

bevinding dat huisartsen meer werken dan ze graag willen. Solisten en huisartsen op het platteland verdienen extra aandacht omdat het hen niet is gelukt om in de afgelopen jaren de werkbelasting te laten afnemen.

Literatuur

- 1 Harmsen JAM, Bernsen RMD, Bruijnzeels MA, Bohnen AM. Werkbelasting van huisartsen: objectieve toename in 9 praktijken in Rotterdam en omgeving, 1992-1997 en een extrapolatie naar 2005. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:1114-8.
- 2 Deveugele M, Derese A, Van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Measeneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ* 2002;325:472.
- 3 Van den Bosch W, Doveren M, Marks A, Van Damme R. Veranderingen in de huisartsenpraktijk vragen om managementondersteuning. *Huisarts Wet* 2003 [in press].
- 4 Moll van Charante EP, Delnoij DMJ, IJzermans CJ, Klazinga NS. Van spelverdeler tot speelbal? De veranderende rol en positie van de Nederlandse huisarts. *Huisarts Wet* 2002;45:70-5.
- 5 Kenens R, Hingstman L. Huisartsen Peiling 2002; cijfers uit de registratie van huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2002.
- 6 Giesen P, Hiemstra N, Mokkink H, De Haan J, Grol R. Tevreden over diensten. Centrale huisartsenpost voldoet aan verwachtingen. *Med Contact* 2002;57:1657-60.
- 7 Ebbens E, De Bruijne M. De Nachtwacht. Een nieuwe organisatie van de nachtdienst in Almere. *Huisarts Wet* 2000;43:207-9.
- 8 Giesen PHJ, Haandrikman LGR, Broens S, Schreuder JLM, Mokkink HGA. Centrale huisartsenposten: wordt de huisarts er beter van? *Huisarts Wet* 2000;43:508-10.
- 9 Van den Hombergh P, Grol R, Van den Hoogen HJM, Van den Bosch WJHM. Werkbelasting en ervaren werkdruk van de huisarts. *Huisarts Wet* 1997;40:376-81.
- 10 Timmers A, De Waal MWM, Ong RSG, Dijkers FW. Een deskundig alternatief. *Med Contact* 2002;57:1701-4.
- 11 Laurant M, Hermens R, Braspenning J, Grol R. De huisarts en de praktijkverpleegkundige in Midden Brabant. Eindrapport: Resultaten Effect- en Procevaluatie. Nijmegen: Werkgroep Onderzoek Kwaliteit UMC St Radboud, 2000.
- 12 Van Dierendonck D, Groenewegen PP, Sixma H. Opgebrand. Een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie bij huisartsen. Utrecht: NIVEL, 1992.
- 13 Meijman TF. Over vermoeidheid. Amsterdam: Studiecentrum Arbeid en Gezondheid, 1991.
- 14 Van den Berg MJ, De Bakker DH, Kolthof ED, Cardol M, Van den Brink-Muinen A. De werkdruk van de huisarts. *Zorgvraag en arbeidsduur*. *Med Contact* 2003;58:1054-6.
- 15 Van Santen H. Een nieuwe kijk op de functie van de huisarts. Afgeslankt takenpakket en samenwerking bieden nieuwe kansen. *Med Contact* 2000;55:127-8.
- 16 Bakker AB, Schaufeli W, Sixma HJ, Bosveld W, Van Dierendonck D. Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: a five-year longitudinal study among general practitioners. *J Org Beh* 1999;21:425-41.
- 17 Schaufeli W, Van Dierendonck D. De Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventory (MBI-NL). *Gedrag en Gezondheid* 1994;22:153-72.

Depressie na een CVA: signalering, diagnostiek en behandeling in de huisartsenpraktijk

Ivo Aben, Frans Verhey, George Beusmans, Jan Lodder

Samenvatting

Aben I, Verhey FRJ, Beusmans G, Lodder J. Depressie na een CVA: signalering, diagnostiek en behandeling in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Wet* 2003;46(9):487-92.

Doel Nagaan hoe vaak huisartsen een depressie na een CVA herkennen en behandelen.

Methoden In het kader van een prospectief onderzoek werd bij 190 CVA- patiënten gedurende 1 jaar iedere 3 maanden nagegaan of zij een depressie hadden volgens de criteria van de DSM-IV. Na afloop van dit jaar werd aan de huisartsen van 58 van hen gevraagd naar diagnostiek en behandeling van depressie bij deze patiënten aan de hand van een gestandaardiseerd interview.

Resultaten Van de 29 patiënten met een depressie volgens DSM-IV waren 11 (37,9%) als zodanig door de huisarts gediagnosticeerd. Bij drie patiënten werd de diagnose ten onrechte gesteld. Bij de 14 patiënten bij wie depressie werd gediagnosticeerd schreef de huisarts in 50% een antidepressivum voor en even-

eens in 50% maakten zij een vervolgspraak.

Depressieve patiënten bleken veelal hun huisartsen niet voor hun klachten te consulteren.

Conclusie Huisartsen herkennen en behandelen een depressie na een CVA vaak niet. Het is noodzakelijk dat patiënten die een CVA hebben doorgemaakt goed worden voorgelicht en huisartsen hen stelselmatig controleren op het bestaan van psychische problematiek en daarvoor behandelen of doorverwijzen. Hiervoor zou beleid moeten worden ontwikkeld.

Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht, capaciteitsgroep Psychiatrie en Neuropsychologie: drs. Ivo Aben, destijds AIO, thans psychiater i.o., prof.dr. Frans Verhey, zenuwarts; capaciteitsgroep Neurologie: dr. Jan Lodder, neuroloog; capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde: dr. George Beusmans, huisarts. Correspondentie: f.verhey@np.unimaas.nl
Mogelijke belangenverstremming: niets aangegeven.

Inleiding

Een groot deel van de patiënten die een beroerte doormaken wordt naar huis ontslagen. De huisarts heeft dan ook een belangrijke functie bij de herkenning van psychische en neuropsychologische veranderingen die na een CVA kunnen voorkomen. Depressie vormt hierbij de meest voorkomende psychiatrische stoornis.¹ Het herkennen en behandelen van een depressie bij patiënten die een CVA hebben doorgemaakt is van wezenlijk belang voor hun welbevinden, niet alleen omdat een depressie gepaard gaat met psychisch lijden, maar ook een negatief effect heeft op het herstel van de CVA-patiënt. Zo blijven depressieve patiënten langer opgenomen, profiteren ze minder van revalidatieprogramma's en lopen ze een hoger risico om binnen 1-10 jaar te overlijden.² Medicamenteuze handeling van depressie na een CVA is in diverse onderzoeken effectief gebleken^{3,4} en heeft ook een gunstig effect op de revalidatie. Overigens kan een depressie vaak ook met psychosociale begeleiding afdoende behandeld worden. In de literatuur bestaat discussie over hoe vaak huisartsen een depressie bij ouderen onderkennen en behandelen. Diverse onderzoeken toonden lage percentages van rond de 50%,⁵ terwijl enkele andere veel gunstigere cijfers opleverden.⁶ Diverse factoren bemoeilijken een adequate herkenning. Zo zijn er patiëntgerelateerde factoren als mannelijk geslacht, hogere leeftijd, somatische comorbiditeit, handicap en copingstijl (normaliserende attributies, ontkenning); depressiegerelateerde factoren als lichtere ernst, kortere duur en symptoomprofiel (meer somatische klachten) en huisartsgerelateerde factoren als beperkte kennis en vaardigheden, tijdgebrek en een grote werkdruk.^{7,8} Na een beroerte komen daar nog specifieke problemen bij, zoals lichamelijke handicaps, cognitieve en fatische stoornissen.

Het doel van het hier gepresenteerde onderzoek was meer zicht te krijgen op de herkenning en behandeling van depressie na een CVA door de huisarts. Het gaat om een deelonderzoek van een groter prospectief onderzoek naar het vóórkomen van depressie na een CVA. Wij gingen aan de hand van een gestandaardiseerd interview bij patiënten na of er een depressie bestond en onderzochten bij een subgroep van huisartsen of zij deze depressies bij hun patiënten gedurende het eerste jaar na een CVA hadden onderkend.

Methoden

Patiënten

Insluiting

In het kader van een groter, 1 jaar durend prospectief onderzoek naar het voorkomen, het beloop en de risicofactoren van depressie na een CVA⁹ werden 190 patiënten die in het AZM werden gediagnosticeerd met een eerste supratentorieel infarct, gedurende 1 jaar vervolgd (*figuur*). Het onderzoek werd goedgekeurd door de medisch-ethische commissie van het AZM en alle 190 patiënten gaven schriftelijk toestemming tot deelname.

Alleen die patiënten werden in het hier gepresenteerde deelonderzoek ingesloten die na het CVA – eventueel na een periode van klinische revalidatie – naar huis waren ontslagen en daarmee voor eerstelijnszorg opnieuw op hun huisarts waren aangewezen.

Wat is bekend?

- ▶ Depressie is de meest voorkomende psychiatrische stoornis na een CVA.
- ▶ Herkenning en adequate behandeling daarvan zijn van belang voor het welzijn van de patiënt en het proces van revalidatie.

Wat is nieuw?

- ▶ De huisarts registreert 40% van de daadwerkelijke depressies na een CVA.
- ▶ Dat huisartsen een depressie na een CVA veelal niet onderkennen komt voor een groot deel doordat patiënten niet expliciet met klachten komen die wijzen op een depressie.

Bovendien moest van die patiënten die gedurende de follow-upperiode van één jaar depressief waren bevonden de diagnose depressie zijn gesteld in de periode na ontslag uit het ziekenhuis – dus in de periode dat ze onder de verantwoordelijkheid van de huisarts vielen. Van niet-depressieve patiënten die als controle dienden, moesten bovendien van alle meetmomenten gegevens beschikbaar zijn.

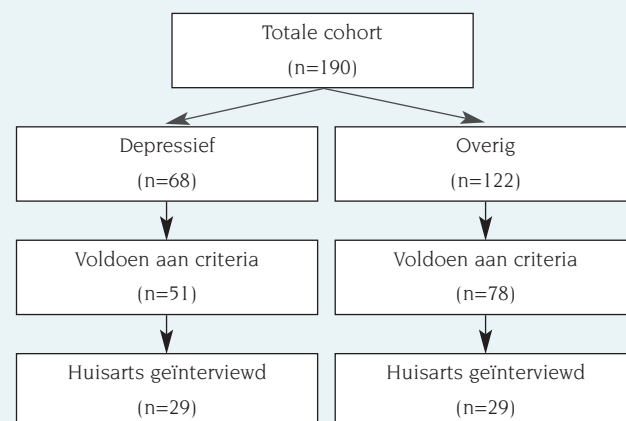
Uitsluiting

Patiënten werden van het onderzoek uitgesloten indien zij een comorbide cerebrale aandoening of een ernstige psychiatrische aandoening (inclusief depressieve stoornis) hadden voor aanvang van het onderzoek, een slechte fysieke en/of mentale toestand waardoor de psychiatrische interviews niet meer betrouwbaar waren af te nemen of als zij in een revalidatiecentrum of verpleegkliniek waren opgenomen.

Samenstelling onderzoeksgroep

In totaal voldeden 129 patiënten aan deze criteria (*figuur*). Van hen werden er 51 op enig moment gedurende de follow-upperiode depressief bevonden. Van 22 van deze 51 patiënten werd de huisarts niet geïnterviewd: bij 9 patiënten weigerden de huisartsen medewerking en van 13 waren de huisartsen bij herhaling niet beschikbaar voor het interview. Het ging in totaal om 10 verschil-

Figuur Stroomdiagram



Tabel 1 Demografische en uitkomstgerelateerde karakteristieken van CVA-patiënten, wier huisartsen wel (n=58) en niet (n=71) geïnterviewd werden

	Huisarts geïnterviewd		p
	Wel	Niet	
Geslacht (vrouwelijk %)	44,8	43,7	0,89
Leeftijd, jaren (gemiddelde, sd)	68,2 (10,8)	65,9 (12,4)	0,28
Opleidingsniveau (%)			0,21
- lagere school	41,4	38,0	
- lager beroepsonderwijs	22,4	25,4	
- middelbaar (beroeps)onderwijs	24,2	19,7	
- vwo/universiteit	12,1	16,9	
Alleenstaand zijn (%)	35,7	27,1	0,30
MMSE (mediaan, spreiding)	26 (19-30)	27 (21-30)	0,04
FAST (mediaan, spreiding)	27 (15-30)	27 (15-30)	0,33
Rankin (gemiddelde, sd)	2,4 (1,1)	1,8 (0,9)	0,001

MMSE = *Mini-mental state examination* (score 0-30); FAST = *Frenchay aphasia screening test* (score 0-30); Rankin (score 0 (geen handicaps) – 5 (bedlegerig)).

lende huisartsen: 1 was inmiddels gepensioneerd, 2 waren ziek, 1 was van baan veranderd, 1 verbleef langdurig in het buitenland en 5 waren er bij herhaling niet voor de onderzoeker bereikbaar of beschikbaar. Hierdoor bleven er 29 patiënten over voor deelname aan het onderzoek.

Ter controle werden van eveneens 29 patiënten die willekeurig werden geselecteerd uit de groep van 78 patiënten zonder depressie, de huisartsen geïnterviewd. Deze subgroep bestond uit de eerstvolgende CVA-patiënten die ten tijde van dit (deel)onderzoek de éénjaars follow-up van het oorspronkelijke onderzoek voltooiden, het hele jaar niet depressief waren maar wel aan de overige in- en exclusiecriteria voldeden.

In totaal werden 58 interviews afgenomen bij in totaal 39 verschillende huisartsen. Wij vonden geen verschillen in leeftijd, geslacht, opleiding en burgerlijke staat tussen de patiënten van wie de huisartsen wél of niet waren geïnterviewd. Wel waren de patiënten van wie de huisarts was geïnterviewd ernstiger gehandicapt ($p=0,001$) en cognitief slechter (MMSE, $p=0,04$) dan patiënten over wie geen interview was afgenomen (tabel 1).

Depressiediagnostiek

Depressiediagnostiek werd verricht op 1, 3, 6, 9 en 12 maanden na het CVA. Bij de meting na 1 maand werd bij iedereen de depressiesectie van de *Structured clinical interview* voor DSM-IV (SCID-I-R) afgenomen. Dit is een gestructureerd diagnostisch psychiatrisch interview met een hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheid dat internationaal veel wordt gebruikt.¹⁰ Tevens werd de 17-items *Hamilton depression rating scale* (HDRS) gescoord als maat voor de ernst van de depressieve symptomen.¹¹ Op de overige 4 meetmomenten werd een screeningsmethode gebruikt die bestaat uit drie zelfbeoordelingsvragenlijsten: de *Beck depression inventory* (BDI), de *Hospital anxiety and depression scale* (HADS, met subschalen voor depressie en angst) en de 90-items *Symptom checklist* (SCL-90, met 8 subschalen, waarvan 1 voor depressie). Bij overschrijding van het afkappunt op een van deze schalen werden de patiënten opnieuw geïnterviewd aan de hand van de SCID en HDRS. De sensitiviteit van deze methode bedroeg 91,2%.¹² Depressie werd gedefinieerd als ernstige of lichte depressie volgens de DSM-IV-criteria. De aldus op ten minste 1 meetmoment gestelde SCID-diagnose werd beschouwd als de gouden standaard.

Huisartseninterview

Wij vroegen zowel aan patiënten als huisartsen vooraf toestemming. Via de praktijkassistente werd een afspraak gemaakt voor het afnemen van een gestructureerd telefonisch interview. Huisartsen werd verzocht bij het beantwoorden van de vragen uit dit interview gebruik te maken van de informatie in het betreffende patiëntendossier. Eerst werd gevraagd naar het aantal consulten (inclusief telefonische consulten en visites) gedurende het eerste jaar na de beroerte. Vervolgens werd per consult nagegaan of het voornamelijk somatische, psychische of andersoortige problematiek betrof dan wel een combinatie hiervan. Alle consulten waarbij psychische of onbegrepen lichamelijke problemen aan de orde waren, werden vervolgens stuk voor stuk nader doorgenomen. Hierbij werd allereerst gevraagd naar de aard van de klacht (somaatich, psychisch of anders) en of psychische klachten later in de anamnese aan de orde kwamen. Vervolgens werd gevraagd naar de werkdiagnose en naar een inschatting van de intensiteit (licht, matig, ernstig), het beloop (af en toe, vaak, voortdurend) en de mate waarin de patiënt door de klachten gehinderd werd in zijn of haar functioneren. Om de huisarts niet te beïnvloeden werd niet expliciet gevraagd of de diagnose depressie al dan niet werd gesteld. Gevraagd werd welke diagnose de huisarts stelde ten aanzien van de psychische klachten die tijdens het consult aan bod kwamen. Het al dan niet noemen van depressie als werkdiagnose gold als uitkomstmaat voor de analyse. Tevens kwam aan de orde welke behandeling de huisarts voorstelde en of er een vervolgafpraak werd gemaakt (afpraak voor controleconsult, controle alleen zo nodig, geen afspraak voor controleconsult). Ten slotte werd de huisarts nog gevraagd of hij vond dat patiënt na het CVA in het algemeen psychisch anders functioneerde.

De gemiddelde tijd tussen het afronden van de follow-upperiode van 1 jaar en het afnemen van het interview bedroeg $21,3 \pm 12,4$ weken.

Factoren die herkenning beïnvloeden

Om na te gaan welke factoren de herkenning van depressie door de huisarts zouden kunnen hebben beïnvloed, onderscheidde wij kenmerken van de patiënt, van het consult en van de depressie. Patiëntkenmerken waren leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, persoonlijkheidstrekken en de mate van handicap en psychisch

klaagedrag. Deze factoren werden één maand na de beroerte gemeten. De persoonlijkheid brachten wij in kaart gebracht door middel van een zelfbeoordelvragenlijst die is gebaseerd op het vijffactormodel van persoonlijkheid. Hiermee worden de dimensies neuroticisme, extraversie, openheid, altruïsme en consciëntie van de persoonlijkheid gemeten.¹³ De mate van handicap werd gemeten aan de hand van de Rankin-score.¹⁴ Als maat voor psychisch klaagedrag gebruikten wij de totaalscore van de SCL-90. Overigens werd het cognitief functioneren globaal gescoord met behulp van de *Mini-mental state examination* (MMSE) en de mate van fatische stoornissen met behulp van de *Frenchay aphasia screening test* (FAST).

Bij consultkenmerken ging het om het aantal consulten en de aard van de gepresenteerde klachten. Depressiekenmerken betroffen de indeling ernstige versus lichte depressie, de depressiescore op de SCL-90 en de duur van de depressie aan de hand van het aantal malen dat de diagnose tijdens de follow-upperiode werd gesteld.

Analyses

Voor de vergelijking van patiënten (deelnemers versus niet-deelnemers of depressieven versus niet-depressieven) gebruikten we de Student-t-toets bij normaal verdeelde, continue variabelen en de non-parametrische U-toets van Mann-Whitney bij niet-normaal verdeelde data. De chi-kwadraattoets gebruikten we bij categorische variabelen. Met behulp van logistische regressieanalyse probeerden we factoren te achterhalen die op herkenning van depressie door de huisarts van invloed zijn, zoals leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en mate van handicap. De effecten van deze factoren werden eenzijdig getoetst omdat de richting van deze effecten voor de hand lag. Zo zou een lichte depressie slechter herkend worden dan een ernstige en niet andersom. Omdat onze meetmomenten niet hoeven samen te vallen met de huis-

Tabel 2 Overeenstemming diagnostiek huisarts met follow-uponderzoek

SCID-diagnose	Diagnose huisarts		totaal
	depressief	niet-depressief	
depressief	11	18	29
niet-depressief	3	26	29
totaal	14	44	58

Tabel 3 Medicamenteuze behandeling en vervolgbeleid door de huisarts (%)

	SCID-diagnose (n=29)	Diagnose door huisarts (n=14)
<i>Medicamenteuze behandeling</i>		
- geen medicatie	18 (62,1)	6 (42,9)
- antidepressivum*	9 (31,0)	7 (50,0)
- anxiolyticum	2 (6,9)	1 (7,1)
<i>Vervolgbeleid</i>		
- geen controleafspraak	18 (62,1)	5 (35,7)
- concrete controleafspraak†	10 (34,5)	7 (50,0)
- controle uitsluitend 'zo nodig'†	1 (3,4)	2 (14,3)

* met of zonder anxiolyticum
† ten minste eenmalig na stellen diagnose

artsencontacten is het aantal consulten en het al dan niet consulteren van de huisarts met psychische klachten als belangrijke determinant voor adequate signalering en herkenning van depressie na een CVA in deze analyse meegenomen.

Resultaten

Het totale aantal consulten verschilde niet tussen depressieve en niet-depressieve patiënten (mediaan 6; spreiding 1-50; p=0,48). Wel kwamen bij depressieve patiënten vaker psychische klachten ter sprake: 55,2% bezocht de huisarts ten minste eenmalig met hoofdzakelijk psychische klachten en nog eens 24,1% besprak psychische klachten later in het consult. Bij de niet-depressieve patiënten gebeurde dit met respectievelijk 27,6% en 20,7% minder vaak (p=0,01).

Tabel 4 Factoren die herkenning depressie door huisarts beïnvloeden (%)

	herkenning depressie door huisarts		p (eenzijdig)
	ja (n=11)	nee (n=18)	
Leeftijd	71,0 (7,4)	69,5 (11,0)	0,69*
Geslacht			0,32*
- vrouw	7/15	8/15	
- man	4/14	10/14	
Opleiding			>0,99*
- laag	8/20	12/20	
- hoog	3/9	6/9	
Neuroticisme	33,3 (5,7)	34,3 (5,7)	0,34
Extraversie	39,2 (4,3)	36,9 (6,9)	0,18
Rankin	2,7 (0,9)	2,4 (1,1)	0,40*
Aantal meetmomenten waarop depressie geconstateerd	3 (1-4)	2 (1-5)	0,04
Ernstige depressie	9/18	9/18	0,09
Lichte depressie	2/11	9/11	
SCL-depressiescore	32,0 (8,4)	29,7 (8,4)	0,27
Aantal consulten	7 (1-40)	6 (1-50)	0,35
Aantal psychi(atri)sche ingangsklachten	1 (0-6)	0 (0-5)	0,06
Aantal psychi(atri)sche problemen	2 (1-7)	1 (0-7)	0,03

Rankin (score 0 (geen handicaps) - 5 (bedlegerig))
SCL-depressiescore: depressie-subschaal van de SCL-90
Psychi(atri)sche ingangsklacht: het aantal keer dat de patiënt de huisarts consulteerde met een psych(iatr)ische ingangsklacht.
Psychi(atri)sch probleem: het aantal keer dat een psych(iatr)isch probleem op enig moment tijdens het consult aan de orde kwam.
* tweezijdig

Gegevens over de mate van herkenning van depressie staan vermeld in *tabel 2*. Bij 37,9% (11/29) van de patiënten met depressie werd deze diagnose daadwerkelijk door de huisarts gesteld. In 89,7% (26/29) van de gevallen was er overeenstemming over patiënten die niet-depressief waren bevonden.

De huisartsen behandelden 9 van de 29 depressieve patiënten (31,0%) met een antidepressivum en 2 (6,9%) met een anxiolyticum. Met 10 patiënten (34,5%) werd een controleafspraak gemaakt, terwijl 1 patiënt (3,4%) het advies kreeg terug te komen wanneer de klachten aan zouden houden (*tabel 3*). Van de 14 patiënten bij wie de huisarts de diagnose depressie stelde (11 terecht-positieven en 3 fout-positieven), kreeg de helft een antidepressivum en één patiënt een anxiolyticum. Zeven kregen een controleafspraak, 2 patiënten alleen bij aanhouden van de klachten. In alle andere gevallen werd de depressie niet behandeld (*tabel 3*).

Bivariate analyse van factoren die van invloed zijn op het al dan niet herkennen van depressie door de huisarts liet allereerst zien dat in gevallen waarin de depressie niet was herkend, patiënten zelden primair met psychische klachten naar hun huisarts waren gegaan en er tijdens de consulten ook weinig over psychische klachten was gesproken. Bovendien bleken de depressies die wel werden onderkend gemiddeld genomen ernstiger dan depressies die niet werden herkend en depressies die gedurende de follow-upperiode van een jaar op meer dan één meetmoment konden worden vastgesteld werden vaker herkend dan eenmalig gemeten depressies. Het herkennen van depressie bleek niet gerelateerd aan de patiëntkenmerken leeftijd, geslacht, opleiding, persoonlijkheidstrekken of mate van handicap (*tabel 4*).

Beschouwing

De herkenning van depressie na een CVA in dit onderzoek was beperkt tot iets minder dan 40%. Dat is aanzienlijk minder vaak dan in eerder Nederlands onderzoek. In het onderzoek van Loor et al. (1999) signaleerden huisartsen depressie bij 88,9% van de patiënten die ook aan de hand van een depressievragenlijst depressief waren bevonden.¹⁵ Dit verschil hangt mogelijk samen met verschillen in onderzoeksopzet en methoden tussen beide onderzoeken. Ten eerste is in ons onderzoek ernstige en lichte depressie gediagnosticeerd op basis van algemeen geaccepteerde diagnostische criteria en vastgesteld met een gestandaardiseerd diagnostisch interview, terwijl in het onderzoek van Loor de diagnose depressie uitsluitend aan de hand van een zelfbeoordelvragenlijst werd gemeten. Ten tweede kunnen de retrospectieve gegevens van de huisartsen in ons onderzoek tot een onderschatting van de herkenning hebben geleid, bijvoorbeeld door minder gedetailleerde verslaglegging in de patiëntendossiers. Belangrijker is wellicht dat huisartsen in het onderzoek van Loor tijdens het onderzoek al vaker naar het voorkomen van depressie was gevraagd, waardoor ze meer alert waren op het herkennen van depressie. Het gunstige resultaat van Loor is dan te interpreteren als een aanwijzing dat de herkenning van depressie na een CVA aanzienlijk kan worden verbeterd door het probleem regel-

Abstract

Aben I, Verhey FJR, Beusmans G, Lodder J. Recognition and Treatment of Post-stroke Depression in General Practice. *Huisarts Wet* 2003;46(9):487-92.

Objective To determine the accuracy with which post-stroke depression is recognised and treated by GPs and to determine factors that hamper adequate recognition.

Methods This study was part of a one-year prospective follow-up study of post-stroke depression in 190 patients with a first supratentorial infarct. Depression was diagnosed according to DSM-IV criteria using a standardised diagnostic interview (SCID-I). The GPs of 58 out of 129 patients who had been discharged from hospital were interviewed about the patient contacts during the first year after stroke. The interview covered the initial complaint, the GP's diagnosis and the treatment prescribed.

Results Depressed patients visited their GPs as often as non-depressed patients, but they reported more mental complaints. Depression as diagnosed with the SCID-I was recognised as such by the GPs in 11 of 29 cases (37.9%). After recognition, an anti-depressive drug was prescribed in 50% of patients. A follow-up appointment was also made in 50%. The severity of depression and the nature of the complaints mentioned during the anamnesis (somatic/mental) showed a significant relationship to adequate recognition of post-stroke depression. In general, depressed patients rarely visited their GP primarily because of depressive complaints. Patient-related factors such as age, gender, educational level, personality traits and extent of handicap were not found to be of significant influence.

Conclusion Post-stroke depression is recognised by GPs in about 50% of patients. Anti-depressants were prescribed in about half of these cases, as was the arrangement of a follow-up appointment. Recognition of post-stroke depression in general practice could be improved. Suggestions are made as to how to achieve this.

matig onder de aandacht van huisartsen te brengen.

Onze bevindingen sluiten beter aan bij onderzoeken naar de herkenning van depressie bij ouderen. Zo vonden Crawford et al. dat maar de helft van de depressies bij ouderen werd herkend.⁵ Anderen rapporteerden al eerder vergelijkbare bevindingen.¹⁶ Een depressie wordt bij ouderen niet altijd herkend doordat het profiel ervan zich onderscheidt van depressie in de algemene populatie door verschillen in de pathofysiologie en het bestaan van comorbiditeit. Als ouderen met hun depressieve klachten niet naar de huisarts gaan of hoofdzakelijk met lichamelijke klachten komen, blijft hun depressie ook vaak onopgemerkt. Uit ons onderzoek bleek dit in nog sterkere mate te gelden: 13 van de 29 (45%) depressieve patiënten kwam op geen enkel moment met een psychische ingangsklacht bij de huisarts. De geringe mate van herkenning van depressie na een CVA is daarom deels ook toe te schrijven aan het ziektegedrag van de patiënt.

Bij een aantal patiënten stelde de huisarts de diagnose depressie niet terwijl deze patiënten toch antidepressiva kregen. Dit kan verschillende verklaringen hebben. De antidepressiva kunnen door een andere arts zijn voorgeschreven (neuroloog, revalidatiearts);

ze kunnen voor een andere indicatie zijn voorgeschreven (neurogene pijn, angststoornis) en de huisarts kan symptomatisch behandelen zonder een gedifferentieerde diagnose te hebben gesteld. Deze mogelijkheden hebben wij overigens niet meer bij de huisartsen getoetst.

Het is de vraag in hoeverre de diagnostische criteria voor de diagnose depressie van de DSM-IV in de dagelijkse praktijk bruikbaar zijn. Huisartsen zullen zich eerder richten op problemen en klachten dan de aan- of afwezigheid van alle diagnostische criteria nagaan. Toch impliceren de hier gebruikte DSM-criteria juist dat er sprake is van een klinisch relevante depressie die gepaard gaat met een duidelijke lijdensdruk en/of hinder in het dagelijks functioneren. Om deze reden en omdat depressie morbiditeit en mortaliteit na een CVA negatief beïnvloedt, is het belangrijk de depressie te herkennen en te behandelen.

Conclusie

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat de signalerings- en zorgfunctie van huisartsen bij patiënten die een CVA hebben doorgemaakt voor verbetering vatbaar is. CVA-patiënten met depressieve klachten raadplegen de huisarts weinig. Huisartsen zouden psychische klachten bij hun CVA-patiënten standaard moeten inventariseren eventueel met een kort screeningsinstrument. Een dergelijk instrument is onlangs met subsidie van de Hersenstichting ontwikkeld.¹⁷ Het stellen van de diagnose depressie zou vaker aanleiding moeten geven tot het starten van een behandeling met medicijnen en/of ondersteunende gesprekken of tot verwijzing naar de tweede lijn. Om dit te bereiken kan gedacht worden aan voorlichting aan CVA-patiënten en aan nascholing van huisartsen en andere hulpverleners die betrokken zijn bij de zorg voor CVA-patiënten.

Literatuur

- 1 Robinson RG. The clinical neuropsychiatry of stroke. Cognitive, behavioral and emotional disorders following vascular brain injury. 1st ed. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
- 2 Aben I, Verhey F, Honig A, Lodder J, Lousberg R, Maes M. Research into the specificity of depression after stroke: a review on an unre-

solved issue. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2001;25:671-89.

- 3 Wiart L, Petit H, Joseph PA, Mazaux JM, Barat M. Fluoxetine in early poststroke depression: a double-blind placebo-controlled study. *Stroke* 2000;31:1829-32.
- 4 Robinson RG, Schultz SK, Castillo C, Kopel T, Kosier JT, Newman RM, et al. Nortriptyline versus fluoxetine in the treatment of depression and in short-term recovery after stroke: a placebo-controlled, double-blind study. *Am J Psychiatry* 2000;157:351-9.
- 5 Crawford MJ, Prince M, Menezes P, Mann AH. The recognition and treatment of depression in older people in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998;13:172-6.
- 6 MacDonald AJ. Do general practitioners "miss" depression in elderly patients? *BMJ (Clinical Research Edition)* 1986;292:1365-7.
- 7 Kessler D, Lloyd K, Lewis G, Gray DP. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ* 1999;318:436-9.
- 8 Tylee A. Depression in the community: physician and patient perspective. *J Clin Psychiatry* 1999;60(Suppl 7):12-6; discussion:17-8.
- 9 Aben I, Denollet J, Lousberg R, Verhey F, Wojciechowski F, Honig A. Personality and vulnerability to depression after stroke: a 1-year follow-up study. *Stroke* 2002;33:2391-5.
- 10 First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition (SCID-I/P, Version 2.0). New York (NY): Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute; 1995.
- 11 Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
- 12 Aben I, Verhey F, Lousberg R, Lodder J, Honig A. Validity of the beck depression inventory, hospital anxiety and depression scale, SCL-90, and hamilton depression rating scale as screening instruments for depression in stroke patients. *Psychosomatics* 2002;43:386-93.
- 13 Hoekstra HA, Ormel J, De Fruyt F. NEO Personality Questionnaires NEO-PI-R, NEO-FFI, Manual. Lisse: Swets & Zeitlinger; 1996.
- 14 Rankin J. Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60. 2. Prognosis. *Scottish Medical Journal* 1957;2:200-15.
- 15 Loor HI, Groenier KH, Schuling J, Meyboom-de Jong B. Depressiviteit na een cerebrovasculair accident: het oordeel van de huisarts. *Huisarts Wet* 1999;42:299-302.
- 16 Pond CD, Mant A, Bridges-Webb C, Purcell C, Eyland EA, Hewitt H, et al. Recognition of depression in the elderly: a comparison of general practitioner opinions and the Geriatric Depression Scale. *Fam Pract* 1990;7:190-4.
- 17 Van Heugten C, Rasquin SMC, Winkens I, Beusmans G, Verhey FRJ. Cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen van het CVA. Signaleringslijst voor zorgverleners. Hoensbroek/Maastricht: IRV/ Universiteit van Maastricht; 2003. Report No.: IRV(03)13-03/0333413/20391/cvh/jh/maart2003.