



'Je mag best wat tijd stoppen in de begeleiding van je patiënten met depressie'

In februari promoveerde Ellen Piek op haar proefschrift *Depression in general practice. Underrecognition? Overtreatment? Adequate care!* In een interview vertelt zij over haar onderzoeksresultaten die van belang zijn voor het werk van de huisarts.

Impact op het leven

Gevraagd naar haar onderwerpkeuze vertelt Piek: 'Depressieve klachten komen heel veel voor en vrijwel iedereen kent wel iemand die een depressie heeft doorgemaakt. Zo ook ik, en dan zie je hoe groot de impact daarvan is op het leven. Iemand is eigenlijk langdurig niet zichzelf en ik zag bij die casus in mijn omgeving dat medicijnen de emoties afvlakten, maar de situatie er niet beter op maakten. Wat kan de zorg van de huisarts dan betekenen?'

Piek vervolgt: 'Ik kwam in contact met Klaas van der Meer in Groningen, die zelf ook was gepromoveerd op een psychiatrisch onderwerp: *Patiënten met*

psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk. In die tijd verschoof bovendien de berichtgeving in de media van: "De eerste lijn doet niet genoeg", naar: "De eerste lijn schrijft te snel medicatie voor". Een wetenschappelijke onderbouwing daarvan ontbrak. Daarom heb ik in mijn onderzoek gekeken naar wat de huisartsenzorg inhoudt en of we die kunnen verbeteren.'

Adequate herkenning

Piek onderzocht allereerst in welke mate de huisarts depressie herkent. Zij vond dat de huisarts dit adequaat deed, terwijl toch slechts tweederde van de patiënten met depressie werd herkend. Is dat niet met elkaar in tegenspraak? 'Nee, want het is maar de vraag waarom mensen naar de huisarts gaan. Hoewel alle geïnccludeerde patiënten in de vier maanden voorafgaand aan ons onderzoek contact hadden met de huisarts, kon dat voor van alles zijn: van klachten aan hun grote teen tot een herhalingsreceptje. Op basis van zelfrapportage zagen we dat slechts een op de drie mensen in dat contact psychische klachten had genoemd. Dat was uiteraard meteen de grootste voorspeller van de herkenning door de huisarts. Anderzijds, de helft van de patiënten herstelt binnen de drie maanden vanzelf. Kennelijk voorvoelen veel mensen goed dat ze geen hulp nodig hebben; dat is ook aangetoond in ander onderzoek. Maar ook mensen met zware klachten zoeken niet altijd hulp. Hoe moet je dat als huisarts dan achterhalen? En als je het al weet, hoe krijg je de patiënten vervolgens zo ver dat ze hulp accepteren? Circa een op de zeven mensen die behandeling nodig hebben, krijgt die volgens de literatuur niet, maar dat omvat zowel mensen die wel als die niet om hulp vragen.'

Richtlijnen voor verwijzing

Tijdens het onderzoek van Piek was de NHG-Standaard uit 2003 nog van kracht, met andere richtlijnen voor verwijzing naar de eerste- en tweedelijns-GGZ. 'Je kon toen gemakkelijker naar de eerste lijn verwijzen, ook als eerste stap, bijvoorbeeld als je zelf geen psychotherapie kon geven. Alleen voor verwijzing naar

de tweede lijn moest je goede redenen hebben. Huisartsen volgden de criteria uit de standaard heel goed op, maar baseerden zich natuurlijk niet alleen daarop. Ik zou het heel interessant vinden om te onderzoeken wat nog meer een rol speelt in de besluitvorming rond verwijzing. Waarschijnlijk laat de huisarts de context van de patiënt en zijn pluis/niet-pluisgevoel meewegen. Huisartsen weten veel meer over de patiënt dan ze opschrijven. En bij ontzettend veel patiënten zijn dingen gaande die de huisarts wel weet maar die niet zijn te vangen in een ICPC-code.'

Invloed van de media

Piek onderzocht ook het voorschrijfgedrag van de huisarts. 'Eerst zouden huisartsen te weinig voorschrijven en vervolgens te veel, maar het een sluit het ander dan ook niet uit. Het gaat om verschillende patiënten: de mensen die te veel medicatie krijgen zijn niet depressief en de mensen die geen medicatie krijgen zijn dat juist wel. Dan zit de oorzaak dus in de diagnostiek of in het hulpzoekgedrag van de patiënt. De media hebben daarbij veel invloed. Ik merk dat patiënten sinds de berichten over bijwerkingen terughoudender zijn geworden. Dat is niet per se verkeerd; ik waardeer het zeer als een patiënt kritisch is. Maar je moet nu wel meer uitleggen: dat inderdaad alle medicijnen bijwerkingen hebben; dat niet iedereen evenveel baat bij de middelen heeft; dat er nu eenmaal geen enkel antidepressivum is dat bij iedereen goed werkt en dat dus soms een voorgeschreven middel niet goed uitpakt.'

Geringe overbehandeling

'Huisartsen doen het beter dan je zou verwachten', stelt Piek. 'Ook wij namen aan dat ze te veel antidepressiva voorschreven, maar toen we dat toetsten bleek dat niet te kloppen. De crux zat erin dat de toenmalige standaard veel ruimte liet. Je mocht bij elke depressieve patiënt gelijk als eerste stap kiezen voor medicatie. Dat is niet goed; je moet er eerst van overtuigd zijn dat iemand niet binnen een paar maanden op eigen kracht weer beter wordt. Meestal kan het



weinig kwaad om in een aantal gesprekken te kijken hoe het traject zich ontwikkelt. Mensen die eenmaal zijn gestart met medicatie zijn er soms moeilijk weer vanaf te krijgen. Ons onderzoek liet zien dat als er sprake was van overbehandeling, het in meer dan de helft van de gevallen ging om mensen die het medicijngebruik al hadden kunnen staken. Je mag als huisarts of praktijkondersteuner dus best wat tijd in de begeleiding stoppen.'

Kosten van de zorg

In deze tijd draait het voortdurend om de kosten van de gezondheidszorg. Zouden huisartsen ook laten meewegen dat 'het pilletje' aanmerkelijk goedkoper is dan een traject van psychotherapie? Piek: 'Ik denk niet dat huisartsen dat meenemen in hun overwegingen, maar misschien wel hun tijdsinvestering. Als je met elke patiënt met depressieve klachten een serie van vijf gesprekken houdt, kan dat behoorlijk op je spreekuur drukken. En ook zal bij sommige huisartsen gebrek aan belangstelling een rol spelen; dan is het gemakkelijk om medicatie voor te schrijven. Maar het valt niet te ontkennen dat medicijnen verhoudingsgewijs heel goedkoop zijn, het zijn vrijwel allemaal generieke middelen. Voor de prijs van een dure psychiater kun je je patiënt heel wat jaren pillen laten slikken!'

Nut van onderhoudsmedicatie

Het onderzoek van Piek wijst uit dat 5,4% van de patiënten onterecht antidepressiva gebruikt. Zoals gezegd was ruim de helft daarvan toe te schrijven aan het te lang doorgebruiken van de middelen. Piek: 'Soms wil de patiënt zelf niet stoppen. Soms ook denkt de huisarts dat iemand risico heeft op terugval of recidieven. We weten dat we tot zes maanden na remissie moeten blijven doorbehandelen om terugval te voorkomen. Maar er is heel weinig bekend over het nut van onderhoudsbehandeling om recidieven te voorkomen, en wat we weten is gebaseerd op onderzoek in de tweede en derde lijn. Bovendien hanteren alle internationale eerstelijns richtlijnen verschillende criteria voor de indicatie voor onderhoudsbehandeling. De een

weegt leeftijd mee, de ander de gezins-historie, het falen van eerdere medicatie... eigenlijk alles wat je maar kunt verzinnen. Ik denk dus dat we het nut van onderhoudsmedicatie goed moeten onderzoeken en dat in de eerste lijn. Want we kunnen nu wel van alles roepen, maar we wéten gewoon niet wat goed is. En dan kunnen we dus wel allerlei maatregelen nemen om het medicatiegebruik terug te dringen, maar we moeten eerst uitzoeken bij welke patiënten het verantwoord is om af te bouwen.'

Een goede uitleg...

'Huisartsen volgen rond onderhoudsbehandeling niet altijd de criteria van de standaard', vertelt Piek. 'Meestal lijkt het dan logisch om toch voor onderhoudsbehandeling te kiezen, namelijk bij patiënten met angstklachten, ernstige depressie of een combinatie met benzodiazepinegebruik. Je kunt bij hen verwachten dat hun prognose slechter is. En op basis van wat nu bekend is kun je niet goed aan deze mensen uitleggen dat ze moeten stoppen met hun antidepressiva als ze dat niet zelf willen. Je kunt hooguit aan ze vragen of ze willen stoppen na een goede uitleg van wat de risico's daarvan zijn. Bekend is dat 85% van de mensen die eenmaal een depressie hebben gehad een recidief krijgt. Dat is een enorm hoog aantal, maar we weten niet of dat lager zou zijn als die mensen hun medicatie zouden blijven gebruiken.'

Halfjaarlijkse controles

Tijdens haar onderzoek verscheen een actualisering van de NHG-Standaard *Depressie*, maar Piek heeft daarvan wel elementen in haar proefschrift kunnen verwerken. 'Goed is dat het voorschrijfbeleid nu terughoudender is. En ook goed is het advies om mensen die naar de huisarts zijn terugverwezen vanuit de tweede lijn, elk halfjaar te laten terugkomen voor evaluatie. Maar dat advies geldt dus niet voor mensen die een recept hebben van de eigen huisarts en dat vind ik een gemiste kans. Het is toch bizar dat we mensen met een hoge bloeddruk – nota bene slechts een symptoom en geen ziekte – vier keer per jaar controleren, terwijl we veel mensen met een

depressie nooit meer zien! Sommige huisartsen laten uit zichzelf deze patiënten terugkomen voor evaluatie. Maar er zijn ook huisartsen die denken: als het niet goed gaat, dan hoor ik het wel. Ik vind dat je mensen met een depressie hoe dan ook elk halfjaar moet zien. Dan kun je hun stemming evalueren, risicofactoren checken en benadrukken dat ze altijd bij je terecht kunnen als ze depressieve klachten krijgen. Want hoe makkelijk zullen mensen met problemen naar je toekomen als je ze alleen maar steeds herhalingsreceptjes geeft? Bovendien kun je in zo'n halfjaarlijkse controle ook het afbouwen van medicatie ter sprake brengen.'

Vervolgonderzoek nodig

Piek vindt dat er op diverse terreinen vervolgonderzoek nodig is. 'Zoals gezegd zou dat vooral moeten gaan over chronisch antidepressivagebruik. Bij wie kunnen we afbouwen? Bij wie juist niet omdat er een te hoog risico is op terugval of een recidief? Als dat beter bekend is, kun je het gesprek in de spreekkamer ook beter voeren. Ik zou het liefst dat onderzoek zelf begeleiden met een nieuwe promovendus. Maar de mogelijkheid daartoe bij het UMCG was op dit moment lastig te combineren met mijn werk in de praktijk en mijn pasgeboren dochter.'

Ander onderzoek dat Piek nog nodig acht betreft de diagnostiek van depressie. 'Dat onderzoek is al gaande in Groningen en ook wordt al bekeken voor wie welke behandeling geschikt is.'

Na de promotie

Met haar pasgeboren dochter, Roos, is er natuurlijk geen sprake van een 'zwart gat' nu het promotieonderzoek is afgerond. Bovendien werkt Piek drie dagen per week als vaste waarnemer in een praktijk in Zwolle en er zijn plannen dat zij zich daar zal gaan vestigen. Zou zij naast dat alles ooit nog onderzoek willen doen? 'Ja, ik denk dat ik dat wel weer ga oppakken, maar ik weet nog niet in welke vorm. Eerst moet ik mijn werk als huisarts maar eens goed op poten zetten!' ■

Ans Stalenhoef