

Chapter 8

Dutch summary / Nederlandse samenvatting

Depressie en behandeling

Algemeen

Depressie is een veelvoorkomende aandoening. Gedurende het gehele leven krijgt ongeveer 20% van de mensen ooit een depressieve stoornis of depressieve klachten. Depressie heeft een grote invloed op de kwaliteit van leven en gaat ook gepaard met veel kosten voor de maatschappij. Dat laatste is niet alleen het gevolg van kosten die gemaakt worden voor behandeling van de depressie, maar vooral ook door verlies van werkcapaciteit. Dit effect wordt versterkt doordat in een flink percentage van de gevallen depressie een recidiverend of chronisch karakter heeft. De meeste patiënten met een depressie worden behandeld in de eerste lijn, dat wil zeggen in de huisartspraktijk, eventueel met hulp van andere zorgverleners in de eerste lijn zoals maatschappelijk werkers en eerstelijns psychologen.

Diagnose en classificatie

De diagnose depressieve stoornis wordt gesteld met behulp van criteria uit de DSM-IV, patiënten moeten tenminste vijf symptomen van depressie hebben, waarvan tenminste één hoofdsymptoom, zie onderstaande tabel. Daarnaast moeten deze symptomen tenminste twee weken aanwezig zijn gedurende de meeste dagen en het grootste deel van de dag. De klachten mogen niet het gevolg van middelengebruik (alcohol, drugs of medicijnen) of een lichamelijke ziekte zijn en moeten lijdensdruk veroorzaken bij de patiënt en belemmeren in activiteiten (werk, sociale contacten). Tot slot mogen de klachten niet het gevolg zijn van rouw bijvoorbeeld na het verlies van een naaste. Indien niet wordt voldaan aan deze criteria voor een depressieve stoornis, maar een patiënt wel één of meerdere symptomen van depressie heeft, kan gesproken worden van een milde depressie of depressieve klachten.

Er zijn diverse indelingen van depressieve stoornis, zo kun je spreken van een milde, matig-ernstige of ernstige episode, maar ook van melancholische, vitale, atypische of psychotische kenmerken. Melancholische depressie wordt gekenmerkt door vitale symptomen zoals gewichtsverlies of verlies van eetlust, bewegingsonrust of juist bewegingsarmoede (bijvoorbeeld weinig mimiek) en slaapproblemen zoals vroeg in de morgen wakker worden. Atypische kenmerken zijn juist het tegenovergestelde: toegenomen eetlust, gewichtstoename, overmatig slapen. Psychotische depressie is een ernstige vorm van depressie waarbij wanen en hallucinaties ontstaan, vaak met een zeer sombere of negatieve inhoud.

Vrouwen krijgen twee keer zo vaak een depressie als mannen. De helft van de mensen die een depressie krijgen, herstelt spontaan binnen drie maanden. Zoals eerder genoemd krijgt een aanzienlijk percentage een recidief. De minderheid (15-20%) heeft een chronische depressie, dat wil zeggen meer dan 2 jaar.

Behandeling van depressie

Zoals eerder gezegd worden de meeste patiënten behandeld in de eerste lijn. Daar een deel van de patiënten spontaan herstelt, wordt in de eerste drie maanden vaak gekozen voor een behandeling bestaande uit informatie en eventueel enkele adviezen betreffende activiteiten en dagindeling. In geval van langer bestaande depressie of een ernstige depressie is intensievere behandeling aangewezen. Grofweg zijn er twee behandelingsmogelijkheden: antidepressiva en diverse vormen van psychotherapie. Beide zijn effectief gebleken. De NHG-standaard depressie (huisartsenrichtlijn) adviseert behandeling met antidepressiva en/of psychotherapie afhankelijk van lijdensdruk en voorkeur van de patiënt. Als voor antidepressiva gekozen wordt, moeten deze altijd nog zes maanden worden door gebruikt nadat de patiënt beter is om te voorkomen dat een terugval optreedt, deze behandeling noemen we “terugvalpreventie”. Bij patiënten met een recidiverende of chronische depressie kan gekozen worden de antidepressiva nog langer voort te zetten om ook recidieven te voorkomen, dit wordt onderhoudsbehandeling of “recidief-preventie” genoemd.

Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA)

De meeste studies in dit proefschrift zijn uitgevoerd met data uit NESDA. NESDA is een grote studie waaraan 2981 patiënten tussen 18 en 65 jaar met en zonder depressie en angst deelnemen. Doel is het verkrijgen van meer inzicht in het ontstaan en verloop van angst en depressie. De studie is in 2004 van start gegaan, bij de start, na 1 jaar, 2 jaar, 4 jaar en inmiddels ook na 6 jaar zijn deze mensen onderzocht. Bij elke meting is gekeken naar symptomen van angst en depressie, maar ook naar bijvoorbeeld behoefte aan zorg, lichamelijke ziekten, gebruik van medicijnen waaronder antidepressiva en nog veel meer.

Samenvatting van dit proefschrift

Introductie

In het verleden is vaak geroepen dat herkenning en behandeling van depressie in de eerste lijn onder de maat was. Er is veel literatuur over onderherkenning en onderbehandeling, voornamelijk uit de jaren '80 en '90 van de vorige eeuw. De laatste jaren is er, vooral in de media, veel aandacht geweest voor 'overherkenning' en ook overbehandeling, dat wil zeggen het aanmerken van mensen zonder depressie als depressief en/of ze behandelen met antidepressiva terwijl daarvoor geen indicatie bestaat.

Doel van dit proefschrift was het onderzoeken van de 'zorg rondom depressie in de huisartspraktijk' op dit moment. Dit proefschrift zou daarmee een startpunt kunnen gaan vormen voor het verder verbeteren van de zorg voor depressieve patiënten in de huisartspraktijk.

Herkenning van depressie

Wij vonden dat depressie adequaat werd herkend door de huisarts. 60,5%-68,7% van de patiënten met depressie werd herkend in onze studie in **hoofdstuk 2**. Wij maten herkenning in een groep van 484 patiënten met depressie uit de nesda-studie. We hebben daarnaast gekeken of er kenmerken waren die de niet-herkende patiënten onderscheidde van de wel-herkende patiënten. Het bleek dat patiënten die naast de depressie ook een angststoornis hadden en diegenen die als reden om naar de huisarts te gaan opgaven dat ze psychische klachten hadden, beter herkend werden dan patiënten zonder angststoornis of psychische reden voor contact met de huisarts. Daarnaast leek te gelden dat bij patiënten met minder depressieve klachten en patiënten met een toegenomen eetlust de depressie minder vaak werd herkend door de huisarts. Het leek daarmee dat de huisarts de 'ziekere' patiënten beter herkende dan de minder zieke (minder symptomen, geen bijkomende psychische ziekte), een goed teken, immers hoe ernstiger de depressie, hoe minder kans op spontaan herstel. Opvallend was dat patiënten met een toegenomen eetlust minder goed herkend werden, mogelijk dat huisartsen atypische symptomen zoals toegenomen eetlust minder snel herkennen als symptoom van depressie. Het zou echter ook kunnen dat specifiek toegenomen eetlust door huisartsen gezien wordt als een lichamelijke klacht en niet een symptoom van depressie.

Behandeling van depressie

Verwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg

In **hoofdstuk 3** hebben we gekeken of het verwijsgedrag van huisartsen bij een groep van 344 depressieve patiënten overeenkwam met de aanbevelingen uit de huisartsenrichtlijn voor depressie (NHG-standaard depressie 2003). Ten eerste bleek dat 58% van de patiënten met depressie door de huisarts werd verwezen naar de geestelijke gezondheidszorg. Dit percentage was veel hoger dan verwacht, in het verleden werden veel lagere percentages gevonden in studies. Het bleek dat huisartsen inderdaad de aanbevelingen uit de NHG-standaard gebruiken bij hun beslissingen rondom verwijzing.

Patiënten die behoefte hadden aan psychotherapie, patiënten met suïcidale neigingen en met een chronische depressie werden vaker verwezen, net als jongere patiënten. Conform de richtlijn werden patiënten met een chronische depressie of zonder effect van twee of meer verschillende antidepressiva vaker naar de tweede lijn (psychiater, instelling voor geestelijke gezondheidszorg) verwezen ten opzichte van de eerste lijn (eerstelijns psycholoog, maatschappelijk werk, sociaal psychiatrisch verpleegkundige in de eerste lijn). Patiënten die verwezen waren voldeden gemiddeld aan meer criteria voor verwijzing uit de NHG-standaard dan patiënten die niet verwezen werden. Uit onze studie bleek tot slot dat andere factoren ook een rol lijken te spelen in het verwijsgedrag van huisartsen.

Behandeling met antidepressiva

In **hoofdstuk 4** beschrijven we dat de aanbevelingen in de richtlijnen rondom het gebruik van antidepressiva evidence-based (gebaseerd op bewijs uit wetenschappelijke studies) zijn voor wat betreft behandeling in de acute fase tot remissie (het moment waarop de patiënt beter is) en “terugvalpreventie” gedurende enkele maanden na remissie. Echter, er is geen bewijs voor onderhoudsbehandeling in de eerste lijn. De aanbevelingen hierover in de richtlijnen blijken gebaseerd op ongecontroleerde studies uit de tweede en derde lijn ((academische) ziekenhuizen/psychiatrische ziekenhuizen).

In **hoofdstuk 5** gaan we in op de door de media de laatste jaren vermeende overbehandeling met antidepressiva in de Nederlandse huisartsenpraktijk. We concluderen dat dit helemaal geen groot probleem is. Wij onderzochten een groep van 1531 patiënten met en zonder depressie en/of angststoornis uit de

huisartsenpraktijk die in de laatste vier maanden hun huisarts bezochten (ongeacht of dit vanwege psychische klachten was). In deze groep gebruikten er 199 een antidepressivum op het moment van de eerste meting van de nesda-studie. Van deze 199 bleken er 188 (94,6%) een gegronde reden voor dit gebruik te hebben volgens de NHG-standaard depressie en de NHG-standaard angststoornissen. 11 (5,4%) patiënten hadden volgens de NHG-standaarden angststoornis en depressie geen indicatie voor het gebruik van een antidepressivum op dat moment. Zes van hen (54,5%) hadden een éénmalige depressieve episode gehad meer dan een jaar geleden. Zij hadden daarmee dus in het verleden een goede indicatie voor het gebruik van een antidepressivum, maar hadden daar volgens de NHG-standaard inmiddels mee kunnen stoppen. De andere 5 patiënten zonder indicatie hadden ook nooit een indicatie gehad. Bij hen was het antidepressivum zonder indicatie/geldige reden volgens de NHG-standaard voorgeschreven. Omdat nesda tot doel had depressie en angst te bestuderen, was er in deze studie ten opzichte van de reguliere huisartsenpopulatie een overschot aan patiënten met een depressie en/of angststoornis. Daarom berekenden wij wat onze resultaten betekenden voor de gehele huisartsenpopulatie waaruit de selectie voor de nesda-studie was gemaakt (10.677 patiënten). De resultaten waren hetzelfde, slechts 5,4% van de patiënten die antidepressiva gebruikten, deden dit zonder een op dat moment geldige indicatie.

Tot slot beschrijft **hoofdstuk 6** de kenmerken van een groep patiënten die een onderhoudsbehandeling met antidepressiva gebruikten. Ook in deze studie werden data uit de nesda-studie gebruikt, in dit geval van de eerstelijns patiënten met een depressie die gedurende tenminste een half jaar in remissie was. We vergeleken kenmerken van deze patiënten met en zonder onderhoudsbehandeling met antidepressiva (antidepressivagebruik >12 maanden). Het betrof 776 patiënten, waarin wij 1571 metingen tot onze beschikking hadden, daar we meerdere meetmomenten meenamen in de analyse en sommige patiënten op meerdere meetmomenten aan onze inclusiecriteria voldeden. Van tevoren stelden wij hypothesen op; wij verwachtten dat patiënten die voldeden aan één of meer criteria voor onderhoudsbehandeling uit de NHG-standaard (dat wil zeggen dat zij een chronische of recidiverende depressie hadden) ook vaker een onderhoudsbehandeling met antidepressiva zouden ontvangen. Daarnaast was onze verwachting dat patiënten met een comorbide angststoornis vaker een onderhoudsbehandeling met antidepressiva zouden krijgen. Alleen de laatste

hypothese werd bevestigd, patiënten met een comorbide angststoornis gebruikten vaker antidepressiva als onderhoudsbehandeling, net als patiënten met een comorbide dysthyme stoornis. Ook oudere patiënten, patiënten met een lagere opleiding, diegenen die ook benzodiazepines gebruikten en patiënten die psychologische of psychiatrische zorg hadden ontvangen in het laatste half jaar gebruikten vaker een onderhoudsbehandeling met antidepressiva. Daar patiënten met een recidiverende of chronische depressie niet vaker onderhoudsbehandeling met antidepressiva kregen dan patiënten zonder deze kenmerken, konden we concluderen dat het gebruik van een onderhoudsbehandeling antidepressiva niet overeenkomt met de aanbevelingen uit de richtlijn. Het lijkt echter wel alsof het de patiënten met een meer ernstige depressie zijn die een onderhoudsbehandeling krijgen, daar wij vonden dat deze patiënten vaker een comorbide angststoornis of dysthyme stoornis hadden en ook vaker benzodiazepinen gebruikten of psychologische of psychiatrische zorg ontvingen.

Conclusie

De algemene conclusie van dit proefschrift is dat de zorg voor depressieve patiënten in de eerste lijn in de meeste gevallen adequaat is, dat wil zeggen in overeenstemming met de aanbevelingen uit de (toen) geldende richtlijnen.

Wanneer we dit beeld vergelijken met studies uit het verleden blijkt het percentage herkende patiënten flink toegenomen sinds de jaren '80 en '90 van de vorige eeuw, toen slechts ongeveer een derde van de patiënten werd herkend.

Ook de behandeling lijkt een stuk verbeterd. Verwijzing voor depressie en angst was zo'n 30 jaar geleden een uitzondering, terwijl nu meer dan de helft van de patiënten verwezen lijkt te worden. Overbehandeling met antidepressiva is een onderwerp dat nog maar kort in de belangstelling staat. Ten opzichte van studies in andere landen lijkt het alsof Nederlandse huisartsen adequaat antidepressiva voorschrijven, daar slechts in 5,4% van de gevallen sprake was van overbehandeling, ten opzichte van percentages als 25 of zelfs 35% in studies uit andere landen.

Toekomstvisie

Praktijk

Nieuwe richtlijnen

Vlak voor de afronding van dit proefschrift, kwam in juni 2012 de nieuwe NHG-standaard depressie uit. Deze standaard beperkt de indicatie voor het voorschrijven van antidepressiva in het algemeen en onderhoudsbehandeling met antidepressiva ten opzichte van de vorige standaard.

Herkenning

Daar in hoofdstuk 2 bleek dat patiënten met atypische symptomen (toegenomen eetlust) minder goed herkend werden, lijkt meer aandacht voor atypische symptomen nodig. Jammer genoeg wordt hieraan geen aandacht besteed in de nieuwe richtlijn.

Behandeling met antidepressiva

Het is onduidelijk hoe het gebruik of het voorschrijven van antidepressiva door huisartsen zou moeten veranderen wanneer we kijken naar de resultaten van dit proefschrift. In alle behalve de meest ernstige gevallen dient een patiënt met depressie nu eerst begeleiding te krijgen alvorens over te gaan op het voorschrijven van antidepressiva. Het is onduidelijk in welk percentage van de gevallen dit nu het geval is en dus in hoeverre de behandeling moet veranderen.

Antidepressiva afbouwen lijkt wel een punt van aandacht, daar de meeste overbehandeling het gevolg lijkt van het langdurig doorgebruiken van antidepressiva terwijl er geen indicatie meer voor is. Helaas besteedt de nieuwe richtlijn nauwelijks aandacht aan dit onderwerp. Ik vind dat alle patiënten die een antidepressivum gebruiken, moeten worden beschouwd als chronische patiënten en daarom bijvoorbeeld halfjaarlijks voor controle zouden moeten komen. Tijdens deze controle kan dan het gebruik van het antidepressivum besproken worden, naast de actuele situatie om ook alert te zijn op eventuele terugval of recidief.

Verwijzing

Aanbevelingen voor verwijzing zijn niet echt te geven, er is weinig onderzoek naar gedaan. Wij denken dat de aanbevelingen in de richtlijn al opgevolgd worden.

Onderzoek

Toekomstig onderzoek moet zich richten op onderwerpen die de zorg voor depressieve patiënten in de eerste lijn verder kunnen verbeteren.

Onderzoek naar herkenning zou zich moeten richten op factoren die herkenning kunnen verhinderen en kenmerken van patiënten die leiden tot minder herkenning in relatie tot risicofactoren voor ongunstig beloop. Immers, herkenning op zichzelf zou geen doel moeten zijn, het gaat om de uitkomst voor de patiënt.

Daarnaast is onderzoek naar de verschillen tussen depressieve patiënten in de eerste en tweede lijn nodig. Veel aanbevelingen in de richtlijnen voor de behandeling van depressie in de eerste lijn zijn gebaseerd op studies onder patiënten in de tweede lijn. Men beroept zich hierbij op het feit dat deze patiënten niet substantieel zouden verschillen. Echter in veel landen kunnen patiënten rechtstreeks naar de specialist, zonder tussenkomst van een huisarts. In Nederland is dit niet het geval en het is daarmee maar zeer de vraag of ook in Nederland patiënten in de eerste en tweede lijn niet van elkaar verschillen. Wellicht dat de aanbevelingen voor de eerste lijn anders moeten zijn omdat bijvoorbeeld de risicofactoren voor terugval of recidief anders zijn of de te verwachten reactie op behandeling.

Tot slot is de laatste jaren de praktijkverpleegkundige op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg in de Nederlandse huisartsenpraktijk in opmars. Er is nog maar weinig onderzoek gedaan naar de (kosten-)effectiviteit van deze vorm van geestelijke gezondheidszorg. Dit is wel belangrijk, daar deze zorg, althans voorlopig, nog volledig wordt vergoed in tegenstelling tot andere eerste- en tweedelijns geestelijke gezondheidszorg.