

## Interview met Els Licht-Strunk: ‘Somberheid hoort níét bij het leven!’



In haar promotieonderzoek ‘The prognosis of late-life depression in general practice’ heeft Els Licht gekeken naar de prevalentie, de diagnostiek en het beloop van depressieve klachten bij 55-plussers in de huisartsenpraktijk. In een interview vertelt ze over haar bevindingen.

### Geen romantiek

Gevraagd naar het waarom van haar keuze voor het onderwerp van haar onderzoek, glimlacht Els Licht: ‘Dat is geen romantisch verhaal. Tijdens mijn coschappen vroeg een internist of ik bij haar onderzoek wilde doen, maar het was me in de loop van mijn opleiding steeds duidelijker geworden dat ik huisarts wilde worden. Het moest wat mij betreft dus een onderzoek binnen de huisartsgeneeskunde worden. En ik vond onderzoek doen heel leuk, maar het leek me te saai om me vier jaar lang alleen maar daarmee bezig te houden. Dus toen ik las over het aiotho-schap, had ik daar meteen veel belangstelling voor. Zo kwam ik terecht bij mijn copromotor, Harm van Marwijk, en die vertelde dat er subsidie was voor dit onderzoek naar depressiviteit bij ouderen. Het onderwerp is dus feitelijk gekozen omdat daar geld voor was, maar gelukkig vond ik het ook heel interessant.’

### Oud en depressief...

‘Ik kon aanhaken bij het onderzoek van een collega, die al contacten had gelegd met 34 huisartsen in West-Friesland en omstreken’, vertelt Licht. Ze benaderde alle 55-plussers die deze huisartsen bezochten voor haar onderzoek. Daarvoor draagt ze een aantal redenen aan: ‘Vanaf deze leeftijd krijgen mensen andere problemen dan jongeren. Er ontstaan bijvoorbeeld chronische ziekten als diabetes, longemfyseem of hart- en vaatziekten, maar ook komen meer life-events voor rond dood en verlies. En de behandelingsmogelijkheden veranderen; je kunt bijvoorbeeld mensen met hartziekten vanwege de bijwerkingen niet alle antidepressiva voorschrijven. Bovendien hebben ouderen zelf vaak een gestigmatiseerd beeld van een depressie; die zeggen: “Ik ben niet gek!” Dan is er vaak ook nog niet genoeg aandacht voor hun psychische klachten, omdat er al zoveel tijd gaat zitten in de zorg voor de lichamelijke aandoeningen. En de depressieve klachten kunnen op oudere leeftijd vaker een gevolg zijn van vaatschade in de hersenen. Een dergelijke vasculaire depressie is moeilijker te behandelen, omdat antidepressiva dan niet goed werken. Tot slot duurt depressie bij ouderen veel langer, namelijk gemiddeld negentien maanden; bij jongeren is dat gemiddeld slechts zes maanden. Misschien ook wordt bij ouderen depressie slechter behandeld.’

### Fikse klus

Licht probeerde eerst om via de praktijkassistentes de patiënten te benaderen voor het invullen van een vragenlijst, maar dat lukte niet. ‘Daarvoor zijn die praktijkassistentes veel te druk. Gelukkig had ik hier een verschrikkelijk goede onderzoeksassistente. Die ging regelmatig naar al die praktijken om daar de gegevens te verzamelen van de 55-plussers die in de afgelopen tijd de huisarts hadden bezocht. Zo hebben meer dan vierduizend mensen de vragenlijst ingevuld. Uiteindelijk waren er zo’n vierhonderd mensen die boven een afkappunt scoorden én die aan het onderzoek wilden meedoen. Hen hebben we bezocht en gedurende drie jaar gevolgd. Als aiotho kun je je onderzoek over een langere periode spreiden, en dat kwam in dit geval wel heel goed uit!’

Het lijkt een onmogelijke opgave om zelf vierhonderd mensen thuis te gaan bezoeken... ‘Dat deed ik gelukkig niet zelf. We hebben interviewers geworven via een lokaal krantje en na een training gingen die bij de patiënten langs. De onderzoeksassistente hield alles goed in de gaten en dat was ook nodig want soms was de follow-up erg lastig. Mensen gingen overwinteren in Spanje of iemand brak een heup. Dan zag de assistente erop toe dat we na een tijdje weer gingen vragen of de patiënt toch nog mee wilde doen. Alles bij elkaar was dat dus een hele klus.’

### Hoge prevalentie

‘Een kwart van alle 55-plussers die de huisartsen bezoeken – en daar dus vitaal genoeg voor zijn – heeft depressieve klachten’, aldus Licht. ‘Als je de mensen in verzorgingstehuizen zou meetellen, liggen die aantallen nog veel hoger. En bij zo’n 13% van deze 55-plussers betreft het een échte depressieve stoornis die volgens de NHG-Standaard in aanmerking komt voor behandeling. Met die 13% moeten we dus volgens de richtlijnen iets doen, maar wat we met die andere 12% moeten, weten we niet zo goed. In elk geval geen medicijnen voorschrijven, want dat is veel te duur en het risico op bijwerkingen is te groot. Maar wat dan wel? Het lijkt goed om deze patiënten begeleiding of counseling aan te bieden. Want ook bij mildere depressies is er nog steeds sprake van verlies aan kwaliteit van leven.’

### Niet herkend

Voor een behandeling kan worden aangeboden, moet er echter een diagnose zijn gesteld, en dat lijkt een nog veel groter probleem. Licht: ‘Huisartsen zeggen vaak: “Ik ken mijn depressieve patiënten wel”, maar dat toont mijn onderzoek niet aan. Tweederde van de depressies wordt niet herkend. Dat zou misschien niet erg zijn als de mensen vanzelf wel opknapt, maar na een jaar had tweederde van deze niet-herkende patiënten nog klachten. Die cijfers waren slechter dan ik zelf had gedacht. Ik veronderstelde dat huisartsen hooguit de depressies die mild waren of een gunstig beloop hadden

niet zou herkennen. Maar ook de ernstige en chronische depressies worden dus niet gediagnosticeerd.'

Licht veronderstelt dat de cijfers geen vertekend beeld geven, omdat de uitkomsten van de screening niet zijn meegedeeld aan de huisartsen. 'Dan zou je hun gedrag beïnvloeden, en dat wilden we nadrukkelijk niet in dit onderzoek.' Daarop werd alleen uitzondering gemaakt als er suïcidale uitingen waren, maar dat was bij slechts twee patiënten het geval.

Heeft Licht nog tips voor de huisarts zodat deze zijn depressieve patiënten wat gemakkelijker gaat herkennen? 'Het belangrijkste is: je moet eraan denken. En verder: vraag er gewoon naar!'

Of is misschien de vragenlijst<sup>1</sup> die Licht in haar onderzoek heeft gebruikt, ook bruikbaar voor de diagnostiek? 'Die zou je zeker kunnen gebruiken, maar dat is misschien voor huisartsen zelf wat al te arbeidsintensief. Je zou het echter ook door een praktijkondersteuner kunnen laten doen.'

### Wat maakt het uit?

Van de patiënten bij wie de huisarts de depressie wél herkende, was ook na een jaar tweederde nog steeds depressief. In een tijd waarin er steeds kritischer wordt gedacht over de 'geneesbaarheid' van depressieve klachten, geeft dat toch wel te denken. Licht: 'Je zou inderdaad kunnen zeggen: wat maakt het eigenlijk uit? Maar je kunt die groepen niet met elkaar vergelijken. Want de huisarts herkent over het algemeen alleen de ernstige depressies en die hebben een veel ongunstiger prognose. Bovendien, áls er wordt behandeld, dan is er dikwijls nog sprake van onderbehandeling. Bijvoorbeeld omdat de therapietrouw vaak laag is; bij "pillen" vanwege de bijwerkingen en bij "praten" omdat mensen daar weerstand tegen hebben ("Ik ben niet gek!"). Verwijzing naar een psychiater komt slechts zelden voor.'

### Chronische ziekten en de praktijkondersteuner

Licht zou graag zien dat depressie zou worden beschouwd als een chronische aandoening met risico op terugval. 'Zoals we mensen met diabetes of COPD begeleiden, zo zou het met depressie ook moeten. Uit onderzoek blijkt dat als in een consult de diagnose depressie is gesteld, de huisarts zo'n patiënt soms het hele jaar niet meer terugziet. In het Engelse gezondheidszorgsysteem is in de kwaliteitsindicatoren opgenomen dat de huisarts eens per jaar bij patiënten met diabetes of HVZ navraag doet naar depressieve klachten. Dat zou ik hier ook graag zien gebeuren; overigens óók bij mantelzorgers. Je kunt dat immers goed delegeren aan de praktijkondersteuner.'

Ook als het gaat om de behandeling ziet Licht een nadrukkelijke rol voor de praktijkondersteuner weggelegd. 'Pillen zijn voor de huisarts natuurlijk het makkelijkst, maar praten is even effectief. En ook beweging heeft een positief effect. Omdat de praktijkondersteuner meer tijd heeft, kan die in de gaten houden hoe het klachtenverloop is en ze kan leefstijladviezen geven.'

De jongste trend lijkt te zijn 'collaborative care', afkomstig uit de VS. 'Hierbij is er een zorgteam, bestaande uit een huisarts, een psychiater en een 'case-manager'. Dit is een maatschappelijk werkster,

sociaal-psychiatrisch verpleegkundige of praktijkondersteuner GGZ. De huisarts als hoofdbehandelaar kiest samen met de patiënt de meest optimale behandeling. De case-manager monitort bijvoorbeeld elke twee weken, geeft psycho-educatie en leefstijladviezen en eventueel eenvoudige gesprekstherapie. De psychiater kan bij dit alles worden geconsulteerd. Het idee achter collaborative care is dat je de patiënt constant in de gaten houdt.'

### Missie op eigen bord

Gevraagd naar haar 'boodschap' naar aanleiding van haar promotieonderzoek antwoordt Licht: 'Depressies zijn veel vaker behandelbaar dan we denken. En somberheid hoort níét bij het leven, zoals sommige huisartsen zeggen. Dat vind ik veel te gemakkelijk. Je kunt best helpen om het leven van mensen wat draaglijker te maken. Dat kan soms in kleine dingetjes schuilen. Dat er iemand langskomt van de kerk. Of dat je wekelijks vervoer naar een bridgeclubje regelt. In Engeland is onderzocht wat patiënten het belangrijkste vinden, en dat was dat er af en toe naar ze geluisterd wordt.'

In de NHG-Standaard Depressie worden ouderen niet als aparte patiëntencategorie genoemd en dat vindt Licht een omissie. 'Daar zou een aparte paragraaf voor moeten komen. Maar dat is een missie die op mijn eigen bordje ligt, want ik zit in de werkgroep die de actualisering van de standaard verzorgt.'

### Nieuw onderzoek

Een vraag aan elke 'jonge doctor' is of er niet een enorme leegte gaapt na de hectiek van het promoveren. 'Dat valt wel mee, al hijgde die promotie me de laatste maanden wel behoorlijk in de nek. Ik heb in 2006 de huisartsenopleiding afgerond en praktiseer nu twee dagen per week in Amstelveen. Daarnaast werk ik twee dagen bij het VUmc en een halve dag in de week bij het NHG voor de actualisering van de standaard Depressie. Bij het VUmc ben ik een nieuw onderzoek begonnen naar de collaborative care. Het Trimbos Instituut kijkt naar de effectiviteit ervan, en ik kijk naar mogelijkheden om het te implementeren.'

Nu er maar zo weinig tijd zit tussen het afronden van de promotie en het alweer beginnen van een nieuw onderzoek, kan het bijna niet anders of het is allemaal goed bevallen. 'Ja, onderzoek is leuk: je hebt tijd om over dingen na te denken en je in één onderwerp te verdiepen. En het leuke van de praktijk is dat je met de mensen zelf in contact komt. Ik denk dat ik wel altijd onderzoek naast de praktijk zal blijven doen.'

*Ans Stalenhoef*

<sup>1</sup> Deze lijst kan worden gedownload via [www.ouderenpsychiatrie.nl](http://www.ouderenpsychiatrie.nl).

