassenen?

Eerste keuze psychotherapie

- CGT
 - Beschikbaarheid
 - Grote aantal studies (N = 211) dat de effectiviteit heeft aangetoond
 - Aangetoonde duurzaamheid van de effecten/ terugvalpreventie.
- Overweeg gedragsactivatie therapie (BAT) of interpersoonlijke psychotherapie (IPT) of Mindfulness Based Cognitieve Therapie (MBCT) in de acute fase van een depressie, indien de patiënt hier voorkeur voor heeft of al eens CBT zonder respons heeft gehad.
- Overweeg Acceptance and Commitment Therapy (ACT), psychodynamische therapie (DYN), probleem-oplossende therapie (PST), of Life review therapie (LRT) in de acute fase alleen wanneer de patiënt daar de voorkeur aan geeft.
- We bevelen non-directieve steunende therapie (SUP) niet aan als behandeling van een depressie in de acute fase.

Slido 6: Wat te doen bij non-response op de eerste keuze psychotherapie?

Psychotherapie

behandelduur



Basisinterventies: PE & ZM, Activeren, Monitoren
Overweeg individuele re-integratie

1. CGT

Vervolgopties:

- Intensiveren van de psychotherapie naar 2x/week
- Langer doorgaan met de psychotherapie
- Wisselen naar een andere vorm van psychotherapie:
 - IPT
 - GT/BA
 - Psychodyn. therapie
 - Problem Solving Therapie
 - Acceptance en Commitment Therapie
 - Life Review therapie (ouderen)
 - CBASP (persisterende depressie)
 - MBCT

Psychotherapie voor therapieresistente depressie

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

We bevelen een combinatiebehandeling aan bij een therapieresistente depressie bij volwassenen

Slido 7: Wat te doen na herstel van een depressie?

Psychotherapie na herstel: ter preventie van terugval

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

Programma

14.30-14.40u	Inleiding
14.40-14.50u	Patiëntenperspectief
14.50-15.15u	Psychotherapie
15.15-15.40u	Farmacotherapie
15.40-16.00u	Discussie & patiëntenperspectief

Slido 8: Op welke aspecten baseer je de keus voor een 1e antidepressivum?

EERSTE KEUS MIDDELEN: DE EVIDENCE

- Cipriani et al. 2018
- Network meta-analyse
- 522 RCTs; n= 116477
- Directe en indirecte vergelijkingen antidepressiva
- Balans efficacy vs acceptability

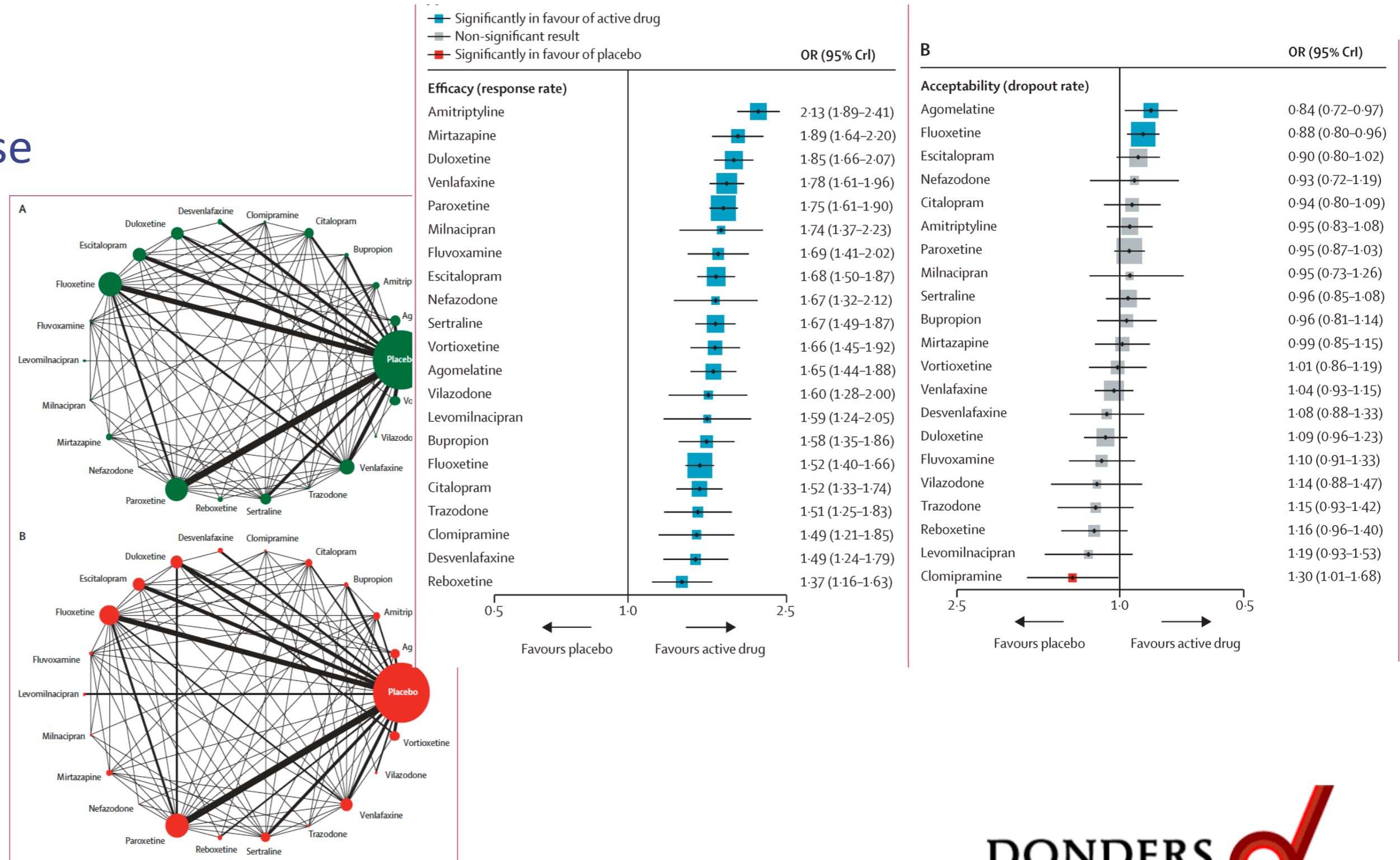


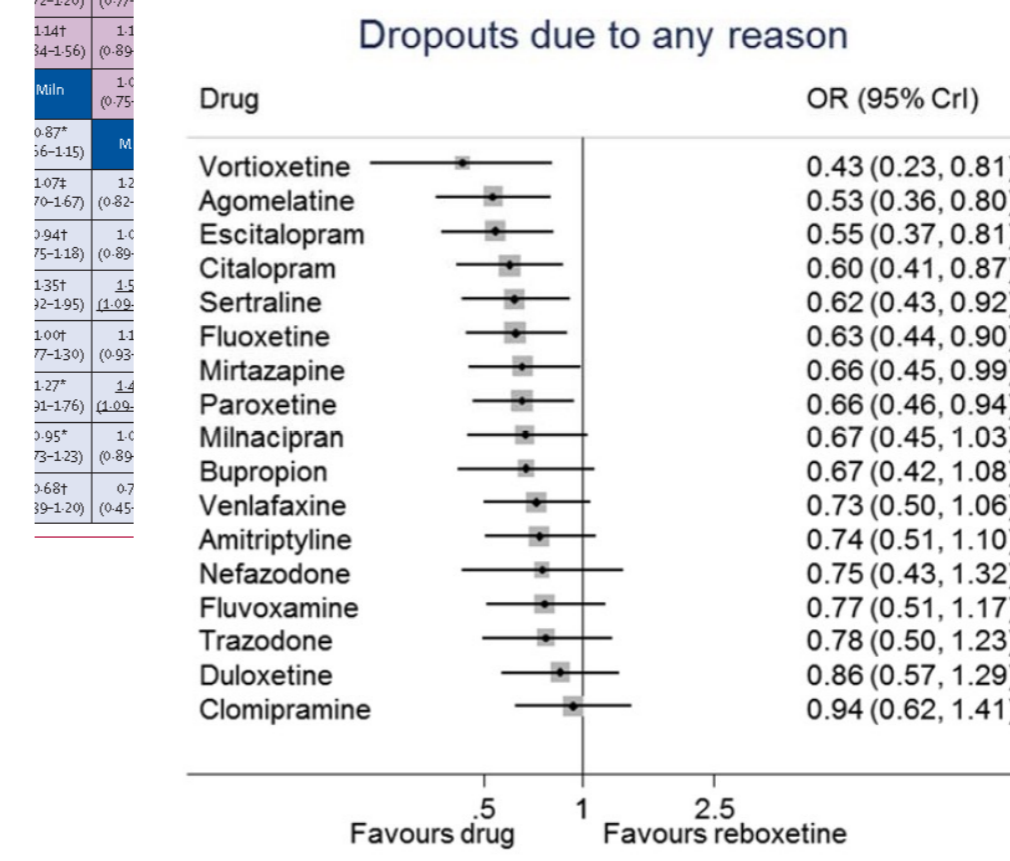
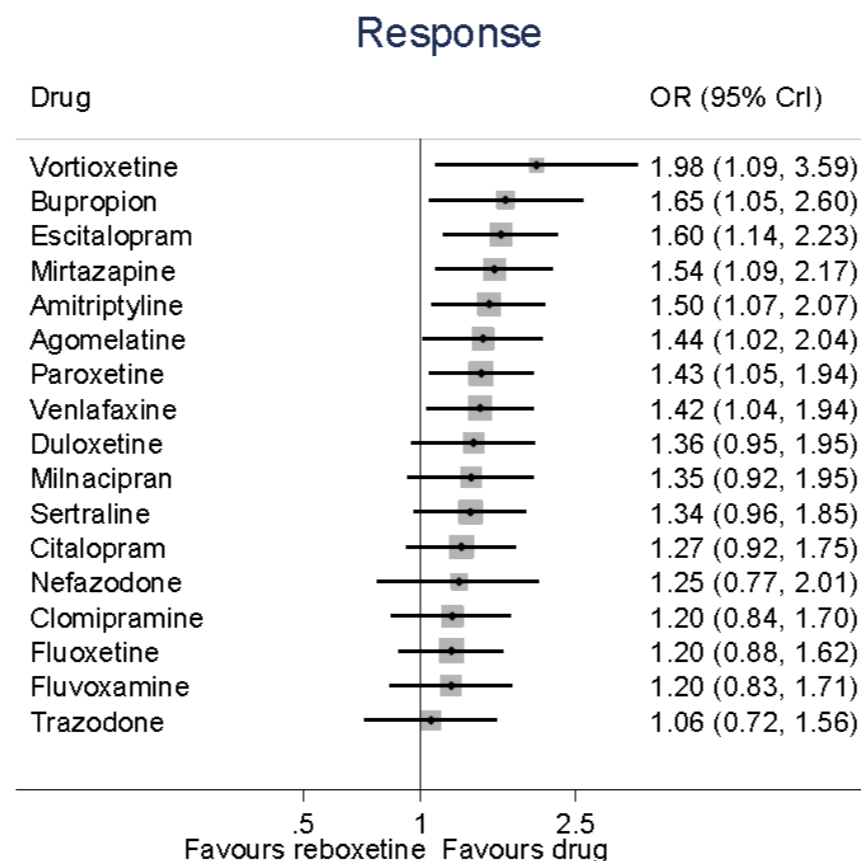
Figure 2: Network meta-analysis of eligible comparisons for efficacy (A) and acceptability (B). Width of the lines is proportional to the number of trials comparing every pair of treatments. Size of every circle is proportional to the number of randomly assigned participants (ie, sample size).

EERSTE KEUS MIDDELEN: DE EVIDENCE

Antidepressiva onderling vergeleken (n=34196)

- Cipriani et al. 2018
- Network meta-analyse
- 522 RCTs; n= 116477
- Directe en indirecte vergelijkingen antidepressiva
- Balans efficacy vs acceptability
- MDRL MDD 2023:
 - Citalopram
 - Escitalopram
 - Fluoxetine
 - Sertraline

	Agom	Amit	Bupr	Cita	Clom	Dulo	Esci	Flu	Miln	Mirt	Paro	Sertra	Venla	Vortio	Ztra		
Agom	0.72* (0.55-0.92)	0.80* (0.54-1.15)	0.89* (0.66-1.19)	0.57* (0.42-0.77)	0.62* (0.47-0.82)	0.97* (0.74-1.27)	0.85† (0.68-1.05)	0.69† (0.54-0.97)	0.79* (0.58-1.09)	0.81* (0.61-1.05)	0.70* (0.44-1.14)	0.81* (0.65-1.00)	0.53* (0.36-0.80)	0.86* (0.66-1.13)	0.69* (0.48-0.98)	0.74† (0.58-0.92)	1.24† (0.71-2.19)
0.96* (0.76-1.24)	Amit	1.10† (0.78-1.58)	1.23* (0.94-1.64)	0.79† (0.60-1.05)	0.66-1.15	1.35* (1.05-1.74)	1.18† (0.99-1.42)	0.97† (0.74-1.24)	1.10† (0.84-1.45)	1.12* (0.89-1.42)	0.98† (0.62-1.55)	1.12† (0.95-1.34)	0.74† (0.51-1.10)	1.20* (0.97-1.47)	0.96† (0.70-1.31)	1.02† (0.83-1.26)	1.72† (1.00-3.05)
0.87† (0.59-1.30)	0.91† (0.62-1.31)	Bupr	1.11† (0.76-1.67)	0.71† (0.49-1.07)	0.78† (0.53-1.18)	1.23* (0.84-1.80)	1.07† (0.76-1.50)	0.87† (0.59-1.30)	1.00† (0.66-1.49)	1.01† (0.70-1.47)	0.89† (0.51-1.54)	1.02† (0.73-1.43)	0.67† (0.42-1.08)	1.08† (0.75-1.56)	0.87† (0.57-1.30)	0.92† (0.66-1.30)	1.55† (0.85-2.94)
1.13* (0.88-1.47)	1.18* (0.93-1.49)	1.30† (0.88-1.93)	Cita	0.64† (0.47-0.87)	0.70* (0.51-0.95)	1.09* (0.85-1.42)	0.96* (0.76-1.21)	0.78* (0.57-1.06)	0.89* (0.64-1.23)	0.91† (0.68-1.21)	0.79† (0.49-1.32)	0.91† (0.71-1.17)	0.60† (0.41-0.87)	0.97† (0.74-1.25)	0.77* (0.53-1.13)	0.83† (0.64-1.07)	1.40† (0.78-2.48)
1.20* (0.91-1.59)	1.24† (0.98-1.58)	1.37† (0.93-2.04)	1.06* (0.82-1.38)	Clom	1.10† (0.80-1.51)	1.71* (1.27-2.29)	1.49† (1.16-1.90)	1.22† (0.88-1.67)	1.40† (1.00-1.92)	1.41* (1.05-1.91)	1.24† (0.76-2.00)	1.42† (1.12-1.79)	0.94† (0.62-1.41)	1.51† (1.15-1.96)	1.21† (0.83-1.73)	1.29† (0.99-1.67)	2.20† (1.22-3.90)
1.06* (0.82-1.37)	1.10† (0.84-1.42)	1.21† (0.81-1.81)	0.93* (0.71-1.22)	0.88† (0.66-1.18)	Dulo	1.56* (1.19-2.01)	1.37* (1.06-1.73)	1.12* (0.80-1.53)	1.28† (0.91-1.75)	1.30* (0.96-1.72)	1.13† (0.69-1.83)	1.30* (1.02-1.63)	0.86† (0.57-1.29)	1.38† (1.04-1.80)	1.10† (0.76-1.59)	1.18† (0.92-1.49)	1.99† (1.13-3.52)
0.90* (0.71-1.14)	0.93* (0.74-1.17)	1.03† (0.70-1.51)	0.79* (0.65-0.97)	0.75* (0.58-0.97)	0.85* (0.67-1.08)	0.87* (0.70-1.09)	0.71* (0.53-0.96)	0.81* (0.60-1.11)	0.83* (0.63-1.08)	0.72† (0.45-1.18)	0.83* (0.67-1.03)	0.55* (0.37-0.81)	0.88* (0.69-1.12)	0.70* (0.49-1.00)	0.75* (0.60-0.94)	1.27† (0.73-2.25)	
1.20* (0.91-1.59)	1.25† (0.98-1.58)	1.38† (0.93-2.04)	1.06* (0.82-1.38)	1.00† (0.71-1.22)	1.14* (0.80-1.51)	1.34* (1.00-1.67)	0.82* (0.60-1.11)	0.94* (0.72-1.20)	0.95* (0.77-1.14)	0.83† (0.62-1.10)	0.95* (0.76-1.18)	0.63† (0.45-0.87)	1.01† (0.76-1.29)	0.81* (0.64-1.01)	0.87† (0.66-1.13)	1.46† (0.85-2.94)	



EERSTE KEUS MIDDELEN IN DE MD RICHTLIJN DEPRESSIE

Stap 1: de evidence

- Cipriani et al.: head-to-head vergelijkingen

Werkzaamheid en Uitval

- agomelatine, amitriptyline, bupropion, citalopram, duloxetine, escitalopram, fluoxetine mirtazapine, paroxetine, sertraline, venlafaxine en vortioxetine

Stap 2: (ernstige) bijwerkingen en onttrekkingsverschijnselen

- Citalopram, escitalopram, mirtazapine, vortioxetine, bupropion, duloxetine, fluoxetine en sertraline

Stap 3: Toepasbaarheid en gebruiksgemak

Contra-indicaties, rijvaardigheid, zwangerschap & lactatie, doseergemak

- **citalopram, escitalopram, sertraline of fluoxetine**

Stap 4: Kosten

Citalopram tablet omhuld 20mg,	€0,04/dag
Escitalopram tablet 10mg,	€0,03/dag
Sertraline tablet filmomhuld 50mg,	€0,04/dag
Fluoxetine capsule 20mg	€0,04/dag

Het Clomipramine, fluvoxamine en trazodon zijn ten opzichte van andere antidepressiva minder werkzaam en hebben meer uitval. Deze middelen vallen als 1^e af. antidepressiva.

Alle antidepressiva blijken ten opzichte van placebo werkzaam bij de behandeling van een depressie bij volwassenen.

2. Agomelatine en amitriptyline geven de ernstigste bijwerkingen. Amitriptyline geeft meer bijwerkingen dan de andere antidepressiva. Paroxetine en venlafaxine zijn meer uitval. Deze middelen vallen als 1^e af. lastiger af te bouwen dan andere SSRI's.

3. bupropion, duloxetine en mirtazapine hebben nadelen op het gebied van toepasbaarheid of gebruiksgemak. Vortioxetine heeft lagere GRADE (n)

4. Bupropion en vortioxetine kosten €0.99-1.16/dag.

5. Bij eerder effect op ander AD is het rationeel dat middel weer te kiezen.

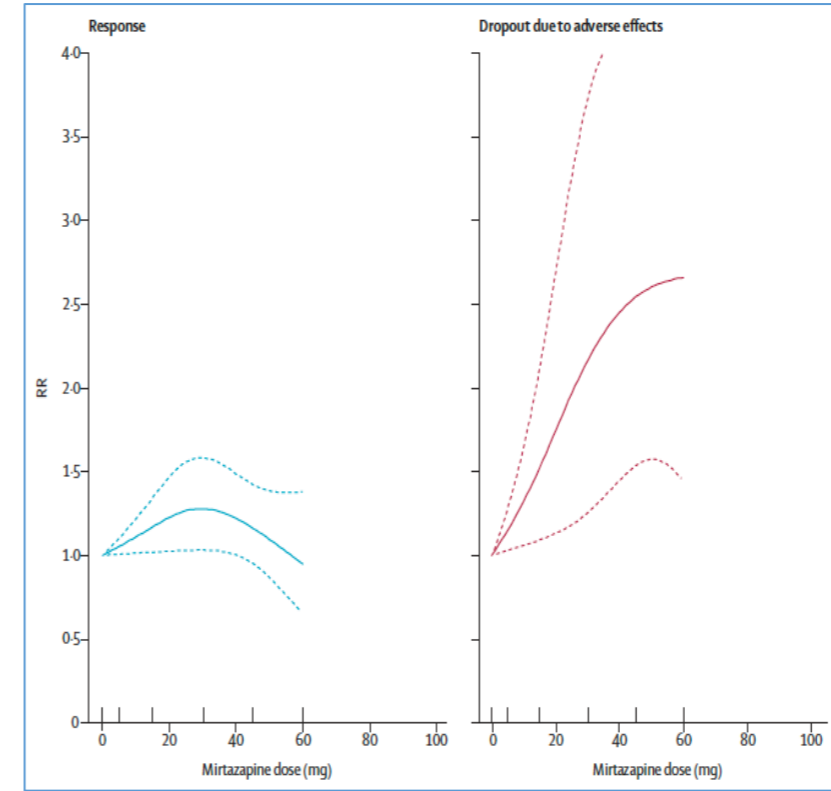
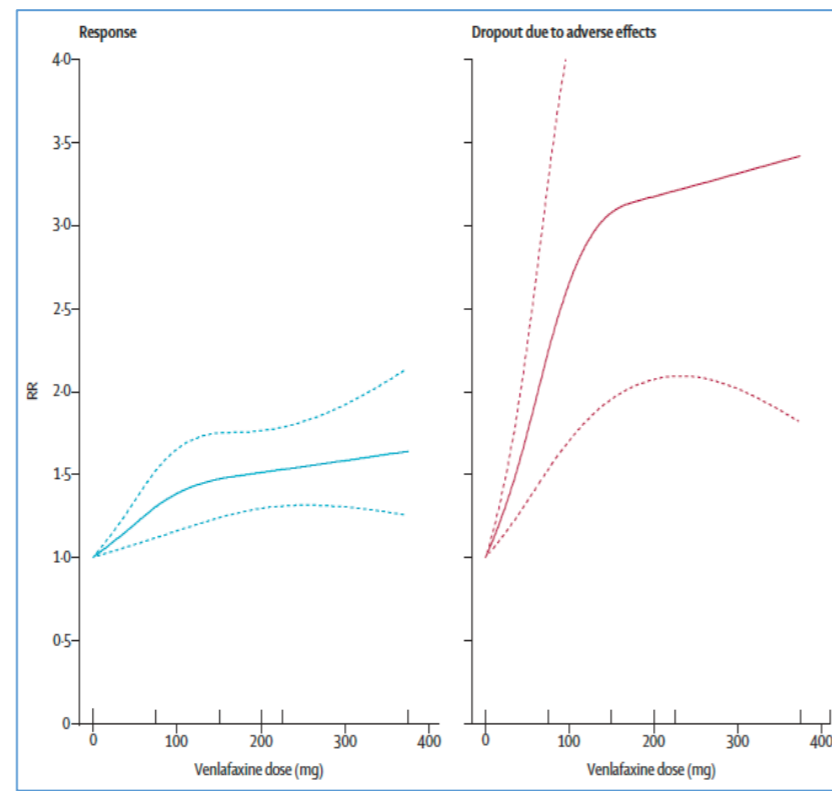
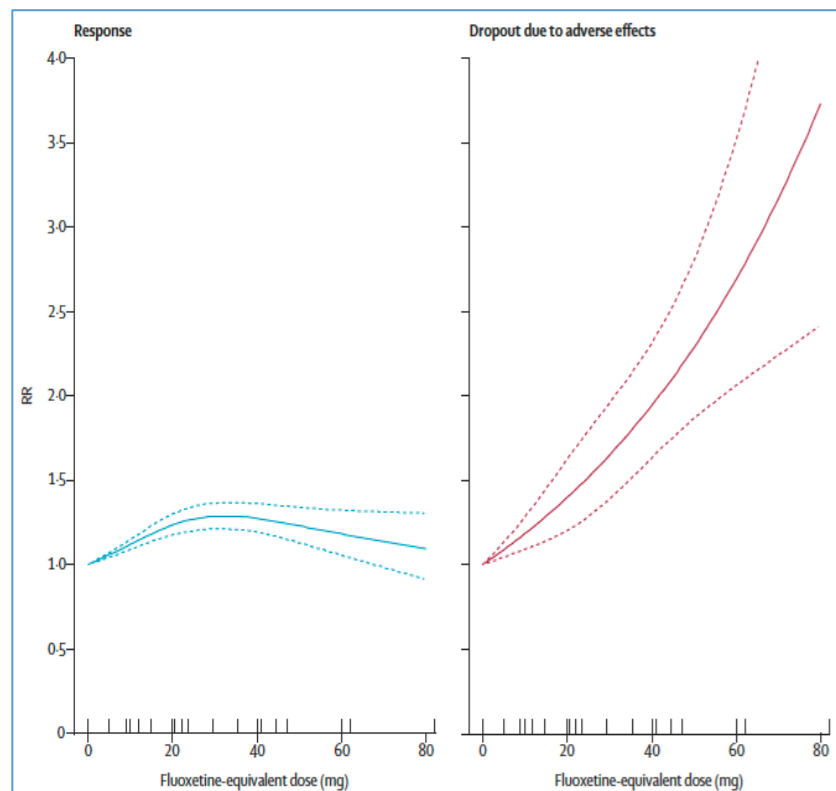
Slido 9: Er is een dosis-respons relatie bij SSRIs

WAT IS DE OPTIMALE DOSERING?

- Meta-analyse fixed dose-studies
- 77 studies, N=19364
- 201 behandel groepen (99 SSRI; 16 Venlafaxine; 11 Mirtazapine)
- dose-outcome model (flexible restricted cubic splines [random-effects])

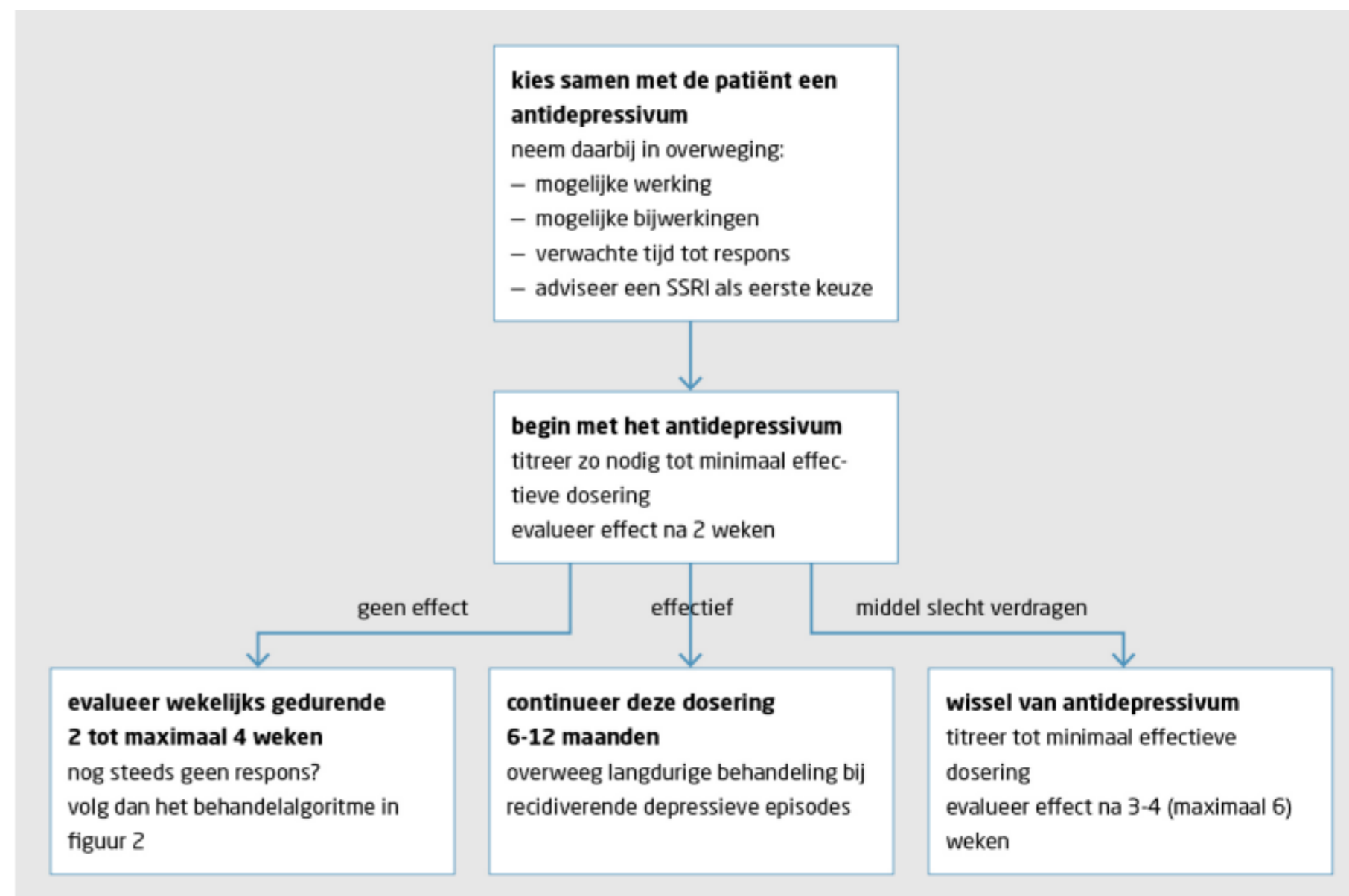
Optimal dose of selective serotonin reuptake inhibitors, venlafaxine, and mirtazapine in major depression: a systematic review and dose-response meta-analysis

Toshi A Furukawa*, Andrea Cipriani*, Philip J Cowen, Stefan Leucht, Matthias Egger, Georgia Salanti



EERSTE KEUS MIDDELEN. DE AFWEGING MET DE PATIËNT

- Psychologische begeleiding?
- Bij hoge lijdensdruk en doodsgedachten eerder medicatie
- Bij recidief, afhankelijk van eerdere resultaten, evt. sneller AD
- Adequate (herhaalde) voorlichting
 - Kans op effect AD
 - Tijd tot effect
 - Bijwerkingen & suicidaliteit
 - Dosisverhoging & switchen
 - Doorgebruiken bij respons
 - Afbouwen & evt. Onttrekking na verloop van tijd
 - Afspraken bereikbaarheid
 - Leefstijl
 - Slaaphygiene en slaap-CGT
- Meet de ernst van de depressie en het effect van je behandeling
- Bepaal beslismomenten



Figuur 1
Algemene aanpak wanneer de patiënt begint met een antidepressivum

Slido 10: Wat zijn uw stappen bij onvoldoende respons?

WAT DE DOEN ALS DE EERSTE PIL NIET WERKT?

Onvoldoende verbetering
DEPRESSIE?



VERIFIEER DE INDICATIE



VERIFIEER DE GEBRUIKSDUUR,
DOSERING & THERAPIETROUW

SWITCHEN

COMBINEREN

AUGMENTEREN

WAT DE DOEN ALS DE EERSTE PIL NIET WERKT?

Eerdere RL MDD:

- Dosisverhoging (voor SSRIs weinig evidentie)
- Switchen (weinig evidentie)
- Augmentatie Lithium (NNT= 5; beperkte evidentie)
- Augmentatie met atypische antipsychotica (NNT= 4; veel evidentie)
- Combinatiebehandelingen (meerdere AD tegelijk) (weinig evidentie bij TRD)
- rTMS (effectief; eerdere stap?)
- Augmentatie met esketamine (NNT=6; weinig studies)
- [Psychedelica]
- MAO-I
- ECT

Ruhe e.a. 2006, 2009; Cipriani e.a. 2019; Furukawa e.a. 2020
Ruhe e.a. 2006; Papakostas e.a. 2008; Bschor e.a. 2009; Dold e.a. 2017
Bauer e.a. 2010; Nelson e.a. 2014
Strawbridge e.a. 2019; Zhou 2015a, 2015b;
Henssler e.a. 2016; Kessler e.a. 2018
Dalhuisen e.a. 2022
Papakostas e.a. 2020
Van der Eynde e.a. 2022

NIEUW: 3 BEHANDELAGORITMES

Algoritme matige / ernstige (persisterende) depressie

Uite

• B

• a

• G

• T

• B

• .

• .

• T

behandelduur

Basisinterventies: PE & ZM, Activeren, Monitoren

Overweeg individuele re-integratie

Psychotherapie

1. CGT

Vervolgopties:

- Intensiveren van de psychotherapie naar 2x/week
- Langer doorgaan met de psychotherapie
- Wisselen naar een andere vorm van psychotherapie:
 - IPT
 - GT/BA
 - Psychodyn. therapie
 - Problem Solving Therapie
 - Acceptance en Commitment Therapie
 - Life Review therapie (ouderen)
 - CBASP (persisterende depressie)
 - MBCT

Farmacotherapie

1. SSRI

2a. 2^e SSRI

2b. SNRI/Ago/Bup/Mir/Vor[†]

3. Augmentatie Li of Atyp AP of T3[‡]

4a. TCA

4b. Esketamine IN augm.

5. Augmentatie Li of Atyp AP of T3[‡]

6. MAO-I

7. Overige behandelingen

Neuromodulatie

*
~3. rTMS

*
~6. ECT

~7. DBS

Overweeg 2nd opinion

en

HET AFBOUWEN VAN ANTIDEPRESSIVA

Utrecht, September 2018

Multidisciplinair document 'Afbouwen van onderhoudsbehandeling met antidepressiva'

Samengesteld door Koninklijke Nederlandse Maatschappij MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)*
Opgeleverd: 26-09-2018
1^e revisie medio 2019

* Vertegenwoordigers in de werkgroep:
KNMP: Drs. A. Horikx, H. Jelsma MSc, apothekers
MIND: Dr. B.F. Groeneweg, L.M. Roosjen-de Feiter MSc
NHG: Dr. M.J.P. van Avendonk, huisarts niet praktiserend
NVvP: L. Kurt-Grotenhuis MA, Dr. H. Mulder, ziekenhuisarts

Inleiding

Het gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing van het afbouwen van antidepressiva maakt dat daar in de huidige richtlijnen/standaarden over gedaan kunnen worden. Op basis van het zo goed als patiëntenperspectief, de beschikbare (wetenschappelijke) literatuur, psychofarmacologie, *expert-opinion* en praktijkervaring is de huidige tekst en aanbevelingen geformuleerd.

Scope

In de praktijk is er vanuit artsen, patiënten en apothekers behoefte aan het afbouwen van antidepressiva. Dit document vormt de basis voor de afbouw van SSRI's en SNRI's.¹ Mede van belang is gedeelde besluitvorming (*shared decision making*) tussen behandelbaar de beste manier om tot beslissingen te komen.

28 Afbouwen van onderhoudsbehandeling met antidepressiva

28.1 Uitgangsvragen

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

28.2 Aanbevelingen

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

- Overweeg het toevoegen van PCT en MBCT voor, tijdens en na het afbouwen van onderhoudsbehandeling met antidepressiva.
- Plan als voorschrijver in de eerste en tweede lijn regulier een gesprek met patiënten die antidepressiva gebruiken om het gebruik te evalueren en de invloed van bijwerking(en) op persoonlijk herstel hierbij mee te nemen.
- Vertel patiënten dat ze vanwege het risico op antidepressiva discontinueringssymptomen (ADS, ook wel onttrekkingsklachten genoemd) nooit zelf abrupt moeten stoppen, maar dit altijd moeten overleggen met hun behandelaar. Dit geldt voor alle antidepressiva.
- Geef bij het afbouwen van antidepressiva uitleg over het mogelijk kunnen optreden van ADS.
- Maak afspraken met de patiënt over het tempo en de doseringsstappen bij afbouwen van antidepressiva op basis van gedeelde besluitvorming. Overweeg de gepresenteerde afbouwschema's uit het Multidisciplinaire Document te gebruiken, op geleide van aan- of afwezigheid van risicofactoren voor ADS.
- De snelheid van het doorlopen van de stappen is onderwerp van gedeelde besluitvorming en afhankelijk van het verloop van het proces. Een afbouwplan is altijd een plan op maat in overleg tussen professional, patiënt en naaste.
- Overweeg de in de Multidisciplinaire Documenten opgenomen afbouwschema's als leidraad te gebruiken, op geleide van aan- of afwezigheid van risicofactoren voor ADS.

Afbouwen Overige SNRI's)

er Bevordering der Pharmacie (KNMP),
ds Huisartsen Genootschap (NHG),

eker

sapotheker
ychiater, Dr. H.G. Ruhé, psychiater.

Programma

14.30-14.40u	Inleiding
14.40-14.50u	Patiëntenperspectief
14.50-15.15u	Psychotherapie
15.15-15.40u	Farmacotherapie
15.40-16.00u	Discussie & patiëntenperspectief

Bedankt!

ellen.driessen@ru.nl

eric.ruhe@radboudumc.nl