

# Meer aandacht voor suïcidaliteit in NHG-Standaard Depressie

Miranda Kurver, Nikki Claassen

De NHG-Standaard Depressie is gedeeltelijk herzien. Er is een nieuwe module over suïcidaliteit en de adviezen over antidepressiva zijn aangepast: SSRI's hebben de voorkeur. Bij patiënten van 18 tot 70 jaar gaat het om 4 middelen, bij patiënten ouder dan 70 jaar om 2.

Een depressie is een belangrijke risicofactor voor suïcidaliteit, maar tot op heden was daar in de richtlijnen weinig aandacht voor. Uit onderzoek blijkt dat huisartsen suïcidaliteit lang niet altijd uitvragen: dat doen ze bij slechts 44% van de patiënten met een reeds bestaande depressie en 66% van de patiënten met een nieuwe depressie.

## NIEUWE MODULE SUÏCIDALITEIT

Nieuw in de standaard is een module suïcidaliteit. Gedachten over suïcide zijn gebruikelijk bij depressie. Ernaar vragen hoort bij het gesprek met de patiënt; het leidt niet tot een verhoogde kans op suïcide en kan zelfs beschermend werken. De nieuwe module geeft daar praktische handvatten voor. De module beschrijft hoe je onderscheid kunt maken tussen lichte, ambivalente, ernstige en zeer ernstige suïcidaliteit. Lich-

te suïcidaliteit kan onder bepaalde voorwaarden behandeld worden in de huisartsenpraktijk. De POH-ggz of de huisarts moet voldoende ervaring hebben met de behandeling van een depressie met bijkomende suïcidaliteit, de behandelrelatie moet goed zijn en er moet continuïteit van zorg zijn, dus contact met steeds dezelfde behandelaars. Indien mogelijk moeten naasten bij de behandeling betrokken worden.

De behandeling van lichte suïcidaliteit bestaat uit psycho-educatie, het aanpakken van onderliggende problemen, het waarborgen van de veiligheid, het bespreken van de beschikbaarheid van (genees)middelen om suïcide te plegen en, tot slot, terugvalpreventie.

Bij twijfel en bij ernstigere vormen van suïcidaliteit luidt het advies naar de crisisdienst te verwijzen voor directe beoordeling. De praktijk kan weerbarstig zijn, bijvoorbeeld vanwege wachttijden of verschil van inzicht tussen huisarts en ggz. De module ondersteunt de huisarts in het contact met de crisisdienst en stimuleert het maken van regionale afspraken. Een stroomdiagram geeft steun bij het indelen naar ernst van de suïcidaliteit en bij het verwijfsbeleid.

Bij alle vormen van suïcidaliteit is een veiligheidsplan onder-



Er is meer aandacht voor suïcidaliteit in herziene NHG-Standaard.

Foto: AdobeStock

deel van het beleid. Het plan bevat 6 items, met vragen over signalen, afleiding en veiligheid, en een overzicht van contactpersonen, naasten en professionals. Het is geen non-suïcidecontract; een dergelijk contract is niet effectief en wordt dan ook afgeraden.

### INDICATIES VOOR ANTIDEPRESSIVA ONVERANDERD

Starten met een antidepressivum is geïndiceerd bij patiënten met een depressie:

- zonder ernstig sociaal disfunctioneren, grote lijdensdruk of ernstige psychische comorbiditeit
- én bij wie het initiële beleid, bestaande uit voorlichting, dagstructurering en kortdurende psychologische behandeling, onvoldoende effect heeft
- én die een voorkeur hebben voor antidepressiva boven psychotherapie.

Antidepressiva kunnen ook overwogen worden om de wachttijd tot aan een verwijzing te overbruggen bij patiënten met ernstig sociaal disfunctioneren, grote lijdensdruk of ernstige psychische comorbiditeit.

### NIEUWE ADVIEZEN OVER ANTIDEPRESSIVA

Bij deze herziening is de voorkeur voor te gebruiken antidepressiva aangepast. Antidepressiva die moeilijk af te bouwen zijn, zoals paroxetine, of die veel bijwerkingen hebben, zoals amitriptyline, worden niet langer aanbevolen.

In de nieuwe versie van de standaard zijn de SSRI's (es)citalopram, fluoxetine en sertraline eerste keus bij het starten van antidepressiva. Deze middelen hebben de meest optimale combinatie van effectiviteit, bijwerkingenprofiel, potentiële interacties en zijn makkelijk af te bouwen. In de beoordeelde onderzoeken (van matige tot redelijke kwaliteit) verschillen de beschikbare antidepressiva weinig in effectiviteit. Het placebo-effect is groot: ongeveer de helft van de patiënten knapt op door een antidepressivum en ongeveer 30% door het placebo-effect. Vanwege de geringe verschillen in effectiviteit is de keuze hoofdzakelijk gebaseerd op bijwerkingenprofiel, potentiële interacties en mogelijkheden voor afbouwen. Tricyclische antidepressiva (TCA) zijn niet langer eerste keus, vooral vanwege de bijwerkingen en omdat er betere alternatieven beschikbaar zijn.

### Antidepressiva bij ouderen (> 70 jaar)

Voor oudere patiënten zijn de SSRI's citalopram en sertraline de middelen van eerste keus, ook op basis van hun relatief

gunstige bijwerkingenprofiel. Voor hun effectiviteit is bij ouderen nog minder bewijs dan bij volwassenen. Bij (es)citalopram kunnen ritmestoornissen optreden; wees hier alert op bij patiënten met hartfalen of een doorgemaakt myocardinfarct.

### Antidepressiva bij jongvolwassenen (18-25 jaar)

De doseringen voor jongvolwassenen zijn gelijkgetrokken aan die voor volwassenen, omdat er geen bewijs is voor het nut van een lage dosering, maar wel een risico op onderdosering. Bij starten van het middel worden wekelijkse controles aangeraden vanwege het risico op suïcidaliteit en andere bijwerkingen.

### Eerder gebruikte antidepressiva

Voor patiënten die al goed zijn ingesteld op een ander antidepressivum, dat in de nieuwe standaard niet als voorkeursmiddel is opgenomen, verandert er niets. Iemand die bijvoorbeeld naar tevredenheid een TCA gebruikt, hoeft niet over te stappen. Ook als iemand eerder effectief behandeld is met een ander antidepressivum, kan dit middel opnieuw gekozen worden bij een volgende episode.

### Behandelduur

De behandelduur met antidepressiva bedraagt een half jaar na remissie; bij een recidief een jaar. Soms wordt besloten om antidepressiva niet meer te stoppen in overleg met de patiënt, bijvoorbeeld bij eerdere ernstige, meerdere depressies. ■

Raadpleeg de volledige versie van de NHG-Standaard Depressie op [richtlijnen.nhg.org/depressie](https://richtlijnen.nhg.org/depressie).

Kurver M.J., Claassen N. Meer aandacht voor suïcidaliteit in de NHG-Standaard Depressie. Huisarts Wet 2022;65:DOI:10.1007/s12445-022-1551-6. Nederlands Huisartsen Genootschap, cluster Richtlijnontwikkeling, Utrecht: dr. M.J. Kurver, huisarts en senior wetenschappelijk medewerker, kenniscentrum@nhg.org; dr. N. Claassen, huisarts en beleidsmedewerker. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De werkgroep die de herziene versie van de NHG-Standaard Depressie heeft geschreven, bestond uit: dr. N. Claassen, A. van der Does, dr. B.F. Groeneweg [Depressie Vereniging], H. Heineman, M. Kool, M.J. Kurver, T. Magnee [LV-POH-GGZ], M. Oud, dr. E.G. Ruhe [NVvP] en L. Wind.