

Actief zoeken naar depressie?

Klaas van der Meer

Depressie geeft een ernstig ziektebeeld: de patiënt lijdt eronder en er is sprake van forse beperkingen in het dagelijks functioneren. Van de depressieve episodes kent 20% een chronisch beloop. Bovendien hebben depressieve patiënten een grotere kans op het krijgen van andere ziekten. In de discussie over de zorg voor patiënten met een depressie komen steeds weer de termen onderdiagnostiek en onderbehandeling naar voren. Bij de behandeling van depressie worden psychotherapie en antidepressiva als effectieve methoden genoemd. Vooral voor de SSRI's is de laatste jaren veel propaganda gemaakt, maar wat schiet de patiënt daarmee op?

Stand van zaken

Het NEMESIS-onderzoek toont duidelijk aan dat psychische stoornissen veel voorkomen. Hoewel 80% van de depressieve patiënten de huisarts in een jaar tijd bezoekt, vraagt een meerderheid van hen geen hulp bij psychische klachten. Tevens bleek dat er in de tijd tot herstel opvallend weinig verschil was tussen patiënten die geen hulp hadden gezocht, alleen eerstelijnszorg kregen of ook ggz-hulp kregen.¹ De helft van de mensen met een depressieve episode bleek na drie maanden te zijn hersteld, ongeacht de behandeling. Hoe langer de episode duurt, hoe groter echter de kans op een chronisch beloop.

Wat betekent onderdiagnostiek voor het beloop?

Met het beschikbaar komen van antidepressiva is de aandacht voor depressie in diagnostiek en behandeling nieuw leven ingeblazen. Er is de laatste jaren veel gepubliceerd over preventie en behandeling van psychische stoornissen in de eerste lijn.^{2,3,4} We doen als hulpverleners ons best, maar de resultaten van alle nieuwe mogelijkheden voor de patiënt blijven beperkt. De depressieve patiënt heeft vooral steun nodig. Een grote nadruk op medicatie werkt medicaliserend en niet iedere patiënt staat open voor psychotherapie. Aan huisartsen dus de schone taak een behandeling op maat te vinden voor de individuele patiënt.

Interventiestudie

De vraag van Van Marwijk et al. om de identificatie, diagnose en behandeling van 55-plussers te verbeteren, bouwt voort op de gedachte dat voor patiënten met zo veel lijdensdruk nieuwe zorg wat te bieden heeft. Maar *care as usual* versus intensieve begelei-

ding met screening, diagnostiek en behandeling leidde slechts tot beperkte verbetering. Gebruikelijke zorg is blijkbaar zo slecht nog niet.

Screening

Slechts de helft van de mensen met een depressie wordt in de eerste lijn gesignaleerd en dat is vooral vanuit epidemiologisch standpunt moeilijk te verteren. Is screening op depressie een oplossing voor dit probleem? Al eerder bleek dit weinig effectief. Baas e.a. gingen actief op zoek naar depressies onder huisartspatiënten die daarop een verhoogd risico hadden. Van de patiënten die voor de screening werden uitgenodigd, reageerde 50 procent niet en van de nieuw ontdekte patiënten wenste 40 procent geen behandeling. Interessant was het *number needed to screen*: dit was 118 om een nog niet gediagnosticeerde depressieve patiënt te behandelen. Om één patiënt extra van een depressie af te helpen, kan dat aantal nog eens met 4 à 5 worden vermenigvuldigd. Screening op depressie in hoogrisicogroepen in de huisartsenpraktijk is dus niet effectief gebleken door het lage aantal behandelingen.

Winst

Om bij de depressieve stoornis winst te behalen voor zijn patiënten moet de huisarts een standaardbehandeling nastreven. Hij kan de diagnostiek voor nieuwe patiënten optimaliseren door zich actiever op te stellen en bij patiënten uit risicogroepen (zoals vaakkomers, patiënten met wisselende klachten en/of chronische somatische klachten, en benzogebruikers) volgens de NHG-Standaard te informeren naar de kernsymptomen van depressie. Daarna zal de huisarts de patiënt moeten motiveren tot behandeling. We kunnen op die manier proberen de lijdensdruk voor een aantal mensen te verminderen. De winst lijkt echter beperkt.

Literatuur

- 1 Spijker J, Beekman ATF, Nolen WA, Ormel J, Bijl RV, De Graaf R. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. IV. Duur van depressieve episoden. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2003;147:2025-8.
- 2 Schreuders B, Van Marwijk HWJ, Smit JH, Rijmen F, Stalman WAB, Van Oppen P. Primary care patients with mental health problems. Outcome of a randomised clinical trial. *Br J Gen Pract* 2007;57:886-91.
- 3 Van Schaik DJF, Van Marwijk HWJ, Van der Windt DAWM, Beekman ATF, De Haan M, Van Dyck R. De effectiviteit van psychotherapie in de eerste lijn bij patiënten met een depressieve stoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2002;44:609-19.
- 4 Licht-Strunk E, Van der Windt DAWM, Van Marwijk HWJ, De Haan M, Beekman ATF. The prognosis of depression in older patients in general practice and the community - a systematic review. *Fam Pract* 2007;24:168-80.
- 5 Van Marwijk HWJ, Grundmeijer HGLM, Bijl D, Van Gelderen MG, De Haan M, Van Weel-Baumgarten EM, et al. NHG-Standaard Depressieve stoornis. www.nhg.org.

Auteursgegevens

UMC Groningen, Afdeling huisartsgeneeskunde, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen: prof.dr. K. van der Meer, hoogleraar huisartsgeneeskunde. Correspondentieadres: klaas.van.der.meer@med.umcg.nl