

# Disease management voor depressieve patiënten van 55+

## Uitkomsten van een gerandomiseerd onderzoek

Harm van Marwijk, Herman Ader, Marten de Haan, Aartjan Beekman

### Inleiding

Depressie hangt bij oudere volwassenen vaak samen met chronische ziekten, disfunctioneren en een slechte prognose.<sup>1-3</sup> Men heeft verschillende interventies getest in (vooral Amerikaans) gerandomiseerd onderzoek, maar tot voor kort waren de resultaten beperkt.<sup>4-6</sup> Zo verhoogde een veelzijdige interventie in een van de eerste gerandomiseerde onderzoeken de identificatie en behandeling van depressie bij oudere volwassenen, maar bleek de ernst van de depressie of het functioneren niet te verbeteren.<sup>7</sup> Geïntegreerde gestructureerde zorg ('collaborative care') lijkt de beste kandidaat voor het verbeteren van de resultaten van depressie op de korte en langere termijn.<sup>8,9</sup> Een tweede groot Amerikaans onderzoek met collaborative care meldde positieve resultaten op verschillende aspecten van depressie en welzijn bij ouderen, vergeleken met gebruikelijke zorg.<sup>10</sup> Deze resultaten kwamen echter

van één ketenzorgsetting, wat het moeilijker maakt om ze met de Europese huisartsenpraktijk te vergelijken. Een derde Amerikaans onderzoek ondersteunde de doeltreffendheid van een interventie die specifiek op het verminderen van zelfmoordgedachten was gericht.<sup>11</sup> Ongeacht de ernst van de depressie verminderde de sterfte bij oudere patiënten in de huisartsenpraktijk.<sup>12</sup> In het vierde en misschien meest relevante haalbaarheidsonderzoek, uitgevoerd in Groot-Brittannië, was het risico voor oudere patiënten met depressie in de interventiegroep enigszins kleiner bij follow-up dan in de controlegroep, die gebruikelijke zorg kreeg (OR 0,32, 95%-BI 0,11-0,93,  $p = 0,036$ ).<sup>13</sup>

Landen met een sterke huisartsgeneeskunde, zoals Nederland, hebben behoefte aan zorgsystemen die functioneren binnen een huisartsenpraktijksetting, waarin vaak tegenstrijdige eisen worden gesteld. Andere landen kunnen hun beleid op een meer gespe-

### Samenvatting

Van Marwijk HWJ, Ader H, De Haan M, Beekman A. Disease management voor depressieve patiënten van 55+. Uitkomsten van een gerandomiseerd onderzoek. *Huisarts Wet* 2009;52(6):281-6.

**Doel** Wij evalueerden de gevolgen van een interventieprogramma dat probeerde de identificatie, diagnose en behandeling van depressie te verbeteren bij patiënten van  $\geq 55$  jaar, versus gebruikelijke zorg.

**Methode** Het betreft een clustergerandomiseerde, gecontroleerde trial in huisartsenpraktijken in West-Friesland. Getrainde huisartsen en hun praktijkmedewerkers screenen de patiënten met de uit 15 items bestaande Geriatrische Depressie Schaal (GDS15). De patiënten kregen een consult bij de huisarts, die de depressie beoordeelde met de stemmingsmodule van de Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD). De huisarts stelde antidepressieve behandeling voor indien hij dat nodig achtte. Primaire uitkomst was de Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MÅDRS). Onderzoekmedewerkers voerden in beide onderzoeksgroepen onafhankelijke evaluaties uit.

**Resultaten** We zeen 18 praktijken (23 huisartsen) toe aan de interventie en 16 (20 huisartsen) aan de gebruikelijke zorg. Vanaf juni 2000 tot september 2002 onderzochten de huisartsen 3937 patiënten; 579 patiënten hadden een positieve score op de GDS15, 178 hadden een depressie, van wie er 145 aan het project deelnamen. MÅDRS-scores in de interventiegroep daalden

van 21,66 bij de nulmeting naar 9,23 bij 6 maanden, en in de gebruikelijke zorggroep van 20,94 bij de nulmeting naar 11,45 bij 6 maanden. De MÅDRS-scores verminderden tijdens het jaar in beide onderzoeksgroepen. Voor de interventiegroep stegen de scores tussen 6 en 12 maanden.

**Conclusie** Het programma resulteerde bij de interventiegroep aan het eind van de interventie en bij 6 maanden na de nulmeting in lagere MÅDRS-scores dan bij de controlegroep, maar niet bij 12 maanden.

Afdeling Huisartsgeneeskunde, EMGO Institute of Health and Care Research, VU Medisch Centrum, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam: dr. H.W.J. van Marwijk, huisarts, universitair hoofddocent Huisartsgeneeskunde; dr. H. Ader, PhD, biostatisticus; prof.dr. M. de Haan, huisarts, hoogleraar huisartsgeneeskunde; prof.dr. A. Beekman, hoogleraar psychiatrie.

Correspondentie: hwj.vanmarwijk@vumc.nl

Belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van Van Marwijk HWJ, Ader H, De Haan M, Beekman A. Primary care management of major depression in patients aged  $\geq 55$  years. *Br J Gen Pract* 2008;58:680-7. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Het West-Friesland-onderzoek werd gefinancierd door ZonMw (2200/0019).

cialiseerde depressieservice baseren.<sup>14</sup> Bovendien bekeken veel onderzoeken de effecten van interventies bij jongere volwassenen en richtten slechts weinig zich op oudere volwassenen. We wilden daarom een vergelijking maken tussen een ketenzorgprogramma (*disease management*) voor oudere volwassenen met depressie en gebruikelijke zorg. Het programma omvatte gestandaardiseerde identificatie, diagnose en behandeling van depressie versus gebruikelijke zorg.

## Methode

### Setting en werving

We verzochten huisartsen in het oostelijke gebied van West-Friesland om aan een gerandomiseerde en gecontroleerde trial deel te nemen. Een onafhankelijke statisticus deed de clusterrandomisatie op praktijkniveau. Aangezien we wilden dat huisartsen de interventie uitvoerden, vond randomisatie op huisartsniveau (praktijkgebouw) plaats, om 'besmetting' van interventiegroep en controlegroep tegen te gaan.

De medisch-ethische commissie van het VUmc keurde het onderzoeksprotocol (2000/12) goed.

### Patiënten

We screenen alle patiënten van 55 jaar en ouder, en nodigden patiënten met een eerdere depressieve episode van meer dan zes maanden geleden uit voor deelname. Uitsluitingcriteria waren psychose, bipolaire depressie, ernstig sociaal disfunctioneren, onvermogen om in de Nederlandse taal te communiceren, alcohol- of drugsmisbruik, cognitieve stoornis en actueel gebruik van kalmeringsmiddelen. De huisarts behandelde patiënten die niet in aanmerking kwamen in de routinezorg of verwees hen door naar specialistische zorg.

### Interventiegroep

De praktijkmedewerker voerde de screening op depressie uit in de wachtruimte. Hij of zij vroeg alle patiënten van  $\geq 55$  jaar om de 15-puntsversie van de Geriatrische Schaal van Depressie (GDS15)<sup>15</sup> in te vullen. De GDS15 loopt van 0-15, waarbij hogere scores op een grotere kans op depressie wijzen. De praktijkmedewerker vroeg patiënten met een positief onderzoeksresultaat (score GDS van  $\geq 5$ ) om aan een diagnostisch gesprek deel te nemen. De huisarts voerde dit met behulp van de stemmingsmodule van de Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) voor het vaststellen van depressieve symptomen volgens het *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV).<sup>16</sup> De huisarts diagnosticeerde depressie als patiënten ten minste vijf depressieve symptomen vertoonden, met inbegrip van negatieve stemming of inactiviteit. Bij controlegroeppatiënten voerde een getrainde onderzoeksmedewerker het PRIME-MD-gesprek. Als er een discrepantie bestond tussen de twee beoordelingen en een patiënt volgens de interviewer en niet volgens de huisarts een positieve PRIME-MD had, verwezen we de patiënt voor verdere beoordeling terug naar de huisarts.

### Wat is bekend?

- ▶ Het is in de huisartsenpraktijk vaak lastig om het beloop van depressieve klachten bij oudere volwassenen te verbeteren.

### Wat is nieuw?

- ▶ Intensieve begeleiding met screening, gestructureerd volgen, diagnostiek en (farmacotherapeutische) behandeling leidde slechts tot beperkte verbetering.

### Controlegroep

Om de doeltreffendheid van het disease management-programma voor depressie te bepalen, moesten we een controlegroep hebben die de gebruikelijke zorg ontving. Praktijkmedewerkers legden de GDS15 voor aan alle patiënten van  $\geq 55$  jaar die de praktijk bezochten. De onderzoekers vertelden huisartsen in de controlegroep niet welke van hun patiënten aan het onderzoek deelnamen. Huisartsen en praktijkmedewerkers wisten niet of de patiënten boven het afkappunt scoorden. Dat bepaalde men op het onderzoekscentrum. Een onderzoeksmedewerker voerde het PRIME-MD-gesprek met controlepatiënten met een positieve score op de GDS15. We vroegen de patiënten om hun huisarts niet te vertellen dat zij aan het project deelnamen.

### Interventie

De huisartsen baseerden hun behandeling op de NHG-Standaard Depressieve stoornis.<sup>17</sup> De behandeling behelsde onderwijs/informatie, medicatie en steunend adviseren. Het onderwijs over depressie bestond uit het geven van informatie over oorzaken, behandeling (in het bijzonder medicatie), prognose en zelfhulp. De patiënten kwamen gedurende de eerste twee maanden eens per twee weken terug, en daarna voor een periode van vier maanden één keer per maand. De totale behandelingsperiode besloeg zes maanden. Behandeling met geneesmiddelen bestond uit eenmaal daags 20 mg paroxetine. We kozen dit middel omdat het, toen het onderzoek begon, het meest voorgeschreven antidepressivum in Nederland was.<sup>18</sup> Bij het steunend adviseren identificeerden patiënt en huisarts samen één praktisch probleem dat de patiënt hinderde. Tijdens iedere ontmoeting moest specifiek aandacht worden besteed aan de generieke adviezen. De intensiteit van het adviseren was laag. De huisartsen kregen het advies patiënten te helpen om aangename activiteiten te plannen,<sup>19</sup> net als in het effectieve IMPACT-onderzoek, waar men het echter met oplossingsgerichte ondersteuning (PST) combineerde.<sup>20</sup> Omdat er ten tijde van de trial (2002-2003) geen ervaren PST-trainers waren, was het nog niet mogelijk om PST in de Nederlandse huisartsenpraktijk uit te voeren.

### Uitkomsten

Primaire uitkomstmaten waren de scores op de Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MÅDRS)<sup>21</sup> en op de PRIME-MD. De MÅDRS wordt afgenomen in een interview met een patiënt, en meet de ernst van de symptomen en het effect van behandeling in de tijd. We beoordeelden ook subgroepen van MÅDRS-

scores (50% symptoomvermindering en een score op de MÅDRS van < 10). Verder definieerden we herstel als het ontbreken van een depressie op de PRIME-MD bij de nulmeting (na het diagnostische gesprek), en na twee, zes en twaalf maanden. We analyseerden ook de totale score op de PRIME-MD, evenals die op de Clinical Global Impression-schaal (CGI).<sup>22</sup>

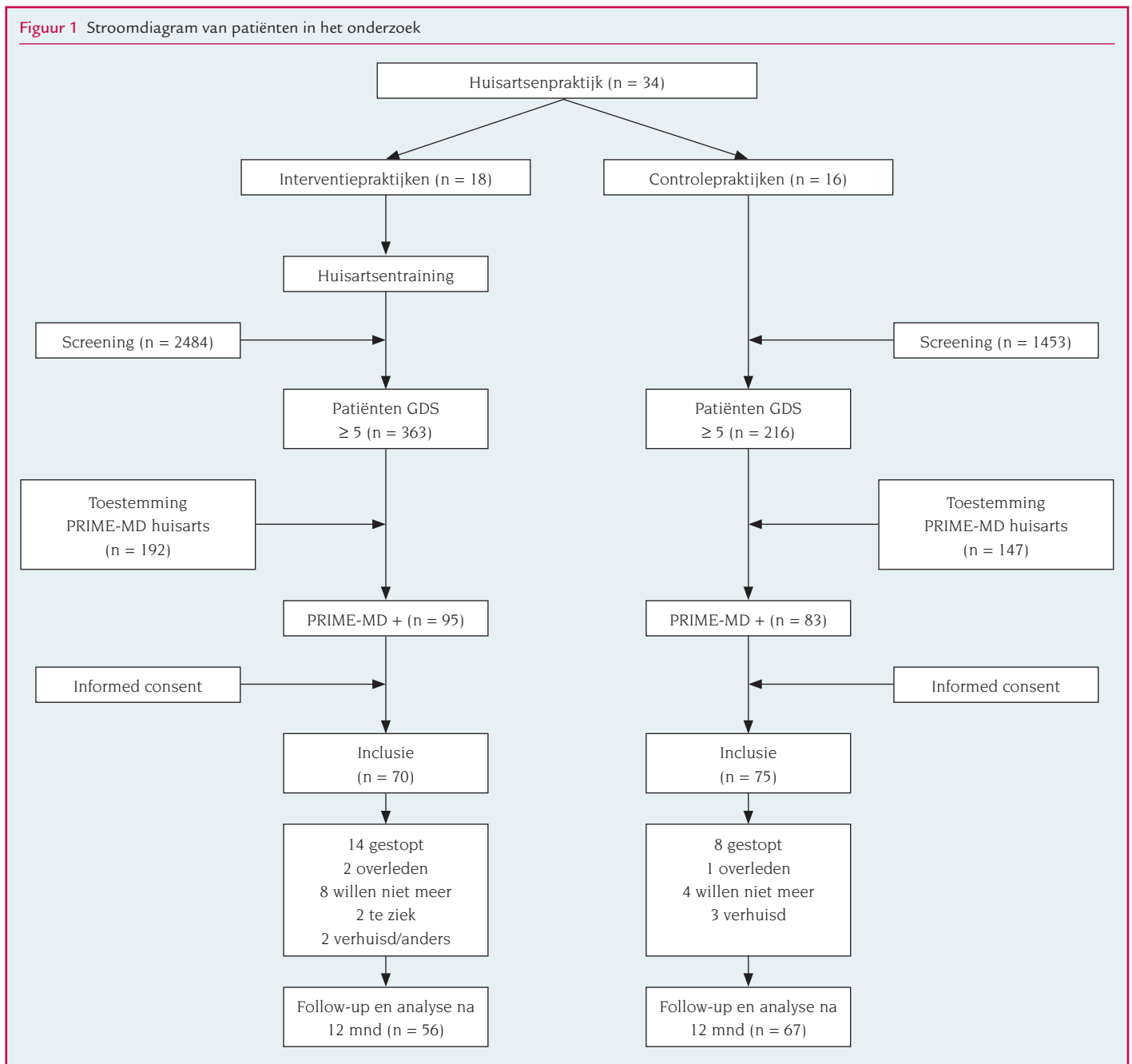
De secundaire uitkomsten waren de samengestelde SF-36-schalen voor geestelijk en fysiek functioneren, tevredenheid,<sup>23</sup> levenskwaliteit (visuele analoge schaal van EuroQol) en activiteiten van het dagelijks leven. Bij de nulmeting en na twaalf maanden legden we de patiënten scores voor van de Mini Mental State Examination en één vraag uit het Diagnostic Interview Schedule ('Bent u nu depressief?'). De scores op de GDS15 beoordeelden we ook op alle meetpunten. We blindeerden de onderzoekersmedewerkers

met betrekking tot de behandelingsgroep waaraan we de patiënten hadden toegewezen.

#### Statistische analyse

De power-berekening had betrekking op de primaire uitkomsten. Uit de power-analyses bleek dat, als we gebruikmaakten van continue uitkomsten, elke groep 70 patiënten moest bevatten om in conventionele analyses een middelgroot behandelingseffect (Cohen's effect size  $\delta$  of 'effectgrootte' van 0,50) te laten zien.<sup>24</sup> De belangrijkste analyse van de primaire uitkomsten bestond uit een analyse van verschillen volgens intention-to-treat. We voerden tijdtrendanalyses uit om te bepalen of de resultaten op meetpunten verschilden. De beschreven verschillen zijn van toepassing op patiënten die overeenkwamen deel te nemen. Om met

**Figuur 1** Stroomdiagram van patiënten in het onderzoek



de gelaagde structuur van de gegevens en de clusterrandomisatie rekening te houden, voerden we een multiniveau-analyse uit op de primaire uitkomsten.<sup>25</sup> De niveaus waren huisarts, patiënt en meetpunt. We specificeerden alle modellen zodanig dat we konden bepalen of er op een meetpunt verschillen waren tussen de behandelingsgroepen in verandering vanaf nulmeting. Het onderzoeksprotocol gaf aan dat de analyse plaatsvond op aangepaste paren van huisartsen, maar vanwege de grote verscheidenheid in huisartskenmerken en de clusterrandomisatieprocedure pasten we huisartsen aan op basis van propensity-scores.<sup>26-29</sup> Met propensity-scores corrigeerden we voor bias in behandelingstoeiwijzing met een grote reeks van waargenomen confounders en hun interacties. In dit geval bleek dat randomisatie niet volledig succesvol was geweest, misschien door het relatief kleine aantal praktijken. Vooral sommige patiëntkenmerken waren ongelijk verdeeld over de twee behandelingsgroepen. Alle tests corrigeerden we door propensity-scores als covariabele mee te nemen in de analyses van verschil en op verscheidene niveaus in de modellen. Aangezien we alle tests voor propensity corrigeerden, vermeldden we ook de aangepaste gemiddelden voor de primaire en secundaire uitkomsten. De gemiddelden van de nulmeting pasten we niet aan. De statistische analyses voerden we uit met SPSS (versie 12).

## Resultaten

### Rekrutering

In totaal 43 huisartsen (uit een totaal van 101) uit 34 praktijken (totaal 70) waren bereid deel te nemen. Achttien praktijken (met 23 huisartsen) namen deel aan de interventiegroep en 16 (met

20 huisartsen) aan de controlegroep (figuur 1). De werving van patiënten begon in juni 2000 en eindigde in september 2002. We onderzochten 3937 patiënten om het vereiste aantal patiënten te verkrijgen. In totaal waren er 145 patiënten met een depressie.

Van de 95 patiënten met depressie in de interventiegroep wilden er 70 aan het onderzoek deelnemen (74%). Van de 83 patiënten met depressie in de controlegroep waren dat er 75 (90%). De interventiedeelnemers hadden er weinig moeite mee dat er inderdaad van een depressie sprake was en dat verdere behandeling in de interventiegroep nodig was. In de controlegroep moesten de patiënten met een diagnostisch gesprek akkoord gaan en dat was meestal ook geen probleem.

### Patiëntkenmerken

De kenmerken van de patiënten die deelnamen zijn te vinden in tabel 1. De meerderheid van de patiënten was vrouw. In totaal had 83% van de patiënten eerder een depressieve episode. Er waren statistisch significante verschillen in kenmerken tussen de patiënten in de interventiegroep en de controlegroep, die erop wijzen dat de randomisatieprocedure niet volledig succesvol is geweest. Door propensity-scores als covariabele te gebruiken geven we in de analyses rekenschap van deze verschillen (merk op dat er in de propensity-scores geen covariabelen zijn inbegrepen die van belang zijn als confounder, zoals geslacht).

### Follow-up

Na 2 maanden waren er nog 141 patiënten, na 6 maanden nog 126 en na 1 jaar resteerden er 123. In totaal 22 patiënten haakten om diverse redenen af (figuur 1). Er waren geen verschillen tus-

sen de twee onderzoeksgroepen met betrekking tot het aandeel dat uitstapte. Het 95%-BI voor het verschil in follow-up van 9% tussen interventiegroep (56/70) en controlegroep (67/75) was -3 tot 22%.

### Interventie in de onderzoeksperiode

In totaal 95% van de patiënten in de interventiegroep en 94% van de patiënten die gebruikelijke zorg ontvingen had ten minste één contact met hun huisarts. Zesenvertig (66%) patiënten in de interventiegroep en acht (11%) in de controlegroep ontvingen tijdens de follow-up een of andere vorm van specifieke ggz-zorg (antidepressivum of verwijzing). Achtentwintig (40%) van de patiënten in de interventiegroep ontvingen de voorgeschreven minimale zesmaandelijks

Tabel 1 Patiëntenkenmerken

	Interventie (n = 70)	%	Gebruikelijke zorg (n = 75)	%	Totaal (n = 145)	%
Leeftijd (SD) <sup>†</sup>	66,4 ± 9,2		65,0 ± 8,3		65,6 ± 8,7	
Vrouwelijk geslacht	42	60	41	55	83	57
Gehuwd	39	56	51*	68	90	62
Zelfstandig wonend	70	100	74	99	144	99
Onderwijs: geen-laag	49	70	45*	60	94	65
Beroep (laag)	48	69	37*	49	85	59
Deelt huishouden	41	61	57*	76	98	69
Aantal chronische ziekten (SD) <sup>†</sup>	2,0 ± 1,6		2,3 ± 2,0		2,2 ± 1,8	
Eerdere depressie	60	86	60	80	120	83
Leeftijd eerste depressie (SD) <sup>†</sup>	44,4 ± 2,6		38,2 ± 2,5*		41,4 ± 1,8	
Depressie in familie	27	39	27	36	54	37

\* P < 0,05

<sup>†</sup> SD = standaarddeviatie

Tabel 2 Resultaten van multiniveau-analyse (gemiddelden ± standaardfout) op primaire uitkomstvariabelen MÅDRS en PRIME-MD\*

Uitkomst		T = 0 <sup>†</sup>	T = 2 maanden	T = 6 maanden	T = 12 maanden
MÅDRS	Interventie	21,66 ± 2,86	19,56 ± 3,32	9,23 ± 2,84 <sup>‡</sup>	10,80 ± 2,85
	Gebruikelijke zorg	20,94 ± 2,48	19,58 ± 3,49	11,45 ± 2,52	10,09 ± 2,50
PRIME-MD	Interventie	6,10 ± 0,80	-	2,80 ± 1,04	3,23 ± 1,04
	Gebruikelijke zorg	6,33 ± 1,01	-	3,99 ± 1,22	3,74 ± 1,21

\* Hogere scores op MÅDRS en PRIME-MD geven ernstiger depressie aan.

<sup>†</sup> Nulmetingscores zijn niet gecorrigeerd voor propensities.

<sup>‡</sup> Statistisch significant verschillend van controlegroep.

MÅDRS: Montgomery Åsberg Depression Rating Scale

PRIME-MD: PRIMary care Evaluation of Mental Disorders

behandeling.<sup>20</sup> Tabel 2 laat de resultaten zien voor de analyse van verschillen.

### MÅDRS

In de interventiegroep was de gemiddelde waarde op de nulmeting voor de MÅDRS  $21,66 \pm 2,86$ , maar de scores voor deze schaal daalden tijdens behandeling en follow-up (hoewel de scores na 6 maanden lichtjes omhoog gingen van  $9,23$  naar  $10,80$ ). Na 2 maanden waren de gemiddelde scores  $19,56 \pm 3,32$ , aan het eind van de behandeling (na 6 maanden) lagen ze op  $9,23 \pm 2,84$  en aan het eind van de follow-upperiode op  $10,80 \pm 2,85$ .

In de groep patiënten die gebruikelijke zorg ontvingen, was de score op de nulmeting van de MÅDRS  $20,94 \pm 2,48$ . De scores van deze groep daalden tijdens follow-up gelijkmatig. Na 2 maanden waren de gemiddelde scores  $19,58 \pm 3,49$ , terwijl aan het eind van de behandeling, na 6 maanden, de gemiddelde scores  $11,45 \pm 2,52$  waren. Aan het eind van de follow-upfase waren de scores verder gedaald tot  $10,09 \pm 2,50$ .

Analyse van de trends openbaarde statistisch significante verschillen in MÅDRS-scores na 6 maanden tussen de interventiegroep en de controlegroep (effectgrootte  $\delta = 0,28$ ). Bij 12 maanden waren de scores van de MÅDRS lager voor de controlegroep dan voor de interventiegroep. Om de robuustheid van deze bevindingen te meten, voerden we twee extra analyses uit op de scores van de MÅDRS: een analyse van patiënten met een score van  $< 10$ , die op herstel wijst, en een analyse van 50% symptoomvermindering. Het herstel was bij 6 maanden groter in de interventiegroep dan in de controlegroep: 48% tegenover 27%; risicoverschil 21% (95%-BI =  $0,04-0,38$ ). Bij follow-up vonden we een statistisch significant verschil tussen de interventiegroep en de controlegroep met betrekking tot de 50% symptoomvermindering (2 maanden: 31% versus 16%; 6 maanden: 42% versus 26%; 12 maanden: 46% versus 39%).

### PRIME-MD

De multiniveau-analyse liet zien dat huisartsniveau, kenmerken, behandeling en leeftijd geen invloed hadden op het resultaat op de PRIME-MD (depressie). Waarden van de nulmeting voor het aantal depressieve symptomen waren  $6,10 \pm 0,80$  in de interventiegroep (Tabel 2). Door een administratieve fout konden we de gegevens over PRIME-MD bij 2 maanden niet verzamelen. Gedichotomiseerd, na 6 maanden, had 50% ( $n = 35$ ) van de patiënten in de interventiegroep geen diagnose depressie meer (negatieve PRIME-MD), tegenover 55% ( $n = 41$ ) van de patiënten in de controlegroep. Dit lijkt een verschil zonder betekenis. Na 1 jaar had 66% ( $n = 37$ ) van de patiënten in de interventiegroep geen diagnose van depressie meer, tegenover 64% ( $n = 43$ ) in de controlegroep. Aan het eind van de behandeling (na 6 maanden) was het gemiddelde niveau van depressieve symptomen in de interventiegroep tot  $2,80 \pm 1,04$  gedaald, en aan het eind van de follow-upperiode waren de scores  $3,23 \pm 1,04$ . In de controlegroep was op de nulmeting het aantal depressieve symptomen  $6,33 \pm 1,01$ . Ook in deze groep ontbrak inzameling van gegevens op PRIME-MD bij 2 maanden. Aan het eind van de behandeling (na 6 maanden)

den) waren de gemiddelde scores tot  $3,99 \pm 1,22$  gedaald en aan het eind van de follow-up waren de scores verder tot  $3,74 \pm 1,21$  gedaald. Analyse van de trend openbaarde geen statistisch significante verschillen tussen de interventiegroep en de controlegroep met betrekking tot de scores op de PRIME-MD, op om het even welk meetpunt. Noch op de CGI-schaal, noch op de secundaire uitkomsten vonden we statistisch significante verschillen tussen interventiegroep en controlegroep.

## Discussie

### Samenvatting van de hoofdbevindingen

Op de belangrijkste uitkomst, de MÅDRS, zagen we aan het eind van de interventieperiode (na zes maanden) een gering maar statistisch significant verschil ten gunste van de interventiegroep. Na 12 maanden was dit verschil er niet. Opmerkelijk was dat patiënten in beide groepen na 6 maanden en 1 jaar gemiddeld beter waren op de MÅDRS dan bij de nulmeting. De gemiddelde daling op de MÅDRS was aanzienlijk, namelijk meer dan 50% in beide groepen.

### Sterke punten en beperkingen van het onderzoek

Deze in 'gewone' huisartsenpraktijken uitgevoerde grote trial was succesvol ten aanzien van werving en een belangrijk deel van de patiënten kreeg ook een behandeling. Beperkingen van het onderzoek waren dat de behandeling meer keuzen zou moeten omvatten en dat we mensen actiever hadden kunnen volgen. Omdat de clusterrandomisatieprocedure voor sommige patiëntkenmerken (zoals geslacht) niet volledig succesvol leek, hebben we gecorrigeerd met propensity-scores. Het vereiste aantal van 70 per onderzoeksgroep werd niet voor de volledige follow-up van 1 jaar bereikt.

### Vergelijking met bestaande literatuur

Verskillende factoren kunnen de bescheiden gevolgen van de interventie verklaren. De toegepaste procedure leidde tot een selectie van patiënten met relatief 'matige' depressie, zoals blijkt uit de MÅDRS-scores (20-21) en de vrij goede prognose van veel patiënten. Actief disease management kan beginnen als patiënten niet terugkomen (door ze vervolgens bijvoorbeeld op te bellen en naar hun klachten te vragen; het zorgmodel stopt als er sprake is van verbetering). Bovendien roept het onderzoek de vraag op of de deelnemende huisartsen niet extra gemotiveerd waren voor de behandeling van depressie en of zij misschien vertrouwder waren met depressierichtlijnen dan andere huisartsen in Nederland. Onze gegevens steunen deze bewering echter niet: slechts 48% van de patiënten in de interventieonderzoeksgroep kreeg de geneesmiddelen ook de bedoelde 6 maanden. Met betrekking tot (h)erkenning kan het diagnostische gesprek patiënten ertoe hebben aangezet om hulp te zoeken, wat zij anders misschien niet gedaan zouden hebben. Dit was echter een bedoeld effect van de interventie.

### Implicaties voor toekomstig onderzoek en de klinische praktijk

De beperkte resultaten van dit onderzoek, gecombineerd met wat we inmiddels uit andere onderzoeken weten, steunen een benadering met herhaald beoordelen die niet ver van de huidige gebruikelijke zorg af staat, maar die zich kenmerkt door actiever volgen door bijvoorbeeld een verpleegster of misschien via internet. Voor een voorbeeld van op internet gebaseerde zelfhulp en controle bij depressie, zie <http://moodgym.anu.edu.au>. Dergelijke projecten moeten op grote schaal binnen gewone praktijken worden getest.

### Literatuur

- 1 Licht-Strunk E, Van der Windt DA, Van Marwijk HW, De Haan M, Beekman AT. The prognosis of depression in older patients in general practice and the community. A systematic review. *Fam Pract* 2007;24:168-80.
- 2 Licht-Strunk E, Van Marwijk HWJ, Hoekstra T, Twisk J, De Haan M, Beekman AT. Outcome of depression in later life in primary care: Longitudinal cohort study with three years follow-up. *BMJ* 2009;338:a3079.
- 3 Licht-Strunk E, Beekman AT, De Haan M, Van Marwijk HW. The prognosis of undetected depression in older general practice patients. A one year follow-up study. *J Affect Disord* 2008;114:310-5.
- 4 Worrall G, Angel J, Chaulk P, Clarke C, Robbins M. Effectiveness of an educational strategy to improve family physicians' detection and management of depression: a randomized controlled trial. *CMAJ* 1999;161:37-40.
- 5 Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med* 2006;166:2314-21.
- 6 Bijl D, Van Marwijk H, De Haan M, Van Tilburg W, Beekman A. Effectiveness of disease management programmes for recognition, diagnosis and treatment of depression in primary care. *Eur J Gen Pract* 2004;10:6-12.
- 7 Callahan CM, Hui SL, Nienaber NA, Musick BS, Tierney WM. Longitudinal study of depression and health services use among elderly primary care patients. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:833-8.
- 8 Gilbody S, Bower P, Whitty P. Costs and consequences of enhanced primary care for depression: systematic review of randomised economic evaluations. *Br J Psychiatry* 2006;189:297-308.
- 9 Richards DA, Lovell K, Gilbody S, Gask L, Torgerson D, Barkham M, et al. Collaborative care for depression in UK primary care: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2008;38:279-87.
- 10 Unutzer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW, Jr., Hunkeler E, Harpole L, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:2836-45.
- 11 Gallo JJ, Bogner HR, Morales KH, Post EP, Lin JY, Bruce ML. The effect of a primary care practice-based depression intervention on mortality in older adults: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2007;146:689-98.
- 12 Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF 3rd, Katz II, Schulberg HC, Mul-sant BH, et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004;291:1081-91.
- 13 Chew-Graham CA, Lovell K, Roberts C, Baldwin R, Morley M, Burns A, et al. A randomised controlled trial to test the feasibility of a collaborative care model for the management of depression in older people. *Br J Gen Pract* 2007;57:364-70.
- 14 Nutting PA, Rost K, Smith J, Werner JJ, Elliot C. Competing demands from physical problems: effect on initiating and completing depression care over 6 months. *Arch Fam Med* 2000;9:1059-64.
- 15 Van Marwijk HW, Wallace P, De Bock GH, Hermans J, Kaptein AA, Mulder JD. Evaluation of the feasibility, reliability and diagnostic value of shortened versions of the geriatric depression scale. *Br J Gen Pract* 1995;45:195-9.
- 16 Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV 3rd, Hahn SR, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994;272:1749-56.
- 17 Van Marwijk HWJ, Grundmeijer HGLM, Bijl D, Van Gelderen MG, De Haan M, Van Weel-Baumgarten EM, et al. NHG-Standaard Depressieve stoornis (depressie) (eerste herziening). *Huisarts Wet* 2003;46:614-23.
- 18 Van Marwijk HW, Bijl D, Ader HJ, De Haan M. Antidepressant prescription for depression in general practice in The Netherlands. *Pharm World Sci* 2001;23:46-9.
- 19 Cuijpers P, Van Straten A, Warmerdam L. Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2007;27:318-26.
- 20 Unutzer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW, Jr., Hunkeler E, Harpole L, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:2836-45.
- 21 Montgomery S, Åsberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979;134:382-9.
- 22 Guy W. Clinical Global Impression. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, revised. Rockville, MD: National Institute of Mental Health, 1976.
- 23 Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-83.
- 24 Cohen J. Statistical power for the behavioral sciences. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1988.
- 25 Snijders T, Bosker R. Multilevel analysis. An introduction to basic and advanced multilevel modeling. London: Sage Publications, 1999.
- 26 Cepeda MS, Boston R, Farrar JT, Strom BL. Comparison of logistic regression versus propensity score when the number of events is low and there are multiple confounders. *Am J Epidemiol* 2003;158:280-7.
- 27 Braitman LE, Rosenbaum PR. Rare outcomes, common treatments: analytic strategies using propensity scores. *Ann Intern Med* 2002;137:693-5.
- 28 Rosenbaum P. Observational studies, 2nd ed. New York: Springer, 2002.