

'Screening op depressie is niet zinvol'

Vorig jaar zomer promoveerde Karin Wittkamp op haar proefschrift *Suffering in silence. Studies about screening for major depressive disorder in primary care*. In een interview vertelt ze over haar bevindingen die van belang zijn voor het dagelijks werk van de huisarts.

Enthousiast

Al in 2004 raakte Wittkamp betrokken bij onderzoek op het gebied van haar promotieonderwerp. 'Ik was destijds als aio verbonden aan de afdeling Stemmingsstoornissen bij Psychiatrie. Tijdens mijn studie wist ik namelijk al wel dat ik de kant van de wetenschap op wilde. Ook had ik altijd al belangstelling voor psychische klachten. Ik deed mijn stageonderzoek dus bij de afdeling Psychiatrie, waarbij het ging om "de tweede stap", ofwel: als de eerste pil niet werkt, wat moet je dan doen? Op de afdeling werd ik enthousiast gemaakt voor stemmingsstoornis-

sen en zo raakte ik betrokken bij dit onderzoek, dat samen met de afdeling Huisartsgeneeskunde werd opgepakt. Destijds twijfelde ik nog of ik me verder zou specialiseren tot huisarts of tot psychiater. Gaandeweg werd het antwoord duidelijk: ik ben te pragmatisch om psychiater te worden, en misschien ook wat te ongeduldig. Ik vind het wel prettig om niet altijd te hoeven praten, maar ook dingen te kunnen doen; dan is het huisartsenvak heel fijn. Ook omdat je als huisarts mensen vaak gewoon beter kunt maken. Na twee jaar onderzoek als aio bij Psychiatrie begon ik dus aan mijn huisartsenopleiding en werd ik aiotho.'

'Het volledige onderzoek was gericht op een groot *disease management* programma', vervolgt Wittkamp. 'Hierbij werd aan de huisartsenpopulatie waar iets mee aan de hand was een screeningsprogramma en vervolgens behandeling aangeboden. Dus: hoe spoor je patiënten met een depressieve stoornis op? Hoe krijg je ze in behandeling? En welke behandeling is dan effectief? Mijn onderzoeksdeel was alleen gericht op het eerste deel: de te screenen populatie, de screening zelf en de diagnostiek. Uit onderzoeken in het verleden wisten we al dat screening van de gehele populatie én van de huisartsenpopulatie te weinig opleverde, daarom wilden wij onderzoeken wat de effectiviteit was van screening bij een verhoogd risico op depressie.'

Hoge prevalentie

Wittkamp rekende drie groepen patiënten tot de hoogrisicopopulatie: 'Daar was destijds nog geen literatuur over; we moesten zelf op basis van *common sense* en literatuur bedenken in welke groepen we moesten gaan zoeken naar depressieve stoornissen. Pas later kwam in Engeland een richtlijn die grotendeels dezelfde patiënten aanwees. Wij includeerden patiënten met somatisch onverklaarde lichamelijke klachten, de "veelkomers" en mensen met psychosociale problemen bij wie geen psychiatrische diagnose was gesteld. Uiteraard was er in deze groepen veel overlap.'

In deze drie hoogrisicogroepen

screende Wittkamp vervolgens met behulp van de *Patient Health Questionnaire* op depressieve, paniek-, angst- en somatoforme stoornissen. 'De diagnose werd vervolgens gesteld met de *Structural Clinical Interview for Axis I Disorders*. Maar liefst iets meer dan een kwart van deze hoogrisicopatiënten had inderdaad een van deze stoornissen. En in de groep met somatisch onverklaarde klachten had zelfs 43 procent een stoornis. Dat is dus echt heel erg veel!'

Weigering van behandeling

Het onderzoek van Wittkamp richtte zich hierna op alleen de depressieve stoornissen, voorkomend bij 12,6 procent van de gescreende patiënten. Zij kwam tot de conclusie dat screening op depressieve stoornissen bij hoogrisicopatiënten niet zinvol is. Heeft zij hiervoor een verklaring? 'In ons onderzoek kregen mensen een vragenlijst toegestuurd en als de uitkomsten daartoe aanleiding gaven, kregen ze een diagnostisch interview aangeboden met een voor hen niet-vertrouwd persoon. Heel veel patiënten die voldeden aan de criteria voor een depressieve stoornis weigerden vervolgens behandeling. De screening leverde daardoor te weinig op. Maar het is de vraag of je als eigen huisarts van de patiënt niet veel meer succes zou boeken. Met het bekende tweesporenbeleid kun je wellicht de patiënt er toch van overtuigen dat er misschien iets psychisch aan de hand is. Ook kun je dan je aanpak beter aanpassen aan de behoefte van de patiënt. Die is misschien zo 1, 2, 3 nog niet toe aan een psychische benadering, maar dan kun je als huisarts na een paar weken daar nog eens voorzichtig op terugkomen. Waarschijnlijk accepteren meer patiënten dat dan wel.'

Handen in het haar

Ook al is screening niet effectief, toch vindt Wittkamp haar bevindingen wel degelijk interessant voor de huisarts. 'Het is goed om te weten dat er onder je veelkomers en patiënten met somatisch onverklaarde klachten zoveel mensen zijn met psychische stoornissen. Want als huisarts ben je vaak heel veel tijd



kwijt aan deze mensen en het is erg lastig om je relatie met hen goed te houden. Huisartsen zitten soms echt met hun handen in het haar bij deze patiënten. Dan is het nuttig om je te realiseren dat een kwart van hen een in potentie behandelbare psychische stoornis heeft.'

Problemen van de minister

Wittkampf vermoedt dat ook andere screeningsprogramma's weinig effectief zijn, getuige een stelling bij haar proefschrift, die luidt: *Een wetenschappelijke toetsing van alle screeningsprogramma's aan de criteria van Wilson en Jungner en het vervolgens stopzetten van programma's met onvoldoende kosteneffectiviteit, zou kunnen bijdragen aan het oplossen van de bekostigingsproblemen van Minister Schippers*. Kan Wittkampf dit toelichten? 'Tja, screenen is heel hip! Maar heel veel programma's zijn niet goed onderzocht en toch ingevoerd. In de literatuur staat altijd dat screening moet voldoen aan de criteria van Wilson en Jungner, maar dit is niet overal het geval. Misschien omdat andere belangen meespelen. Misschien ook omdat er roep is vanuit de samenleving, want mensen voelen zich veilig als ze af en toe worden gescreend.'

Effectiviteit van behandeling

Een zeer groot deel van de patiënten bij wie na de screening een depressieve stoornis werd gediagnosticeerd, weigerden dus behandeling. Maar als zij deze behandeling wel ondergingen, was deze dan effectief? Wittkampf: 'Wij berekenden dat zes à tien patiënten moeten worden behandeld om één patiënt te genezen. Tot voor kort dachten we dat behandeling met SSRI's heel effectief was, maar nu weten we dat dit dubieus is. In elk geval is het effect ervan niet beter dan van psychotherapie.'

En weten we al meer over het natuurlijk beloop bij depressieve klachten? 'Dat is heel lastig hard te maken. Je weet niet of iemand opknapt door de psychotherapie of dat het vanzelf ook beter zou zijn gegaan. Volgens onderzoek in de tweede lijn knapt 40 tot 60 procent van de patiënten op door psychotherapie, maar over de populatie in de eerste

lijn is niet veel bekend. Wel weten we dat de huisarts goed is in het opsoren van patiënten met een ernstige depressie. De mensen die je extra ontdekt via screening hebben veelal een mildere depressie en daarvan is het beloop gunstiger. Het is dan ook maar de vraag of je deze groep met mildere depressieve klachten wel moet gaan behandelen.'

De eigen aanpak

Wat is de aanpak van Wittkampf zelf bij haar patiënten bij wie ze een psychiatrische stoornis vermoedt? 'Ik richt me in eerste instantie altijd nadrukkelijk op de klacht zelf en doe daar goed onderzoek naar. Dan vraag ik in hoeverre de klacht invloed heeft op het dagelijks leven. Op die manier kan ik me vaak een beeld vormen hoe iemand functioneert. Ik vraag de patiënt terug te komen om te bespreken hoe het met de klachten gaat en kaart dan aan of er misschien ook andere oorzaken kunnen zijn. Zo probeer ik iemand een poosje te volgen. Je hoopt dat bij de patiënt uiteindelijk het kwartje gaat vallen. Sommige patiënten zijn niet erg geneigd om te praten over hun gevoelens, zorgen en angsten en dan geef ik wel eens een Patient Health Questionnaire mee. Daaraan is handig dat ook lichamelijke klachten worden uitgevraagd; patiënten denken dan niet meteen: Oh, ze vindt dat het tussen mijn oren zit.

Samenwerking is eveneens belangrijk. In onze HOED zijn ook psychologen werkzaam en het is goed om met hen van te voren de problematiek van de patiënt door te spreken. Ik heb wel eens meegemaakt dat een patiënt naar mij werd terugverwezen om te kijken of er echt geen lichamelijke oorzaak was voor zijn buikpijn. Het is goed als zo'n psycholoog weet dat je dat heus al helemaal hebt uitgezocht, anders werk je langs elkaar heen.'

Gesprekken en medicatie

Verwijst Wittkampf altijd haar patiënten of doet zij ook zelf de begeleiding van depressieve stoornissen? 'Meestal start ik zelf met de gesprekken, afhankelijk van wat er speelt. Bij ernstige

depressieve klachten stuur ik de patiënt wat eerder door naar de psycholoog.'

En schrijft Wittkampf regelmatig antidepressiva voor? 'Nee, dat doe ik niet zo gauw. Ik heb niet de ervaring dat antidepressiva heel goed werken, althans niet bij deze wat mildere klachten. Overigens staat nu ook in alle richtlijnen dat je geen antidepressiva moet voorschrijven bij milde depressie. Zelf zie ik medicatie als derde stap: eerst probeer ik de patiënt zelf te begeleiden, dan komt verwijzing voor cognitief gedragstherapie in beeld en pas daarna komen antidepressiva. Dat ook omdat het zo lastig is de patiënt weer van de pillen af te krijgen. Patiënten met een ernstige depressie hebben mogelijk eerder baat bij medicatie, maar dan komt ook sneller een psychiater in beeld.'

Een echte huisarts worden

Wittkampf heeft een hectische tijd achter de rug. Ze was in december 2011 klaar met de huisartsenopleiding en nam in juni 2012 een praktijk over bij een HOED in Amstelveen. Diezelfde maand vond ook haar promotie plaats. Hoe ziet ze haar toekomst nu het stof een beetje begint neer te dalen? 'Er is in elk geval even geen ruimte voor verder onderzoek, want het blijkt een hele klus om de zorg in de praktijk naar mijn eigen hand te zetten. Gelukkig heb ik heel leuke collega's, die hetzelfde denken over de zorg als ik en bereid zijn kritisch naar de eigen handelwijze te kijken. Maar ik moet eerst zelf maar eens een "echte huisarts" worden. Pas daarna kan ik me een oordeel vormen over wat eventueel zou moeten veranderen en kan ik ideeën opdoen vanuit de praktijk. Ik wil in de toekomst waarschijnlijk wel weer wat meer verdieping, maar ik zou echt nog niet weten wat en hoe. Misschien wil ik wel bij het NHG gaan werken, of weer terug naar de universiteit. Maar ik sluit ook de onderwijskant niet uit, want ook dat vind ik leuk. Dat is allemaal langetermijnplanning; voorlopig ben ik hier nog lang niet uitgewerkt!' ■

Ans Stalenhoef