

JGZ-richtlijn Depressie

2016

Colofon

Autorisatie:

Inhoudelijk door de AJN, V&VN vakgroep Jeugd en NVDA

Randvoorwaardelijk door ActiZ en GGD-Nederland

Publicatiedatum:

Richtlijnontwikkelaar: Trimbos-instituut

Hoofdauteurs: Matthijs Oud, Rianne van der Zanden, Ilona Cronenberg, Henny Sinnema (projectleider)

Werkgroep/auteurs: Corine Bosch (GGD Amsterdam), Elise Buiting (voorzitter), Bert Derkx (NVK), Manje Dijkema (AJN), Maarten Jacobs (NHG), Herman Kief (Depressie Vereniging), Marijke Polderman (GGD Amsterdam), Catrien Reichart (NVvP), Margreet de Ruiter (V&VN vakgroep Jeugd).

Advies: Chaja Deen (NJI)

Informatiespecialist: Angita Peterse, Trimbos-instituut

Redactie: Kristien Harmsen, Trimbos-instituut

Deze richtlijn is gefinancierd door ZonMw

Inhoudsopgave

Introductie.....	5
1. Wat is een depressie?.....	6
1.1 Wat is er bekend over het beloop van een depressie bij kinderen en jongeren?.....	8
1.2 Referenties	10
2. Welke problematiek (psychisch, biologisch en psychosociaal) kan gepaard gaan met depressieve klachten?.....	13
2.1 Aanbeveling.....	13
2.2 Uitgangsvraag die heeft geleid tot de onderbouwing en aanbeveling	13
2.3 Onderbouwing waarop de aanbeveling is gebaseerd	13
2.4 Referenties	14
3. Risico- en beschermende factoren.....	16
3.1 Aanbevelingen.....	16
3.2 Uitgangsvraag die heeft geleid tot de onderbouwing en aanbevelingen	17
3.3 Onderbouwing waarop de aanbevelingen zijn gebaseerd.....	17
3.4 Referenties	22
4. Signaleren, ernst vaststellen en toeleiden naar zorg	24
4.1 Aanbevelingen.....	24
4.2 Uitgangsvragen die hebben geleid tot de onderbouwing en aanbevelingen	27
4.3 Onderbouwing waarop de aanbevelingen zijn gebaseerd.....	27
4.3.1 Signalen van een depressie	27
4.3.2 Systematisch verzamelen en interpreteren van informatie ter beoordeling van de ernst van de depressieve klachten.....	31
4.4 Referenties	42
5. Interventies	45
5.1 Aanbevelingen.....	45
5.2 Uitgangsvragen.....	46
5.3 Onderbouwing waarop de aanbevelingen zijn gebaseerd.....	47
5.3.1 Minimale interventies voor jeugdigen en hun ouders van algemene aard ter voorkoming van depressieve klachten.....	47
5.3.2 Specifieke interventies voor jeugdigen met depressieve klachten en hun ouders	47
5.3.3 Schoolverzuim en re-integratie	54
6.3.4 Rol van de ouders	55

5.4	Referenties	56
6.	Samenwerken en ketenafspraken	57
6.1	Aanbevelingen	57
6.2	Uitgangsvragen die hebben geleid tot de onderbouwing en aanbevelingen	57
6.3	Onderbouwing waarop de aanbevelingen zijn gebaseerd	58
6.4	Referenties	60
	Lijst met afkortingen	61
	Verantwoording	62
	Kennislacunes	69

Introductie

Depressieve klachten komen frequent voor bij jeugdigen. Op de leeftijd van 19 jaar heeft al bijna een kwart van de jeugdigen een depressieve periode doorgemaakt. Zonder specifieke aandacht blijven depressieve klachten bij jeugdigen vaak onopgemerkt en kunnen de klachten toenemen.

Jeugdgezondheidszorg (JGZ) professionals krijgen in hun dagelijkse praktijk te maken met kinderen en jongeren die een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van een depressie of al klachten van een depressie vertonen. Wanneer de JGZ-professional kennis heeft van (signalen van) depressieve klachten, de risicofactoren voor het ontstaan en het beloop kan deze hierop alert zijn en verergering voorkomen. De richtlijn is een leidraad voor JGZ-professionals om samen met de individuele jeugdige (en ouder) de juiste afwegingen te maken. Doel van de richtlijn is het ondersteunen van het handelen van de JGZ-professional bij voorlichting, preventie, signalering, ondersteuning, monitoring en indien nodig toeleiden naar verdere diagnostiek bij depressie.

De richtlijn sluit aan bij de JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen (2008, update verwacht in 2016), de richtlijn stemmingsproblemen in de jeugdhulp (2014) en het Addendum Jeugd bij de multidisciplinaire richtlijn Depressie (2009).

Suïcidaliteit valt buiten het bestek van deze richtlijn. Suïcidaliteit komt bij meerdere aandoeningen voor en vanwege de complexiteit van suïcidaal gedrag wordt in deze richtlijn beperkt aandacht besteed aan zelfdoding. De werkgroep pleit ervoor een aparte JGZ-richtlijn suïcidaal gedrag te ontwikkelen.

Met de JGZ-professional bedoelen we de jeugdarts, jeugdverpleegkundige en verpleegkundig specialist. Daar waar jeugdarts staat kan verpleegkundig specialist gelezen worden. Afhankelijk van afspraken in de organisatie kunnen taken uitgevoerd worden door de jeugdarts, jeugdverpleegkundige of verpleegkundig specialist. Daar waar ouders staat, kan verzorgers of naasten worden gelezen. Daar waar hij staat kan ook zij gelezen worden.

Belangrijkste thema's

1. Wat is een depressie en hoe is het beloop?
2. Problematiek die gepaard kan gaan met depressieve klachten
3. Risico- en beschermende factoren
4. Signaleren, ernst vaststellen en toeleiden naar zorg
 - Signalen van een depressie
 - Systematisch informatie verzamelen voor beoordeling van de ernst van de depressieve klachten
5. Interventies
6. Samenwerken en ketenafspraken

1. Wat is een depressie?

De DSM-5 classificatie van de depressieve stoornis, aangevuld met kenmerken die vaak ook worden gezien, staan beschreven in het Kompas kinder- en jeugdpsychiatrie (Boer & Verhulst, 2014):

Depressieve stoornis

Vijf (of meer) van de volgende symptomen zijn tegelijkertijd ten minste twee weken aanwezig geweest, terwijl dat daarvoor niet zo was. Daarbij moet in elk geval horen ofwel een sombere stemming ofwel verlies van interesse of plezier.

- 1 Sombere stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag, zoals blijkt uit ofwel subjectieve mededelingen (bijvoorbeeld voelt zich verdrietig of leeg) ofwel observatie door anderen (bijvoorbeeld: heeft tranen in de ogen; dit kan ook een prikkelbare stemming zijn).
- 2 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).
- 3 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, of, bij kinderen, het niet bereiken van de te verwachten gewichtstoename.
- 4 In- of doorslaapproblemen, of slaperigheid overdag, bijna elke dag.
- 5 Opgewonden bewegen of juist een remming van het bewegen (waarneembaar voor anderen en niet alleen maar een subjectief gevoel van rusteloosheid of vertraagdheid), bijna elke dag.
- 6 Moeheid of verlies van energie, bijna elke dag.
- 7 Gevoelens (die waanachtig kunnen zijn) van waardeloosheid met of buitensporige of niet reële schuldgevoelens (niet alleen maar zelfverwijten of schuldgevoel over het ziek zijn), bijna elke dag.
- 8 Verminderd vermogen tot nadenken of concentratie, of besluiteloosheid (ofwel subjectief vermeld ofwel geobserveerd door anderen), bijna elke dag.
- 9 Terugkerende gedachten aan de dood (niet alleen de vrees dood te gaan), terugkerende suïcidedachten zonder dat er specifieke plannen gemaakt zijn, of een suïcidepoging of een specifiek plan om suïcide te plegen.

Persisterende depressieve stoornis (dysthymie)

Sombere of prikkelbare stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag, zoals blijkt uit ofwel subjectieve mededelingen ofwel observatie door anderen, gedurende ten minste een jaar.

Tijdens de sombere stemming twee (of meer) van de volgende symptomen.

- 1 Slechte eetlust of te veel eten.
- 2 In- of doorslaapproblemen, of versterkte slaperigheid overdag.

- 3 Moeheid of verlies van energie.
- 4 Laag zelfgevoel.
- 5 Slechte concentratie of moeite met beslissingen nemen.
- 6 Gevoelens van hopeloosheid.

Verskil tussen depressie en depressieve klachten

In de richtlijn wordt gesproken over depressie en depressieve klachten. Bij depressieve klachten is er sprake van een aantal klachten die bij een depressie horen, zoals een sombere stemming, nergens zin in hebben, slecht slapen, slecht eten, slechte concentratie, suïcidale gedachten etc., zonder dat er voldaan wordt aan de criteria voor het stellen van een depressie, namelijk minstens 2 weken een sombere stemming en daarnaast minstens 5 andere symptomen.

Kenmerken die vaak ook worden gezien

Naast problemen met eten of slapen, kunnen ook andere lichamelijke klachten optreden, zoals hoofdpijn en buikpijn. Het verschil tussen normaal verdriet en een depressie kan zichtbaar worden in de contacten met anderen. Verdriet roept bij de omgeving medeleven op, en over het algemeen ervaren verdrietige kinderen en jongeren dit als prettig. Bij depressieve jongeren is daarentegen vaak sprake van een geprikkelde reactie op blijken van medeleven. Zij kunnen een boze, kritische uitstraling vertonen. Wanneer het lukt tot hen door te dringen, blijkt die houding nogal eens op zelfkritiek te berusten, alsof de jeugdige daarmee wil zeggen: 'Laat mij met rust, ik ben toch de moeite niet waard!' Zelfkritiek en gevoelens van hopeloosheid kunnen bij jongeren tegendraads of antisociaal gedrag met zich brengen. Dat dit negatieve reacties uitlokt, lijkt dan geen indruk meer te maken.

Prevalentie

Prevalentie van depressie bij baby's is niet bekend omdat er op populatieniveau nauwelijks onderzoek naar te verrichten is. Bij de overige jeugdigen is wel veel onderzoek gaan in de algemene bevolking. In het algemeen kan gesteld worden dat bij kinderen onder de 5 jaar de prevalentie tussen de 0,9-2% is (Bufferd, Dougherty, Carlson, & Klein, 2012; Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009). Van 8-15 jaar zou dit rond de 3,7% liggen (Merikangas et al., 2010), waarbij de prevalentie onder de 13 jaar op 2,8% zit en bij de 13-18-jarige op 5,6% (Jane, Erkanli, & Angold, 2006). Prevalentiecijfers verschillen niet alleen per leeftijdscategorie. In de adolescentie komt een depressie bij meisjes veel vaker voor (verhouding 1:2), hoewel er voor de puberteit nauwelijks verschil is tussen de twee seksen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009; NICE, 2005; Weissman & Olfson, 1995). Verder blijkt dat subklinische of lichte klachten relatief vaak voorkomen bij jongeren (10–20%) (Kessler & Walters, 1998). Als een jongere een zelfscoreformulier invult kan de prevalentie van een depressie zelfs 20-50% zijn (Kessler, Avenevoli, & Ries, 2001).

1.1 Wat is er bekend over het beloop van een depressie bij kinderen en jongeren?

Beloop van depressie

Naar het beloop van een depressie bij jeugdigen zijn veel studies gedaan. De studies gaan voornamelijk in op de verschillen in prevalentie tijdens bepaalde leeftijdsfasen, spontaan herstel, risico op terugval en jeugddepressie als voorspeller voor een depressie op latere leeftijd. Opvallend is dat cijfers soms zeer uiteenlopen, dit wordt veroorzaakt door het verschil tussen de sekse (depressie komt meer voor bij adolescente vrouwen) en ernst van de depressie (een lichte depressie verloopt anders dan een ernstige). Ook de wijze waarop de onderzoeksdata zijn verzameld zorgt voor verschil in cijfers, in welke populatie is bijvoorbeeld het onderzoek verricht (algemene bevolking, eerste lijn of gespecialiseerde GGZ) en wie was de informatiebron (beoordeling door een professional, zelfinvullijst door de jeugdige en/of informatie van de ouder).

Spontaan herstel en terugval

De meeste jongeren herstellen spontaan en zonder interventie van een depressieve periode: 10% herstelt binnen drie maanden, 40% binnen één jaar en na twee jaar een verdere 20-30% (Goodyer, 2003; Harrington & Dubicka, 2001). Ondanks dat het merendeel van de jongeren (spontaan) herstelt van een depressieve periode betekent het niet dat deze groep depressievrij blijft. Het blijkt namelijk dat een terugval vaak voorkomt bij jongeren die een eerdere depressie hebben meegemaakt (Kennard, Emslie, Mayes, & Hughes, 2006). Bij bijvoorbeeld jeugdigen met een ernstige depressie krijgt binnen twee jaar 40% van de jeugdigen een nieuwe depressie en binnen vijf jaar is dit zelfs 70% (Emslie et al., 1997), 70% van de jongeren met een dysthyme stoornis heeft een terugval na twee tot drie jaar (Reichart, 2014). Een mogelijke verklaring voor deze kwetsbaarheid voor een terugval is dat een depressieve periode kan leiden tot biologische veranderingen en psychologische littekens (Lewinsohn, Steinmetz, Larson, & Franklin, 1981; Monroe & Harkness, 2005; Post, 1992; Sokolov & Kutcher, 2001). Vervolgens zijn er na een depressieve periode minder krachtige psychosociale factoren nodig om een terugval te veroorzaken (Kendler, Thornton, & Gardner, 2000; Kendler, Thornton, & Gardner, 2001).

Depressie bij jeugdigen als voorspeller voor depressie in het latere leven

Subklinische depressieve symptomen zoals sombere stemming en verlies van interesse of plezier (anhedonie), zijn een voorspeller voor het ontwikkelen van een ernstige depressie als men volwassen is (Dunn & Goodyer, 2006; Klein, Shankman, Lewinsohn, & Seeley, 2009; Kovacs & Lopez-Duran, 2010). Tevens is er meer risico op een depressie tijdens de volwassenheid als tijdens de adolescentie de depressie gepaard ging met een comorbide angststoornis of een externaliserende stoornis (Copeland, Shanahan, Costello, & Angold, 2009) of wanneer er een life event heeft plaatsgevonden (Pine, Cohen, Johnson, & Brook, 2002). Ook is gebleken dat volwassenen met een bipolaire stoornis in de jeugd vaak een depressie doorgemaakt hebben (Geller, Zimmerman, Williams, Bolhofner, & Craney, 2001; Weissman et al., 1999).

Een depressie voor de puberteit is een voorspeller voor het ontstaan van gedragsproblemen, een verminderd psychosociaal functioneren en lagere prestaties op school (Birmaher et al., 1996; Harrington, Fudge, Rutter, Pickles, & Hill, 1990; Weissman et al., 1999).

Suicide

Suicide kan een ernstig gevolg zijn van een depressie. Naar schatting 60% van de kinderen en jongeren met een depressieve stoornis rapporteert suïcidale gedachten, en 30% doet een suïcide poging (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009).

In Nederland pleegden in 2014 twee kinderen/jongeren onder 15 jaar suicide. In hetzelfde jaar pleegden in de leeftijd van 15 tot 20 jaar 53 jongeren suicide (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2015). Deze cijfers zijn stabiel over de jaren. Een suïcidepoging komt veel vaker voor, er zijn aanwijzingen dat dit met name onder meisjes met een migranten achtergrond voorkomt (Schudel, Struben H.W.A., & Vroom-Jongerden, 1998).

1.2 Referenties

- Boer, F., & Verhulst, F. (2014). Kompas kinder- en jeugdpsychiatrie. Utrecht: *De Tijdstroom*
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E. et al. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*, 35, 1427-1439.
- Bufferd, S. J., Dougherty, L. R., Carlson, G. A., Rose, S., & Klein, D. N. (2012). Psychiatric disorders in preschoolers: continuity from ages 3 to 6. *Am.J.Psychiatry*, 169, 1157-1164.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2015). Overledenen; zelfdoding (inwoners), diverse kenmerken. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=7022GZA> [On-line].
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Costello, E. J., & Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 66, 764-772.
- Dunn, V. & Goodyer, I. M. (2006). Longitudinal investigation into childhood- and adolescence-onset depression: psychiatric outcome in early adulthood. *Br J Psychiatry*, 188, 216-222.
- Emslie, G. J., Rush, A. J., Weinberg, W. A., Kowatch, R. A., Hughes, C. W., Carmody, T. et al. (1997). A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry*, 54, 1031-1037.
- Geller, B., Zimmerman, B., Williams, M., Bolhofner, K., & Craney, J. L. (2001). Bipolar disorder at prospective follow-up of adults who had prepubertal major depressive disorder. *Am J Psychiatry*, 158, 125-127.
- Goodyer, I. M. (2003). *Unipolar Depression: A Lifespan Perspective*. Oxford & New York: Oxford University Press.
- Harrington, R. & Dubicka, B. (2001). Natural history of mood disorders in children and adolescents. In I.M.Goodyer (Ed.), *The Depressed Child and Adolescent* (pp. 311-343). Cambridge: Cambridge University Press.
- Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A., & Hill, J. (1990). Adult outcomes of childhood and adolescent depression. I. Psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry*, 47, 465-473.
- Jane, C. E., Erkanli, A., & Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *J Child Psychol Psychiatry*, 47, 1263-1271.
- Kendler, K. S., Thornton, L. M., & Gardner, C. O. (2000). Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: an evaluation of the "kindling" hypothesis. *Am J Psychiatry*, 157, 1243-1251.

- Kendler, K. S., Thornton, L. M., & Gardner, C. O. (2001). Genetic risk, number of previous depressive episodes, and stressful life events in predicting onset of major depression. *Am J Psychiatry*, 158, 582-586.
- Kennard, B. D., Emslie, G. J., Mayes, T. L., & Hughes, J. L. (2006). Relapse and recurrence in pediatric depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 15, 1057-79, xi.
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., & Ries, M. K. (2001). Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biol Psychiatry*, 49, 1002-1014.
- Kessler, R. C. & Walters, E. E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depress Anxiety*, 7, 3-14.
- Klein, D. N., Shankman, S. A., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (2009). Subthreshold depressive disorder in adolescents: predictors of escalation to full-syndrome depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48, 703-710.
- Kovacs, M. & Lopez-Duran, N. (2010). Prodromal symptoms and atypical affectivity as predictors of major depression in juveniles: implications for prevention. *J Child Psychol Psychiatry*, 51, 472-496.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2009). Addendum Depressie bij Jeugd bij de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. Utrecht, Nederland, Trimbos-instituut/CBO.
- Lewinsohn, P. M., Steinmetz, J. L., Larson, D. W., & Franklin, J. (1981). Depression-related cognitions: antecedent or consequence? *J Abnorm Psychol*, 90, 213-219.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Brody, D., Fisher, P. W., Bourdon, K., & Koretz, D. S. (2010). Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics*, 125, 75-81.
- Monroe, S. M. & Harkness, K. L. (2005). Life stress, the "kindling" hypothesis, and the recurrence of depression: considerations from a life stress perspective. *Psychol Rev*, 112, 417-445.
- NICE (2005). *Depression in Children and Young People. Identification and management in primary, community and secondary care*. Leicester: The British Psychological Society.
- Pine, D. S., Cohen, P., Johnson, J. G., & Brook, J. S. (2002). Adolescent life events as predictors of adult depression. *J.Affect.Disord.*, 68, 49-57.
- Post, R. M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry*, 149, 999-1010.

Reichart, C. G. (2014). Stemmingsstoornissen. In F.C.Verhulst, F. Verheij, & M. Danckaerts (Eds.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie* (pp. 464). Assen: Koninklijke van Gorcum.

Schudel, W. J., Struben H.W.A., & Vroom-Jongerden, J. M. (1998). Suïcidaal gedrag en etnisch-culturele afkomst. *Epidemiol Bul*, 33, 7-13.

Sokolov, S. & Kutcher, S. (2001). Adolescent depression: Neuroendocrine aspects. In *The Depressed Child and Adolescent* (pp. 233-266). Cambridge: Cambridge University Press.

Weissman, M. M. & Olfson, M. (1995). Depression in women: implications for health care research. *Science*, 269, 799-801.

Weissman, M. M., Wolk, S., Goldstein, R. B., Moreau, D., Adams, P., & Greenwald, S. (1999). Depressed adolescents grown up. *Journal of American Medical Association*, 281, 1707-1713.

2. Welke problematiek (psychisch, biologisch en psychosociaal) kan gepaard gaan met depressieve klachten?

2.1 Aanbeveling

- De JGZ-professional dient kennis te hebben van de problematiek die gepaard kan gaan met depressieve klachten, zoals een angst- of gedragsstoornis.

2.2 Uitgangsvraag die heeft geleid tot de onderbouwing en aanbeveling

- Welke problematiek (psychisch, biologisch en psychosociaal) kan gepaard gaan met depressieve klachten bij kinderen en jongeren?

2.3 Onderbouwing waarop de aanbeveling is gebaseerd

Depressie gaat bij kinderen en jongeren erg vaak samen met andere psychiatrische stoornissen. Sommige klinici en onderzoekers vragen zich daarom ook af of het concept depressie wel het juiste type diagnose is bij deze groep (Angold, Costello, & Erkanli, 1999). Als er sprake is van comorbiditeit, is de duur van de depressie vaak langer. Bovendien werkt de behandeling minder goed en is het risico op een terugval en de kans op een suïcidepoging groter (Ezpeleta, Domenech, & Angold, 2006; Rudolph & Clark, 2001). Helaas is er bij 42% (Rohde, Lewinsohn, & Seeley, 1991) tot 75% (Kovacs, 1996; Sorensen, Nissen, Mors, & Thomsen, 2005) van de jongeren met een depressie een comorbide stoornis aanwezig. Bij 20-50% zijn er zelfs twee of meer bijkomende diagnoses (Goodyer, Herbert, Secher, & Pearson, 1997). Een angst- of gedragsstoornis zijn de voornaamste comorbide stoornissen bij een depressie (Birmaher et al., 1996; Birmaher et al., 2007; Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009; NICE, 2005). Een angststoornis (voornamelijk gegeneraliseerde en sociale angststoornis) zou bij 40-80% van de personen met een depressie voor komen (Hankin, 2009). Verder komt de dysthyme stoornis bij 30-80% van de personen met een depressie voor. Daarnaast komt, in vergelijking met kinderen zonder psychiatrische diagnose, een depressie vaker voor bij kinderen met een dwangstoornis (15%), ADHD, posttraumatische stress-stoornis, eetstoornis (5%), leerstoornis, somatoforme stoornis, verstandelijke beperking en autisme spectrum stoornis. Verder moet men bij obesitas of middelenmisbruik ook denken aan een depressie (Conner, Pinquart, & Gamble, 2009; Fergusson, Boden, & Horwood, 2009; Morrison, Shin, Tarnopolsky, & Taylor, 2014). De aanwezigheid van comorbiditeit kan per leeftijdsfase en sekse verschillen. Bij kinderen onder de twaalf is het lastig een verschil te maken tussen een angststoornis en een depressie (Cole, Truglio, & Peeke, 1997). Voor de adolescentie komen separatieangst, ADHD (Yorbik, Birmaher, Axelson, Williamson, & Ryan, 2004) en gedragsproblemen meer voor (Harrington et al., 2000) bij personen met een depressie'. Bij mannelijke adolescenten met een depressie komt ODD regelmatig voor en bij vrouwen met een depressie juist eetproblemen (Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley, & Andrews, 1993).

2.4 Referenties

Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *J.Child Psychol.Psychiatry*, 40, 57-87.

Birmaher, B., Brent, D., Bernet, W., Bukstein, O., Walter, H., Benson, R. S. et al. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46, 1503-1526.

Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E. et al. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*, 35, 1427-1439.

Cole, D. A., Truglio, R., & Peeke, L. (1997). Relation between symptoms of anxiety and depression in children: a multitrait-multimethod-multigroup assessment. *J Consult Clin Psychol*, 65, 110-119.

Conner, K. R., Pinquart, M., & Gamble, S. A. (2009). Meta-analysis of depression and substance use among individuals with alcohol use disorders. *J.Subst.Abuse Treat.*, 37, 127-137.

Ezpeleta, L., Domenech, J. M., & Angold, A. (2006). A comparison of pure and comorbid CD/ODD and depression. *J Child Psychol Psychiatry*, 47, 704-712.

Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2009). Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. *Arch.Gen.Psychiatry*, 66, 260-266.

Goodyer, I. M., Herbert, J., Secher, S. M., & Pearson, J. (1997). Short-term outcome of major depression: I. Comorbidity and severity at presentation as predictors of persistent disorder. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*, 36, 179-187.

Hankin, B. L. (2009). Development of sex differences in depressive and co-occurring anxious symptoms during adolescence: descriptive trajectories and potential explanations in a multiwave prospective study. *J.Clin.Child Adolesc.Psychol.*, 38, 460-472.

Harrington, R., Peters, S., Green, J., Byford, S., Woods, J., & McGowan, R. (2000). Randomised comparison of the effectiveness and costs of community and hospital based mental health services for children with behavioural disorders. *BMJ*, 321, 1047-1050.

Kovacs, M. (1996). Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*, 35, 705-715.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2009). Addendum Depressie bij Jeugd bij de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. Utrecht, Nederland, Trimbos-instituut/CBO.

Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R., & Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J Abnorm Psychol*, 102, 133-144.

Morrison, K. M., Shin, S., Tarnopolsky, M., & Taylor, V. H. (2014). Association of depression & health related quality of life with body composition in children and youth with obesity. *J.Affect.Disord.*, 172C, 18-23.

NICE (2005). Depression in Children and Young People. Identification and management in primary, community and secondary care. Leicester: The British Psychological Society.

Rohde, P., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1991). Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *J Abnorm Psychol*, 100, 214-222.

Rudolph, K. D. & Clark, A. G. (2001). Conceptions of relationships in children with depressive and aggressive symptoms: social-cognitive distortion or reality? *J.Abnorm.Child Psychol.*, 29, 41-56.

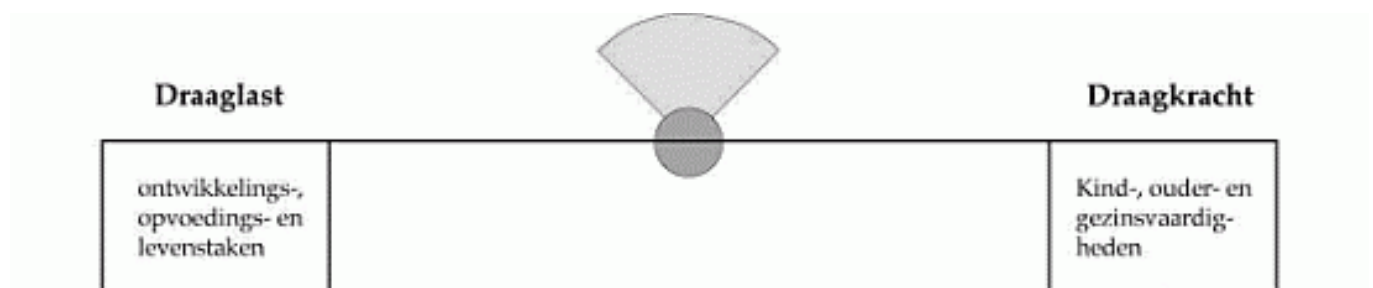
Sorensen, M. J., Nissen, J. B., Mors, O., & Thomsen, P. H. (2005). Age and gender differences in depressive symptomatology and comorbidity: an incident sample of psychiatrically admitted children. *J Affect Disord*, 84, 85-91.

Yorbik, O., Birmaher, B., Axelson, D., Williamson, D. E., & Ryan, N. D. (2004). Clinical characteristics of depressive symptoms in children and adolescents with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*, 65, 1654-1659.

3. Risico- en beschermende factoren

De factoren die van invloed zijn voor het ontstaan van depressieve klachten zijn ingedeeld naar kindfactoren, ouderfactoren en factoren in de leefomgeving. Belangrijk is ook het onderscheid tussen risicofactoren en beschermende factoren, deze dienen in balans te zijn. Het balansmodel, zoals dit in de JGZ wordt gebruikt, geeft een overzicht van het samenspel van risicofactoren en beschermende factoren bij de ontwikkeling van een jeugdige (Bakker, Bakker, Van Dijke, & Terpstra, 2015). Het evenwicht tussen draaglast en draagkracht van de jeugdige en het gezin is hierbij van essentieel belang. Draaglast is het geheel aan taken die jeugdigen (en gezinnen) dienen te vervullen. Risicofactoren of bepaalde gebeurtenissen kunnen het uitvoeren van de taken moeilijker maken en daardoor de draaglast vergroten. Bij draagkracht gaat het om het geheel aan competenties en beschermende factoren waarover jeugdigen (en gezinnen) beschikken die hen helpen met deze taken en risicofactoren om te gaan. In het kader van depressieve klachten kan de draagkracht bijvoorbeeld vergroot worden door psycho-educatie of interventies gericht op de jeugdige of op het gezin. In figuur 1 wordt een vereenvoudigde weergave van het [Balansmodel](#) gegeven.

Figuur 1: Het Balansmodel



3.1 Aanbevelingen

- De JGZ-professional heeft kennis van de risicofactoren en de beschermende factoren voor depressie.
- De JGZ-professional weegt de risicofactoren en de beschermende factoren en registreert deze in het DD-JGZ volgens het Basisdataset-protocol horend bij deze richtlijn.
- De JGZ-professional weegt de risicofactoren en de beschermende factoren bij de jeugdigen bij wie meerdere risicofactoren opeenstapelen.
- De JGZ-professional is bij ingrijpende levensgebeurtenissen extra alert op een risico op een depressie door afname van een specifieke anamnese en monitort hierop.
- De JGZ-professional dient alert te zijn op comorbiditeit en hoog risicogroepen.

3.2 Uitgangsvraag die heeft geleid tot de onderbouwing en aanbevelingen

- Wat zijn risicofactoren voor het ontstaan van depressieve klachten bij kinderen van 0-19 jaar? En zijn er verschillen als er rekening wordt gehouden met diversiteit?

3.3 Onderbouwing waarop de aanbevelingen zijn gebaseerd

De uitgangsvragen zijn beantwoord met behulp van wetenschappelijk bewijs en/of expert opinion. De antwoorden dienen als onderbouwing voor de aanbevelingen.

Risicofactoren en beschermende factoren

De factoren die van invloed zijn voor het ontstaan van depressieve klachten zijn ingedeeld naar kindfactoren, ouderfactoren en factoren in de leefomgeving. Deze indeling sluit aan bij de bestaande wetenschappelijke literatuur over stemmingsproblemen. Belangrijk is ook het onderscheid tussen risicofactoren en beschermende factoren. Deze dienen in balans te zijn om een depressie te voorkomen.

Risicofactoren voor een depressie

Diverse psychosociale risicofactoren kunnen leiden tot een eerste depressie (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009). Deze factoren kunnen te maken hebben met levensgebeurtenissen, de ouders, de jeugdige zelf, de school en de leefomgeving. De teksten zijn grotendeels overgenomen uit de Richtlijn Stemmingsproblemen in de Jeugdzorg (Meeuwissen et al., 2014). Bedenk dat in onderhavige richtlijn de opgenomen risicofactoren niet specifiek voor depressie zijn.

Levensgebeurtenissen

Een belangrijke ontwrichtende factor is de zogenoemde ingrijpende levensgebeurtenis (life event) (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009; Rooijen & Ince, 2012). Een belangrijk risico vormen met name de negatieve ingrijpende levensgebeurtenissen, zoals het verlies van een ouder/familielid, echtscheiding van de ouders, verhuizing/schoolwisseling, moeten vluchten uit een (geboorte)land, ernstige ziekte en mishandeling/seksueel misbruik. De oorzaak van een acute depressie is in 50-70% van de gevallen een ingrijpende levensgebeurtenis (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009).

Kind

Bij het kind zijn risicofactoren onder meer:

- Een geremd temperament (introvert, negatieve gevoelens bij zich houden) of de neiging om snel boos, angstig of verdrietig te reageren op prikkels uit de omgeving (Rooijen & Ince, 2012).
- Extravert temperament met daarbij een afwijzende houding van ouders op storend gedrag (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009).
- Negatieve cognitieve stijl; nieuwe ervaringen worden negatief geïnterpreteerd als gevolg van een eerdere negatieve of pijnlijke ervaring (Birmaher et al., 2007; Coyne, 1976).

- Puberteit, met name bij meisjes/jonge vrouwen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009).
- Al eerder een depressieve periode hebben meegemaakt of een dysthyme stoornis (Reichart, 2014). Het risico op herhaling lijkt toe te nemen bij een toenemend aantal periodes (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009).
- Angstsymptomen of een angststoornis gaan vaak vooraf aan de depressieve stoornis. (Hankin, 2008; Seligman & Ollendick, 1998; Zahn-Waxler, Shirtcliff, & Marceau, 2008) Daarbij is het ernst van sociale angstsymptomen bij 11- tot 14-jarige voorspellend voor depressieve symptomen (Aune & Stiles, 2009).
- Psychische comorbiditeit (zoals middelenmisbruik, ADHD, angststoornis, eetstoornis) (Angold A. & Costello E.J., 2001; Birmaher et al., 2007).
- Een chronische somatische ziekte (Birmaher et al., 2007).
- Genetische factoren (Joiner T.E., Coyne J.C., & Blalock J., 1999), zie ook 'Ouders'.
- Beperkte cognitieve vaardigheden (Didden & Baas, 2014).
- Leerproblemen (zie ook 'School').
- Traumatische ervaringen (zie ook 'Levensgebeurtenis').
- Onveilige hechting (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009).
- Transitiemomenten(expert opinion).
- Sportblessure (expert opinion).

Ouders

Belangrijke risicofactoren voor het kind om depressieve klachten te ontwikkelen zijn:

- Als één of beide ouders een angststoornis of een depressie heeft/hebben (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009; Rooijen & Ince, 2012). De oorzaak is dan niet alleen genetisch; er kan door de ziekte van de ouder een ongunstig opvoedings- en gezinsklimaat ontstaan. De kinderen hebben een drie tot vier keer verhoogde kans op depressie in vergelijking met kinderen van ouders zonder depressie.
- Ook kinderen van ouders met andere psychische problematiek (KOPP) en kinderen van verslaafde ouders (KVO) kunnen zich afgewezen, schuldig en overbelast voelen door de problematiek van de ouder (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009). Bovendien kopieert een kind het gedrag dat hoort bij de ziekte van de ouder (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009).
- Opvoedstijlen van ouders met en zonder psychopathologie kunnen ook een risico vormen, zoals een overmatig beschermende, overmatig kritische of autoritaire opvoedingsstijl (Rooijen & Ince, 2012).

- Relatieproblemen of ruzies tussen de ouders of een scheiding hebben een negatieve impact op het welbevinden (Rooijen & Ince, 2012).
- Kinderen met een ouder/gezinslid met een chronische ziekte, die veel aanpassing vraagt van het kind, hebben een hoger risico om een depressie te ontwikkelen. (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009).

School

De volgende schoolgerelateerde factoren kunnen mede de oorzaak vormen van het ontwikkelen van depressieve klachten. Bij jeugdigen met een depressie worden regelmatig de volgende problemen op school gesignaleerd. Het is daarbij vaak niet duidelijk wat oorzaak en wat gevolg is van de depressie.

- Weinig goede vriendschappen, leerproblemen of problemen met de leerkracht (Rooijen & Ince, 2012).
- Uitsluiting en gepest worden, met name bij adolescenten (Hawker & Boulton, 2000. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009).
- Overvraagd/Ondervraagd worden op school, vaak doordat het onderwijsniveau relatief te hoog/laag is. De school past daardoor niet bij cognitieve mogelijkheden van de jeugdige (expert opinion).

Leefomgeving

Gelet op de leefomgeving kunnen de volgende factoren het risico op depressieve klachten vergroten:

- Gezin met een laag inkomen, slechte behuizing en wonen in een slechte buurt (Rooijen & Ince, 2012; Silk et al., 2007).
- Leven tussen twee culturen (Berry, 1997).
- Dak-, thuisloos, asielzoeker of illegaal zijn (expert opinion).
- Weinig sociale steun en eenzaamheid ervaren (expert opinion).

Hoogrisicogroepen

Bij de volgende groepen bestaat een hoger risico op depressieve klachten:

Jeugdigen met een gemiddelde tot lage veerkracht, bij wie meerdere risicofactoren en/of negatieve levensgebeurtenissen opstapelen, hebben een verhoogd risico op depressieve klachten (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009; Rooijen & Ince, 2012).

Voorbeelden kunnen zijn:

- Mishandelde, verwaarloosde en seksueel misbruikte jeugdigen.
- Prikkelbare jongens in de adolescentie met somberheid of neerslachtigheid (hoewel adolescente meisjes in absolute zin meer risico kunnen lopen op een depressie).
- Jeugdigen met psychische comorbiditeit (Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1998).
- Kinderen van depressieve ouders en over het algemeen KOPP/KVO-kinderen (Horowitz & Garber, 2006).

- Jeugdigen die blootgesteld zijn aan veel stress, bijvoorbeeld door scheiding van de ouders of verlies van een ouder (Horowitz & Garber, 2006), met een hoger risico na een suicide van een ouder.
- Delinquente jongeren (Ryan & Redding, 2004).
- Adolescente meisjes die zich melden in de zorg (Horowitz & Garber, 2006).
- Bij vmbo-leerlingen is de kans op psychosociale problemen veel groter (25%), dan bij vwo-leerlingen (10%) (Dorsselaer S., Zeijl E., Eeckhout S. van den, Bogt T. ter, & Vollebergh W., 2007).
- Minderjarige asielzoekers, binnen deze groep lopen de alleenstaande jeugdigen (AMA's) een nog groter risico op een depressie (Bean, Derluyn, Eurelings-Bontekoe, Broekaert, & Spinhoven, 2007). Met mogelijk een groter risico op chronisch beloop door onzekerheid over de verblijfsstatus (Bean, Eurelings-Bontekoe, & Spinhoven, 2007).
- Jeugdigen met ouders die de lat te hoog leggen wat betreft schoolprestaties (expert opinion).
- Meisjes met een migrantenachtergrond die zich melden in de zorg (expert opinion).

Beschermende factoren

Beschermende factoren kunnen het effect van eerder genoemde risicofactoren verminderen of ongedaan maken. Dit betekent dat de invloed van risicofactoren mede wordt bepaald door de aan- of afwezigheid van beschermende factoren (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009). Beschermende factoren kunnen niet automatisch de risicofactoren opheffen (het is geen optel- en aftreksom van factoren) (Bot et al., 2013). De belangrijkste beschermende factoren op het gebied van leefomgeving, school, ouders en het kind zelf worden hier opgesomd.

Kind

De volgende kenmerken hebben een beschermende werking:

- Veilige hechting (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009).
- Sociale competentie (Smit, Bohlmeijer, & Cuijpers, 2003).
- Communicatieve vaardigheden en openheid in de communicatie (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009).
- Zelfinzicht, een realistische zelfwaardering, zelfvertrouwen (Rooijen & Ince, 2012).
- Het plannen van en deelnemen aan plezierige activiteiten (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009).
- Goede lichamelijke gezondheid (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009).
- Veerkracht, weerbaarheid tegen stress, eerdere positieve ervaringen in het omgaan met stress (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009).
- Vaardigheden om met problemen om te gaan (Rooijen & Ince, 2012).
- Hoge intelligentie (expert opinion).
- Begrip, kennis van depressie en wat eraan gedaan kan worden (expert opinion).

- (Indien dit aan de orde is) een heldere kijk op de psychische problematiek van de ouder (expert opinion).
- Een gemakkelijke (flexibele) persoonlijkheid (expert opinion).
- Goede interpersoonlijke relaties, makkelijke omgangsstijl met anderen (expert opinion).
- Het gevoel controle te hebben over situaties (expert opinion).
- Deelnemen aan fysieke activiteiten kan bevorderlijk zijn (expert opinion).

Ouders

- De aanwezigheid van ten minste één steunende ouder (Rooijen & Ince, 2012).
- Een goed gezinsklimaat (Rooijen & Ince, 2012).
- Goede onderlinge relatie tussen de ouders (Rooijen & Ince, 2012).

Leefomgeving

- Steun uit de omgeving van zowel volwassenen als leeftijdsgenoten (Aneshensel & Sucoff, 1996; Rooijen & Ince, 2012).
- Positieve schoolervaringen (Rooijen & Ince, 2012).
- Deelname aan sport, club- of verenigingsleven (Rooijen & Ince, 2012b).
- Weinig ruzie in het gezin (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009).
- Goede en stimulerende contacten (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009).

3.4 Referenties

- Aneshensel, C. S. & Sucoff, C. A. (1996). The neighborhood context of adolescent mental health. *J.Health Soc.Behav.*, 37, 293-310.
- Angold A. & Costello E.J. (2001). Epidemiology of depression in children and adolescents. In *The depressed child and adolescent* (pp. 143-178). Cambridge: Cambridge University Press.
- Aune, T. & Stiles, T. C. (2009). The effects of depression and stressful life events on the development and maintenance of syndromal social anxiety: sex and age differences. *J.Clin.Child Adolesc.Psychol.*, 38, 501-512.
- Bakker, I., Bakker, C., Van Dijke, A., & Terpstra, L. (2015). *O&O in perspectief* Utrecht: NIZW.
- Bean, T. M., Eurelings-Bontekoe, E., & Spinhoven, P. (2007). Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the Netherlands: one year follow-up. *Soc.Sci.Med.*, 64, 1204-1215.
- Berry, J. W. (1997). Immigration, Acculturation, and Adaptation. *Applied Psychology*, 46, 5-34.
- Birmaher, B., Brent, D., Bernet, W., Bukstein, O., Walter, H., Benson, R. S. et al. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46, 1503-1526.
- Bot, S., Roos, S. d., Sadiraj, K., Keuzenkamp, S., Broek, A. v. d., & Kleijnen, E. (2013). *Terecht in de jeugdzorg. Voorspellers van kind- en opvoedproblematiek en jeugdzorggebruik* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Coyne, J. C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry. Psychiatry*, 28-40.
- Didden, R. & Baas, A. (2014). Stemmingsstoornissen bij mensen met een ernstige verstandelijke beperking. Een literatuuroverzicht. Nijmegen, Nederland, Radboud Universiteit Nijmegen.
- Dorselaer S., Zeijl E., Eekhout S.van den, Bogt T.ter, & Vollebergh W. (2007). *Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hankin, B. L. (2008). Rumination and depression in adolescence: investigating symptom specificity in a multiwave prospective study. *J.Clin.Child Adolesc.Psychol.*, 37, 701-713.
- Hawker, D. S. & Boulton, M. J. (2000). Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: a meta-analytic review of cross-sectional studies. *J.Child Psychol.Psychiatry*, 41, 441-455.

Horowitz, J. L. & Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*, 74, 401-415.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2009). Addendum Depressie bij Jeugd bij de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. Utrecht, Nederland, Trimbos-instituut/CBO.

Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychol Rev*, 18, 765-794.

Meeuwissen, J. A. C., Speetjens, P., Meije, D., Oud, M., Konijn, C., Besselse, M. et al. (2014). Onderbouwing Richtlijn Stemningsproblemen in de Jeugdzorg. Utrecht, Nederland, Nederlands Jeugdinstituut (NJI).

Reichart, C. G. (2014). Stemningsstoornissen. In F.C.Verhulst, F. Verheij, & M. Danckaerts (Eds.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie* (pp. 464). Assen: Koninklijke van Gorcum.

Rooijen, K. v. & Ince, D. (2012). *Wat werkt bij angst- en stemmingsproblemen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Ryan, E. P. & Redding, R. E. (2004). A review of mood disorders among juvenile offenders. *Psychiatr Serv*, 55, 1397-1407.

Seligman, L. D. & Ollendick, T. H. (1998). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: an integrative review. *Clin.Child Fam.Psychol.Rev.*, 1, 125-144.

Silk, J. S., Vanderbilt-Adriance, E., Shaw, D. S., Forbes, E. E., Whalen, D. J., Ryan, N. D. et al. (2007). Resilience among children and adolescents at risk for depression: Mediation and moderation across social and neurobiological contexts. *Dev.Psychopathol.*, 19, 841-865.

Smit, E., Bohlmeijer, E., & Cuijpers, P. (2003). *Wetenschappelijke onderbouwing depressiepreventie. Epidemiologie, aangrijpingspunten, huidige praktijk, nieuwe richtingen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A., & Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: gender and psychopathology. *Annu.Rev.Clin.Psychol.*, 4, 275-303.

4. Signaleren, ernst vaststellen en toeleiden naar zorg

Inleiding

Professionals in de jeugdgezondheidszorg (JGZ) krijgen in hun dagelijkse praktijk te maken met kinderen en jongeren die een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van een depressie of al symptomen van een depressie vertonen. Het tijdig signaleren van risicogroepen en symptomen van een depressie kan voorkomen dat een depressie ontstaat of dat de klachten verergeren. In een stroomdiagram is het proces van signaleren, begeleiden, monitoren, nader onderzoek en toeleiden naar verdere diagnostiek en behandeling van jeugdigen met depressieve klachten weergegeven. Het gebruik van een signaleringsinstrument is belangrijk ter ondersteuning van de klinische blik, zodat een zo objectief mogelijk beeld verkregen wordt (Vogels, 2008). Naast het inzetten van een signaleringsinstrument blijft de dialoog, observatie en de vertrouwensrelatie tussen de JGZ-professional en de ouder en/of de jeugdige van groot belang.

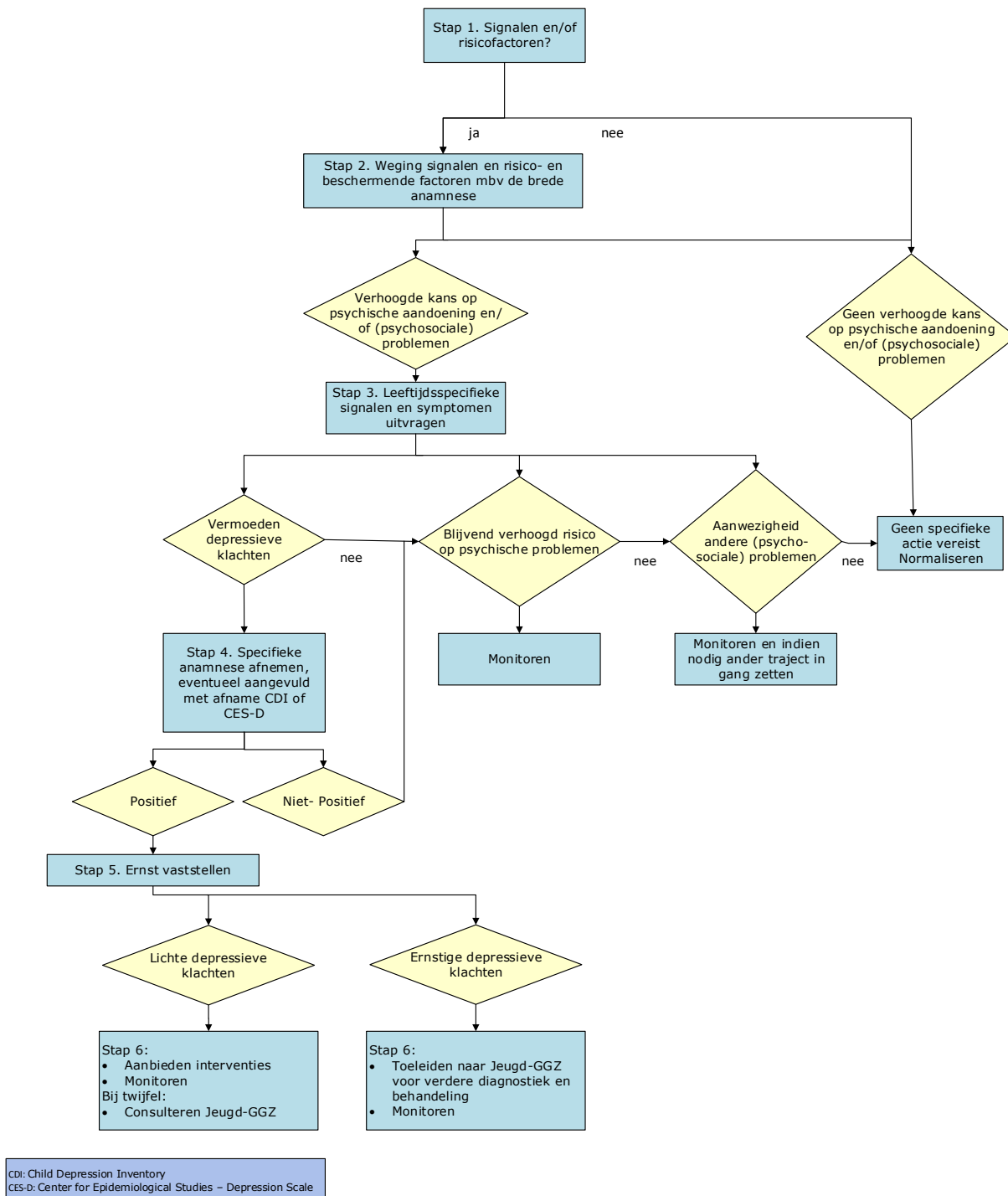
4.1 Aanbevelingen

- De JGZ-professional dient de signalen en symptomen van depressie te kennen.
- De JGZ-professional dient alert te zijn op depressie bij lichamelijke signalen.
- De JGZ-professional dient zich te oriënteren op signalen en risicofactoren met behulp van vragenlijsten (zoals aanbevolen door de JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen) en/of gesprekken met ouders en de jeugdige. Tevens wordt gebruik gemaakt van informatie uit het dossier en van ketenpartners en school.
- De JGZ-professional dient bij signalen of risicofactoren een brede anamnese af te nemen.
- De JGZ-professional dient te onderzoeken of het gaat om een vermoeden van depressie of om andere (psychosociale) problemen. De JGZ-professional dient bij een vermoeden van een depressie een specifieke anamnese uit te voeren.
- De JGZ-professional dient alert te zijn op het risico op suïcide en verwijst direct door naar de Jeugd-GGZ als er een risico geconstateerd is en ziet erop toe dat de verwijzing gerealiseerd wordt.
- De JGZ-professional overweegt een specifiek screeningsinstrument bij een vermoeden van depressie af te nemen, bij voorkeur de CDI of eventueel de CES-D.
- De JGZ-professional dient ernstcriteria voor inschatting van de ernst van de depressieproblematiek te gebruiken en stelt vast of de depressieve klachten licht of ernstig zijn.
- De JGZ-professional dient bij lichte depressieve klachten interventies in te zetten (zie 6.1.3).
- De JGZ-professional dient bij ernstige depressieve klachten toe te leiden naar de Jeugd-GGZ.

- De JGZ-professional dient met de Jeugd-GGZ te overleggen als zij niet weet of de depressieve klachten licht of ernstig zijn.
- De JGZ-professional dient de depressieve klachten te monitoren, zodat kennis van het beloop verkregen wordt.

In een stroomdiagram is het proces van signaleren, begeleiden, monitoren, nader onderzoek en toeleiden naar verdere diagnostiek en behandeling van jeugdigen met depressieve klachten weergegeven.

Stroomdiagram depressieve klachten bij jeugdigen
Signaleren, begeleiden en toeleiden naar diagnostiek en behandeling



4.2 Uitgangsvragen die hebben geleid tot de onderbouwing en aanbevelingen

- Wat zijn signalen (van een voorstadium) van een depressie bij jeugdigen van 0-19 jaar, per leeftijdsgroep en rekening houdend met diversiteit?
- Welke informatie van jeugdigen en hun omgeving kan systematisch worden verzameld door de jeugdgezondheidszorg en hoe wordt deze geïnterpreteerd om tot een inschatting te komen van de ernst van de problematiek?
- Hoe signaleer je depressie bij jeugdigen? Met name voor de groep 0-4 jaar ontbreken signaleringsinstrumenten/methoden.
- Wanneer zijn signalen reden tot jeugdgezondheidszorg en wat zijn redenen om door te verwijzen?

4.3 Onderbouwing waarop de aanbevelingen zijn gebaseerd

4.3.1 Signalen van een depressie

Het is gecompliceerd om depressie bij kinderen en jongeren te signaleren, doordat sommige kenmerken horen bij het opgroeien. Zo komen bij jongeren sombere gevoelens, angst, verlegenheid, geremdheid, eenzaamheid en een laag zelfvertrouwen veelvuldig voor, zonder dat dit direct zorgelijk hoeft te zijn. Dergelijke emoties gaan ook vaak vanzelf over als jongeren ouder worden (Rooijen & Ince, 2012). Daarnaast is het signaleren van depressie bij kinderen en jongeren lastig omdat de symptomen gemakkelijk gemist worden. Deze zijn minder in het oog springend dan bijvoorbeeld uitingen van gedragsproblemen (Postma & Schulte, 2008). Ook kunnen de problemen gemaskeerd worden door bijvoorbeeld gedragsproblemen of bijkomende problematiek (zie tabel 1). In de puberteit wordt de behoefte aan het ontwikkelen van een eigen identiteit groter. Het gezin staat minder centraal en de buitenwereld (vrienden, school, vrije tijd) speelt een belangrijker rol. De puber leeft als het ware in twee werelden. Ze ziet dat de normen, waarden en idealen van de ouders relatief zijn en houdt meer rekening met die van leeftijdsgenoten. Daarin passen geen gevoelens van onzekerheid of somberheid en die kunnen verborgen zijn.

In deze paragraaf worden de signalen en symptomen van een depressie beschreven. Het verschil tussen een symptoom en signaal is dat een symptoom eigenlijk alleen waargenomen kan worden door de jeugdige zelf (bijvoorbeeld vermoeidheid of hoofdpijn) en een signaal, een teken, gezien en herkend kan worden door anderen (bijvoorbeeld geen interesse hebben of driftig zijn). Toch kan er ook overlap zijn tussen een signaal en een symptoom. Symptomen van een depressie volgens DSM-5 zijn gelijk voor jeugdigen en volwassenen, met toevoeging van prikkelbaarheid en niet aankomen in gewicht voor jeugdigen (APA, 2013). Signalen van depressie zijn verschillend voor jeugdigen en volwassenen. Deze hangen samen met de ontwikkeling van de jeugdige; hoe jonger, hoe fysieker de uitingsvorm (de Wit, 1997). Een sombere of verdrietige stemming, prikkelbaarheid en verlies aan interesse zijn belangrijke eerste signalen die het verdienen om nader geïnventariseerd te worden (Birmaher et al., 2007). In het onderstaande overzicht van De Wit (de Wit, 2006), aangevuld met informatie van de American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 2013) en praktijkervaring (expert opinion), zijn de signalen en symptomen van een depressie bij jeugdigen ingedeeld naar leeftijdsfase. Deze kunnen zich voordoen bij en gezien worden door de ouders, school en andere ketenpartners.

Tabel 1. Leeftijdsspecifieke signalen en symptomen van depressie bij kinderen en jongeren (de Wit, 2006), aangevuld met informatie van AACAP (AACAP, 2013) en praktijkervaring).

Leeftijdssfase	Signalen en symptomen
<i>Babyfase (0-1 jaar)</i>	- voedings- en slaapproblemen - achterstand in de lichamelijke /emotionele ontwikkeling - groeiachterstand - frequent en ontroostbaar huilen - sombere of prikkelbare stemming (let op interactie en gelaatsexpressie) - verlies van interesse en plezier
<i>Peuter en kleutertijd (1-4 jaar)</i>	- voedings- en slaapproblemen - functionele klachten (o.a. hoofdpijn, buikpijn) - angsten en driftig gedrag - sombere of prikkelbare stemming wordt nog niet in woorden uitgedrukt maar komt tot uiting in gelaatsexpressie en lichaamshouding - geen plezier in spelen - niet speels - geen symbolisch spel - lusteloosheid - 'magische' schuldgevoelens - gevoel benadeeld te zijn
<i>Basisschoolleeftijd (4-12 jaar)</i>	- voedings- en slaapproblemen - functionele klachten (o.a. hoofdpijn, buikpijn) - niet speels - concentratieproblemen - leerremming - lusteloosheid, verlies van interesse - zich aanhoudend vervelen - pesten of gepest worden - uitingen van boosheid en drift - niet genieten, geen plezier - sociaal geremd en niet weerbaar - (verbale uitingen van) sombere of prikkelbare stemming, huilerig - depressieve gevoelens worden afgeweerd en overdekt met stoer gedrag of opstandigheid²⁾ - extreem gevoelig voor afwijzing en falen - suïcidale gedachten, plannen en daden - depressieve cognities¹⁾ betreffende eigenwaarde, school, slechtheid, schuld, toekomstperspectief

<i>Adolescentie (12-18 jaar)</i>	- voedings- en slaapproblemen - functionele klachten (o.a. hoofdpijn, buikpijn) - lusteloosheid, vermoeidheid en hypo-activiteit - afnemende schoolprestaties - verhoogd ziekteverzuim - spijbelen - zich aanhoudend vervelen - pesten of gepest worden - stoer en agressief gedrag ²⁾ - (pre-) delinquent gedrag - seksueel promiscue gedrag - drank- en drugsmisbruik - (verbale uitingen van) sombere of prikkelbare stemming, huilerig - extreem gevoelig voor afwijzing en falen - piekeren - concentratieproblemen - verlies van interesse en plezier - isolement, verwaarlozen van sociale contacten - weglopen van huis, praten over weglopen - suïcidale gedachten, plannen en daden ³⁾ - schuld- en slechtheidgevoelens - depressieve cognities¹⁾ betreffende uiterlijk, sociale relaties, intimiteit, opleiding en toekomst
---	--

¹⁾ Depressieve cognities, waaronder slechtheidsbelevingen en negatief zelfbeeld, worden bij kinderen pas aangetroffen vanaf ongeveer 4 jaar, tenzij zij door ouders of anderen al vroeg systematisch 'gevoed' zijn met het idee dat ze niet deugen of er niet hadden moeten zijn. Depressieve cognities komen ook minder vaak voor bij kinderen en adolescenten met een verstandelijke beperking of met een niet-westerse achtergrond. Bij hen staan lichamelijke signalen op de voorgrond (de Wit, 2006).

²⁾ Kinderen en jongeren hebben soms de neiging hun depressie te ontkennen en het depressief affect af te weren met stoer gedrag. Dit hangt samen met het feit dat adolescenten onafhankelijk willen zijn en het idee hulp nodig te hebben niet verdragen. Ook kan de sociale omgeving als norm hebben dat 'gevoelig zijn' soft is en niet deugt (de Wit, 2006).

³⁾ In de meeste gevallen komen suïcides, gedachtevorming en daden pas vanaf ongeveer 9 jaar bij kinderen voor, omdat hun doods- en causaliteitsbegrip dit dan pas toelaten. Maar als jeugdigen al op jongere leeftijd met suïcide van anderen in aanraking zijn gekomen, geldt die leeftijdsgrens voor hen niet (de Wit, 2006).

Herkennen van suïcidaal gedrag

Het is bekend dat vragen stellen over suïcidaal gedrag aan jeugdigen geen suïcidaal gedrag uitlokt. Het blijkt zelfs dat suïcidale gedachten juist afnemen bij jeugdigen met depressieve symptomen (MDR Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal gedrag, 2012). Belangrijk is om op te merken dat JGZ-richtlijn Depressie (2016). Bekijk deze richtlijn ook op www.igzrichtlijn.nl

jeugdigen hun ouders vaak niet vertellen over hun suïcidale gedrag, maar anderen in vertrouwen nemen (zoals leeftijdsgenoten, een docent of buurvrouw). Vragen die de JGZ-professional kan stellen zijn bijvoorbeeld (Boer&Verhulst, 2014): Moet je vaak denken aan de dood? Denk je er wel eens over jezelf iets naars aan te doen of jezelf dood te maken? Is zoiets wel eens gebeurd in jouw familie of omgeving? Heb je wel eens gedacht hoe je jezelf zou willen doden? Heb je daar wel eens concrete plannen voor gemaakt of het daadwerkelijk geprobeerd te doen? Ben je wel eens onder invloed van alcohol of drugs?

Een voorbeeld met tips over wat te doen en hoe te handelen vindt de JGZ-professional in 'Suïcidaal en zelfbeschadigend gedrag van jongeren, Advies & Aanpak' van GGD Haaglanden.

4.3.2 *Systematisch verzamelen en interpreteren van informatie ter beoordeling van de ernst van de depressieve klachten*

In het proces van signaleren, ernst vaststellen en eventuele toeleiding naar andere zorg worden zes stappen onderscheiden:

Stap 1. Psychosociale klachten en risicofactoren signaleren.

Stap 2. Signalen en risico- en beschermende factoren mbv de brede anamnese wegen.

Stap 3. Leeftijdsspecifieke signalen en symptomen uitvragen.

Stap 4. Specifieke anamnese en desgewenst depressie specifiek signaleringsinstrument afnemen.

Stap 5. Ernst van de depressieve klachten bepalen.

Stap 6. Wanneer zijn signalen van depressie reden tot aanvullende acties van de JGZ en wat zijn redenen om toe te leiden?

Stap 1 Psychosociale klachten en risicofactoren signaleren

Voor de JGZ-professional zijn er verschillende momenten voor het signaleren van depressieve klachten, zoals een contactmoment, op aanvraag als ouders en/of ketenpartners (waaronder het sociale wijkteam) zich zorgen maken, of bij een indicatiescore op een generiek signaleringsinstrument. Volg bij het gebruik van een generiek signaleringsinstrument de aanbevelingen uit de JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen. Door gebruik te maken van een generiek instrument bij mogelijk depressieve klachten, wordt een breed beeld verkregen van de psychosociale ontwikkeling van de jeugdige. Hierdoor wordt de kans op het missen van meerdere aanwezige problemen verkleind (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009). De scores op generieke signaleringsinstrumenten bieden inzicht in de emotionele en gedragsproblemen van de jeugdige in het algemeen (generiek).

Stap 2 Signalen en risico- en beschermende factoren mbv de brede anamnese wegen

Wanneer signalen aanwezig zijn maakt de JGZ-professional een inschatting van de risico- en beschermende factoren door in gesprek te gaan met de jeugdige/ouders en/of met ketenpartners. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de brede anamnese. Deze is opgebouwd uit vragen rond de volgende thema's: ervaren problemen, de gevolgen, de aanleiding, mogelijke andere klachten, situatie thuis en op school (peuterspeelzaal, kinderdagverblijf), stressvolle omstandigheden, beschermende factoren, sociaal netwerk, ontvangen hulp, (toestemming voor) informatie van anderen, noodzaak van hulp. De afname van de brede anamnese duurt ongeveer 15 minuten.

Voor de brede anamnese is gebruik gemaakt van verschillende bronnen: Opvoedingsondersteuning kaart 2 beslisschema van het NCJ (https://d1l066c6yi5btx.cloudfront.net/ncj/ncj/docs/jgz-richtlijn_opvoedingsondersteuning_kaart2_beslisschema_def.pdf), Vroegsignalering van psychosociale problemen, het Balansmodel en het Kompas kinder- en jeugdpsychiatrie (Boer&Verhulst, 2014).

Vragen die bruikbaar kunnen zijn bij een brede anamnese.

1. Vraag naar bezorgdheid/ervaren probleem/last en de gevolgen voor de ouder of de jeugdige:
"Kun je er meer over vertellen?"
 - a. wat gebeurt er;
 - b. op welke momenten;
 - c. hoe vaak;
 - d. hoelang duurt het;
 - e. de ernst ervan;
 - f. wat zijn de gevolgen?
2. Wat is er vooral veranderd?
Omschrijf de jeugdige / jezelf eens voor die tijd.
3. Aanleiding?
 - a. sinds wanneer is het;
 - b. was er een aanleiding;
 - c. zou het ergens mee te maken kunnen hebben denk je?
4. Spelen er ook nog andere klachten?
 - a. bijzonderheden wat betreft gezondheid, ontwikkeling welbevinden;
 - b. hoe is het met het eten, gewicht, inslapen, doorslapen, overdag uitgerust;
 - c. voorgeschiedenis Heb je dit eerder gehad;

- d. gebruik van medicatie;
- e. gebruik genotmiddelen?

(Raadpleeg ook het JGZ-dossier)

5. Gezinssituatie

- a. hoe ziet jullie gezin eruit (bij wie woon je);
- b. hoe gaat het thuis met de verschillende gezinsleden;
- c. relatie met verschillende gezinsleden;
- d. verzorging en opvoeding;
- e. bijzonderheden;
- f. veranderingen? (zie ook vraag 9 'stressvolle omstandigheden')

6. Hoe gaat het op school?

- a. wat vind je van school;
- b. wat vind je leuk om te doen;
- c. wat vind je minder leuk aan school;
- d. hoe zijn de resultaten;
- e. concentratie;
- f. wie zijn je vrienden;
- g. wordt er gepest op school / in de klas;
word je wel eens gepest, of pest je zelf?

7. Vrije tijd

- a. wat vind je leuk om te doen;
- b. heb je vaste bezigheden;
- c. hoeveel tijd besteed je er aan;
- d. spreek je af met vrienden?

8. Stemming

- a. hoe is je stemming in het algemeen (vrolijk, ongelukkig, verdrietig);
- b. is er sprake van angst, zenuwachtigheid of gepieker;
- c. is er iets veranderd daarin de laatste tijd?

9. Stressvolle omstandigheden / ingrijpende gebeurtenissen

Jongere – gezin – school – omgeving

Zijn er de afgelopen twee jaar ingrijpende gebeurtenissen geweest in jullie gezin?

Het gaat om gebeurtenissen die je gebruikelijke leven kunnen veranderen

En welke invloed heeft dat op jou en/of jullie gezin? ("niet zorgelijk" of "zorgelijk")

- a. zorgen over een familielid of geliefd persoon, of het overlijden ervan;
- b. langdurige ziekte van een gezinslid;

- c. ongeval(len);
- d. slachtoffer geweld of criminaliteit;
- e. conflicten of ruzies binnen of buiten het gezin;
- f. echtscheiding of langdurige afwezigheid gezinslid;
- g. uitbreiding gezin door stiefouder en/of stiefkind(eren);
- h. problemen met andere kinderen in het gezin;
- i. problemen met wonen, verhuizing of migratie;
- j. problemen met school;
- k. problemen met werk of werkloosheid;
- l. problemen met geld of inkomen;
- m. problemen met drank of verslaving;
- n. psychische problemen van vader of moeder of ander gezinslid;
- o. vlucht naar Nederland.

10. Welke eigenschappen van de jeugdige, gezin en/of omgevingsfactoren zijn juist helpend of steunend? (beschermende factoren)

- a. wat zijn sterke kanten van jezelf; waar ben je trots op;
- b. wat zeggen ouders / vrienden daarover;
- c. wat is plezierig aan jouw (thuis)situatie; wat gaat goed;
- d. wat helpt jou, als het minder goed met je gaat?

11. Sociaal netwerk van het gezin / de jeugdige
van wie heb je steun? (ouders – gezin – familie – vrienden – school)

Wanneer er sprake is van een migrantenachtergrond denk aan vragen zoals:

- a. hoe zouden mensen in je (ouders) land van herkomst je klachten verklaren?
- b. hoe zouden mensen in je (ouders) land van herkomst met deze klachten omgaan?
- c. voel je je door je naasten begrepen?

12. Praat je over je ervaren probleem met anderen?
ouders, familie, vrienden, school, medewerkers kinderopvang
Wat merken anderen ervan, wat zeggen ze erover?

13. Wat heb je zelf mogelijk al geprobeerd om het probleem op te lossen?

- a. heb je informatie (online) opgezocht;
welke informatie heb je gevonden;
had je daar wat aan; zo ja, wat;
- b. heb je dingen uitprobeerde om het probleem op te lossen;
wat was het effect; ben je daar tevreden over;
zo nee, heb je ideeën over wat mogelijk nog wel zou kunnen werken?

14. Heb je om (online) hulp gevraagd aan anderen?

- a. aan wie (sociaal netwerk en/of professional);
 - b. heb je hulp gekregen;
 - c. zo ja van wie, en wat heeft het je opgeleverd;
 - d. zijn er al dingen veranderd?
15. Informatie opvragen bij anderen die het kind of de jongere goed kennen (ouders, kinderopvang, school, zorgteams etc)
Toestemming aan jeugdige en/ouders vragen om informatie met anderen te bespreken.
16. Noodzaak voor een vervolg
- a. zou je hulp willen en zo ja van wie en hoe?

Na de afname van de brede anamnese wordt een voorlopige samenvatting en conclusie opgesteld. Eveneens worden gezamenlijke afspraken tussen de JGZ-professional, de jeugdige/ouders en/of met ketenpartners over het vervolg gemaakt.

Diversiteit

Bij het aangaan van een dialoog met ouders of jeugdigen met een lage SES en/of migrantenachtergrond is het belangrijk rekening te houden met het feit dat zij een ander referentiekader kunnen hebben, bijvoorbeeld andere denkbeelden over oorzaken van ziekte, of andere waarden ten aanzien van opvoeden. Ga na met welke verwachtingen zij komen en wees je bewust van je eigen verwachtingen ten aanzien van hen. Soms hebben ouders met een lage SES en/of migranten achtergrond weerstand tegen bemoeienis van (overheids)instanties bij de opvoeding van kinderen. Bij deze groep ouders zal meer tijd nodig zijn om het vertrouwen te winnen (Algemene aandachtspunten diversiteit (Hemke, Muijsenbergh & Kuyvenhoven, 2010). Er zijn ook ouders die niet goed met het gangbare schriftelijke materiaal uit de voeten kunnen, bijvoorbeeld doordat ze de taal niet goed machtig zijn of lager zijn opgeleid. Zij kunnen ook moeite hebben met bepaalde interventies, omdat deze uitgaan van een taalvaardigheid en een abstractievermogen dat bij deze groep niet voldoende aanwezig is. Ook kan angst voor registratie aanwezig zijn. Kies daarom voor een interventie die aansluit bij de capaciteiten van zowel de ouders als de kinderen. Binnen de groep migranten wordt verwacht dat kinderen van asielzoekers een verhoogd risico lopen op depressie. Signalering bij deze groep is daarom van belang. Er zijn geen specifieke methoden voor signaleren van depressie bij jeugdigen in asielzoekerscentra. De JGZ-professional volgt de beschreven stappen.

Wanneer een taalbarrière een gesprek over depressieve klachten in de weg staat biedt een tolk ondersteuning. Met hulp van de tolk kan het probleem inzichtelijk worden gemaakt (aan de inhuur van een tolk zijn kosten verbonden). Denk hierbij ook aan vragen als 'Hoe zouden mensen in je (ouders) land van herkomst je klachten verklaren?', 'Hoe zouden mensen in je (ouders) land van herkomst met deze klachten omgaan?', 'Voel je je door je naasten begrepen?'. Het is belangrijk rekening te houden met en op de hoogte te zijn van gevoelens van schaamte die het uiten van deze klachten in de weg kunnen staan.

Stap 3 Leeftijdsspecifieke signalen en symptomen uitvragen

Na de brede anamnese stelt de JGZ-professional vast of er een verhoogde kans op een psychische aandoening en/of (psychosociale) problemen aanwezig is. Wanneer dit het geval is vraagt de JGZ-professional de leeftijdsspecifieke signalen en symptomen van een depressie uit. Het onderkennen van depressieve klachten is lastig, doordat jeugdigen niet geneigd zijn om over symptomen te praten, terwijl de jeugdige wel de belangrijkste informatiebron is en in alle gevallen bevraagd dient te worden (NICE, 2005; Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009). Het beste is kind en ouder en school / kinderopvang of andere ketenpartners te bevragen over de problemen en signalen (Kousemaker, 1997). Bij ouders blijkt vaak onderrapportage plaats te vinden, bij jeugdigen vindt juist een overrapportage van problemen plaats. Andere potentiële ondervraagden (leraren, broertjes en zusjes en groepsgenoten) rapporteren vergelijkbaar met de ouders, behalve echte vertrouwelingen, die vaak vergelijkbaar met de onderzochte jeugdige rapporteren (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009).

Na het uitvragen van de leeftijdsspecifieke signalen en symptomen wordt vastgesteld of er sprake is van een vermoeden op depressie of een blijvend verhoogd risico op psychische problemen of de aanwezigheid van andere (psychosociale) problemen.

Bij een blijvend verhoogd risico op psychische problemen of de aanwezigheid van andere (psychosociale) problemen is het een taak van de JGZ-professional om de situatie te blijven monitoren (zie ook Interventies) en bij andere problematiek indien nodig een ander traject in gang te zetten.

Stap 4 Specifieke anamnese en desgewenst depressie specifiek signaleringsinstrument afnemen

Wanneer het vermoeden op depressieve klachten wordt bevestigd neemt de JGZ-professional de specifieke anamnese af, waarmee de ernst van psychische problematiek in het algemeen gewogen kan worden (Boer & Verhulst, 2014):

Vragen voor de JGZ- professional bij een specifieke anamnese:

1. Hoe afwijkend is het gedrag? Denk aan:

- Passend bij leeftijd en geslacht?
- Aanhoudend?
- Relatie met levensomstandigheden?
- (Sub)cultureel passend?
- Omvang (geïsoleerd symptoom is meestal minder ernstig dan een cluster)
- Soort probleem (niet elk probleem is uiting van psychische stoornis)
- Ernst en frequentie
- Gedragsverandering (iets wat altijd bestond is vaak minder ernstig dan iets wat plotseling is opgetreden)
- Situatie-specifiek?
-

2. Welke beperkingen geeft het? Denk aan:

- Lijdensdruk, oftewel de mate waarin de jeugdige er last van heeft

- Sociale beperkingen
- Verstoring van ontwikkeling
- Effect op anderen

3. Let op beschermende factoren. Deze kunnen niet weggestreept worden tegen de ernstfactoren, maar kunnen wel het succes van behandeling bevorderen:

- Biologisch (lichamelijke gezondheid)
- Cognitief (goede intelligentie; positieve interpretaties van zelf en omgeving)
- Probleemoplossingsvaardigheden (coping)
- Temperament (positieve grondstemming; goed in staat tot zelfregulering)
- Omgevingsfactoren (sociale steun)

Na de afname van de specifieke anamnese wordt een samenvatting en conclusie opgesteld. Eveneens worden gezamenlijke afspraken over het vervolg gemaakt.

Naast de specifieke anamnese kan de JGZ-professional desgewenst gebruik maken van een depressie specifiek screeningsinstrument, bijvoorbeeld de Child Depression Inventory (CDI) (Kovacs, 1992; Timbremont & Braet, 2005; Timbremont & Braet, 2002) of de Center for Epidemiological Studies – Depression Scale (CES-D) (Radloff, 1977; Bouma, Ranchor, Sanderma, & van Sonderen, 1995). Bij screening op depressie wordt aanbevolen altijd een of meer items over suïcide mee te nemen. De CDI geeft deze mogelijkheid (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009). Indien de CES-D wordt gebruikt kan, indien de jongere boven het klinische afkappunt scoort, in een gesprek gevraagd worden naar suïcidale gedachten of plannen.

In deze richtlijn wordt de afname van een depressie specifiek signaleringsinstrument niet bindend aanbevolen. De reden voor het inzetten van een signaleringsinstrument is dat onderzoek heeft aangetoond dat het klinisch oordeel met het gebruik van deze instrumenten verbeterd wordt, wat leidt tot betere verwijzingen (Vogels, 2008). Echter het inzetten van een specifiek signaleringsinstrument is niet altijd noodzakelijk, bijvoorbeeld als door de klinische blik voldoende bevestigd wordt dat er sprake is van een vermoeden van een depressie. In alle gevallen wordt het resultaat van het signaleringsinstrument gewogen in combinatie met de klinische blik, de specifieke anamnese en overige informatieverzameling uit de brede anamnese. Deze moeten samen leiden tot een inschatting van (het risico op) de depressieve klachten.

Een betrouwbaar en gevalideerd signaleringsinstrument is belangrijk. Echter, de effectiviteit van een signaleringsinstrument is niet alleen afhankelijk van de kwaliteit ervan, maar ook van de wijze waarop het instrument gebruikt wordt in een beoordelingsproces (Bartelink, ten Berge, & van Yperen, 2013). Een vertrouwensrelatie, het aangaan van een goede dialoog met de ouder en hen betrekken in de besluitvorming zijn van essentieel belang. Datzelfde geldt waar het gaat om een kind of een jongere. Jongeren willen ervaren dat zij gehoord, gerespecteerd en gewaardeerd worden. Dit geeft hen een gevoel van veiligheid en erbij horen, wat hun vermogen om te vertrouwen doet toenemen (Cashmore, 2002; Pijpers, 2012). In de '[Handreiking Verantwoord gebruik van vragenlijsten in de JGZ](#)' van het NCJ (Pijpers, 2013) wordt uitgebreid ingegaan op de gesprekvoering van de JGZ-professional met ouders, kinderen en jongeren rond het gebruik van screeningsinstrumenten.

Signaleren van depressie bij 0-4 jaar

Betrouwbare en valide screeningsinstrumenten voor depressie bij baby's en peuters ontbreken voornamelijk (Rexwinkel, Schmeets, Pannevis, & Derkx, 2011). Naast screeningsinstrumenten zijn er diagnostische instrumenten en methoden ontwikkeld om inzicht te krijgen in de psychologische ontwikkeling van baby's en peuters. Daarbij is het van belang te weten dat de DSM-classificatie voor depressie minder geschikt is voor baby's en jonge kinderen. Als alternatief is een nieuw classificatiesysteem ontwikkeld, de DC-0-3, voor 0 tot 3 jarigen (Visser, 2009). Daarnaast zijn er drie type instrumenten voor baby's en peuters. Er zijn observatie-gerelateerde instrumenten zoals de Functional Emotional Assessment Scale (FEAS) (Greenspan, DeGangi, & Wieder, 2001), interview-gebaseerde instrumenten (met zorgfiguur) zoals het Working Model of the Child Interview (WMCI) (Benoit, Zeanah, Parker, Nicholson, & Coolbear, 1997) en zelfrapportage-instrumenten zoals de Kent Infant Development-Scale (KID-N) (Schneider, Loots, & Reuter, 1990). Voor het gebruik van de instrumenten is een training vereist. De instrumenten worden alleen toegepast in de gespecialiseerde Jeugd-GGZ, echter het is belangrijk dat de JGZ-professional hier kennis van heeft. Van belang is dat de JGZ-professional zich realiseert dat classificaties in deze ontwikkelingsperiode voorbarig zijn, omdat het kind nog zo flexibel is. Jonge kinderen reageren wel vaker extreem, en lichte ondersteuning kan de ontwikkeling vaak weer in de goede richting helpen. Er is veelal nog geen sprake van ontwikkelingspsychopathologie. Classificaties en diagnostiek kunnen bij de ouders angst en onrust creëren, waar juist rust, ontvankelijkheid en emotionele beschikbaarheid belangrijk is (Rexwinkel et al., 2011, p.205-206).

Stap 5 Ernst van de depressieve klachten bepalen

Voor de ernstinschatting van specifiek depressieve klachten let de JGZ-professional op de volgende aspecten (Boer & Verhulst, 2014):

- Teneergeslagen, depressief, geprikkeld of hopeloos gevoel
- Weinig belangstelling of plezier bij activiteiten
- Moeite met in slaap vallen, doorslapen, of teveel slapen
- Slechte eetlust, gewichtsverlies of teveel eten
- Vermoeid gevoel of weinig energie
- Slecht over zichzelf voelen – of het gevoel een mislukking te zijn
- Moeite met concentreren bij studie, lezen of tv kijken
- Zo traag bewegen of praten dat het andere mensen opvalt, of juist rusteloos meer bewegen dan anders
- Gevoel beter dood te kunnen zijn, of zichzelf pijn willen doen of beschadigen

Ernstvaststelling:

- Lichte depressieve klachten: als van bovenstaande aspecten maar enkele aanwezig zijn en tijdens een gemiddelde week zijn ze er maar op een of twee dagen.
- Ernstige depressieve klachten: bovenstaande aspecten zijn grotendeels en tijdens het grootste gedeelte van een gemiddelde week aanwezig.

Een depressie is ernstiger als deze met meer symptomen gepaard gaat en/of met ernstiger symptomen gepaard gaat (suïcidaliteit en psychose) en/of langer duurt, en/of meer aantasting geeft JGZ-richtlijn Depressie (2016). Bekijk deze richtlijn ook op www.igzrichtlijn.nl

van het algemeen functioneren op meerdere domeinen (school, thuis, hobby's, sociale relaties met leeftijdsgenoten) (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009).

Specifieke screeningsinstrumenten voor depressie bij kinderen en jongeren: nadere informatie

Instrument	Leeftijd	Aantal items en schalen	Psychometrische eigenschappen	Afnameduur in minuten	Gebruik en Bijzonderheden
CDI	7-18 jaar	27 items Hoofdschalen Cognitieve symptomen, affectieve symptomen en gedragsmatige symptomen	COTAN beoordeling (2004): - -Normen: onvoldoende - -Betrouwbaarheid: voldoende - -Begripsvaliditeit: voldoende - -Criteriumvaliditeit: onvoldoende In 2008 is een herziening van de CDI verschenen met o.a. uitbreiding van normen naar 7-jarigen.	- -Afnameduur: 10 à 15 - -Scoring: 5 - -Interpretatie: 5	- Vooraf instructie van een psychodiagnostisch medewerker - - Kinderen/jongeren vullen vragenlijst zelf in - - Voorkeur voor individuele afname, maar groepsafname ook mogelijk
CES-D	14 jaar en ouder	20 items Hoofdschaal - Depressie-symptomatologie - Schaal loopt van 0 (geen depressieve symptomen) tot 60 (veel depressieve symptomen)	- Geen COTAN beoordeling Nederlands onderzoek onder 1392 14-16 jarigen (Cuijpers et al., 2007): - -Betrouwbaarheid: goed - -Validiteit: goed	- -Afnameduur: 10 - -Scoring: 5 - -Interpretatie: 5	- Jongeren vullen lijst zelf in; - dit kan zonder deskundige interviewers

Stap 6 Wanneer zijn signalen van depressie reden tot aanvullende acties van de JGZ en wat zijn redenen om toe te leiden?

De verschillende niveaus van ernst leiden tot verschillende typen interventies door de JGZ-professional. Wanneer de professional lichte depressieve klachten vermoedt, biedt hij of zij interventies op maat aan en monitort het beloop, daarbij kan ook hulp en informatie worden ingewonnen bij de huisartsenpraktijk en de sociale wijkteams (waar de JGZ-professional deel van uit kan maken) of bijvoorbeeld de school. Als de JGZ-professional er niet zeker van is of er sprake is van lichte of ernstige depressieve klachten, consulteert de professional de Jeugd-GGZ, biedt interventies op maat aan en monitort het beloop. Er dient direct toegeleid te worden naar de Jeugd-GGZ als er sprake is van: ernstige depressieve klachten, kans op suïcide, of als er naast de depressieve klachten andere psychische problematiek aanwezig is (bijvoorbeeld angststoornis, ADHD, ASS, bipolaire problematiek of een psychose). Belangrijk is om de toeleiding te volgen totdat de verwijzing gerealiseerd is en daarvan een terugkoppeling gegeven is. Bij twijfel of als de problemen bij de jeugdige aanhouden ondanks de ingezette interventies consulteert de JGZ-professional de Jeugd-GGZ.

Schoolweigering vraagt om snel ingrijpen, omdat dit een aantoonbaar beter behandelresultaat oplevert. Schoolweigering dient altijd besproken te worden in het zorgteamoverleg. De behandeling kan binnen de Jeugd-GGZ, maar ook binnen lichtere varianten van de jeugdhulp plaatsvinden (Boer & Verhulst, 2014).

Voor JGZ-professionals dient het helder te zijn wie bevoegd en bekwaam is om een depressie vast te stellen. De generalistische of specialistische Jeugd-GGZ stelt de diagnose en volgens de Jeugdwet is onder andere de jeugdarts erkend verwijzer. Daarbij is de verantwoordelijkheid voor de verwijzing afhankelijk van gemaakte ketenafspraken. Wanneer deze er niet zijn is het belangrijk ketenafspraken te maken. Eveneens moet duidelijk zijn hoe in het signaleren en diagnosticeren kan worden samengewerkt met de JGZ, Jeugdhulp, huisarts (en praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg, POH-GGZ), school, sociale wijkteam, Jeugd-GGZ en eventuele andere betrokkenen. Bij alle verwijzingen is het van belang dat wordt aangesloten bij de afspraken met de ketenpartners.

4.4 Referenties

- AACAP. (2013). *The depressed child: Facts for families*. Washington: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 profiles*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & Ruffle, T. M. (2000). The Child Behavior Checklist and related forms for assessing behavioral/emotional problems and competencies. *Pediatrics in Review*, 21(8), 265-271.
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental health disorders* (5th ed. ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Bartelink, C., ten Berge, I., & van Yperen, T. (2013). *Beslissen over effectieve hulp: Wat werkt in indicatiestelling?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Benoit, D., Zeanah, C. H., Parker, K. C. H., Nicholson, E., & Coolbear, J. (1997, Spr). Working Model of the Child Interview: Infant clinical status related to maternal perceptions. *Infant Mental Health Journal*, 18(1), 107-121.
- Birmaher, B., Brent, D., Bernet, W., Bukstein, O., Walter, H., Benson, R. S. et al. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(11), 1503-1526.
doi:10.1097/chi.0b013e318145ae1c [doi];S0890-8567(09)62053-0 [pii]
- Boer, F., & Verhulst, F. (2014). *Kompas kinder- en jeugdpsychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Bouma, J., Ranchor, A. V., Sanderma, R., & van Sonderen, E. (1995). *Het meten van symptomen van depressie met CES-D: Een handleiding*. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen.
- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Irwin, J. R., Wachtel, K., & Cicchetti, D. V. (2004). The Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment: Screening for social-emotional problems and delays in competence. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(2), 143-155.
- Cashmore, J. (2002). Promoting the participation of children and young people in care. *Child Abuse & Neglect*, 26(8), 837-847. Retrieved from Elsevier Science.
- Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C., Umemoto, L. A., & Francis, S. E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A revised child anxiety and depression scale. *Behavior Research and Therapy*, 38, 835-855.
- de Wit, C. A. M. (1997). Depressies bij kinderen en adolescenten. De stand van zaken na vijftientig jaar onderzoek. *Kind en Adolescent*, (18), 166-184.

- de Wit, C. A. M. (2006). Depressie bij kinderen en adolescenten. In *Handboek voor klinische psychologie*. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum
- de Wolff, M. S., Theunissen, M. H., Vogels, A. G., & Reijneveld, S. A. (2013). Three questionnaires to detect psychosocial problems in toddlers: A comparison of the BITSEA, ASQ:SE, and KIPPP. *Academic Pediatrics*, 13(6), 587-592. doi:S1876-2859(13)00208-8 [pii];10.1016/j.acap.2013.07.007 [doi]
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(5), 791-799.
- Greenspan, S. I., DeGangi, G., & Wieder, S. (2001). *The Functional Emotional Assessment Scale (FEAS): For infancy and early childhood*. Bethesda, MD, US: Interdisciplinary Council on Development & Learning Disorders.
- Hemke, F., Muijsenbergh M. van den, & Kuyvenhoven, M.M. (2010) *Huisartsenzorg voor migranten. Knelpunten & mogelijk oplossingen*. Utrecht: Pharos.
- Kousemaker, N. P. J. (1997). *Onderkenning van psychosociale problematiek bij jonge kinderen*. Assen: Van Gorcum.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory Manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2009). *Multidisciplinaire richtlijn depressie bij jeugd: Addendum*. Utrecht: Trimbos-instituut/CBO.
- Muris, P., Meesters, C., & Schouten, E. (2002). A brief questionnaire of DSM-IV-defined anxiety and depression symptoms among children. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(6), 430-442.
- NICE. (2005). *Latest NICE guidance sets new standards for treating depression in children and young people*. London: British Psychological Society.
- Pijpers, F. (2013). *Gebruik van vragenlijsten in de Jeugdgezondheidszorg*. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid.
- Postma, D. H., & Schulte, P. F. J. (2008). De stemmingsstoornisvragenlijst (MDQ-NL), een hulpmiddel voor betere herkenning van een bipolaire stoornis. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 152, 1865-1870.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.

- Rexwinkel, M., Schmeets, M., Pannevis, C., & Derkx, B. (2011). *Handboek infant mental health: Inleiding in de ouder-kindbehandeling*. Assen: Van Gorcum.
- Romijn, A., & Kousemaker, N. P. J. (2001). *De KIPPPI-methode voor vroegtijdige onderkenning: Revisie en nadere verantwoording*. Leiden: Universiteit Leiden.
- Rooijen, K. v., & Ince, D. (2012). *Wat werkt bij angst- en stemmingsproblemen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Schneider, M. J., Loots, G. M. P., & Reuter, J. (1990). *Kent Infant Development Scale: Handleiding. Nederlandse bewerking*. Lisse: Zwets en Zeitlinger.
- Scholte, E. M., & van der Ploeg, J. D. (2005). *Sociaal Emotionele Vragenlijst*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Squires, J., Bricker, D., Heo, K., & Twombly, E. (2001). Identification of social-emotional problems in young children using a parent-completed screening measure. *Early Childhood Research Quarterly*, 16(4), 405-419.
- Theunissen, M., Vogels, A., Wolff, M. de, Reijneveld, S. (2013). Characteristics of the Strengths and Difficulties Questionnaire in Preschool Children. *Pediatrics*, 131(2), 446-454. .
- Timbremont, B., & Braet, C. (2002). *Handleiding Children's Depression Inventory*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Timbremont, B., & Braet, C. (2005). Depressie bij kinderen en adolescenten: Recente inzichten. *Kind en Adolescent Praktijk*, 26, 150-168.
- van Ede, J. (2004). *Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale problematiek bij Adolescenten (KIVPA): Handleiding voor het gebruik*. S.L.: Landelijke werkgroep signaleringsinstrumenten psychosociale problematiek jeugd (LSPPJ).
- van Hemert, A.M., Kerkhof, A.J.F.M., de Keijser, J., Verwey, B., van Boven, C., Hummelen, J.W., de Groot, M.H., Lucassen, P., Meerdinkveldboom, J., Steendam, M., Stringer, B., Verlinde, A.A. (Werkgroep MDR Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag) en van de Glind, G. (projectleiding). (2012). Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal gedrag.
- van Stel, H. F., Staal, I. I., Hermanns, J. M., & Schrijvers, A. J. (2012). Validity and reliability of a structured interview for early detection and risk assessment of parenting and developmental problems in young children: A cross-sectional study. *BMC Pediatrics*, 12, 71. doi:1471-2431-12-71 [pii];10.1186/1471-2431-12-71 [doi]
- van Widenfelt, B. M., Goedhart, A. W., Treffers, P. D. A., & Goodman, R. (2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(6), 281-289.

Visser, J. C. (2009). *DC 0-3R Diagnostische classificatie van psychische en ontwikkelingsstoornissen op zuigelingen- en kinderleeftijd. Gereviseerde versie*. Assen: Van Gorcum.

Vogels, A. G. C. (2008). *The identification by Dutch preventive child health care of children with psychosocial problems: Do short questionnaires help? Proefschrift*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

5. Interventies

Inleiding

De interventies die de JGZ inzet bij depressieve klachten zijn vooral ter preventie van het ontwikkelen van een depressieve stoornis. Met voorlichting en advies neemt de JGZ-professional zorg weg, draagt bij aan het versterken van de eigen kracht en kan onnodige medicalisering tegengaan.

Minimale interventies voor depressieve klachten en symptomen zijn gericht op het aanbieden van informatie, voorlichting, advies en ondersteuning. Afhankelijk van de ernst van de depressieve klachten en symptomen zet de JGZ-professional de interventies in of verwijst ernaar. Het is belangrijk dat de JGZ-professional de sociale kaart kent. Intensieve behandelvormen (waaronder cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie, gezinstherapie en psychodynamische therapie) worden uitgevoerd door de Jeugd-GGZ.

De interventies richten zich op de kinderen en jongeren met depressieve klachten, maar ook op hun ouders of verzorgers.

5.1 Aanbevelingen

- De JGZ-professional dient psycho-educatie te geven en ondersteuning aan jeugdigen met depressieve klachten en hun ouders. Bijvoorbeeld door informatie te geven van of te verwijzen naar websites: www.kenniscentrum-kjp.nl of www.gripopjedip.nl.
- De JGZ-professional dient indien gewenst en beschikbaar Triple-P aan te bieden om (de kans op) depressieve klachten bij jeugdigen (en ouders) te verminderen.
- De JGZ-professional dient een verwijzing naar KOPP-interventies voor jeugdigen van ouders met psychische problemen te overwegen.
- De JGZ-professional dient kennis te hebben van (de inhoud, kosten, voorwaarden voor deelname en hoe te verwijzen naar) het actuele preventieve interventie-aanbod in de regio. Raadpleeg daarvoor de NJi-databank (www.nji.nl/nl/Databanken/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies) en de interventiedatabase Gezond en Actief Leven (www.loketgezondleven.nl/interventies/i-database). Deze kennis wordt ingezet om de jeugdige en ouder te informeren en (eventueel) te (motiveren voor) verwijzen.
- De JGZ-professional dient bij schoolverzuim, ter voorkoming van schooluitval gebruik te maken van een gestructureerde aanpak (zoals bij M@ZL).
- De JGZ-professional dient het beloop van de depressieve klachten te monitoren en alert te blijven op recidieven.

5.2 Uitgangsvragen

- Zijn er effectieve minimale interventies (bijvoorbeeld: informatie, voorlichting, begeleiding, advies, ondersteuning) gericht op ouders van een kind of jongere (0-19 jaar) met depressieve klachten?
- Wat zijn effectieve interventies om verergering van depressieve klachten bij kinderen en jongeren te voorkomen? Het gaat om interventies zowel op individueel niveau als op groepsniveau.
- Hoe kan de JGZ schoolverzuim bij kinderen en jongeren (4-19 jaar) met mogelijk depressieve klachten beperken en re-integratie naar school bevorderen in samenwerking met alle betrokkenen (ouders, school, zorgverleners)?
- Hoe kan de JGZ ouders betrekken bij de zorg voor kinderen en jongeren (0-19 jaar) met depressieve klachten en hoe kan de JGZ met de ouders samenwerken?

5.3 Onderbouwing waarop de aanbevelingen zijn gebaseerd

5.3.1 Minimale interventies voor jeugdigen en hun ouders van algemene aard ter voorkoming van depressieve klachten

Minimale interventies van algemene aard voor *jeugdigen met een verhoogd risico op psychische problemen* zijn bedoeld om het ontstaan van psychische klachten te voorkomen. De JGZ-professional kan bij risico op depressie bijvoorbeeld verwijzen naar Zippy's vrienden, indien beschikbaar. Deze interventie wordt op scholen in de vorm van een lesprogramma aangeboden. Meer informatie over Zippy's vrienden en op welke scholen deze te volgen is: <http://www.zippysvrienden.nl/>

Minimale interventies van algemene aard voor *ouders* zijn bijvoorbeeld Triple P (Positief Pedagogisch Programma) en Stevig Ouderschap (voor ouders in de eerste maanden na de geboorte van het kind). Of VoorZorg, voor ouders die een kind verwachten en in een moeilijke situatie zitten (bijvoorbeeld armoede, ervaring met (seksueel) geweld in verleden of heden, geen sociaal netwerk of steun, middelenmisbruik). Belangrijk in de keuze van een algemene interventie voor ouders is dat de JGZ-professional alert is op de risicofactoren voor een depressie. Afhankelijk van de situatie, waaronder het inkoopbeleid van de gemeente, zet de JGZ-professional die algemene interventie in die de risicofactor positief kan beïnvloeden, in die zin dat de kans op een depressie wordt verkleind. In de richtlijn wordt Triple P in het bijzonder aanbevolen, omdat Triple P leidt tot een vermindering van emotionele en gedragsproblemen bij jeugdigen in gezinnen met uiteenlopende problemen en achtergronden, bijvoorbeeld bij jeugdigen met een depressieve ouder. De risicofactoren waarop Triple P zich richt zijn bijvoorbeeld ontbreken van voldoende opvoedingvaardigheden, relatieproblemen en stress of depressie bij de ouders. Triple P is er voor ouders van jeugdigen van 0-16 jaar en er is materiaal beschikbaar voor ouders met een lage sociaaleconomische status (SES).

5.3.2 Specifieke interventies voor jeugdigen met depressieve klachten en hun ouders

De preventieve interventies die de JGZ-professional zelf uitvoert zijn voorlichting/advies geven en monitoren. Daarnaast kan de JGZ-professional naar specifieke interventies verwijzen. De meeste van deze goed onderbouwde interventies staan beschreven in de NJI-databank (www.nji.nl/nl/Databanken/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies) en Interventiedatabase Gezond en Actief Leven (www.loketgezondleven.nl/interventies/i-database). In de NJI databank kan de JGZ-professional ook up-to-date informatie vinden over waar de interventie uitgevoerd wordt, wat de kosten zijn en volgen of er nieuwe interventies opgenomen zijn waarnaar verwezen kan worden.

In deze richtlijn wordt met de vermelding van de interventies niet gepretendeerd volledig te zijn. Er zijn ongetwijfeld meer interventies beschikbaar; een volledig overzicht is echter niet beschikbaar.

Voorlichting: Tips en adviezen

Een JGZ-professional kan een aantal minimale interventies aanbieden. Deze interventies zijn de minst intensieve vormen van behandeling voor depressieve klachten en symptomen en zijn gericht op het aanbieden van informatie, voorlichting, advies en ondersteuning:

- psycho-educatie,
- zelfhulp,

- fysieke inspanning.

Afhankelijk van de risicofactoren, ernst van de depressieve klachten en symptomen zet de JGZ-professional de interventies in. De minimale interventies richten zich op de kinderen en jongeren met depressieve klachten, maar ook op hun ouders of verzorgers of school.

Psycho-educatie

De JGZ-professional biedt standaard (desgevraagd) informatie over de ontwikkeling van de jeugdige per fase/leeftijd, het bijbehorende gedrag en hoe de jeugdige en de ouders daarmee om kunnen gaan. In overleg met de jeugdige en ouders wordt nagegaan of en wat de jeugdige of ouder nodig heeft om de eigen kracht te versterken en worden oplossingen dicht bij de jeugdige en gezin gezocht zodat zij zo snel mogelijk op eigen kracht verder kunnen. Wanneer er sprake is van depressieve klachten en symptomen worden informatie, tips en adviezen op maat gegeven over het ontstaan en hanteren van de depressieve klachten. Dit wordt ook wel 'psycho-educatie' genoemd. Bij het geven van psycho-educatie sluit de JGZ-professional aan bij de mogelijk oorzaak van de klachten, behoefte van de jeugdige en de ouders en houdt daarbij rekening met hun kennisniveau en mogelijkheden. Daarbij ligt het accent op normaliseren.

De JGZ-professional is altijd op zoek naar de goede balans tussen vroegsignalering van psychosociale problemen en het normaliseren van fasegebonden problematiek.

Voorbeelden van adviezen die de JGZ-professional aan ouders van jeugdigen met depressieve klachten kan geven zijn (zie ook www.opvoeden.nl): positieve aandacht geven aan het kind, laten merken dat ze van hun kind houden en dat het kind belangrijk voor hen is. Begrip tonen voor diens problemen, met hun kind praten op momenten dat daar ruimte voor is, ook over de gevoelens van het kind. Hun kind aanmoedigen, troosten en complimenteren. Leg de ouders uit dat een jeugdige met depressieve klachten het best actief kan blijven. Vooral bewegen in de buitenlucht werkt goed tegen een depressie, maar ook een klusje doen en leuke dingen ondernemen kan al helpen. Zo krijgt het kind ook minder kans om alleen op de kamer te zitten piekeren. Verminder eventuele prestatiedruk: de gezondheid en het welbevinden van hun kind gaan voor de schoolcarrière of sportprestaties. Houd daarbij de mentor of leerkracht op school of de trainer op de hoogte van de stand van zaken. Adviseer de ouders grenzen te blijven stellen en consequent te blijven, maar adviseer hen niet te hoge eisen aan hun kind stellen en niet te veel verwachten. Geef aan dat de ouders het kind zo min mogelijk moeten belasten met eventuele gezinsproblematiek (denk aan financiële-, relationele- en werkgerelateerde problematiek). Adviseer te kiezen voor regelmaat, het dag-en-nachtritme vast te houden en zo mogelijk te helpen verwaarloosde sociale contacten weer op te pakken. Besteed ook aandacht aan de ervaringen en gevoelens van de ouders. Adviseer hen steun te zoeken bij elkaar en familie of vrienden. Daarnaast kan de JGZ-professional (mede) inventariseren wat andere betrokkenen rondom deze problematiek (huisarts, school, wijkteam) kunnen bijdragen.

Voor informatie over depressie kunnen jeugdigen en hun ouders verwezen worden naar websites, bijvoorbeeld: <https://mindblue.nl/>, kenniscentrum-kjp.nl, www.gripopjedip.nl, www.brainwiki.nl/, www.jouwggd.nl

Monitoren

JGZ-richtlijn Depressie (2016). Bekijk deze richtlijn ook op www.igzrichtlijn.nl

De rol van de JGZ-professional bestaat uit het monitoren van het verdere verloop. Wanneer sprake is van depressieve klachten of deze worden vermoed wordt afhankelijk van de ernst een volgend (telefonisch) [contactmoment](#) afgesproken, waarbij desgewenst de ouders ook worden uitgenodigd. De JGZ-professional doet in het volgend contactmoment gericht navraag naar depressieve klachten. Daarbij kunnen opnieuw de leeftijdsspecifieke signalen en symptomen van een depressie uitgevraagd worden, (een deel van) de specifieke anamnese afgenomen worden en indien gewenst een depressie specifiek signaleringsinstrument. Ook kan via een interne overlegstructuur en/of het netwerk zoals peuterspeelzaal, school (zorgteam of Intern Begeleider), sociaal wijkteam of andere betrokkenen de monitoring plaatsvinden. Wanneer problemen gesignaleerd worden, onderneemt de JGZ-professional verdere stappen passend bij de situatie (zie stroomdiagram). Wanneer omstandigheden binnen de school (mede) klachten veroorzaken of in stand houden kunnen hierop gericht interventies aangeboden worden.

In latere leeftijdsfases dient er aandacht te blijven voor de doorgemaakte depressie en behandeling. Jeugdigen met een depressie kunnen in de adolescentie een verhoogd risico op gedragsstoornissen of middelenmisbruik hebben (Boer & Verhulst, 2014), dit kan aanleiding zijn tot extra contactmomenten met jongere en/of ouders. Tijdens deze contactmomenten wordt actief navraag gedaan naar depressieve klachten, gedragsstoornissen of middelenmisbruik. Klachten worden zo vroegtijdig gesignaleerd. Zie ook uitgangsvraag: Welke problematiek (psychisch, biologisch en psychosociaal) kan gepaard gaan met depressieve klachten bij kinderen en jongeren?).

Interventies voor (kinderen van) ouders met psychische problemen

Voor (kinderen van) ouders met psychische problemen kan de JGZ-professional verwijzen naar de zogenoemde KOPP-interventies (Kinderen van Ouders met Psychische Problemen). De interventies hebben als doel het voorkomen van psychische problemen bij hun kinderen. Er is een uitgebreid aanbod KOPP-interventies. Deze kunnen gericht zijn op de ouder(s), gezinnen en de jeugdige zelf, bijvoorbeeld Ouder-babyinterventie, Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP en Kopstoring. Raadpleeg hier een [overzicht van de werkzame elementen en werkwijzen voor KOPP-kinderen](#).

De JGZ-professional kan per situatie beoordelen welke interventie passend is.

Kinderen van ouders met psychische problemen kan de JGZ-professional ook verwijzen naar de website [Jouw GGD.nl](#).

Preventieve interventies voor jeugdigen

Bij jeugdigen met depressieve klachten kan de JGZ-professional verwijzen naar preventieve interventies die bedoeld zijn om de depressieve klachten te verminderen en verergering te voorkomen (Tabel 3.1).

Wanneer deze via internet aangeboden wordt kan rechtstreeks verwezen worden en anders naar de organisatie die de interventie aanbiedt. Voordat de JGZ-professional de jeugdige/ouder informeert en verwijst is het belangrijk te weten of de interventie in de lokale situatie beschikbaar is, wat de inhoud van de interventie is, past bij het kind/gezin (achtergrond/opleidingsniveau), wat de kosten zijn en waar deze aangeboden wordt.

Tabel 3.1 Preventieve interventies voor jeugdigen met depressieve klachten

Naam interventie	Korte beschrijving	Doelgroep	Duur	Waar
Head Up	Doel Verminderen of verhelpen van depressieve klachten van jongeren. Aanpak Gestructureerde cognitief-gedragstherapeutische groepscursus.	Jongeren van 13-17 jaar met depressieve klachten.	Professionals Training wanneer nodig. Jongeren 8 wekelijkse bijeenkomsten van 90 min+ bijeenkomst voor ouders.	Materialen beschikbaar bij diverse GGZ-organisaties.
Gripopjedip (internet)	Doel Depressieve klachten te verhelpen of verminderen. Aanpak - Website met informatie. - Online groepscursus met begeleiding door één ervaren professional of twee met beginnende ervaring uit de GGZ. Ook een app beschikbaar.	Jongeren met depressieve klachten van 16-25 jaar.	Professionals 2-daagse training en jaarlijkse intervisie bijeenkomst. Jongeren 6 wekelijkse chatsessies van 90 min. Thuisopdrachten van 60 min.	Chatbox via www.gripopjedip.nl .

Naam interventie	Korte beschrijving	Doelgroep	Duur	Waar
HAPPYLES (internet)	Doel Bevorderen van mentale veerkracht en ter preventie van depressie. Aanpak - Website met informatie. - Online groepscursus. - E-learning lessen voor klassikaal gebruik.	Er zijn twee versies: - Jongeren van 13-17 jaar in het voortgezet onderwijs. - Jongeren van 16-25 in het middelbaar beroepsonderwijs.	Professionals Onbekend. Jongeren 6 wekelijkse chatsessies van 90 min.	Chatbox en informatie: http://www.happyles.nl/. E-lessen zijn toegankelijk via schoolaanbod.
VRIENDEN	Doel Angststoornissen en/of depressie bij jeugdigen voorkomen en behandelen. Aanpak Aanleren van vaardigheden en technieken in groepsverband of individueel. VRIENDEN kan ook als preventieprogramma dienen op bijv. school.	Jeugdigen van 7-16 jaar die last hebben van angst- en depressieve klachten. Toe te passen bij jeugdigen met andere culturele achtergrond.	Professionals 1-daagse training leerkrachten en zorgprofessionals. Jeugdigen 10 bijeenkomsten + 4 voor ouders (geen tijdsduur bekend).	GGZ
Pak aan	Doel Depressieve klachten verminderen.	Jeugdigen van 9-13 jaar met diagnose unipolaire	Professionals Training (1 dag).	Uitgevoerd door GGZ-jeugd professionals.

Naam interventie	Korte beschrijving	Doelgroep	Duur	Waar
	Aanpak Gestructureerd cognitief gedragstherapeutisch groepsprogramma voor jeugdigen dat aangevuld kan worden met schoolcontacten, oudertraining, of andere gezinsinterventie.	depressieve stoornis, dysthymie of met een depressieve stemming.	Jeugdigen 18 sessies (60 min per sessie).	
De D(o)pressie cursus	Doel Verminderen van depressieve klachten. Aanpak Inzicht krijgen in onbewuste negatieve cognities en deze te veranderen.	Jongeren van 16-21 jaar met depressieve symptomen, depressie in engere zin of een dysthyme stoornis.	Professionals Train-de-trainer cursus (online) en online supervisie. Jongeren 15 sessies (105 min) en een terugkomst bijeenkomst.	Uitgevoerd door hulpverleners met kennis van cognitieve gedragstherapie.
Pratenonline (internet)	Doel Depressieve klachten te verminderen en competentie toe te laten nemen. Aanpak	Nederlandstalige jongeren van 12-23 jaar met depressieve klachten.	Professionals 4 uur per patiënt (totaal van 2.8 sessies). Jongeren	Chatbox via www.PratenOnline.nl . Online begeleiding

Naam interventie	Korte beschrijving	Doelgroep	Duur	Waar
	Begeleiding en stimulatie via 1 of meer chatsessies met een hulpverlener. De behandelmodule is gebaseerd op de Oplossingsgerichte Therapie (SFBT).		2,8 behandelsessies van 63 min.	door GZ-psycholoog.
Op Volle Kracht	Doel Het voorkomen of verminderen van depressieve klachten. Aanpak Groepsessies begeleid door een therapeut op basis van Cognitieve Behavioral Therapy (CBT).	Meisjes van 11-15 jaar met ernstige depressieve klachten.	Professionals Onbekend. Jongeren 16 groepsessies (50 min).	De interventie is nog niet beschikbaar. Op de website www.opvollekracht.com zal worden vermeld wanneer deze beschikbaar wordt gesteld.

5.3.3 Schoolverzuim en re-integratie

Jeugdigen brengen vanaf de leeftijd van 4 jaar een substantieel deel van hun tijd op school door, vanaf 5 jaar zijn zij leerplichtig.

Bij zorgen over de stemming is het belangrijk daar navraag over te doen op school als de ouders en/of de jeugdige daarvoor toestemming geven. Wanneer er sprake is van zorgelijk schoolverzuim en de JGZ-professional hiervan kennis heeft, gaat deze hierover het gesprek aan. In de praktijk blijkt dat het belangrijk is om naast de jeugdige ook de ouder, de mentor/leerkracht en de huisarts te betrekken.

De JGZ-professional is daar bij uitstek geschikt voor, omdat die de school kent en een relatie heeft met intermediairs binnen de school, die weten welke personen het meest betrokken zijn bij de betreffende leerling. De informatie van school is van belang om meer inzicht te krijgen in de ernst van de klachten en om het beloop en het effect van eventuele interventies te monitoren. Naast het verstrekken van informatie kan de school actief meewerken om een jeugdige met depressieve klachten te steunen of te ontlasten. Afhankelijk van de situatie van de leerling kan de JGZ-professional bijvoorbeeld zorgen voor meer individuele aandacht van een groepsleerkracht, mentor, of interne (leerling)begeleider. Ook kan deze hulp van schoolmaatschappelijk werk of samenwerking met een leerplichtambtenaar zoeken. Waar aanwijzingen zijn voor een te zware (cognitieve) belasting, kan die worden verminderd door hulp te bieden voor leerachterstanden, het regelen van een tijdelijk deeltijdrooster, spreiden van examenonderdelen enzovoort. Ook kan er sprake zijn van onder belasting die verminderd kan worden door bijvoorbeeld extra taken te geven. Als de jeugdige aangeeft gepest te worden of geen aansluiting vindt bij klasgenoten, is het noodzakelijk daar de aandacht op te richten. Door aan te sluiten bij de zorgstructuur op school (bijv. door deelname aan multidisciplinaire overleggen) kan de JGZ-professional ook aandacht vragen/geven aan zorgen om leerlingen met depressieve klachten.

Sommige basisscholen bieden naschoolse opvang of een verlengd schooldagprogramma dat in een aantal gevallen voor jeugdigen met een belaste thuissituatie gunstig kan zijn.

Soms lijken de klachten van de jeugdige (mede) veroorzaakt te worden door een slechte relatie met leerkrachten of een ongunstig pedagogisch klimaat in de klas. Dan kan de JGZ-professional daarover in gesprek gaan met betrokkenen en/of de schoolleiding.

Wat kan de JGZ-professional samen met de school doen?

Bij schoolverzuim kan de JGZ-professional gebruikmaken van de handreiking 'Snel terug naar school is veel beter' van de AJN/NVAB. Deze handreiking beschrijft een integrale aanpak van schoolziekteverzuim bij kinderen en jongeren. Ter voorkoming van schooluitval kan M@ZL (Medische Advisering Ziek gemelde Leerling) helpen. M@ZL heeft als doel leerlingen met meer dan gemiddeld ziekteverzuim vroegtijdig in contact te brengen met de JGZ om te voorkomen dat het ziekteverzuim uitmondt in langdurig schooluitval of voortijdig schoolverlaten. De interventie is voor jeugdigen in het voortgezet onderwijs. Binnen M@ZL werken school, JGZ-professional en leerplichtambtenaar samen.

Jongeren vanaf 15 jaar met duidelijke problemen op het terrein van school en werk kan de JGZ-professional verwijzen naar lokale interventies (zoals bij de gemeente) met als doel het voortzetten van werk of schoolopleiding. Voorbeelden zijn rebound voorzieningen, leer/werk projecten, etc.

Tijdens de periodieke preventieve gezondheidsonderzoeken (ofwel tijdens de reguliere contactmomenten) vraagt de JGZ-professional actief na hoe het momenteel met de depressieve klachten en symptomen gaat. Ook kan de JGZ-professional een intermediair zijn tussen hulpverlener en school of in sommige gevallen tussen hulpverlener en ouders/jeugdige bij stagnatie van behandeling.

6.3.4 De rol van de JGZ bij het betrekken van ouders

Er zijn verschillende momenten in het traject van signalering, verwijzing en diagnostiek waarop de JGZ-professional een rol kan spelen in het betrekken van ouders bij de zorg voor kinderen en jongeren met depressieve klachten. Door middel van monitoring, zoals beschreven in het basispakket JGZ, kunnen signalen worden opgepakt tijdens contactmomenten, met behulp van signaleringsinstrumenten en informatie van derden, zoals leerkrachten of leerlingbegeleiders.

Signalen van depressie dienen met ouders besproken te worden (afhankelijk van de leeftijd van de jeugdige wordt hiervoor toestemming gevraagd), omdat zij een belangrijke rol spelen bij de zorg voor hun kind en het organiseren van passende hulp. Het is belangrijk om ouders te informeren over de bevindingen tot nu toe, de eventuele vervolgstappen en de consequenties. Er dient aandacht te zijn voor de reactie van ouders, die kan variëren van ontkenning en bagatellisering tot schuldgevoel en gevoelens van boosheid, verdriet en machteloosheid.

De JGZ-professional kan de ouders en andere gezinsleden een beeld schetsen van de mogelijkheden en verwachtingen ten aanzien van het vervolgtraject en actief navragen wat hun wensen en verwachtingen zijn. Ook kan met hen besproken worden wat zij zelf kunnen doen om hun kind te ondersteunen.

In de fase van verwijzing inventariseert de JGZ-professional wat nodig is om de eventuele wachttijd te overbruggen. Bovendien maakt deze samen met ouders en jeugdige de afweging of andere betrokkenen (school, gezinsleden) geïnformeerd dienen te worden en hoe men dit het beste aan kan pakken. Zie bij samenwerking en ketenafspraken.

In de volgende fase dient de JGZ-professional actief te monitoren hoe de verwijzing verloopt door contact op te nemen om te informeren wat de stand van zaken is. De professional schat in deze specifieke situatie in wanneer en hoe het contact moet plaatsvinden. Vragen naar gedrag, stemming, schoolbezoek, vrijetijdsbesteding en sociale contacten geven een beeld over de situatie. Hierbij staat centraal of er al contact met de hulpverlening is gelegd en of ouders tevreden zijn over de begeleiding. Bij stagnatie of vragen kan de JGZ-professional na toestemming van ouder en jeugdige contact zoeken met de behandelaar/hulpverlener om zaken te verhelderen of bij te sturen. Zo fungeert de JGZ-professional als intermediair tussen hulpverlener en cliënt.

Overwegingen

- Interventies worden vaak lokaal/regionaal ontwikkeld en een landelijk aanbod kan ontbreken. Samenvattend waren de overwegingen: de tijdelijkheid, specificiteit en regionaliteit van de interventies.

5.4 Referenties

Boer, F., & Verhulst, F. (2014). *Kompas kinder- en jeugdpsychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.

6. Samenwerken en ketenafspraken

Inleiding

Met de transitie en de bijbehorende veranderingen in de zorg voor de jeugdigen verschuift ook (deels) de rol van de JGZ-professional. Als ketenpartner van de jeugdhulpverlening binnen een gemeente is de JGZ-professional medeverantwoordelijk voor de toeleiding naar 1e en 2e lijns hulpverlening voor jeugdigen met depressieve klachten. De Jeugdwet noemt naast sociale wijkteams als verwijzers de huisarts, de medisch specialist en de jeugdarts. Om miscommunicatie en onduidelijkheid te voorkómen dienen er goede samenwerkingsafspraken gemaakt te worden over de taakverdeling. De JGZ-professional heeft als taak te signaleren, het beloop te volgen en bij zorgen toe te leiden naar zorg en indien nodig te verwijzen. Voor het houden van overzicht en om het beloop te monitoren is een goed onderling contact tussen de ketenpartners essentieel. Daarbij is het eveneens van belang af te spreken wie de casemanager is. Dit kan bijvoorbeeld de JGZ-professional zijn.

De ontwikkelingen rondom de transitie zijn nog niet uitgekristalliseerd (2016). Elke gemeente maakt haar eigen afwegingen in de organisatie van sociale wijkteams en de keuze van zorgaanbieders en hulpverlening, binnen de kaders van de Jeugdwet. Het is de taak van de JGZ-professional om deze ontwikkelingen goed te volgen en op de hoogte te zijn van de mogelijkheden binnen zijn of haar gebied.

6.1 Aanbevelingen

- De JGZ-professional dient kennis te hebben van de sociale kaart om de juiste informatie/voorlichting aan ouders en jeugdigen te geven.
- De JGZ-professional dient kennis te hebben van de verschillende begeleidings- en behandelmogelijkheden bij depressieve klachten om de juiste informatie/voorlichting aan ouders en jeugdigen te geven.
- De JGZ-professional dient de huisarts te informeren bij toeleiding of verwijzing naar andere zorg.
- De JGZ-professional dient bij te dragen aan de samenwerking en afstemming binnen het netwerk van hulpverleners rondom jeugdigen en school door overdracht van informatie. Met inachtneming van de privacy regels.
- De JGZ-professional en de JGZ-organisatie dienen afspraken te maken in de keten over haar rol in het diagnostisch- en verwijstraject.
- De JGZ-professional dient afspraken te maken met ketenpartners over wie de casemanager is.

6.2 Uitgangsvragen die hebben geleid tot de onderbouwing en aanbevelingen

- Welke rol heeft de JGZ in samenwerking met de diverse ketenpartners rond signalering, diagnosticeren, verwijzing, behandeling, nazorg van jeugdigen met depressieve klachten en hun ouders?

- Welke informatie betreffende jeugdigen met mogelijke depressieve klachten mag/kan worden uitgewisseld en onder welke voorwaarden tussen de JGZ, huisarts, school, gemeente of andere ketenpartners in een vroeg stadium?
- Welke informatie/voorlichting dient door de JGZ-professionals aan ouders (en kind) te worden gegeven tav de verschillende opties voor begeleiding / behandeling van jeugdigen met depressieve klachten?

6.3 Onderbouwing waarop de aanbevelingen zijn gebaseerd

De rol van de JGZ in de samenwerking met de diverse ketenpartners

De JGZ-professional heeft een belangrijke rol in het (vroegtijdig) signaleren van depressieve klachten door een laagdrempelig aanbod van zorg, zoals beschreven in het [basispakket JGZ](#). De JGZ-professional heeft een gedegen kennis van de normale ontwikkeling van jeugdigen en de risicofactoren die van invloed zijn op deze ontwikkeling. Met behulp van de contactmomenten, gestandaardiseerde vragenlijsten en informatie van school of andere betrokkenen kan een beeld gevormd worden over de psychosociale gezondheid van jeugdigen. Dit is een wettelijke taak die door JGZ-organisaties op verschillende manieren kan worden uitgevoerd. In het kader van de transitie en de nieuwe Jeugdwet zijn er initiatieven om de JGZ-professionals een taak te geven in de diagnostiek.

De jeugdarts, de huisarts, het sociale wijkteam of de kinderarts (of andere medisch specialist) kan rechtstreeks verwijzen naar de Jeugd-GGZ. Afhankelijk van de situatie (lokale afspraken, ernst van klachten, wens van ouders/jeugdige) wordt bekeken wie verwijst.

De behandeling van depressie is een taak van de Jeugd-GGZ. De JGZ-professional kan desgewenst als intermediair fungeren tussen de GGZ-behandelaar en de school. Ook kan incidenteel bemiddeld worden als de behandeling onvoldoende resultaat oplevert of dreigt te stagneren (b.v. contactherstel). Daarnaast kan de jeugdarts of jeugdverpleegkundige een rol spelen in de nazorg door na te gaan of het verwijs- en behandeltraject adequaat zijn verlopen en bij contacten in de toekomst gerichte aandacht besteden aan de huidige psychosociale ontwikkeling.

Het is essentieel om in het gehele traject niet alleen aandacht te hebben voor de jeugdige, maar ook de ouders hierbij te betrekken.

De informatie die mag/kan worden uitgewisseld en onder welke voorwaarden

Uiteraard kan er alleen informatie worden uitgewisseld nadat hiervoor toestemming is gegeven door de jeugdige en/of de ouders, afhankelijk van de [leeftijd](#) van de jeugdige. Rekening houdend met de [patiëntenrechten](#) in de zorg kan besproken worden welke informatie wel en niet met wie wordt gedeeld. Maak hierbij gebruik van '[Het beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden. Een Wegwijzer voor Zorgprofessionals](#)'. Voor de samenwerking met de huisarts wordt geadviseerd gebruik te maken van de [praktijkaart huisarts en jeugdarts](#). Overweeg om het netwerk (met toestemming van ouder en jeugdige) te betrekken, zodat geanticipeerd kan worden op eventueel gedrag. De gemeente is verantwoordelijk voor de uitvoering van de zorg voor jeugdigen. Sluit als het gaat om inhoudelijke informatieverstrekking aan bij de regionale ketenzorgafspraken.

De informatie die de JGZ-professional aan ouders en de jeugdige kan geven

De informatie die de JGZ-professional aan ouders en de jeugdige kan geven is gericht op het verhelderen van de problemen, inschatten van de risico's en ze op het goede spoor van verdere hulp te zetten. Van belang is hierbij om niet direct in termen van diagnoses te spreken maar de klachten te benoemen en de eventuele gevolgen hiervan. Ook kan een beeld geschetst worden hoe hulpverlening eruit kan zien. Hiertoe dient de JGZ-professional tot op zekere hoogte kennis te hebben van de sociale kaart en de begeleidings- en behandelmogelijkheden bij depressieve klachten. In de JGZ organisatie kan één persoon verantwoordelijk gesteld worden voor het maken van de sociale kaart wanneer deze niet aanwezig is. Zie voor meer informatie het thema Interventies.

Overwegingen

- Het thema is gebaseerd op expert opinion. Er is geen literatuursearch gedaan, omdat geen onderzoek naar samenwerken en ketenafspraken bij depressie in de JGZ in Nederland bekend is.
- Ten tijde van de ontwikkeling van de richtlijn (2015) is de Jeugdwet in werking getreden en zijn gemeenten verantwoordelijk voor alle jeugdhulp en zijn veranderingen nog volop gaande. Hierdoor is het niet mogelijk hele concrete uitspraken te doen over samenwerking en ketenafspraken. De samenwerking en afspraken zullen per gemeente verschillen.

6.4 Referenties

Geen referenties

Lijst met afkortingen

ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder
AMA – Alleenstaande Minderjarige Asielzoeker
ASS - Autisme Spectrum Stoornis
CGL – Centrum Gezond Leven
DD-JGZ – Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg
DSM-5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition
GGZ – Geestelijke Gezondheidszorg
JGZ – Jeugdgezondheidszorg
KOPP - Kinderen van ouders met een psychisch probleem
KVO – kinderen van ouders met een verslaving
NICE – National Institute for Health and Care Excellence
NISB – Nederlands Instituut voor Sport en Beweging
Nji – Nederlands Jeugdinstituut
ODD - Oppositional Defiant Disorder
POH-GGZ – Praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg
RCT – Randomized Controlled Trial
RIVM – Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SES - Sociaal Economische Status
SFBT – Solution Focussed Brief Therapy
ZAT – Zorg Advies Team

Verantwoording

Thema: Wat is een depressie?

Voor de beschrijving is gebruikgemaakt van het Handbook of Developmental Psychopathology (Garber & Rao, 2014), Kinder- en jeugdpsychiatrie (Reichart, 2014) en verschillende richtlijnen: het Addendum Jeugd bij de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009), de NICE richtlijn Depression in Children and Young People (NICE, 2005) en de Richtlijn Stemningsproblemen in de Jeugdhulp (Meeuwissen et al., 2014).

Thema: Beloop van depressieve klachten

Om de uitgangsvraag over beloop te beantwoorden is gebruikgemaakt van het Handbook of Developmental Psychopathology (Garber & Rao, 2014), Kinder- en jeugdpsychiatrie (Reichart, 2014) en verschillende richtlijnen: het Addendum Jeugd bij de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009), de NICE richtlijn Depression in Children and Young People (NICE, 2005) en de Richtlijn Stemningsproblemen in de Jeugdhulp (Meeuwissen et al., 2014).

Thema: Problematiek die gepaard kan gaan met depressieve klachten

Om de uitgangsvraag over co-morbiditeit te beantwoorden is gebruikgemaakt van het Handbook of Developmental Psychopathology (Garber & Rao, 2014), Kinder- en jeugdpsychiatrie (Reichart, 2014) en verschillende richtlijnen: het Addendum Jeugd bij de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009), de NICE richtlijn Depression in Children and Young People (NICE, 2005) en de Richtlijn Stemningsproblemen in de Jeugdhulp (Meeuwissen et al., 2014).

Thema: Risico- en beschermende factoren

Om de uitgangsvraag over risicofactoren te beantwoorden is gebruikgemaakt van het Handbook of Developmental Psychopathology (Garber & Rao, 2014), Kinder- en jeugdpsychiatrie (Reichart, 2014) en verschillende richtlijnen: het Addendum Jeugd bij de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009), de NICE richtlijn Depression in Children and Young People (NICE, 2005) en de Richtlijn Stemningsproblemen in de Jeugdhulp (Meeuwissen et al., 2014). In de Richtlijn Stemningsproblemen in de Jeugdhulp wordt regelmatig naar een informatiebron (Rooijen & Ince, 2012) verwezen. Deze bronnen hebben systematisch naar literatuur over risicofactoren en beschermende factoren gezocht, maar niet per factor aangegeven uit welke referentie deze komt.

Thema: Signaleren, ernst vaststellen en toeleiden naar zorg

Voor de beantwoording van de uitgangsvragen over signalen en symptomen van depressie bij jeugdigen is gebruik gemaakt van De Wit (2006), American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 2013), de Richtlijn Stemningsproblemen in de Jeugdzorg (Meeuwissen et al., 2014) en het Kompas Kinder & Jeugdpsychiatrie van Boer & Verhulst (2014). Daarnaast is practice-based kennis verwerkt.

De signaleringsinstrumenten voor depressie bij kinderen zijn gebaseerd op het Addendum Jeugd bij de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (Buitelaar et al., 2009), de JGZ Richtlijn Vroegsignalering van JGZ-richtlijn Depressie (2016). Bekijk deze richtlijn ook op www.jgzrichtlijn.nl

Psychosociale Problemen (Postma, 2008) en de NJI-database. Voor de uitgangsvraag betreffende ernstinschatting van de problematiek en doorverwijzing naar de gespecialiseerde zorg is gebruik gemaakt van het Kompas Kinder & Jeugdpsychiatrie van Boer & Verhulst (2014).

Thema: Interventies

Voor de beantwoording van de uitgangsvragen is gebruikgemaakt van:

1. Bestaande landelijke richtlijnen (+addenda) voor psychische aandoeningen.
2. Een databanksearch in “*Databank Effectieve Jeugdinterventies*” van het Nederlands Jeugd Instituut (NJI) en “*Interventiedatabase Gezond en Actief Leven*” van het Nederlands Instituut voor Sport en Beweging (NISB) en RIVM Centrum Gezond Leven (CGL) in samenwerking met Trimbos-instituut.
3. Jeugdinterventies aangedragen door de werkgroepleden en onderbouwd door wetenschappelijk gepubliceerde artikelen.

De gevonden interventies zijn op basis van de volgende criteria geïncludeerd:

- Doelgroep van 0 tot en met 19 jaar;
- Er is bij de doelgroep sprake van (een vermoeden op) (het ontwikkelen van) een depressie of andere psychische stoornissen;
- Er is bij de doelgroep sprake van regelmatig schoolverzuim;
- De interventie richt zich op preventie of behandeling van de depressie of verminderen van schoolverzuim.

Ad.1. Bestaande landelijke richtlijnen

De volgende richtlijnen en addenda zijn geïdentificeerd door de werkgroepleden en zijn meegenomen vanwege relevantie en overlap met deze richtlijn:

Multidisciplinaire richtlijn addendum Depressie bij Jeugd (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009);

Richtlijn KOPP (Kinderen van Ouders met Psychische (en/of Verslavings-) Problemen in de Jeugdhulp (van der Zanden et al., 2015);

Richtlijn Stemningsproblemen in de Jeugdzorg (Meeuwissen et al., 2014).

Ad.2. Databanksearch

A. *Databank effectieve jeugdinterventies van NJI*

Om een zo up-to-date mogelijke lijst met interventies te creëren is een search verricht in de ‘*Databank effectieve jeugdinterventies*’ (in het vervolg te noemen ‘databank’) van het NJI. De search is uitgevoerd op 1 juli 2014, waarbij is gezocht naar ‘depressie’ en ‘schoolverzuim’ onder het kopje ‘erkende interventies’.

De in de databank opgenomen interventies zijn door een erkenningscommissie interventies beoordeeld op hun effectiviteit. Als een interventie opgenomen is in de databank, betekent dat dat deze minimaal goed onderbouwd is. Vervolgens kan de bewijskracht van de interventie toenemen naar effectief volgens eerste, goede of sterke aanwijzingen. Hieronder staat een overzicht en beschrijving van de categorieën van effectiviteit die worden gehanteerd door de NJI.

- **Goed onderbouwd:** Een interventie krijgt deze classificatie als deze op z'n minst goed beschreven is en als aannemelijk is gemaakt dat met die interventie het gestelde doel kan worden bereikt.
- **Effectief volgens eerste aanwijzingen:** Een interventie is effectief volgens eerste aanwijzingen als uit onderzoek met zwakke of indicatieve bewijskracht, zoals veranderingsonderzoek, blijkt dat er voldoende effect optreedt bij uitvoering van de interventie, ook al staat nog niet vast dat dit effect (helemaal) door de interventie wordt veroorzaakt.
- **Effectief volgens goede aanwijzingen:** Een interventie is effectief volgens goede aanwijzingen als uit onderzoek met beperkte bewijskracht blijkt dat bepaalde doelen er in de praktijk beter mee worden bereikt dan met andere interventies of met niets doen.
- **Effectief volgens sterke aanwijzingen:** Een interventie is effectief volgens sterke aanwijzingen als uit voldoende onderzoek met sterke of zeer sterke bewijskracht blijkt dat bepaalde doelen er in de praktijk beter mee worden bereikt dan met andere interventies of met niets doen.

B. Interventiedatabase Gezond en Actief Leven

Ter aanvulling van de NJi-databanksearch is een search verricht in de '*Interventiedatabase Gezond en Actief Leven*' van het Nederlands Instituut voor Sport en Beweging (NISB) en RIVM Centrum Gezond Leven in samenwerking met Trimbos-instituut. De search is uitgevoerd op 23 februari 2015, waarbij is gezocht naar 'depressie' en 'ziekteverzuim' onder het kopje 'zoeken interventiedatabase'.

De in de databank opgenomen interventies doorlopen een Erkenningstraject waarbij interventie-eigenaren hun interventie laten beoordelen op kwaliteit, uitvoerbaarheid en effectiviteit. Het erkenningstraject is een samenwerking tussen het RIVM Centrum Gezond Leven, het NJi, NISB, en MOVISIE. Er zijn twee mogelijkheden voor beoordeling van een interventie:

- Een beoordeling van de kwaliteit en uitvoerbaarheid door professionals uit de praktijk voor het oordeel "goed beschreven".
- Een beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en uitvoerbaarheid door de Erkenningscommissie Interventies (zie NJi beoordelingscategorieën).

Ad.3. Literatuur

Voor het identificeren van relevante jeugdinterventies werd grotendeels gebruikgemaakt van de databanksearch. Daarnaast zijn experts (afkomstig uit de werkgroep) gevraagd interventies aan te dragen. De inclusie en onderbouwing van deze jeugdinterventies werden zo veel mogelijk gebaseerd op bewijs uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek.

Effectiviteit van geselecteerde en geïndiceerde preventie

In zowel de review van Merry et al. (2011) als de in de Multidisciplinaire richtlijn depressie bij jeugd: Addendum beschreven review van Horowitz en Garber (2006) is bewijs gevonden dat selectieve preventie-interventies effectief zijn in het voorkomen van een depressie bij jeugdigen. Volgens de studieresultaten van Merry et al. (2011) zijn effecten van selectieve interventies tot een jaar na start van de interventie zichtbaar bij jeugdigen van 5-19 jaar (zie Evidence tabel in deze paragraaf). Na twee jaar bleken de interventies geen effect meer te hebben. Naast het gunstige effect van selectieve preventie-interventies bleek uit de studieresultaten van Merry et al. (2011) dat universele preventie-interventies ook effectief zijn in het voorkomen van depressie bij jeugdigen. Horowitz en

Garber (2006) vonden echter geen significant bewijs voor het effect van universele preventie-interventies.

Horowitz en Garber (2006) onderzochten in een meta-analyse het effect van geïndiceerde preventieve interventies en vonden dat de interventies een gunstig effect hebben in de preventie van depressie.

Op Volle Kracht

Op Volle Kracht is een vertaling van het Amerikaanse preventieprogramma Penn Resiliency Program. De evidence wordt hier beknopt beschreven, omdat de interventie (nog) niet opgenomen is in de NJI-databank. Een studie onderzocht de relatie tussen de interventie Op Volle Kracht en het verminderen van depressieve symptomen bij jongeren (Wijnhoven, Creemers, Vermulst, Scholte, & Engels, 2014). Uit dit gerandomiseerd onderzoek met controlegroep (RCT) blijkt dat Op Volle Kracht effectief is in het verlagen van depressieve symptomen bij meisjes tussen de 11-15 jaar oud met ernstige depressieve klachten (Wijnhoven et al., 2014).

Evidence tabel thema Interventies

(via Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling (EBRO-)methode met een 'A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews' (AMSTAR) kwaliteitsbeoordeling)

Reference: Merry SN, Hetrick SE, Cox GR, Brudevold-Iversen T, Bir JJ, McDowell H, et al. Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. [Review][Update of Cochrane Database Syst Rev. 2004;(1):CD003380; PMID: 14974014]. Cochrane Database of Systematic Reviews [12], CD003380. 1469-493X 2011. England (Merry et al., 2011).	
Methods	<u>Study aim:</u> To determine whether psychological or educational interventions, or both, are effective in preventing the onset of depressive disorder in children and adolescents. (Universal and Selective prevention) <u>Study design:</u> Cochrane review of Randomised controlled trials <u>Analysis:</u> Meta-analysis <u>Setting:</u>
Patients	<u>Number of studies:</u> K= 53 <u>Number of patients:</u> N=14.406 <u>Age:</u> (range 4.7-19) years <u>Sex:</u> <u>Inclusion:</u> Young people aged 5 to 19 years-old, who did not currently meet diagnostic criteria for depression or who were below the clinical range on standardised, validated, and reliable rating scales of depression. <u>Exclusion:</u> Studies were excluded if they lacked a clear definition of participants, were on children and adolescents who met DSM-IVTR (American Psychiatric Association 2000) or ICD-10 (World Health Organization 2007) criteria for depressive disorder or fell into the clinical range on standardised, validated, and reliable rating scales of depression at the start of the study, or both, or there was no adequate assessment of participants. <u>Baseline characteristics:</u>

Interventions	<u>Intervention:</u> Psychological or educational prevention programmes. Prevention programmes were diverse and varied in those targeted, the components they included, and the focus of those components. Most programmes included some components of Cognitive Behavioral Therapy (CBT). Others included a focus on self-efficacy, stress reduction, trauma or optimism. Some programmes were gender-specific and some focused on family members. Many were school-based, while others were online or based in primary care settings. Many were group-based programmes. <u>Control:</u> placebo, any comparison intervention, or no intervention
Outcome	<u>Primary:</u> Prevalence of depressive disorder and depressive symptoms post-intervention and at follow-up. <u>Secondary:</u> -
Results	Of the Fifty-three studies, sixteen studies including 3240 participants reported outcomes on depressive diagnosis. The risk of having a depressive disorder post-intervention was reduced immediately compared with no intervention (15 studies; 3115 participants risk difference (RD) -0.09; 95% confidence interval (CI) 0.14 to -0.05; $P < 0.0003$), at three to nine months (14 studies; 1842 participants; RD -0.11; 95% CI -0.16 to -0.06) and at 12 months (10 studies; 1750 participants; RD -0.06; 95% CI -0.11 to -0.01). There was no evidence for continued efficacy at 24 months (eight studies; 2084 participant; RD -0.01; 95% CI -0.04 to 0.03) but limited evidence of efficacy at 36 months (two studies; 464 participants; RD -0.10; 95% CI -0.19 to -0.02). There was no evidence of efficacy in the few studies that compared intervention with placebo or attention controls. <u>Conclusions</u> There is some evidence from this review that targeted and universal depression prevention programmes may prevent the onset of depressive disorders compared with no intervention. However, allocation concealment is unclear in most studies, and there is heterogeneity in the findings. The persistence of findings suggests that this is real and not a placebo effect.
Quality Assessment	Study question: + Explicit clinical aim, PICO well described Search strategy: + Electronic databases: MEDLINE (1950-), EMBASE (1974-) and PsycINFO (1967-) and ERIC No language restrictions

	Selection process: + Explicit in- and exclusion criteria (e.g. patient group, design, intervention)? Yes By two reviewers independently made final selection? Two authors independently assessed studies for inclusion and rated their quality. Flow diagram? No Quality assessment: + Explicit list of criteria (at least allocation concealment and blinding of assessors)? By two reviewers independently? Two authors independently assessed studies for inclusion and rated their quality. How consensus was reached and level of agreement? Results individual studies reported? Data extraction: + By two reviewers independently? Data were independently extracted by four of the review authors Process clearly described? Yes Characteristics original studies: + At least design, population, primary outcomes, follow up length? Yes Handling heterogeneity: + Clinical heterogeneity?: subgroups Statistical heterogeneity: accounted for (random effects model), explored (subgroup or meta-analyses), refrain from pooling. Yes Statistical pooling: + Funding / conflicts of interest: ? Overall quality of evidence: + (allocation concealment and heterogeneity is a problem across studies) General conclusion: +
--	---

Thema: Samenwerken en ketenafspraken

Gebaseerd op praktijkervaring zijn de volgende bronnen geraadpleegd:

Een stevig fundament: Evaluatie van het basispakket JGZ, Commissie evaluatie basistakenpakket JGZ, 2013 (Commissie Evaluatie Basistakenpakket JGZ, 2013).

Een beknopte evaluatie van het Basistakenpakket JGZ, TNO-rapport 2012 (Deurloo, van Rooijen, Beckers, Dunnink, & Verkerk, 2012).

Kompas kinder- en jeugdpsychiatrie: Voor de jeugdzorg, poh-ggz, basis-ggz, jeugdgezondheidszorg en het onderwijs, Frits Boer en Frank Verhulst, 2014 (Boer & Verhulst, 2014).

Kennislacunes

Thema: Wat is een depressie?

- Een groot deel (25-75%) van de AMA's heeft last van psychische problemen, het is niet duidelijk hoeveel daarvan last van een depressie hebben (Bean, Eurelings-Bontekoe, & Spinhoven, 2005). In de internationale literatuur is er wel iets bekend over absolute cijfers van een depressie bij vluchtelingenkinderen, het komt bij 3 tot 30% voor (Bronstein & Montgomery, 2011). Maar de gegevens lopen sterk uiteen en het gaat hier om alle vluchtelingenkinderen.
- Er ontbreekt kennis over de geestelijk gezondheid van baby's (infant mental health).

Thema: Risico- en beschermende factoren

- Er zijn allerlei ontwikkelingen op het gebied van 'risico-inschatting' door de JGZ en in de sociale wijkteams. Onder andere de herziening van het Balansmodel van Bakker, maar bijvoorbeeld ook de ontwikkeling van de GIZ-methode (Gezamenlijk Inschatten en vaststellen van de Zorgbehoefte van jeugdigen en hun gezin (GIZ-methodiek) en de Zelf Redzaamheids Matrix (GGD Amsterdam), de Quick Scan (Tilburg), het ERNST taxatie-instrument (Rotterdam Rijnmond). Het is niet bekend welk instrument voor de JGZ (rekening houdend met de diverse samenwerkingsverbanden) het meest geschikt is, nader onderzoek en landelijke afstemming is raadzaam.

Thema: Signaleren, ernst vaststellen en toeleiden naar zorg

- Hoe om te gaan met depressieproblematiek bij specifieke doelgroepen, bijv. jeugdigen met een verstandelijke handicap, vluchtelingen, jeugdigen met taalproblemen.
- Er zijn geen gevalideerde specifieke screeningsinstrumenten voor depressie bij jeugdigen onder de 8 jaar.
- Er is geen evidence over wanneer depressie-specifieke screeningsinstrumenten ingezet kunnen worden en wanneer generieke instrumenten?
- Binnen de groep migranten wordt verwacht dat kinderen van asielzoekers een verhoogd risico lopen op depressie. Signalering is van belang. Er zijn echter geen specifieke methoden voor signaleren van depressie bij jeugdigen in asielzoekerscentra.

Thema: Interventies

- Over het effect van psycho-educatie ter preventie van een depressie of behandeling van depressieve klachten is weinig bekend.
- De evidentie voor effectieve minimale interventies gericht op ouders die een kind of jongere hebben met depressieve klachten en symptomen is zeer beperkt.
- In de NJi-databank en de 'Interventiedatabase Gezond en Actief Leven' staan goed beschreven en onderbouwde interventies waarvan effectonderzoek meestal ontbreekt.
- Er is geen relevant wetenschappelijk bewijs gevonden over hoe de jeugdgezondheidszorg ouders kunnen betrekken bij de zorg voor kinderen en jongeren met depressieve klachten en samenwerking te bevorderen. Voor de beantwoording van de uitgangsvraag is gebruikgemaakt van expert opinion.
- Een grote groep alleenstaande minderjarige asielzoekers (AMA's) heeft last van psychische problemen. Er is hulpaanbod in de GGZ, voornamelijk gaat het om traumabehandeling en medicamenteuze therapie (Bean, Eurelings-Bontekoe, & Spinhoven, 2007). Het is onduidelijk wat

voor interventies in de JGZ (kunnen) worden toegepast. Binnen de JGZ zijn nog geen evidence based interventies die kunnen worden toegepast.

De richtlijn dient over 5 jaar herzien te worden, omdat interventies ontwikkeld en onderzocht worden waardoor aanbevelingen kunnen wijzigen. De interventies gericht op psychosociale problemen zijn niet per se ook voor depressieve klachten geschikt.

Thema: Samenwerken en ketenafspraken

De afspraken die per gemeente gemaakt zijn, zijn niet bekend.