

'Je moet het depressieve ouderen zelf gaan vragen'

Alweer een jaar geleden promoveerde Gerda van der Weele op haar proefschrift *Depressive symptoms at old age. Proactive management in general practice*. Haar onderzoeksartikel treft u elders in dit nummer aan (zie pagina's 548-552). In een interview vertelt ze over haar onderzoeksbevindingen en gaat ze in op enkele interessante stellingen bij haar proefschrift.

Papier schuiven

Van der Weele heeft al een lange staat van dienst achter de rug – onder meer bij de NHG-afdeling Richtlijnen en Wetenschap – als zij begint aan haar promotieonderzoek. Hoe is dat zo gelopen? 'Bij de ontwikkeling van standaarden ploeg je altijd heel veel wetenschappelijke literatuur door en dat begon te trekken. Ik wilde zelf ook onderzoek gaan doen en me een poos in één ding kunnen verdiepen in plaats van me steeds kriskras met allerlei onderwerpen bezig te houden. Ik werkte bovendien korte tijd bij ZonMw, als het ware tussen beleid en onderzoek in, en

ging me daar een beetje een "papier-schuiver" voelen. Zo kreeg ik steeds meer zin in een eigen promotieonderzoek. Ik kreeg die kans doordat Pim Assendelft – die ik had leren kennen als voormalig hoofd van de NHG-afdeling Standaardenontwikkeling – hoogleraar werd in Leiden. Hij haalde me op een gegeven moment naar Leiden omdat er subsidie was verkregen op enkele onderzoeksaanvragen. Ik mocht kiezen en zo kwam ik bij dit onderwerp. Het onderzoeksvoorstel was al geschreven, voortkomend uit de Leiden 85+ Studie. Daarin zijn ongelooflijk veel gegevens verzameld, maar hieruit vloeiden ook weer nieuwe vragen voort. Dit onderzoeksvoorstel was daarop gebaseerd.'

Angst en depressie

In Leiden 85+ waren onder meer gegevens verzameld over angst en depressie bij ouderen en de hypothese was dat die klachten elkaar versterken als ze gecombineerd voorkomen. Van der Weele toetste die hypothese in het eerste deel van haar onderzoek. 'Het ligt zo voor de hand om te denken dat het moeilijker is om met de combinatie van deze klachten om te gaan. En al kun je erover twisten of angst- en depressiesymptomen sterk van elkaar verschillen, we hebben toch dat onderscheid gemaakt op basis van de DSM-criteria. Uit mijn analyse van de gegevens bleek echter dat angst- en depressie elkaar op hoge leeftijd niet erg versterken, al kun je – gezien de omvang van de patiëntengroep – geen heel robuuste conclusies trekken.'

Heeft Van der Weele een verklaring voor deze onverwachte uitkomst? 'We konden daar hooguit over speculeren. Een idee was dat het bij ouderen vaak gaat om gegeneraliseerde angst en wellicht zijn de momenten die deze angst oproepen op hoge leeftijd wat gemakkelijker te vermijden.'

Geen zin in hulp

Het was niet het enige aspect van het onderzoek dat anders uitpakte dan van tevoren was gedacht. In het 'eigen' onderzoeksdeel van Van der Weele includeerde zij ouderen die bij screening

naar voren kwamen met depressieve symptomen. Zij werden per praktijk ingeloot in een interventiegroep die *stepped care* kreeg en een controlegroep die *usual care* kreeg. In de interventiegroep vroegen we de huisartsen hun patiënten te motiveren voor verwijzing naar de GGZ. Hier vonden één à twee intakegesprekken plaats. Van der Weele: 'De kern van de interventie was echter dat de ouderen de cursus "In de put, uit de put" zouden volgen, maar veel mensen wilden dat niet. Zo'n 83% liet zich wel naar de GGZ verwijzen, maar slechts 19% wilde uiteindelijk naar de cursus. Dat was veel minder dan verwacht. We zijn daarom zowel de jageggers als de neezeggers zelf gaan vragen naar hun overwegingen. Dit was vrij vroeg in het onderzoek, dus in totaal ging het toen om 23 mensen, onder wie 5 jageggers. Die laatsten bleken allemaal zelf erkend te hebben dat ze eenzaam of depressief waren. Bovendien trokken elementen uit het aanbod in de groepscursus hen aan. Dat groeps-element bleek soms een bezwaar te zijn; uiteindelijk volgden twee mensen zelfs een individuele cursus.'

De neezeggers gaven daarentegen vrijwel allemaal aan dat ze zich helemaal niet depressief of eenzaam voelden. En, zoals gezegd, vaak hadden ze geen zin om in een groep mee te draaien, want veel ouderen zien hun leeftijdsgenoten als zeurpieten. Of ze voelden zich te oud om nog aan een cursus deel te nemen of om nog te veranderen. Of ze hadden het al druk met de behandelingen voor andere kwalen. En omdat het zo moeilijk was om de groepen vol te krijgen, konden we ook niet zeggen dat als het op dinsdag niet lukte ze maar op donderdag moesten komen.'

Rol van de huisarts

De huisartsen van de interventiegroep is gevraagd of een positieve uitslag op de screening bij individuele patiënten voor hen als een verrassing kwam én of ze dachten dat de patiënten iets bij de interventie te winnen hadden. 'Meestal waren huisartsen niet verbaasd als een patiënt een positieve uitslag had, maar



ze waren soms ambivalent over de zin van de interventie. Vooral als ze zelf al van alles hadden geprobeerd zonder resultaat, dachten ze dat het nu ook weer niets zou worden. Het is dus de vraag hoe motiverend een gesprek met de huisarts dan nog is. Voor ons bleef dat een *black box*; we weten niet hoe die gesprekken verliepen, maar het was natuurlijk een cruciaal moment in het traject. Misschien ging het af en toe wat kort door de bocht. Soms duurde het ook lang voor huisartsen uit de interventiegroep alle betreffende patiënten hadden benaderd.'

Niet beter af bij interventie

Een laatste verrassing leverde het onderzoek op toen het ging om het effect van de interventie. Bij de meting na een half jaar bleken de depressie-symptomen van de patiënten uit de interventiegroep minder verbeterd dan bij de groep die *usual care* ontving. Na een jaar waren er geen verschillen meer tussen beide groepen. Van der Weele nuanceert: 'Bij het grootste deel van de patiënten is de interventie maar heel summier geweest, namelijk een gesprek met de huisarts en één à twee intakegesprekken. Maar ook bij de kleine groep patiënten die de cursus "In de put, uit de put" volgde was geen verschil aantoonbaar, althans niet op de eindmaat. We hebben die eindmaat weliswaar met zorg gekozen, maar deze was ontwikkeld binnen de psychiatrie, dus voor patiënten met veel ernstiger klachten. Als de klachten niet zo ernstig zijn, kun je ook niet zo veel verbetering boeken.'

Aloud luisterend oor

Van der Weele praktiseert niet meer als huisarts, maar was dat wel het geval geweest, hoe zou zij dan – gezien de uitkomsten van haar onderzoek – haar eigen oudere patiënten met depressieve klachten benaderen? 'Ik zou het aloude luisterende oor bieden. De meeste ouderen hebben hun huisarts heel hoog zitten. Als die echt probeert mee te denken over de behoeften van de patiënt, dan is die daar al erg mee geholpen. Dat is een kwestie van veel vragen stellen.

Het is goed om ons als huisarts te realiseren dat we niet alles kunnen oplossen, of dat de behoeften van patiënten op een ander vlak kunnen liggen dan waar wij aan denken. Soms moet je heel praktisch zijn, bijvoorbeeld bekijken hoe iemand zijn isolement kan doorbreken.'

Screening van hulpbehoefte

Enkele stellingen bij het proefschrift nodigen uit tot discussie. Bijvoorbeeld: 'Screening op depressieve symptomen zonder daarbij de behoefte aan hulp na te gaan, is bij ouderen niet doelmatig.' Kan Van der Weele dit toelichten? 'Mensen die meedoen aan een screening op uitnodiging van hun huisarts, doen dat misschien omdat ze tegen hem of haar geen nee willen zeggen. Maar dat zegt niets over hun motivatie om over hun depressieve klachten na te denken, laat staan daar iets aan te doen. Bovendien is de uitslag van screening niet heilig; die geeft hooguit een indicatie van klachten en de ernst daarvan. Ik denk dat het veel efficiënter is om ten tijde van de screening al direct na te gaan of er een hulpbehoefte is. Dan confronteer je de patiënten niet met een hulpaanbod waarop ze niet zitten te wachten.'

Kwantitatief én kwalitatief

Een andere stelling luidt: 'Kwalitatief onderzoek, verricht naast kwantitatief onderzoek, verdiept het inzicht in de kwantitatieve resultaten en is een verrijking voor de onderzoeker.' Is dit een opvatting die Van der Weele in haar eigen onderzoek heeft toegepast? 'Ja, op het moment dat we mensen zelf zijn gaan vragen naar hun motieven. We hadden een hele hoop gegevens verzameld, allemaal getallen, maar hoe je die moet interpreteren blijft hypothetisch. Dus hielden we interviews met de patiënten. Die bevestigden vaak wat we vermoedden, maar het was goed om te horen wat ze zelf te vertellen hadden. Dat leverde een schat aan informatie op over de vragen van de lijst en over de keuze om wel of niet een interventie te willen. Maar ook op wetenschappelijk gebied is het een heel andere methode. Volgens mij kan kwantitatief en kwali-

tatief onderzoek elkaar echt versterken. Als je heel veel data moet interpreteren stuit je op zo veel vragen die je niet uit je gegevens kunt halen. Mijn promotieonderzoek is nu dan ook gevolgd door een nieuw kwalitatief onderzoek.'

Maatwerk in stukjes

Een derde stelling luidt: 'Hulpverlening bij complexe problematiek is maatwerk, wat ver uitstijgt boven het gecombineerd toepassen van medisch-inhoudelijke richtlijnen over enkelvoudige aandoeningen.' Is dit niet opmerkelijk uit de mond van een richtlijnontwikkelaar van het NHG? 'Juist niet! Bij het maken van standaarden worstelen we er vaak mee hoe je handvatten kunt geven voor complexe problematiek, vooral bij patiënten op hoge leeftijd met een opeenstapeling van aandoeningen. Het is dan een hele kunst om niet alleen deelgebiedjes te behandelen. Tegenwoordig kijken klinisch gerieters naar het geheel, en apothekers werken met medicatiebewakingssystemen. Maar bovenal wordt de huisarts zelf geacht maatwerk te leveren en dat is lastig te vatten in standaarden. Natuurlijk beseffen we binnen de afdeling best dat we steeds kleine stukjes beschrijven.'

Na de promotie

Vaak ontstaat een onwennige luwte in de agenda als een promotieonderzoek is afgerond. Hoe was dat voor Van der Weele? 'Vorig jaar was ik betrokken bij het kwalitatieve onderzoek dat op mijn promotieonderzoek volgde. Hierin wordt naar de percepties van de patiënten gevraagd die bij de screening op depressieve klachten "ja" of "soms" hadden geantwoord. Wat hadden ze daarmee bedoeld? Om welke klachten ging het? Maar ook of ze behoefte hebben aan hulp en, zo ja, welke? Maar sinds 1 september ben ik senior wetenschappelijk medewerker Richtlijnontwikkeling geworden bij het NHG en mijn bijdrage aan dat onderzoek heb ik toen stopgezet.' ■

Ans Stalenhoef