

# Screening op depressie in hoogrisicogroepen levert te weinig op

Kim Baas, Karin Wittkamp, Henk van Weert, Peter Lucassen, Jochanan Huyser, Henk van den Hoogen, Eloy van de Lisdonk, Patrick Bindels, Claudi Bockting, Eric Ruhé, Aart Schene

## Inleiding

In de reguliere eerstelijnsgezondheidszorg ontdekt men slechts de helft van de patiënten met een depressieve stoornis (DS).<sup>1</sup> Omdat mensen met een depressie vaak in een slechte gezondheidstoestand verkeren en een lage kwaliteit van leven ervaren, is dit moeilijk te accepteren.<sup>2</sup> Screening is mogelijk een oplossing voor deze onderdiagnostiek.<sup>3</sup> In niet-geselecteerde patiëntengroepen is de positief voorspellende waarde van de beschikbare screeningsinstrumenten echter te laag.<sup>4</sup> Als men screening tot hoogrisicogroepen beperkt kan men niet-herkende depressie wellicht efficiënter opsporen.<sup>5</sup>

Screening zonder feedback van de diagnose naar de huisarts bleek eerder weinig effectief.<sup>6,7</sup> Huisartsen diagnosticeerden wel meer patiënten met een DS, maar dit resulteerde niet in meer interventies of betere uitkomsten. Screening zou men om deze reden moeten uitvoeren in het kader van een Disease Management Programma (DMP), dat bestaat uit identificatie van patiën-

ten, gestructureerde diagnostiek met feedback naar huisarts en patiënt, en aansluitende beschikbaarheid van evidence-based behandelingen.<sup>7,8</sup>

Voor dit onderzoek definieerden wij drie hoogrisicogroepen. Vergeleken met de 10% prevalentie van de DS in de eerste lijn,<sup>9</sup> stijgt de prevalentie in deze hoogrisicogroepen tot 20-30%.<sup>10-12</sup> Tot nu toe heeft men nog geen onderzoeken gedaan om de effectiviteit van selectieve screening te evalueren.<sup>1</sup>

Onze onderzoeksvragen luiden:

1. Hoeveel patiënten in de huisartsenpraktijk met een nog niet herkende depressie kunnen huisartsen met eenmalige screening diagnosticeren?
2. Hoeveel patiënten kunnen aansluitend een behandeling krijgen indien huisartsen de screening beperken tot hoogrisicopatiënten?

In dit artikel beschrijven wij de resultaten van de screening, als onderdeel van een DMP, in de drie hoogrisicogroepen.

## Samenvatting

Baas KD, Wittkamp KA, Van Weert HC, Lucassen P, Huyser J, Van den Hoogen H, et al. Screening op depressie in hoogrisicogroepen levert te weinig op. *Huisarts Wet* 2009;52(6):269-74.

**Inleiding** De reguliere huisartsgeneeskundige zorg ontdekt ongeveer de helft van de patiënten met een depressieve stoornis (DS). Screening van hoogrisicogroepen zou de andere helft kunnen achterhalen.

**Methode** We onderzochten de effectiviteit van selectief screenen op een DS in drie hoogrisicogroepen in de huisartsenpraktijk: patiënten met psychosociale problemen, patiënten met lichamelijk onverklaarde klachten en patiënten die vaak de huisarts bezoeken. We voerden het onderzoek uit in drie gezondheidscentra in Nederland.

**Resultaten** Van de 2005 geïdentificeerde hoogrisicopatiënten konden wij er 1687 uitnodigen voor de screening. Van deze groep deden 780 patiënten mee. Wij ontdekten 71 patiënten met een DS; van hen waren er 36 (51%) al onder behandeling, weigerden 14 behandeling en wilden er 4 niet aan ons onderzoek meedoen. Als resultaat van de screening startten 17 patiënten (1% van de 1687) aan een behandeling voor een DS.

**Conclusie** Screening op depressie in hoogrisicogroepen blijkt niet effectief: slechts 1 op de 5 ontdekte patiënten met een DS was bereid deel te nemen aan een behandeling.

AMC, UvA, afdeling Psychiatrie, Meibergdreef 5, 1105 AZ Amsterdam: K.D. Baas, assistent in opleiding en gz-psycholoog in opleiding; dr. K.A. Wittkamp, arts-onderzoeker; dr. H.C. van Weert, huisarts en senior-onderzoeker; dr. P. Lucassen, huisarts en senior-onderzoeker; dr. J. Huyser, psychiater en senior-onderzoeker; H. van den Hoogen, statisticus; dr. E. van de Lisdonk, huisarts en senior-onderzoeker; prof.dr. P.E. Bindels, hoogleraar huisartsgeneeskunde; dr. C.L. Bockting, universitair hoofddocent; dr. H.G. Ruhé, psychiater en senior-onderzoeker; prof.dr. A.H. Schene, hoogleraar psychiatrie.

Correspondentie: k.d.baas@amc.uva.nl

Belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Baas KD, Wittkamp KA, Van Weert HC, Lucassen P, Huyser J, Van den Hoogen H, et al. Screening for depression in high risk groups: a prospective cohort study in general practice. *Br J Psych* 2009;194:399-403. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Financiering voor dit onderzoek werd verzorgd door een subsidie van de Nederlandse Organisatie voor Gezondheidsonderzoek en Zorginnovatie (ZonMw), Programma Geestelijke Gezondheid (#100.003.005 en #100.002.021).

### Wat is bekend?

- ▶ De reguliere zorg herkent ongeveer de helft van de patiënten met een depressieve stoornis.
- ▶ Met behulp van screening in hoogrisicogroepen zou men de andere helft van de patiënten met een depressieve stoornis kunnen achterhalen.
- ▶ Alleen screenen met of zonder feedback naar de huisarts is echter onvoldoende.
- ▶ Screening mag alleen worden geïmplementeerd als het wordt gevolgd door evidence-based interventies.

### Wat is nieuw?

- ▶ Screening op depressie in hoogrisicogroepen in de huisartsenpraktijk is niet effectief, ook al is behandeling gemakkelijk toegankelijk.
- ▶ Het probleem betreft niet zozeer het gebrek aan training en onderwijs van huisartsen, als wel de onwil van patiënten om een behandeling te accepteren voor een aandoening waarvoor ze niet naar de huisarts zijn gekomen.
- ▶ De sleutel tot het verbeteren van de zorg ligt dus niet in het ontdekken van onherkende depressies, maar in het overtuigen van patiënten om evidence-based behandelingen voor depressie te initiëren en daarna te continueren.

### Methoden

We voerden het onderzoek uit als een prospectief cohortonderzoek, dat van januari 2005 tot maart 2006 plaatsvond onder patiënten tussen de 17 en 80 jaar oud in huisartsenpraktijken uit twee regio's. Deze regio's waren verbonden aan een academische setting: het AMC in Amsterdam en het UMC St Radboud in Nijmegen. De medisch-ethische commissies van beide ziekenhuizen keurden het onderzoeksprotocol goed.

### Patiënten

We selecteerden drie hoogrisicogroepen uit de elektronische patiëntenbestanden van de deelnemende huisartsenpraktijken. Ten eerste patiënten met psychosociale problemen (PP), dat wil zeggen alle patiënten die in de drie maanden voorafgaand aan de selectie met een nieuw psychosociaal probleem bij de huisarts kwamen. De deelnemende huisartsen codeerden alle diagnoses of klachten met de International Classification of Primary Care (ICPC).<sup>13</sup> We identificeerden patiënten die de huisarts bezochten in verband met psychologische of sociale redenen door selectie van de hoofdstukken P en Z van de ICPC. Behalve op ICPC-code doorzochten we de medische dossiers met vooraf bepaalde vrije tekstwoorden: angst, piekeren, verdriet, stress, down gevoel en slaapproblemen. De tweede hoogrisicogroep betrof patiënten die vaak de huisarts bezochten (VHB). We gebruikten de methode van Howe<sup>14</sup> om patiënten die frequent de huisarts bezochten te definiëren: de 10% meest consulterende vrouwen en mannen in twee leeftijdsgroepen (18-44 en 45-70 jaar), in het jaar voorafgaand aan het onderzoek. Met deze methode konden we corrigeren voor verschillen in geslacht en leeftijd. We gebruikten alle *face to face* con-

tacten en selecteerden patiënten die per huisarts behoorden tot de 10% die het meest frequent contact met de praktijk hadden. De derde geselecteerde groep patiënten had lichamelijk onverklaarde klachten (LOK) die we definieerden als somatische klachten die de huisartsen niet in biologische termen konden verklaren, met een minimale duur van 90 dagen, zoals vastgesteld door de huisarts.

Huisartsen bekeken gedurende vier weken voorafgaand aan de cross-sectionele selectie hun spreekuurlijsten en selecteerden patiënten die aan deze criteria voldeden.

### Follow-upprocedure

Huisartsen ontvingen een lijst van patiënten die het onderzoeksteam had geselecteerd. Zij excludeerden vervolgens de patiënten die zij al eerder hadden herkend als patiënten met een DS, schizofrenie, een psychose of een bipolaire stoornis. Ook excludeerden de huisartsen patiënten die om andere redenen niet geschikt waren om deel te nemen: vanwege somatische klachten (bijvoorbeeld blindheid, terminale ziekte), mentale retardatie of door problemen met de Nederlandse of Engelse taal.

Vervolgens stuurde de huisarts een brief naar de geïncludeerde patiënten, waarin deze het onderzoek toelichtte en de patiënten om deelname verzocht. Daarnaast kregen de patiënten een informed consentformulier en het screeningsinstrument, de Nederlandse versie van de Patient Health Questionnaire (PHQ)<sup>15</sup>. Patiënten die niet binnen twee weken reageerden kregen een herinnering. Aan de hand van de ontvangen PHQ's selecteerden we patiënten met een positieve screeningscore voor een DS (PHQ-9 score  $\geq 10$ ). Bij deze patiënten namen we een diagnostisch interview af (SCID-I)<sup>16</sup>. We stuurden de resultaten van dit interview naar de huisarts en de patiënt. Patiënten die op basis van het SCID-I-interview de diagnose DS kregen, adviseerden we om de interviewresultaten en behandelingsopties met hun huisarts te bespreken. Als patiënten geen contact opnamen met hun huisarts, belden we ze twee weken later op en vroegen we hen naar de redenen daarvoor. We adviseerden hen alsnog contact met hun huisarts op te nemen.

### Metingen

De Patient Health Questionnaire (PHQ) is een versie van de Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) die de patiënt zelf kan invullen.<sup>15</sup> De volledige PHQ screent aan de hand van DSM-IV-criteria op de vijf meest voorkomende psychiatrische stoornissen: depressieve stoornissen, angststoornissen, alcoholmisbruik, somatoforme stoornis en eetproblemen.<sup>16</sup>

De PHQ-9 is een subschaal voor DS en bestaat uit 9 items. Voor het definiëren van een DS-casus gebruikten we niet het diagnostische algoritme, maar een score van  $\geq 10$ , aangezien dit afkappunt sensitiever is.<sup>17,18</sup>

Het Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) is een semi-gestructureerd interview dat is ontwikkeld voor het diagnosticeren van psychiatrische aandoeningen volgens de DSM-IV-criteria.<sup>19</sup> Dit interview namen wij telefonisch af. Er bestaat een goede overeenstemming tussen diagnoses die

door middel van telefoongesprekken zijn verkregen en die met behulp van live-gesprekken worden gesteld (Kappa = 0,73, met 90% overeenstemming).<sup>20</sup> De interviewers waren getraind en kregen gedurende het gehele onderzoek supervisie van een ervaren psychiater (JH). Om de uitvoering van de SCID-I te optimaliseren volgden zij ook maandelijkse consensusbesprekingen. Als uit de SCID-I-depressiemodule bleek dat er sprake was van een DS, namen de interviewers de modules schizofrenie, bipolaire stoornis en/of psychose af om patiënten met deze stoornissen te identificeren. De interviewers vroegen patiënten met een DS of ze al behandeld werden (farmacotherapie met antidepressiva en/of psychotherapie en/of gestructureerde ondersteunende gesprekken met de huisarts of een ggz-hulpverlener).

## Resultaten

### Identificatie van de hoogrisicogroepen

Drie gezondheidscentra met 12 huisartsen en 15.996 ingeschre-

ven patiënten deden mee. In totaal voldeden 2005 (12,5%) patiënten aan de criteria voor 1) het vaak bezoeken van de huisarts (VHB; 1258) en/of 2) psychosociale problematiek (PP; 970) en/of 3) lichamelijk onverklaarde klachten (LOK; 107) (zie *figuur 1*). Van hen behoorden 311 patiënten tot twee of drie van de hoogrisicogroepen (zie *figuur 2*).

Huisartsen excludeerden 318 (15,9%) van de totale groep patiënten voor de screening: 146 (7,3%) patiënten waren al bekend met een DS en 172 (8,6%) patiënten vielen om andere redenen buiten het onderzoek: schizofrenie of een bipolaire stoornis (n = 18; 0,9%), terminale ziekte of mentale retardatie (n = 44; 2,2%) of omdat ze de Nederlandse of Engelse taal niet voldoende begrepen (n = 110; 5,5%).

### Effectiviteit van screenen

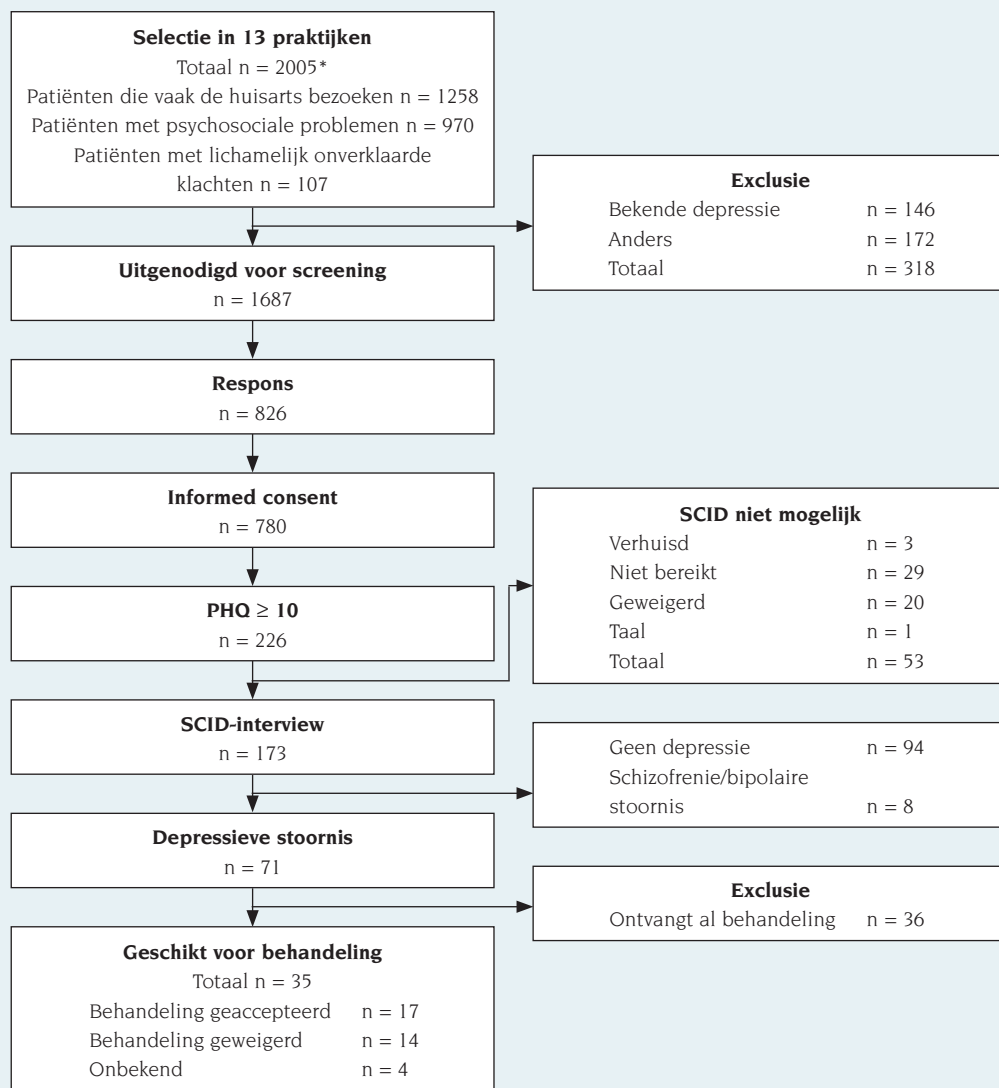
Van de 1687 patiënten die de PHQ ontvingen, retourneerden 826 (49%) de vragenlijst. Van deze laatste groep gaven er 780 (94,4%)

informed consent (zie *tabel 1*). Zij waren ouder, vaker van het vrouwelijke geslacht en kwamen vaker uit de PP-groep dan de niet-responderen. Van de 780 patiënten die toestemming gaven, hadden 226 patiënten (29%) een PHQ-9-score  $\geq 10$ , van wie 173 (76,5%) meededen aan het SCID-I-interview. In *figuur 1* beschrijven we redenen waarom patiënten die wel consent hadden gegeven, desondanks niet participeerden (n = 53).

Van de 173 patiënten die meededen aan het SCID-I-interview voldeden 94 (54%) niet aan de criteria voor een DS en 79 (46%) wel. Van deze laatste groep hadden er 71 (41%) uitsluitend een DS, terwijl 8 patiënten (5%) ook een psychose en/of bipolaire stoornis hadden. Uit de screening kwamen dus 79 extra patiënten met een DS (9,6% van de 826 die de PHQ retourneerden en 4,7% van de 1687 patiënten die we hadden uitgenodigd). Leeftijd, geslacht, sekse, etniciteit en de soort hoogrisicogroep waren niet geassocieerd met een grotere kans op een diagnose DS, gegeven een positieve PHQ-screening (zie *tabel 2*).

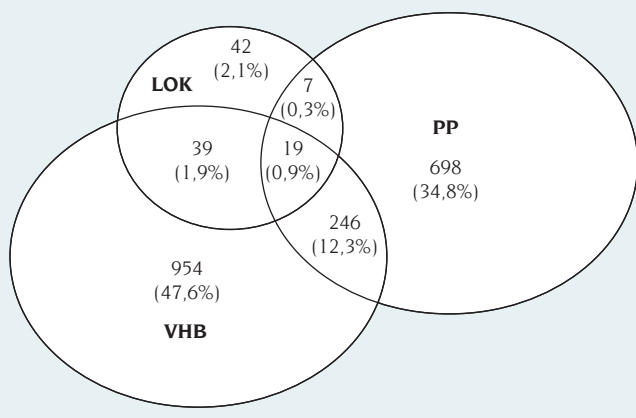
Van de 71 geïdentificeerde patiënten met een DS ontvingen er 36

**Figuur 1** Flowchart van het screeningsprogramma als eerste stap in een Disease Management Programma



\* Kleiner dan de som door overlap binnen de groepen (zie *figuur 2*).

**Figuur 2** Venndiagram dat het absolute en relatieve aantal (% van het totaal) patiënten in de drie hoogrisicogroepen toont (totaal n = 2005)



LOK = Patiënten met lichamelijk onverklaarde klachten; PP = patiënten met psychosociale problemen; VHB = patiënten die vaak de huisarts bezoeken

(51%) al een behandeling. Van de 35 (49%) nieuw ontdekte patiënten met een DS weigerden er 14 (40%) de behandeling nadat ze van hun huisarts informatie hadden gekregen over de diagnose en behandelingsmogelijkheden. Ondanks herhaaldelijk gemaakte afspraken kwamen vier patiënten niet opdagen bij de huisarts. Als eindresultaat van de screening en de diagnostische fase van

ons programma kregen 17 patiënten uiteindelijk een behandeling voor hun DS. Om deze 17 patiënten te behandelen moesten we 1687 patiënten uitnodigen voor een screening, waarbij 780 patiënten daadwerkelijk aan het onderzoek deelnamen. Het *number needed to invite* (NNI) om één extra DS te behandelen was daarmee 99 (1687/17). Het *number needed to screen* (NNS) was 46 (780/17) en het NNS om één nog niet gediagnosticeerde DS te behandelen was 118 (2005/17).

### Beschouwing

Wij beschreven de opbrengst van een Disease Management Programma voor depressie, bestaande uit selectieve screening van huisartspatiënten die tot drie hoogrisicogroepen behoorden, gevolgd door structurele diagnostiek en feedback aan huisarts en patiënt, waarna we geprotocolleerde evidence-based behandeling aanboden. Onder de 2005 geïdentificeerde hoogrisicopatiënten ontdekten we door de selectieve screening 79 nieuwe patiënten met een DS, van wie er 36 al een behandeling ontvingen, 14 de behandeling weigerden, 8 leden aan ernstige psychiatrische comorbiditeit en 17 de behandeling accepteerden. We concluderen dat dit type screening weinig tot geen effect heeft omdat het een NNS heeft van 118 om 1 extra patiënt met een DS te behandelen.

Dit werd versterkt doordat het aantal ontdekte patiënten dat de behandeling weigerde zo opmerkelijk groot was. Huisartsen gaven psycho-educatie en alle patiënten ontvingen een brochure over depressie (van het Nederlands Huisartsen Genootschap). We denken dat deze informatie over depressie voldoende was voor het nemen van een beslissing over de behandeling. Deze patiënten zagen dus goed geïnformeerd af van behandeling.

Een ander punt is de mogelijke gezondheidswinst die kon worden bereikt door de behandeling van de 17 patiënten. We concluderen dat behandeling van deze 17 zou resulteren in een kleine gezondheidswinst in vergelijking met *care as usual*. Daarvoor hadden we verschillende redenen:

- Het natuurlijk beloop van depressie in de huisartsenpraktijk zorgt ervoor dat de helft van de patiënten na drie maanden is opgeknapt.<sup>21</sup>
- De ernst van de depressie was matig (gemiddelde HDRS: 19).
- Het NNT bij antidepressiva

**Tabel 1** Kenmerken van patiënten die informed consent gaven en van patiënten die participatie weigerden

Patiëntkenmerken	Informed consent (n = 780)	Non-responders of geen informed consent (n = 907)	Totaal (n = 1687)	P-waarde
Gemiddelde leeftijd (SD)	44,77 (12,72)	41,52 (12,79)	43,02	< 0,0001 <sup>†</sup>
Vrouw (%)	63,9	53,5	58,33	< 0,0001 <sup>‡</sup>
Hoogrisicogroep (%)				
Patiënten met LOK*	6,2	5,4	5,8	0,50 <sup>¶</sup>
Patiënten met PP*	49,6	44,3	46,8	0,03 <sup>¶</sup>
Patiënten die VHB*	60,6	64,9	62,9	0,06 <sup>¶</sup>

\*LOK: lichamelijk onverklaarde klachten; PP: psychosociale problemen; VHB: vaak de huisarts bezoeken.

<sup>†</sup>P-waarde representeert significantie van onafhankelijke steekproeven t-test.

<sup>‡</sup>P-waarde representeert significantie van chikwadraattoets.

<sup>¶</sup>P-waarden representeren significantie van chikwadraattoetsen van de verschillen in patiënten die informed consent gaven versus patiënten die participatie weigerden in de gespecificeerde hoogrisicogroep versus de andere twee groepen (LOK versus VHB en/of PP; VHB versus LOK en/of PP; PP versus VHB en/of LOK).

**Tabel 2** PHQ-9-positieve patiënten: vergelijking van patiënten met en patiënten zonder een DS volgens de SCID-I-

Patiëntkenmerken	DS+ (n = 79)	DS- (n = 94)	Totaal	P-waarde
Leeftijd (%)				0,36 <sup>†</sup>
– 18-24	5,4	10,8	8,4	
– 25-44	48,7	40,8	44,3	
– 45-64	45,9	48,4	47,3	
Sekse (%)				0,23 <sup>†</sup>
– Vrouw	77,2	69,2	72,8	
– Man	22,8	30,8	27,2	
Etniciteit (%)				0,97 <sup>†</sup>
– Blank	78,4	78,6	78,5	
– Overig	21,6	21,4	21,5	
Hoogrisicogroep (%)				
– Patiënten met LOK*	10,1	10,6	10,4	0,91 <sup>‡</sup>
– Patiënten met PP*	56,9	58,5	57,8	0,83 <sup>‡</sup>
– Patiënten die VHB*	55,1	57,5	56,4	0,76 <sup>‡</sup>

\*LOK: lichamelijk onverklaarde klachten; PP: psychosociale problemen; VHB: vaak de huisarts bezoeken.

<sup>†</sup>P-waarden representeren significantie van chikwadraattoetsen.

<sup>‡</sup>P-waarden representeren significantie van chikwadraattoetsen van de verschillen in SCID-positieve versus SCID-negatieve patiënten in de gespecificeerde hoogrisicogroep versus de andere twee groepen (LOK versus VHB en/of PP; VHB versus LOK en/of PP; PP versus VHB en/of LOK).

ligt tussen de 6 en de 10, terwijl recente artikelen laten zien dat er vooral bewijs is voor het voorschrijven van antidepressiva aan de meest ernstig depressieve patiënten.<sup>22</sup>

- Verder is aangetoond dat de kans redelijk groot is dat huisartsen een gemiste depressie bij een later bezoek alsnog diagnosticeren.<sup>23,24</sup>
- Andere auteurs suggereren bovendien dat sommige van de bij screening gevonden patiënten met een matig ernstige depressie fout-positieven zijn, omdat alle diagnostische metingen meetfouten vertonen.<sup>25</sup>

Men kan de vraag stellen of we de vooraf gedefinieerde hoogrisicogroepen goed hebben gekozen. Wij definieerden deze hoogrisicogroepen op basis van de eerdere literatuur,<sup>10-12</sup> maar konden de prevalentie van 20 tot 30% die we in de inleiding noemden niet repliceren. We vonden een totale prevalentie van 18%: 7% (n = 146) die al bekend was bij de huisarts met een DS en nog eens 11% die eerder niet herkend of gediagnosticeerd was. Deze cijfers komen overeen met eerder onderzoek.<sup>26,27,7</sup>

De voornaamste kritiek op screenen in de huisartsenpraktijk richt zich op de cross-sectionele aard ervan. In een longitudinaal onderzoek kunnen patiënten met een verborgen depressie op een later moment alsnog worden ontdekt. Nogal wat van onze hoogrisicopatiënten waren al regelmatige bezoekers van hun huisarts. Toch heeft men bij hen geen DS gediagnosticeerd.

De helft van de patiënten reageerde niet op de uitnodigingsbrief, noch op de herinnering, ook al nodigde hun eigen huisarts hen uit om zo de deelname te vergroten. In vergelijking met andere screeningsprogramma's (zoals bij baarmoederhalskanker: ongeveer 80% respons, of bij borstkanker: ongeveer 90-95% respons) is deze respons vrij laag. Hoewel participatie van 50% niet ongevoel is bij psychiatrische programma's,<sup>28</sup> kan dit lage percentage samenhangen met de aard van de stoornis of die van het screeningsinstrument.

Uit een recent onderzoek blijkt dat de inclusie van patiënten minder succesvol is binnen een onderzoeksopzet waarbij de huisarts patiënten moet includeren, dan binnen een opzet waarbij men patiënten brieven stuurt die de huisarts heeft ondertekend.<sup>29</sup> We denken dat we het maximaal haalbare hebben gedaan om de inclusie zo groot mogelijk te maken. De huisartsen vonden bovendien dat de screeningsprocedure een grote last op hun praktijk legde en hun dagelijkse routine verstoorde.

Van de patiënten die respondeerden gaf 94,4% toestemming. Zoals was te verwachten, was de respons hoger in de groep patiënten met PP. Deze patiënten kwamen immers (deels) met een hulpvraag met betrekking tot gelijksoortige problematiek.<sup>30</sup> Op dit moment hebben we er geen goede verklaring voor dat sommige patiënten bereid waren om de gehele procedure van screening en diagnostiek te doorlopen, maar vervolgens de behandeling weigerden. Het kan zijn dat patiënten de screeningsprocedure en/of de consequenties daarvan niet volledig begrepen. Een andere mogelijke verklaring is dat deze patiënten de psychiatrische diagnose of het label niet accepteerden, of geen hulpvraag hadden.<sup>30</sup> Dit is een nieuw fenomeen, dat elders in deze H&W uitvoering wordt beschreven.<sup>31</sup>

## Beperkingen

Een beperking van het onderzoek is dat we aannamen dat de sensitiviteit van de PHQ-9 100% was. We hebben niet onderzocht of patiënten met een PHQ-9-score < 10 voldeden aan de criteria voor een DS. Daarom kunnen we enkele patiënten met een DS gemist hebben. Met een sensitiviteit van 0,88 van de PHQ-9 zouden we 18 depressieve patiënten gemist kunnen hebben. Dit resulteert in 4 (16/71×18) extra patiënten die de behandeling zouden accepteren. Dit had onze resultaten niet significant veranderd. Daarnaast meet de PHQ-9 de ernst van de depressie, en met een score < 10 zijn deze patiënten ook minder ernstig depressief. Hogere sensitiviteit zou resulteren in een lagere specificiteit, met als gevolg een dramatische verhoging van het aantal fout-positieven.<sup>32</sup>

## Implicaties voor de praktijk

Screening op depressie in hoogrisicogroepen in de huisartsenpraktijk is zinvol als het aantal nieuw ontdekte patiënten de uitkomstmaat is. Het is niet zinvol als de uitkomstmaat het aantal patiënten is dat uiteindelijk behandeling krijgt (en geholpen wordt). In tegenstelling tot eerdere suggesties is het probleem niet zozeer het gebrek aan training en onderwijs van huisartsen, alswel de bereidheid van patiënten om een behandeling te accepteren voor een aandoening waarvoor ze niet naar de huisarts zijn gekomen. De sleutel tot het verbeteren van de zorg ligt dus volgens ons niet in het ontdekken van onherkende depressies, maar in het overtuigen van patiënten om een behandeling voor hun DS te starten en af te maken.

We concluderen dat screening voor depressie in hoogrisicogroepen in de huisartsenpraktijk niet effectief is. Belangrijkste redenen daarvoor zijn de omvangrijke (tijds)belasting van de procedure (zeker voor de huisarts), het lage aantal behandelingen dat wordt gestart en de vermoedelijk beperkte gezondheidswinst per behandelde patiënt.

## Literatuur

- 1 Gilbody S, House AO, Sheldon TA. Screening and case finding instruments for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;2:CD002792.
- 2 Rost K, Zhang M, Fortney J, Smith J, Coyne J, Smith GR, Jr. Persistently poor outcomes of undetected major depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1998;20:12-20.
- 3 Wright AF. Should general practitioners be testing for depression? *Br J Gen Pract* 1994;44:132-5.
- 4 Williams Jr JW, Pignone M, Ramirez G, Perez SC. Identifying depression in primary care: a literature synthesis of case-finding instruments. *Gen Hosp Psychiatry* 2002;24:225-37.
- 5 National Institute for Clinical Excellence (NICE). Clinical Guideline 23. Depression: management of depression in primary and secondary care. NICE, 2004: 1-63. <http://guidance.nice.org.uk/CG23/guidance/pdf/English>.
- 6 Gilbody SM, House AO, Sheldon TA. Routinely administered questionnaires for depression and anxiety. Systematic review. *BMJ* 2001;322:406-9.
- 7 Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, et al. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;136:765-76.
- 8 Gilbody S, Sheldon T, Wessely S. Should we screen for depression? *BMJ* 2006;332:1027-30.

- 9 Bauer M, Bschor T, Pfennig A, Whybrow PC, Angst J, Versiani M, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders in Primary Care. *World J Biol Psychiatry* 2007;8:67-104.
- 10 Dowrick CF, Bellon JA, Gomez MJ. GP frequent attendance in Liverpool and Granada: the impact of depressive symptoms. *Br J Gen Pract* 2000;50:361-5.
- 11 Katon W, Von Korff M, Lin E, Lipscomb P, Russo J, Wagner E, et al. Distressed high utilizers of medical care. DSM-III-R diagnoses and treatment needs. *Gen Hosp Psychiatry* 1990;12:355-62.
- 12 Gill D, Sharpe M. Frequent consultants in general practice: a systematic review of studies of prevalence, associations and outcome. *J Psychosom Res* 1999;47:115-30.
- 13 Gebel RS, Lamberts H, red. ICPC-1 met Nederlandse subtitels (4de ed). Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2000.
- 14 Howe A, Parry G, Pickvance D, Hockley B. Defining frequent attendance: evidence for routine age and sex correction in studies from primary care settings. *Br J Gen Pract* 2002;52:561-2.
- 15 Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB; and the Patient Health Questionnaire Study Group. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD. The PHQ primary care study. *JAMA* 1999;282:1737-44.
- 16 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). 4de druk. Washington DC: APA, 1994.
- 17 Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16:606-13.
- 18 Wittkamp KA, Naeije L, Schene AH, Huyser J, Van Weert HC. Diagnostic accuracy of the mood module of the Patient Health Questionnaire: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2007;29:388-95.
- 19 First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders Patient Edition (SCID-I/P version 2.0). Nederlandse vertaling van Groenestijn MAC, Akkerhuis GW, Kupka RW, Schneider N, Nolen WA, red. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1999.
- 20 Simon GE, Revicki D, Von Korff M. Telephone assessment of depression severity. *J Psychiatr Res* 1993;27:247-52.
- 21 Van Weel-Baumgarten E, Van den Bosch W, Van den Hoogen H, Zitman FG. Ten year follow-up of depression after diagnosis in general practice. *Br J Gen Pract* 1998;48:1643-6.
- 22 Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 2008;5:e45.
- 23 Kendrick T. Depression in adults: GPs are not so bad at diagnosis. *BMJ* 2008; 336:522.
- 24 Kessler D, Breenwith O, Lewis G, Sharp D. Detection of depression and anxiety in primary care: follow up study. *BMJ* 2002;325:1016-7.
- 25 Thompson C, Ostler K, Peveler RC, Baker N, Kinmonth AL. Dimensional perspective on the recognition of depressive symptoms in primary care: The Hampshire Depression Project 3. *Br J Psychiatry* 2001;179:317-23.
- 26 Ormel J, Koeter MW, Van den Brink W, Van de Willige G. Recognition, management, and course of anxiety and depression in general practice. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:700-6.
- 27 Simon GE, Goldberg D, Tiemens BG, Ustun TB. Outcomes of recognized and unrecognized depression in an international primary care study. *Gen Hosp Psychiatry* 1999;21:97-105.
- 28 Greil W, Ludwig-Mayerhofer W, Steller B, Czernik A, Giedke H, Muller-Oerlinghausen B, et al. The recruitment process for a multicenter study on the long-term prophylactic treatment of affective disorders. *J Affect Disord* 1993;28:257-65.
- 29 Van der Wouden JC, Blankenstein AH, Huibers MJ, Van der Windt DA, Stalman WA, Verhagen AP. Survey among 78 studies showed that Lasagna's law holds in Dutch primary care research. *J Clin Epidemiol* 2007;60:819-24.
- 30 Arroll B, Goodyear-Smith F, Kerse N, Fishman T, Gunn J. Effect of the addition of a 'help' question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. *BMJ* 2005;331:884.
- 31 Wittkamp KA, Van Zwieten MCB, Smits FTh, Schene AH, Huyser J, Van Weert HC. Wat denken gescreeende patiënten met een depressie over hun diagnose? *Huisarts Wet* 2009;52:274-80.
- 32 Henkel V, Mergl R, Kohnen R, Maier W, Moller HJ, Hegerl U. Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. *BMJ* 2003;326:200-1.

## Onderzoek

# Wat denken gescreeende patiënten met een depressie over hun diagnose?

Karin Wittkamp, Myra van Zwieten, Frans Smits, Aart Schene, Jochanan Huyser, Henk van Weert

### Inleiding

Een depressieve stoornis wordt niet altijd herkend in de huisartsenpraktijk.<sup>1</sup> Sommige klinici pleiten ervoor de patiënten in huisartsenpraktijken te screenen om depressieve stoornissen beter en sneller te kunnen herkennen en behandelen.<sup>2</sup> Aan de andere kant zijn er ook onderzoeken die hebben aangetoond dat zo'n screening geen effect heeft op de ernst en het beloop van de stoornis.<sup>1,3-6</sup> Tot nu toe is nooit onderzocht wat de patiënt zelf vindt van zo'n screening, met name als de uitslag de diagnose bevestigt. Voor het succes van een screeningsprogramma is het echter onontbeerlijk dat patiënten eraan willen deelnemen, en

uit eerder onderzoek is gebleken dat 30 tot 60% van de patiënten in de huisartsenpraktijk weigert mee te doen aan een screening op depressie.<sup>4</sup>

Uit eerder onderzoek is ook gebleken dat patiënten moeite hebben met het accepteren van de diagnose depressieve stoornis.<sup>7</sup> Dit heeft mogelijk te maken met een negatieve kijk op de diagnose en met een zekere angst voor stigmatisering.<sup>7</sup> Schaamtegevoelens, twijfel over het nut van de diagnose en voorbehoud tegen de behandeling – met name medicatie – spelen eveneens een belangrijke rol.<sup>8-11</sup> Bovendien vinden patiënten het moeilijk om een depressieve stoornis te onderscheiden van een normale reac-